

# Beter verbonden in samenwerking

Een onderzoek naar de verbinding tussen psychiaters en zorgorganisaties en het effect op de betrokkenheid bij zorgontwikkeling

Mw. drs. A.C. Dirks  
Psychiater en geneesheer-directeur  
Mei 2022



Thesis ter afronding van de Master of Health Business Administration, Erasmus Universiteit Rotterdam

Thesis begeleider: Dr. Michiel Schoemaker

Tweede beoordelaar Erasmus Centrum voor Zorgbestuur: Dr. Joyce Bierbooms

Meelezer: Dhr. drs. S.W.J. (Stephan) Hopman

Mw. drs. A.C. (Astrid) Dirks

A.Dirks@outlook.com

Mei 2022

ZULLEN WE SAMEN  
GEWOON SAMEN

HET MAAKT ME NIET UIT  
WAT, HOE OF WAAR

MAAR ZULLEN WE SAMEN  
SAMEN, MET ELKAAR?

JIP.

## Voorwoord

Het zorglandschap om de GGZ heen is fors aan het veranderen naar meer in netwerken georganiseerde samenwerkingsvormen. Dit vraagt om visie en slagvaardigheid van een organisatie en m.i. ook het doorontwikkelen van de positie van, en verbinding met, zorgprofessionals zoals de psychiater. Door de schaarste wordt de gevoelde verbinding van de zorgorganisatie en de professionals echter steeds zwakker. Ook wordt het geluid van de zorgprofessionals steeds zachter in de zorgorganisaties doordat er een steeds grotere kloof is tussen de taken waar men zich mee bezighoudt in het primaire zorgproces en de bestuurlijke en directionele laag van de zorgorganisaties. Dit is ook iets dat me zorgen baart. Om slagvaardig te blijven en de juiste dingen te blijven doen in de zorg is het belangrijk om de input van de zorgprofessionals te houden en hen te betrekken bij het kiezen van richting in de organisatie. Een organisatie kan niet in een ivoren toren zitten, en een mooie nieuwe toekomstbestendige zorgvisie valt niet uit de lucht zomaar ineens in de schoot bij de bestuurders van organisaties. Dat moeten we samen doen!

Het gekozen onderwerp is een actueel en relevant vraagstuk dat ik de afgelopen jaren al op diverse manieren ben tegengekomen in mijn dagelijkse werkomgeving. Ik zie de organisaties waar ik de afgelopen jaren heb gewerkt worstelen met dit vraagstuk. En ook ikzelf worstel met wat nu de juiste richting is om te kiezen. Ja, ik wil ook de zorgprofessionals behouden voor de organisatie. Maar dan lopen we tegen schaarste aan, en werkdruk, en afnemend werkplezier, en komen de zorgprofessionals niet meer toe aan een bredere taakomschrijving dan directe patiëntenzorg. En worden er miljoenen uitgegeven aan PNIL-kosten (personeel niet in loondienst) en is er nauwelijks meer financiële ruimte over om nog iets te kunnen doen voor de zorgprofessional die je zo hard ziet werken binnen de eigen organisatie. Dat voelt gewoon niet goed, deze manier is niet lang meer houdbaar voor mijn gevoel. Mijn behoefte om de uitdagingen van het huidige zorgsysteem beter te kunnen begrijpen en hierin voor anderen iets te kunnen betekenen is een belangrijke drijfveer geweest om deze MHBA-opleiding te volgen bij Erasmus Centrum voor zorgbestuur.

Met dit onderzoek hoop ik handvatten en inzichten te kunnen aandragen die een bijdrage kunnen leveren aan het werkplezier en de bezieling van de zorgprofessionals in de GGZ. Zodat zij zich weer thuis voelen in de zorg, zich graag verbinden aan de zorgorganisatie waar ze werken, en we weer gezamenlijk bouwen aan goede zorg.

# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| Voorwoord.....   | 4         |
| Management samenvatting.....   | 7         |
| Management summary.....  | 8         |
| <b>Hoofdstuk 1: Inleiding.....</b>   | <b>9</b>  |
| 1.1 Aanleiding.....  | 11        |
| 1.2 Doelstelling en vraagstelling.....   | 12        |
| 1.3 Wetenschappelijke relevantie.....  | 13        |
| 1.4 Maatschappelijke relevantie.....   | 13        |
| 1.5 Leeswijzer.....  | 14        |
| <b>Hoofdstuk 2: Theoretisch kader.....</b>   | <b>15</b> |
| 2.1 Inleiding: De geïnstitutionaliseerde zorgprofessional, een goede relatie?..... | 17        |
| 2.2 De psychiater als medisch specialist.....                                      | 18        |
| 2.3 De psychiater: professionele identiteit, autonomie en autoriteit.....          | 20        |
| 2.4 De psychiater in de GGZ.....   | 21        |
| 2.5 Goed werkgeverschap in de GGZ .....  | 22        |
| 2.6 Het effect van de goed verbonden professional op de zorgontwikkeling.....      | 25        |
| 2.7 Commitment van medewerkers binnen een organisatie.....                         | 25        |
| 2.8 Samenwerkingsvormen binnen de huidige Nederlandse wetgeving.....               | 27        |
| 2.9 Conceptueel model.....   | 30        |
| <b>Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet.....</b>   | <b>32</b> |
| 3.1 Inleiding.....   | 34        |
| 3.2 Vraagstelling.....   | 34        |
| 3.3 Operationalisatie.....   | 34        |
| 3.4 Vooronderzoek.....   | 35        |
| 3.5 Interviews.....  | 36        |
| 3.5.1 Methodiek data-analyse interviews.....                                       | 36        |
| 3.5.2 Materialen en methoden.....  | 36        |
| 3.5.3 Sample en populatie.....   | 37        |
| 3.5.4 Dataverzameling.....   | 37        |
| 3.5.5 Data-analyse.....  | 37        |
| 3.6 Enquête.....   | 37        |
| 3.6.1 Methodiek data-analyse enquête.....  | 37        |
| 3.6.2 Materialen en methoden.....  | 37        |
| 3.6.3 Sample en populatie.....   | 38        |
| 3.6.4 Dataverzameling.....   | 38        |
| 3.6.5 Data-analyse.....  | 38        |
| 3.7 Validiteit en betrouwbaarheid.....   | 38        |

## Hoofdstuk 4: Resultaten

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 4.1   | Resultaten van de semigestructureerde interviews.....                                | 40 |
| 4.1.1 | De eerste dimensie: Werkinhoud en werkcontext van de zorgprofessional.....           | 42 |
| 4.1.2 | De tweede dimensie: Wederkerige relatie van zorgprofessional en zorgorganisatie..... | 43 |
| 4.1.3 | De derde dimensie: Investeren in de relatie.....                                     | 44 |
| 4.1.4 | De vierde dimensie: Zorgontwikkeling.....  | 45 |
| 4.1.5 | De vijfde en zesde dimensies: Interne empowerment en Externe empowerment.....        | 45 |
| 4.1.6 | Grounded Theory.....   | 46 |
| 4.2   | Resultaten van de enquête.....   | 48 |
| 4.3   | De enquêteresultaten in relatie tot de Grounded Theory.....                          | 58 |

## Hoofdstuk 5: Conclusies en beperkingen..... 60

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 5.1 | Conclusies van het onderzoek.....              | 62 |
| 5.2 | Beperkingen en sterktes van de interviews..... | 65 |
| 5.3 | Beperkingen en sterktes van de enquêtes.....   | 66 |

## Hoofdstuk 6: Discussie en aanbevelingen..... 67

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 6.1 | Discussie van de resultaten uit de interviews..... | 69 |
| 6.2 | Discussie van de resultaten van de enquêtes.....   | 69 |
| 6.3 | Discussie van de Grounded Theory.....              | 70 |
| 6.4 | Aanbevelingen voor de praktijk.....                | 71 |
| 6.5 | Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....           | 75 |

Dankwoord..... 76

Bijlagen..... 77

1. Literatuurlijst en referenties
2. Bijlagen interviews
  - a. Template semigestructureerd interview
  - b. Gioia template quotes en eerste orde concepten'
    1. Gioia Template eerste orde concepten, tweede orde thema's en geaggregeerde dimensies
3. Bijlagen Enquête
  - a. Enquêtevragen SurveyMonkey
  - b. Uitnodiging LinkedIn
  - c. Uitnodiging Email
  - d. Input respondenten Enquête

## Management samenvatting

### Achtergrond:

De afgelopen jaren wordt er een grote uitstroom van psychiaters in de GGZ gezien. Vaak kiezen zij daarna voor een bestaan als zzp'er en laten zich inhuren door GGZ-organisaties. Een groot nadeel van dit vertrek uit loondienst is dat de zorgorganisaties tegen hogere tarieven de zorgprofessionals moeten terug inhuren, en op langere termijn de input van de zorgprofessionals missen bij het vaststellen van haar doelstellingen en de zorgontwikkeling in bredere zin. Eerder onderzoek toonde al aan dat niet puur financiële motieven, maar een wens tot meer autonomie en zeggenschap de belangrijkste drijvende kracht is. In Nederland zijn verschillende samenwerkingsvormen mogelijk om de verbinding tussen professional en zorgorganisatie vorm te geven. Deze verschillen leiden tot een verschillende mate van emotionele, ideologische en financiële verbinding tussen beide partijen, en ook tot een meer of minder sterke verbinding van de zorgprofessional op de doelstellingen, missie en visie van de zorgorganisatie.

### Vraagstelling:

Dit onderzoek exploreerde de vraag op welke wijze samenwerkingsvormen de verbinding tussen psychiaters en zorgorganisaties kunnen verbeteren en daarmee de betrokkenheid van psychiaters voor de zorgontwikkeling vergroten? Door middel van interviews werd onderzocht hoe verschillende belanghebbenden in het zorglandschap omgaan met het vraagstuk om tot betere verbinding te komen van zorgorganisatie met de psychiater als medische zorgprofessional, en met een enquête onder de psychiatergroep werd vervolgens ook getoetst of de beelden die hierbij werden opgehaald herkend worden door de zorgprofessionals.

### Resultaten:

Uit een literatuurstudie werd een conceptueel model geconstrueerd. Dit model werd gebruikt voor de interviews en de enquête. De semigestructureerde interviews werden uitgewerkt tot een Grounded Theory. Deze werd opgebouwd uit 6 dimensies: Werkinhoud en werkcontext van de zorgprofessional, Wederkerige relatie zorgprofessional en organisatie, Investering in de relatie, Zorgontwikkeling, Interne empowerment, en Externe empowerment. Deze nieuw geformuleerde Grounded Theory werd getoetst aan de wetenschappelijke literatuur en het conceptueel model. Dit, alsook de enquêteresultaten, onderschreven de gevonden Grounded Theory. Hiermee werd er een goede validiteit gevonden voor het gevonden theoretische model.

### Conclusies:

Een investering is nodig in het creëren van een betekenisvolle werkomgeving en wederkerige samenwerkingsrelatie tussen zorgprofessional en organisatie. HRM-maatwerk is nodig. Het expliciteren van verbinding, taken en verwachtingen, en de mogelijkheid om gedifferentieerd te belonen voor de specifiek overeengekomen taakomschrijving, bieden kansen om tot betere verbinding te komen. Een betere positionering van de medische staf is nodig zodat professionals mee richting geven aan de organisatie. Een deel van de psychiatergroep neigt eerder naar de oprichting van een maatschap structuur voor een betere vertegenwoordiging. De zzp-psychiater zou meer gezien moeten worden als inzet van expertise die op dat moment mist in de organisatie, in plaats van capaciteit. Zzp-psychiaters zouden ook faciliterend kunnen worden ingezet naar de loondienst-collega's. Dit kan helpen om meer rust te bewaren binnen de eigen organisatie wanneer collega's uitvallen. Zodat de loondienst-psychiaters zich meer kunnen blijven focussen op hun primaire taken en minder verstoringen ervaren in hun dagelijks werk. Hierdoor kunnen zij input blijven geven aan de zorgorganisatie en het beleid van de organisatie mee helpen vormen én uitdragen. Daarnaast is het nodig om zorgmedewerkers meer als goede ambassadeur van de organisatie in te zetten. Dit geeft een belangrijke impuls aan de zorgontwikkeling.

## Management summary

### Background

In recent years, a large outflow of psychiatrists is seen from mental healthcare organizations. After their departure, they are rehired as individual contractors by the mental healthcare organizations at large expenses. A large disadvantage for the organization is that they are confronted with high costs, but also, that their professional input is lost for the formulation of the organizational mission and the long-term healthcare development. Previous research found that not financial gains, but a need for increased autonomy and control of their work content and context lays at the basis of this outflow of workforce.

### Research question

This research explores the question in what way the form of co-operation can improve the connection between professionals and organizations, and with this, their involvement in healthcare development. By use of semi structured interviews, several stakeholders were questioned on how they are handling the dilemma to form better connections with healthcare professionals. With a questionnaire, the views of the psychiatrists were also recorded and compared to the insights of the interviews to see if the perspectives of the problem aligned.

### Results

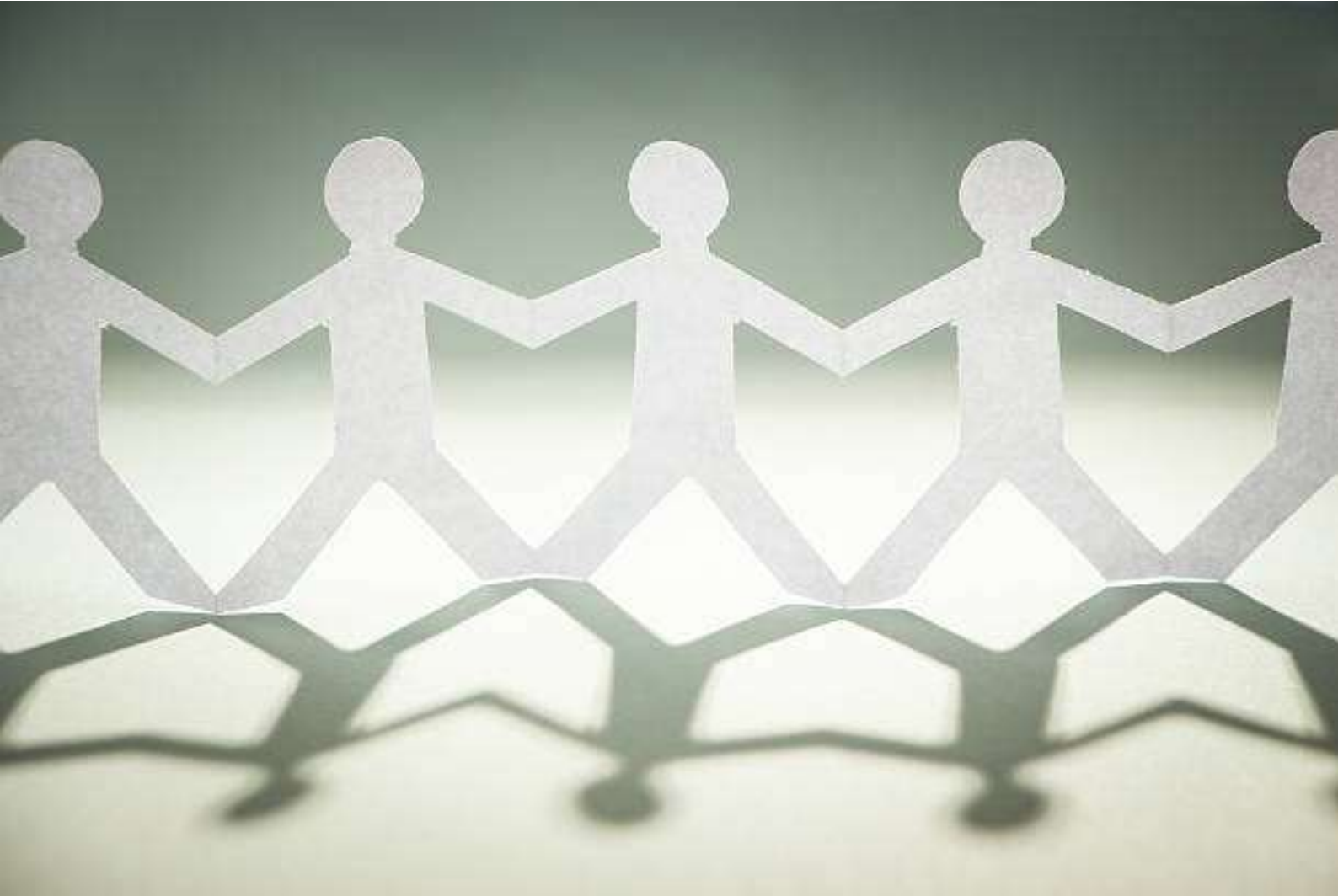
From a scientific literature study, a conceptual model was formed. This model was used as the basis for the semi structured interviews and the questionnaire. A Grounded Theory was constructed out of the results of the semi structured interviews. This Grounded Theory was built from six dimensions: work content and work context of the healthcare professional, reciprocal relationship healthcare professional and organization, investment in the relationship, healthcare development, internal empowerment, external empowerment. This newly formulated Grounded Theory was reviewed against scientific literature and the conceptual model. This, as well as the questionnaire, supported the validity of the Grounded Theory constructed in this research.

### Conclusion

Investment is needed to create a meaningful work environment and a reciprocal relationship between healthcare professional and organization. Custom HRM is needed. Explicitation of the tasks and expectations, and degree of connection, as well as the possibility for differentiated remuneration for a specified task is needed. This provides opportunity to form better connections of the organization with the healthcare professionals. Better positioning of the Medical Staff is needed so that professionals help course the organization towards joint goals. Part of the psychiatrists' group was more prone to the formation of a legal partnership with the healthcare organization to improve representation. Psychiatrists that work as individual contractors should be viewed as additional expertise instead of work capacity. They could be used as a facilitator of the payroll psychiatrists so that they experience less disturbances in their daily work environment and can focus on their primary tasks, including providing input to their organization and help formulate and promote the organizational goals. Also, it is needed to use healthcare workers as good ambassadors of the organization. This also gives good impulse to healthcare development.



# Hoofdstuk 1: Inleiding



## **Hoofdstuk 1: Inleiding**

In dit hoofdstuk, hoofdstuk 1, wordt de aanleiding van het onderzoek toegelicht. Deze opmaat leidt tot de introductie van de doelstellingen en vraagstellingen van het onderzoek. Vervolgens zal er worden ingegaan op de wetenschappelijke relevantie en de maatschappelijke relevantie van de onderzoeksopzet. Tezamen vormen deze facetten de aanleiding van het onderzoek.

### **1.1 Aanleiding**

### **1.2 Doelstelling en vraagstellingen**

### **1.3 Wetenschappelijke relevantie**

### **1.4 Maatschappelijke relevantie**

### **1.5 Leeswijzer**

## Hoofdstuk 1: Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek toegelicht. Deze inleiding leidt tot de introductie van de doelstellingen en vraagstellingen van het onderzoek. Vervolgens zal er worden ingegaan op de wetenschappelijke relevantie en de maatschappelijke relevantie van de onderzoeksopzet. Tezamen vormen deze facetten de aanleiding van het onderzoek.

### 1.1 Aanleiding

De zorg is continu in verandering. De verschillende zorgsystemen volgden elkaar de afgelopen jaren in snel tempo op. Ook de eisen die door zorgverzekeraars en wetgever aan de organisaties worden gesteld ten aanzien van bedrijfsvoering, administratieve onderbouwing van handelen, productiviteit van de medewerkers, en in zorgnetwerken zijn eveneens de afgelopen jaren enorm toegenomen. De zorg is een complexe business geworden. Duidelijk is geworden dat meer regels, weer een nieuw zorgsysteem en wéér een nieuwe format geen oplossingen gaan bieden voor de problemen die hieruit zijn ontstaan. Wel is hierdoor een groot probleem ontstaan binnen de GGZ-zorgorganisaties. De psychiater heeft als GGZ-professional al jaren last van alle veranderende spelregels en lijkt toenemend gefrustreerd over het gebrek aan invloed op de koers van de zorg en gebrek aan autonomie ten aanzien van het eigen professionele handelen.

De afgelopen jaren wordt er een grote uitstroom van psychiaters uit de GGZ gezien. Zij kiezen dan vaak voor een bestaan als zzp'er en laten zich dan, vaak langdurig, inhuren tegen hoge tarieven in de GGZ. Dat is een curieuze ontwikkeling. Het is dus niet de zorginhoud of patiëntenpopulatie die ze wegdrijft.

Een toename van interim/zzp-psychiaters ten opzichte van het aantal psychiaters in loondienst kan wijzen op structurele knelpunten inzake de positionering van psychiaters in de ggz instellingen. Een groot nadeel van dit vertrek uit loondienst is dat de zorgorganisatie tegen veel hogere tarieven de zorgprofessionals moet terug inhuren, en op langere termijn de input van de zorgprofessional mist bij het vaststellen van zijn doelstellingen. Uit de thesis van Marrit de Vries (2018) bleek al dat puur financiële motieven hieraan ook niet ten grondslag liggen. Een deel van de psychiaters mist zeggenschap op de vakuitoefening en invloed op de koers van de organisatie en kiest voor een zzp-schap waarbij er meer zeggenschap en autonomie bij de zorgprofessional komt te liggen. Ook het werkplezier en het verminderen van last van wet- en regelgeving en formaliteiten van verzekeraars spelen een rol. De loondienstpsychiaters blijven achter voor de minder gewenste taken. Deze mismatch maakt dat zij zich ook persoonlijk minder kunnen ontwikkelen op gebied van onderwijs, onderzoek, of beleidsfuncties. De invloed van de psychiater binnen de GGZ is ook steeds kleiner geworden. Pas sinds 2019 is er in de CAO GGZ opgenomen dat een GGZ-instelling een medische staf moet hebben. Het is shockerend dat deze er eerder nooit was, in tegenstelling tot bij andere medische professies.

In de GGZ-organisaties is het geluid van de psychiaters erg zacht geworden. In directieteamen zitten nog maar weinig psychiaters, en ook in de managementlaag daaronder zitten nauwelijks nog psychiaters. Er zijn sowieso nog maar weinig loondienstpsychiaters, en deze dragen vaak ook de zwaardere en minder prettige taken rondom verplichte WvGGZ zorg of de avond- nacht- en weekenddiensten tegen een loon wat ongeveer 1/3 is van hun zzp-collega's. Aan de bredere taakinvulling die er eigenlijk bestaat binnen de GGZ, namelijk het meebepalen en uitdragen van de doelstellingen, missie en visie van de organisatie, en het meewerken aan zorgontwikkeling in bredere zin, komt de loondienstprofessional niet meer toe door schaarste op de werkvloer.

Zorgverzekeraars hebben het nieuwe zorgprestatie­model (ZPM) aangegrepen om het de vrijgevestigde psychiater, die in een zelfstandige praktijk tweedelijns psychiatrische zorg aanbiedt, lastiger te maken om als zelfstandige gevestigd te blijven. Aan de andere kant stimuleren de verzekeraars GGZ-instellingen om door middel van gesprek­stafels samenwerking te zoeken met regionale psychiaters om deze in te zetten om hun eigen wachtlijsten te verkorten. Ook dit vraagt om de ontwikkeling van andere samenwerkingsvormen in de GGZ dan die er tot op heden waren. Diverse organisaties zijn gericht bezig met dit vraagstuk.

In Nederland zijn verschillende samenwerkingsvormen mogelijk om de verbinding tussen professional enerzijds en zorgorganisatie anderzijds vorm te geven. Deze verschillen leiden tot een verschillende mate van emotionele, ideologische, en financiële verbinding tussen beide partijen, en ook tot een meer of minder sterke verbinding van de zorgprofessional op de doelstellingen, missie en visie van de zorgorganisatie. Naast het traditionele loondienstverband zijn er ook diverse andere modellen mogelijk om de samenwerking mee vorm te geven. De verbinding van de zorgorganisatie met de professional wordt vormgegeven op 3 kerngebieden; de inhoud van de werkrelatie en de onderlinge afspraken, de juridische verbinding en aansprakelijkheid, en de financiële verbinding.

## **1.2 Doelstelling en vraagstelling**

Dit onderzoek exploreert de vraag hoe verschillende belanghebbenden in het zorglandschap omgaan met het vraagstuk om tot betere verbinding te komen van zorgorganisatie met de psychiater als medische zorgprofessional, en wil vervolgens ook toetsen of de beelden die hierbij worden opgehaald herkend worden door de zorgprofessionals.

Voor het vaststellen van de betrokkenheid van psychiaters bij de zorgontwikkeling zullen we vragen naar de subjectieve ervaringen van de betrokkenen. Dit wordt uitgevoerd door een kwalitatief semigestructureerd interview onder diverse richtingge­vende professionals in het huidige zorglandschap, zogenoemde 'smaakmakers'.

Bij de psychiaters zal door middel van een kwantitatieve enquête getoetst worden in hoeverre zij zich verbinden met de missie en visie, of dat zij zich inzetten voor de zorgontwikkeling van de zorgorganisatie(s) waar zij hun werkzaamheden uitvoeren, en de mate van verbinding die zij voelen met de organisatie. Deze enquête zal breed in het werkveld worden uitgezet.

Vraagstelling:

### **Hoofdvraag:**

Op welke wijze kunnen samenwerkingsvormen de verbinding tussen psychiaters en zorgorganisaties verbeteren en daarmee de betrokkenheid van psychiaters voor de zorgontwikkeling vergroten?

- Onafhankelijke variabele: samenwerkingsvormen.
- Afhankelijke variabele: betrokkenheid van psychiaters bij de zorgontwikkeling.

### **Subvraag:**

- Welke factoren zijn van belang om tot een goede verbinding van psychiater en zorgorganisatie te komen?
- Op welke wijze zou de samenwerkingsvorm hierbij kunnen bijdragen aan de verbinding van zorgorganisatie met professionals?
- Op welke wijze draagt een betere verbinding van zorgorganisatie en psychiater bij aan de zorgontwikkeling?

### **1.3 Wetenschappelijke relevantie**

Een hoge mate van medewerkersbetrokkenheid verhoogt creativiteit, productiviteit, service, en levert een aantoonbaar beter product aan de cliënten. Trotse medewerkers presteren ook beter. Bovendien zijn trotse werknemers de beste reclame voor je bedrijf. Trots en betrokkenheid gaan over emotie, over verbinding en aansluiting. Aansluiting bij de identiteit van je bedrijf en bij je eigen identiteit. Bedrijven met een hoge mate van medewerkersbetrokkenheid hebben een grotere kans op het bereiken van hun doelen en strategieën. Een hogere emotionele betrokkenheid houdt in dat medewerkers niet alleen werken voor hun salaris, maar ook emotioneel verbonden zijn met het bedrijf en zo toegewijd zijn aan het behalen van de bedrijfsdoelstellingen. Het is de verwachting dat buiten het traditionele bedrijfsleven deze principes ook gelden voor zorgorganisaties.

Al jaren wordt er onderzoek gedaan naar het fenomeen van de loondienstpsychiater die de GGZ verlaat om als zzp-psychiater zelfstandig verder te gaan. Anekdotisch lijkt er veel sprake te zijn van ontevredenheid over de ervaren werkomstandigheden en taken. Met elk onderzoek komt het probleem weer een klein beetje meer in focus. Ook met dit onderzoek wordt getracht tot verdiepende inzichten te komen ten aanzien van de problematiek, de betrokken mechanismen, en welke interventies nodig zijn om tot een verbetering te kunnen komen. Hopelijk draagt dit bij aan een betere verbinding van zorgprofessional en zorgorganisatie. Want een goed verbonden professional draagt bij aan goede patiëntenzorg en een slagvaardige GGZ.

In deze thesis zullen algemene organisatie-inzichten ten aanzien van medewerkersretentie, -motivatie, en -commitment worden besproken. Ook zullen specifieke theoretische modellen ten aanzien van de verbinding van de professional met een organisatie worden besproken. Het twee-factoren model van Herzberg en de verschillende soorten van commitment conform de inzichten van Allen en Meyer zullen de revue passeren, evenals algemene organisatie-theorieën en -modellen zoals onder andere van Forbes, Deci & Ryan, Weggeman, en Ruijters.

### **1.4 Maatschappelijke relevantie**

In de afgelopen jaren is de druk op een goede geestelijke gezondheidszorg sterk toegenomen. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg nam toe, er is sprake van een toenemende schaarste van zorgmedewerkers, en de problematiek in de GGZ verzwaarde door de veranderde inrichting van basis-GGZ en specialistische-GGZ. Voor de mensen die werken in de GGZ zijn goede arbeidsomstandigheden van steeds groter belang geworden. Deze arbeidsvoorwaarden staan echter al jaren onder druk door meerdere bezuinigingsronden, veranderende vergoedingssystemen, reorganisaties, en veranderende vragen vanuit de omringende zorgnetwerken.

Er is een groot maatschappelijk belang om de GGZ weer terug in positie te brengen als een fijne werkplek waar mensen graag willen werken. Zodat de GGZ weer een plek is waar je gezamenlijk zorg draagt voor de meest kwetsbare mensen en de meest zware problematiek, en waarbij je samen écht het verschil kan maken. Goede arbeidsomstandigheden, een bredere taakomschrijving die recht doet aan de passie, ambitie en bevoegenheid die maakte dat men voor dit vak heeft gekozen, en het gevoel als beroepsgroep goed vertegenwoordigd te zijn binnen de eigen organisatie zijn van groot belang. En bij fijn werken hoort ook de mogelijkheden voor mooie loopbaanontwikkelingen, goede facilitering in de uitvoering van het werk, en een passende beloning. Kortom, een oplossing is nodig om medewerkers in de zorg te behouden voor de zorg.

## 1.5 Leeswijzer

In dit hoofdstuk, hoofdstuk 1, wordt de aanleiding van het onderzoek toegelicht. Deze opmaat leidt tot de introductie van de doelstellingen en vraagstellingen van het onderzoek. Vervolgens zal er worden ingegaan op de wetenschappelijke relevantie en de maatschappelijke relevantie van de onderzoeksopzet. Tezamen vormen deze facetten de aanleiding van het onderzoek.

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader geschetst. Er is aandacht voor algemene kenmerken van de psychiater als zorgprofessional, specifieke kenmerken van zorgorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg, hoe de werkinhoud van de medisch specialist de laatste jaren aan grote veranderingen onderhevig is geraakt, en welke rol goed werkgeverschap in de geestelijke gezondheidszorg heeft. Algemene organisatie-theorieën ten aanzien van commitment en motivatie van medewerkers en de impact hiervan op de slagvaardigheid van de organisatie zullen besproken worden, evenals de juridische en operationele kenmerken van de verschillende samenwerkingsvormen. Al deze informatie zal worden samengenomen om te komen tot een conceptueel model.

Hoofdstuk 3 beschrijft de gebruikte onderzoeksmethode. De strategie die gebruikt is voor de aanpak van het wetenschappelijk onderzoek wordt toegelicht. Er wordt besproken hoe het stroomschema van het onderzoek er uit ziet, van zowel de interviews als de enquête wordt de onderzoeksmethodiek besproken, hoe tot de gewenste onderzoekspopulatie wordt gekomen, hoe de data werd gevonden, en op welke wijze deze vervolgens werd geanalyseerd. Tot slot wordt stilgestaan bij validiteit en betrouwbaarheid van de data.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de verschillende datastromen besproken. De twee data-verzamelingen, uit interviews enerzijds en een enquête anderzijds, worden separaat verzameld en geanalyseerd. De resultaten van de interviews werden, geïnspireerd door de Gioia-methodologie, gecodeerd door gebruik te maken van een data-template. Hieruit werden eerste orde concepten, tweede orde categorieën, en geaggregeerde dimensies gedestilleerd. Hieruit werd een Grounded Theory opgebouwd, die werd getoetst aan bekende literatuur-inzichten en theoretische modellen uit het vooronderzoek en het theoretisch model van hoofdstuk 2. De resultaten van de diverse enquête vragen worden vervolgens besproken en de belangrijkste inzichten uit de enquête worden aan het eind samengevat. Het beeld dat hieruit ontstaat wordt eveneens vergeleken met de gevonden Grounded Theory en de onderliggende theoretische concepten om zo de validiteit van de gevonden theorie te toetsen.

In hoofdstuk 5 volgen de conclusies en beperkingen uit dit onderzoek. In dit hoofdstuk worden op basis van de resultaten antwoorden gegeven op vraagstelling van dit onderzoek. Hierbij worden de onderzoek conclusies vergeleken met de theoretische kaders uit de voorgaande hoofdstukken en wordt ook een verbinding gelegd met de processen en bevindingen van de voorgaande hoofdstukken. Beperkingen van het onderzoek zullen worden besproken. In het laatste deel zullen aan de hand hiervan diverse aanbevelingen worden gedaan.

In hoofdstuk 6 is ruimte voor de discussie en aanbevelingen. Als eerste worden relevante beelden uit de interviews en enquête besproken. De gevonden Grounded Theory wordt aanvullend inhoudelijk bediscussieerd; welke facetten blijken van belang en welke processen kunnen hierbij worden gedefinieerd? Er worden vervolgens aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

## Hoofdstuk 2: Theoretisch kader



## **Hoofdstuk 2: Theoretisch kader**

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader geschetst. Er is aandacht voor algemene kenmerken van de psychiater als zorgprofessional, specifieke kenmerken van zorgorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg, hoe de werkhoud van de medisch specialist de laatste jaren aan grote veranderingen onderhevig is geraakt, en welke rol goed werkgeverschap in de geestelijke gezondheidszorg heeft. Algemene organisatietheorieën ten aanzien van commitment en motivatie van medewerkers en de impact hiervan op de slagvaardigheid van de organisatie zullen besproken worden, evenals de juridische en operationele kenmerken van de verschillende samenwerkingsvormen. Al deze informatie zal worden samengenomen om te komen tot een conceptueel model.

- 2.1 Inleiding: De geïnstitutionaliseerde zorgprofessional, een goede relatie?**
- 2.2 De psychiater als medisch specialist**
- 2.3 De psychiater: professionele identiteit, autonomie en autoriteit.**
- 2.4 De psychiater in de GGZ**
- 2.5 Goed werkgeverschap in de GGZ**
- 2.6 Het effect van de goed verbonden professional op de zorgontwikkeling**
- 2.7 Commitment van medewerkers binnen een organisatie**
- 2.8 Samenwerkingsvormen binnen de huidige Nederlandse wetgeving**
- 2.9 Conceptueel model**



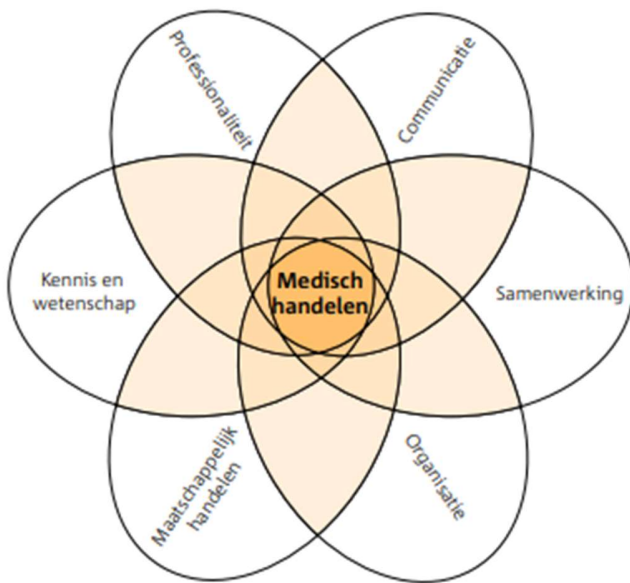
## 2.1 Inleiding: De geïnstitutionaliseerde zorgprofessional, een goede relatie?

De medisch specialist is van origine een professional die in belangrijke mate individueel handelt. Weliswaar is de medisch specialist onderdeel van een vereniging van vakgenoten, maar de uitoefening van het vak gebeurde toch veelal individueel, met ook een eigenstandige verantwoordelijkheid en tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. De afgelopen jaren is de psychiater steeds meer werkzaam binnen instituties, mede onder druk van de vergoedingen systematiek. Dit heeft een groot gevolg voor de beroepsuitoefening van de psychiater als medisch professional. Waar eerder vooral vakinhoudelijke veranderingen een grote rol speelden, spelen nu ook beleidskeuzes, visie van de organisatie, verandering van samenwerkingspartners binnen het zorgnetwerk, en wisselingen in bezetting of afspraken die op organisatieniveau worden gemaakt een steeds grotere rol in het handelen van de medisch specialist.<sup>[6]</sup> De inhoudelijke beroepsuitoefening wordt hierdoor in steeds grotere mate bepaald door de werkgever. Dit kan ook een verrijking van het vak zijn zolang de vakinhoudelijke invulling niet in de knel komt. Echter, door schaarste van psychiaters en diverse wet- en regelgeving lijkt dit wel te zijn gebeurd. Wat we de afgelopen jaren hebben gezien is dat binnen de GGZ-instellingen de zorg steeds meer in teams wordt georganiseerd, en de psychiater een onderdeel vormt van deze zorgteams, maar daarnaast toch ook invulling moet geven aan diens individuele aansprakelijkheid. Vanwege schaarse beschikbaarheid worden de taken waar de psychiater zich mee bezig houdt steeds meer gecondenseerd tot een beperkt onderdeel van het expertisegebied. Als eindverantwoordelijke is de psychiater bijv. nog wel betrokken bij indicatiestelling en administratieve handelingen richting verzekeraars, en het domein van de verplichte zorg is eveneens een steeds groter onderdeel geworden van de beroepsuitoefening met ook een steeds dwingender administratief karakter. Maar de feitelijke beroepsuitoefening met betrekking tot de psychiatrische behandeling van ernstig zieke patiënten komt steeds meer bij andere ggz-professionals te liggen, waarbij de psychiater dan vaak nog wel een superviserende of consultatieve rol heeft en daarmee slechts beperkte inbreng heeft in het geheel van de zorginhoudelijke behandeling. Voor veel beroepsuitoefenaars wordt dit als een verarming van hun vak gezien. De psychiater draagt wel nog een belangrijke tuchtrechtelijke aansprakelijkheid voor de behandelinhoud en voor de uitkomst van de behandeling voor de individuele patiënt binnen het behandelteam en binnen de organisatie. Recente jurisprudentie (Zorgvisie 2021) heeft duidelijk gemaakt dat de medisch specialist zich niet kan verschonen van aansprakelijkheid bij problemen binnen de organisatie waarvoor deze zijn werkzaamheden uitvoert, zoals een beperkte bezetting, te grote caseload, of te vaak wisselingen in zorgverleners. De druk die er vanuit allerlei kanten ontstaat op de professional, en het omgaan met de vele, soms conflicterende, belangen die dit met zich meebrengt vraagt steeds meer van de medische professional.

In de GGZ leidde dit de afgelopen jaren tot een grote uitstroom van de psychiaters. Deze psychiaters gingen als zzp verder, en maar liefst één op de drie psychiaters in loondienst overweegt eveneens een voortzetting van zijn vak als zzp (Medisch contact, 2021). Eerder onderzoek in de MHBA-thesis van Marrit de Vries, 2018 toonde al aan dat hier niet een puur financieel oogmerk achter zit, maar dit eerder voortkomt uit een wens naar meer professionele autonomie en een bredere vak uitoefening.

## 2.2 De psychiater als medisch specialist

Om de psychiater op te leiden tot een breed inzetbare GGZ-professional in het Nederlandse zorglandschap wordt aandacht gegeven aan zowel vakinhoudelijke kennisontwikkeling als ook de ontwikkeling van een bredere professionalisering van de medicus. De zeven competentiegebieden waar een medisch professional wordt opgeleid staat in onderstaande figuur uitgewerkt. Deze 7 domeinen werden vaak aangeduid door de CanMed competentiegebieden. In 2015 heeft CanMEDS het onderdeel Manager (Organisatie) veranderd in Leader (Leiderschap). De ontwikkeling van het nieuwe opleidingsplan voor de opleiding van psychiaters, HOOP 2.0, en de nieuwe CanMEDS-indeling hebben elkaar gekruist en daarom is HOOP 2.0 nog niet aan de nieuwe indeling aangepast. Het Competentieprofiel van HOOP 2.0 (zie tabel 2.1 in hoofdstuk 2) bevat desalniettemin diverse leiderschapscompetenties. Dat hierin een verandering wordt ingezet lijkt gepast binnen de huidige ontwikkelingen in het werkveld van de medisch professional.<sup>[8]</sup>



*Figuur 1: De zeven competentie gebieden van de medische professional. (Uit: HOOP 2.0, blz. 15)*

In het HOOP 2.0 opleidingsplan voor de opleiding van psychiaters staat in tabel 4.1 'Belangrijkste leerdoelen per thema en per competentiegebied' een competentieprofiel uitgewerkt over de psychiater ten aanzien van 'organisatie' en 'professionaliteit' (figuur 2).

|             |                            |   |
|-------------|----------------------------|---|
| Organisatie | Psychiatrische diagnostiek | Zet diagnostiek doelmatig in en besteedt beschikbare middelen op een verantwoorde manier  |
|             | Biologische behandeling    | Kan evaluaties van patiënten verkrijgen en interpreteren  |
|             | Psychologische behandeling | Past het psychotherapeutische behandel aanbod binnen een organisatie doelmatig toe en monitort de kwaliteit hiervan                   |
|             | Omgevingsinterventies      | Beschikt over kennis van voorzieningen in een instelling om patiënten in acute psychische of psychiatrische nood te kunnen behandelen |
|             | Psyche en soma             | Kan afhankelijk van de organisatie en de toestand van de patiënt opties voor somatische diagnostiek en behandeling inschatten         |

|                   |                            |  |
|-------------------|----------------------------|--|
| Professionaliteit | Psychiatrische diagnostiek | Heeft besef van de invloed van eigen belevingen, opvattingen en stijkenmerken op de relatie met een patiënt                                  |
|                   | Biologische behandeling    | Participeert op een constructieve manier in een multidisciplinair behandelteam en handelt daarin binnen de grenzen van de eigen competenties |
|                   | Psychologische behandeling | Is zich bewust van de verschillende overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen binnen de behandeling  |
|                   | Omgevingsinterventies      | Kan de gevolgen van al dan niet ingrijpen en het toepassen van dwang en drang afwegen binnen de juridische kaders                            |
|                   | Psyche en soma             | Betrekt consulenten en medebehandelaren van andere specialismes gericht, kent de eigen grenzen en handelt hiernaar                           |

*Figuur 2: Uitwerking van competentieprofiel 'organisatie' en 'professionaliteit'.  
(Uit: HOOP 2.0: opleidingsplan psychiatrie, blz. 49-50)*

Binnen de opleiding tot psychiater wordt er inmiddels ook expliciet aandacht besteed aan competenties die nodig zijn om als professional zich te verbinden aan een organisatie. De uitwerkingen van het competentiegebied 4 'organisatie', subonderdeel 4.2 'De psychiater werkt effectief en doelmatig binnen een gezondheidszorgorganisatie' richt zich in het opleidingsplan meer op beroepsinhoudelijke competenties, en minder op de meer organisatorische en beleidsmatige vlakken van de samenwerking waarop de medisch specialist zich moet gaan begeven na afronding van de opleiding. In de overige competentiegebieden wordt de rol benadrukt van de medisch specialist als belangrijke hoeder van de kwaliteit van de zorg. Het specifieke spanningsveld dat dit oplevert, in een kraptemodel binnen de GGZ, in een werkgebied waar een steeds groter sociaal-maatschappelijke druk op wordt uitgeoefend, waar juridische competenties een steeds belangrijker onderdeel zijn van het dagelijkse werkveld, en de noodzaak van het organiseren van de benodigde medisch-inhoudelijke invloed van de professional op de zorgorganisatie, is dit een te smalle uitwerking van deze competentie. Ook zou hierbij meer aandacht mogen komen voor de oprichting van een goed representatiemodel van de psychiater in de GGZ-organisatie, en hoe psychiaters kunnen komen tot een goede mandatering, maar eventueel ook het vergroten van competenties op beleidsgebied, mochten ze dit ook persoonlijk ambiëren. Gezien het in de afgelopen jaren toegenomen gevoelde belang hiervan is een pleidooi om een specifiek opleidingsdoel te maken van de beleidsmatige positionering van de psychiater binnen de zorgorganisatie op zijn plaats.

### 2.3 De psychiater: professionele identiteit, autonomie en autoriteit.

Volgens Ruijters (2015) betekent professionaliteit (professioneel handelen, het goed doen en het goede doen) binnen een organisatie niet alleen je vak beheersen, jezelf ontwikkelen en weten waar je voor staat (zowel individueel als vanuit een bepaalde beroepsgroep) maar ook dat je in staat bent om je weg te bepalen binnen de organisatie. Naast het beheersen van een vak is professionele identiteit van groot belang. Professionele identiteit ontstaat door een wisselwerking van individu en zijn context. De professional moet laveren in het spanningsveld tussen wat vaktechnisch de beste oplossing is en wat pragmatisch haalbaar is. Enerzijds is er de ruimte om het als individu op je eigen manier te doen, anderzijds ligt er ook een verplichting het grotere geheel te dienen. Dit kan leiden tot spanningen in het werkveld. Soms moeten om deze reden keuzes breder gedragen worden want professioneel handelen is een collectieve aangelegenheid. Het belang van professionele identiteit binnen samenwerkingsverbanden is essentieel. Bij tijdelijke of minder vaste samenwerkingsverbanden is dit nog belangrijker. In een werkrelatie is er tijd nodig om elkaar te leren kennen en er is aandacht nodig om op elkaar af te stemmen. Wanneer er discussie ontstaat over de gewenste professionele opstelling binnen een organisatie komt de samenwerking onder druk te staan. Zonder een consistente basis ten aanzien van verwachtingen van de relatie is het moeilijker om positie te kiezen als individu en wordt er sneller defensief geacteerd. Organisatie en professional moeten om deze reden gesprekspartners zijn. En dit vraagt enerzijds van de zorgorganisatie om professionals voldoende mee te nemen in organisatorische vraagstukken en de missie en visie van de organisatie, en anderzijds vraagt het van de professionals om meer te investeren in het bredere werkveld buiten hun directe dagelijkse werk. Hierbij moet er moet worden gewerkt aan een goede vertegenwoordigingsstructuur zodat vertegenwoordigers ook gemandateerd worden in hun nieuwe rol.

Daarnaast kan ook de aard van de opdracht invloed hebben op de mate van gehechtheid die nodig is voor een goede uitvoering van de opdracht. Bij het vinden van out-of-the-box oplossingen is een inhoudelijk grote kennis nodig van de organisatie, werkveld en collega's en groot vertrouwen in de aangegeven richting. Ook kunnen leiders die minder verbonden zijn met de organisatie anderen minder goed inspireren om tot verandering of de implementatie van nieuwe zienswijzen komen. Deze veranderprocessen moeten van binnenuit gedragen worden om de juiste inbedding te vinden, en nieuw voorbeeldgedrag van gelijkgestemden is hierbij van belang. Wanneer er echter bredere maatschappelijke zorgvragen spelen kan het juist ook bevorderlijk zijn om ook professionals van buiten de eigen organisatie te laten meedenken.

Volgens Sennet (2008) heeft de professional autonomie en autoriteit. Veel professionals hebben echter te maken met afname van hun autoriteit. En binnen instellingen bestaat er een interdependentie met anderen zoals de formeel leidinggevenden. De beïnvloedingsmogelijkheid op het beleid neemt hierdoor af. De professional moet hierdoor harder werken om zijn autoriteit veilig te stellen. Hun specifieke kennis wordt eigendom van het bredere werkveld, het werkveld wordt meer versnipperd ingevuld door de diverse betrokkenen en wordt hierbij minder vastgelegd bij het individu. En door standaardisatie in het werk wordt ook innovatiekracht verloren. De potentiële leerervaring wordt verarmd en innovatiekracht en mogelijkheden tot verbetering nemen af door standaardisatie. Groei is echter nodig voor de toenemende complexiteit, veelzijdigheid en onvoorspelbaarheid van het werk. (Horstman & Houtepen 2008, Van Gunsteren 1994). Een manier waarop autoriteit voor de professional kan worden behouden is door het ontwikkelen van een eigen expertise. Soms ontstaat die beweging ook vanuit wet- en regelgeving of veranderingen in de visie en doelstelling van de organisatie. Specialisatie naar een specifieke expertise maakt de professional minder breed inzetbaar en de invulling van deze niche-expertise past ook niet altijd bij de doelstelling en werkwijze van de organisatie of de wensen van de individuele professional. Hierdoor kan discussie ontstaan over autonomie en autoriteit die de verbinding tussen professional en organisatie onder druk zet.

## 2.4 De psychiater in de GGZ

De positie van medisch specialist binnen de GGZ is historisch gezien altijd een wat andere geweest dan die van de medisch specialisten binnen de ziekenhuisomgeving. Formele inspraak op organisatie van zorg in de GGZ-organisaties was er niet. In de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialist (NVZ FMS LAD OMS, 2016) was veel aandacht voor de patiëntveiligheid, de kwaliteit van zorg en de positionering van de medisch specialist als gesprekspartner van de Raad van Bestuur (Alderlieste, 2014). Hiermee werd beoogd om psychiaters in loondienst, in ieder geval op papier, meer ruimte te geven om inspraak te krijgen op het gebied van governance, kwaliteit van de zorg, en patiëntveiligheid. Echter, dit leidde niet tot de spontane oprichting van medische staven, zoals dit eerder wel in 1999 het geval was in de ziekenhuizen. Uiteindelijk werd in de CAO GGZ van 2019 vastgelegd dat de oprichting van een medische staf verplicht werd. In de GGZ is eigenlijk pas net de zoektocht gestart naar een samenwerkingsmodel tussen medisch specialisten en de zorgorganisatie/bestuurders.

Vanwege maatschappelijke ontwikkelingen is er sprake van een toename van GGZ-hulpvragen en een schaarste van zorgmedewerkers. Door de invoering van de basis-ggz worden lichtere GGZ-vragen buiten de traditionele GGZ-instellingen opgepakt, o.a. door versteviging van de eerste lijn en de invoering van de praktijkondersteuner-GGZ bij de huisarts; de POH-GGZ.

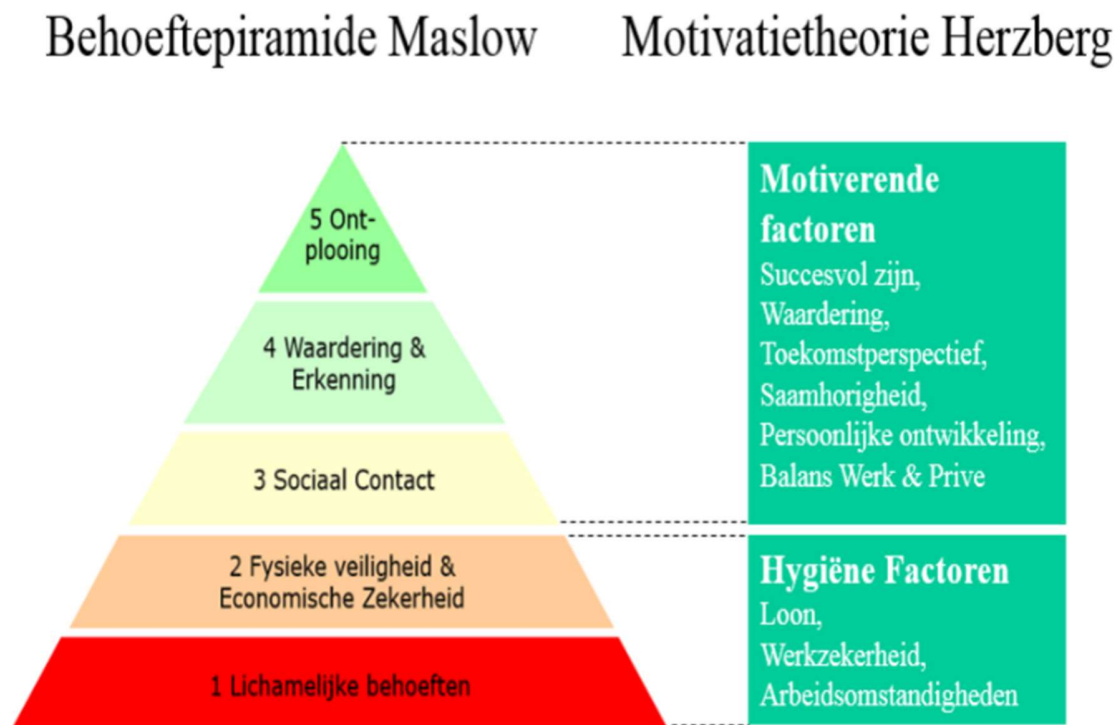
Tegelijkertijd zien we allerlei nieuwe ontwikkelingen in het werkveld van de psychiater die de breedte van het werkveld inperken. Een voorbeeld hiervan is dat de verpleegkundig specialist geprotocolleerd psychiatrische medicatie mag voorschrijven mits deze hiervoor gesuperviseerd wordt door een psychiater. De psychiater wordt hiermee toenemend belast met multidisciplinaire overlegstructuren, en beperker in de directe patiëntenzorg en ziet een specifieke taak van de medisch specialist wegvallen. En, door de afnemende budgetten in de GGZ is de psychiater vaak te duur en te schaars om nog psychotherapiegroepen of individuele psychotherapie te geven. Om deze reden komt deze rol vrijwel volledig bij de psychologen te liggen, maar wordt er wel vaker gestructureerd multidisciplinair overleg gevoerd waarbij de psychiater wel weer dient aan te sluiten. Ook de introductie van het regiebehandelaarschap heeft tot gevolg dat er meer overlegd wordt en minder tijd is om zelf directe patiëntenzorg op zich te nemen. In de acute keten heeft de psychiater wel een duidelijke taak behouden, maar ook hier verplaatst de expertise zich naar een klein deelgebied: de beoordeling van opgenomen cliënten op klinische afdelingen binnen 24 uur na opname, de beoordeling van suicidaliteit, en alle taken met betrekking tot de verplichte zorg in het kader van de wet verplichte GGZ (WvGGZ). Nieuwe wetgeving en afspraken rondom zorgadministratie vragen een steeds grotere tijdsinvestering van de psychiater om voor de zorgorganisatie administratieve processen te verzorgen of te accorderen. De telkens veranderende spelregels binnen de organisatie hebben een steeds nadrukkelijker impact op de werkinhoud van de psychiater. Schaarste op de werkvloer leidt eveneens tot een steeds weer veranderende taakinfilling die van de psychiaters gevraagd wordt met steeds grotere versnippering van taken met een toename van aansprakelijkheid, en een steeds grotere afstand tot de directe patiëntenzorg. Aan de bredere taakopvatting, zoals deze beoogd is in de opleiding van psychiaters, komt men steeds minder toe. De ontwikkelingen die nodig zijn om tot een goede vertegenwoordigingsstructuur binnen de GGZ-zorgorganisatie te komen, en om hiermee invloed te kunnen uitoefenen op de richting van de zorgorganisatie, komen toenemend in de knel. Hiermee wordt het geluid van de psychiaters binnen de zorgorganisaties ook steeds kleiner en klagen psychiaters over een verlies van professionele autonomie. Om weer grip te verkrijgen op het eigen handelen en de reikwijdte van de taakomschrijving vluchten veel psychiaters de GGZ uit richting het zzp-schap. Het loondienstverband binnen de GGZ krijgt hiermee een negatieve connotatie. Met het vertrek uit het loondienstverband in de GGZ verliezen zij wel hun invloed op de zorgorganisatie waarvoor ze werken, en ook voor de zorgorganisatie is dit een gemis. Er werken steeds minder psychiaters nog mee aan nieuwe zorgontwikkeling of beslissen mee over de richting van de zorgorganisaties en de zorg in het algemeen. En hiermee is een zeer negatieve spiraal ingezet. Nijs (2022) beschrijft nog zeer recent dat de onvrede onder psychiaters over de structuur van de

zorg breed wordt gevoeld. Ze geven aan ernstig te lijden onder bureaucratische regelgeving van de overheid, onder regulatiedruk, aansprakelijkheidslast, bezuinigingen en marktwerking. Oude paradigma's vragen om vervanging. Hiervoor is medisch leiderschap nodig en zijn psychiaters nodig met leidinggevende competenties. (Fuijkschot, 2020).

## 2.5 Goed werkgeverschap in de GGZ

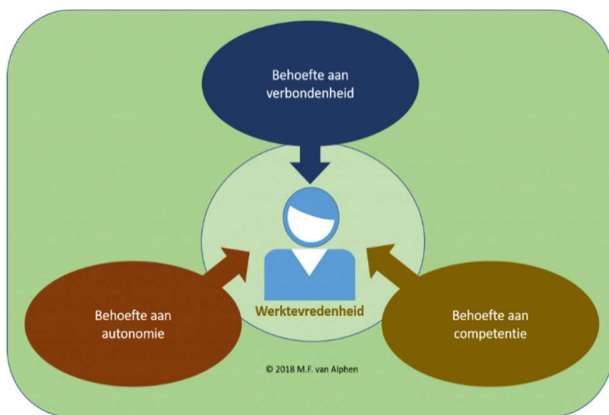
De piramide van behoeftes (Maslow, 1943) is een aan Abraham Maslow toegeschreven ordening van behoeftes, op basis van zijn in 1943 gepubliceerde motivatietheorie. Maslow rangschikte de volgens hem universele behoeften van de mens in deze hiërarchie. Volgens zijn theorie zou de mens pas streven naar bevrediging van de behoeften die hoger in de hiërarchie geplaatst werden nadat de lager geplaatste behoeften bevredigd waren. Maslow stelde dat elk levend wezen dezelfde behoeftes nastreeft. Wanneer aan een behoefte voldaan is schuift het individu op naar een volgend niveau. Wanneer een trap ontbreekt of wegvalt zal het individu opnieuw aan deze behoefte moeten voldoen alvorens verder te kunnen stijgen. Het is niet mogelijk om bepaalde niveaus over te slaan.

Ook de 2-factor motivatietheorie van Herzberg grijpt aan op deze basisgedachte, waarbij Herzberg een minder gestapelde rangorde maakt binnen de motiverende factoren. Herzberg dacht bij de publicatie van zijn model in 1959 dat hygiëne factoren alleen van belang waren als push-factor, een kracht die medewerkers naar buiten duwde als ze niet op orde waren maar zelf geen directe aantrekkende werking zouden hebben. De inzichten hierover zijn de afgelopen jaren veranderd. Sankar toonde in 2015 aan dat hygiëne factoren een cruciale rol spelen in het werkplezier van medewerkers, en daarmee een belangrijke factor is bij medewerkersretentie.



*Figuur 3: Overeenkomsten Behoeftepiramide van Maslow en Motivatietheorie van Herzberg. (Figuur: [www.house-of-control.nl/uploads/images/management/management-maslow-herzberg.png](http://www.house-of-control.nl/uploads/images/management/management-maslow-herzberg.png))*

Ook Deci, Connell & Ryan (1989) ontwikkelden een model over menselijke motivatie. De kern van de theorie wordt gevormd door de stelling dat er drie natuurlijke basisbehoeften zijn die, indien deze bevredigd worden, een optimale functionering, welbevinden en groei van een persoon toestaan. Behoeftbevrediging en behoeftefrustratie zijn twee mogelijke uitkomsten volgens de zelfdeterminatietheorie. Ook de intrinsieke motivatie van een persoon om doelen te bereiken hangt mede van de bevrediging van deze behoeften af. Een belangrijke stelling van de theorie is dat vormen van controle op het gedrag van anderen zorgt voor een afname van intrinsieke motivatie, omdat deze controle de bevrediging van de basisbehoeften frustreert. Zij veronderstellen dat de intrinsieke motivatie van mensen afhankelijk is van de vervulling van 3 natuurlijke basisbehoeften. Deze 3 basisbehoeften zijn: competentie, autonomie en verbondenheid. De zelfdeterminatietheorie kan helpen bij het creëren van een productieve werkomgeving.



Figuur 4: Zelfdeterminatietheorie van Deci & Ryan, 2004. (Uit Van Alphen, 2018.)

Mintzberg gaf al in 1979 aan dat kenniswerkers niet te managen zijn door het opleggen van regels en procedures of door het toepassen van informatiesystemen. De ergernissen van medewerkers gaat vaak minder over horizontale regelsystemen. Dit zijn bijvoorbeeld vakinhoudelijke standaarden, richtlijnen en protocollen die binnen de beroepsgroep zijn opgesteld, en de verhouding van zichzelf ten opzichte van gelijkgestemden. De ellende wordt veroorzaakt door verticale controlesystemen. Deze worden ervaren als betuttelend en krenkend en ondermijnen de autonomie van de medewerker.

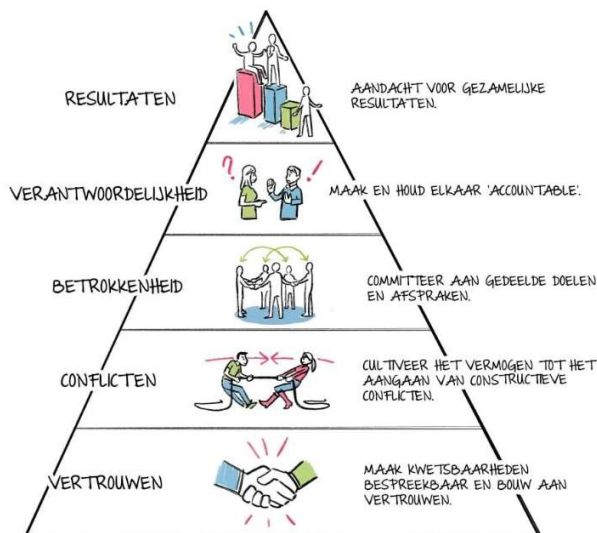
Matthieu Weggeman (2007) pleit daarom voor meer collectieve ambitie binnen organisaties; 'shared values' zoals hij ze noemt. Deze zijn een energiebron voor de medewerker en dragen bij aan een positieve verbinding met de doelstellingen van de organisatie. Uit onderzoek van onder meer Schmidt en Posner (1983) blijkt dat de sterkte van de aantrekkingskracht van een werkplek afhangt van de gevoelde overeenstemming tussen persoonlijke doelen en de hogere organisatie doelen. Het komt erop neer, volgens Weggeman, dat hoe collectiever de ambitie, hoe meer 'shared values', hoe groter de motivatie, hoe hoger het energieniveau, hoe kleiner de kans op jantje van leiden gedrag, hoe minder hobbyisme, en hoe minder planning & control systemen nodig zijn. Stoppen met beheerszucht dus, en erop vertrouwen dat kenniswerkers hun vak graag en goed uitoefenen vanuit een interne ambitie. En dat dit leidt tot het goede doen. Goed gemotiveerde medewerkers betekenen echter niet automatisch goed verbonden medewerkers! Wat vanuit de werkgever nodig is zijn inspirerende en faciliterende leidinggevend.

*'Inspireer de professionals, ben er, durf te differentiëren, fungeer als hitteschild voor 'de ruis van boven', en hou van het vak van je mensen'.*

M. Weggeman, 2007. pag. 141.

Eind 2020 werden meerdere adviezen van de onafhankelijke commissie Werken in de Zorg over “Anders besturen versus behoud en betrokkenheid van zorgpersoneel” gepresenteerd door de voorzitter Doekle Terpstra. In het rapport werd onverholven opgeroepen tot een betere HRM in de zorg. Er is sprake van een zeer zichtbare grote diversiteit in de kwaliteit van het werkgeverschap en HR-beleid binnen zorg en welzijn. Er zijn instellingen waar er slechts zeer beperkt inhoud wordt gegeven aan personeelsbeleid. Daarnaast is er in sommige zorginstellingen een cultuur ontstaan, waarin uitsluitend bedrijfsmatig naar de zorgverlening gekeken wordt in termen van productie, budgetten en ratio's en zorgprofessionals als in te zetten middelen (fte's). In plaats van mensen die recht hebben op een ontwikkelingsgericht, zingevende en gezonde werkomgeving waarin geleerd kan worden en gezond en veilig doorgewerkt kan worden. In het rapport werd gepleit voor een mensgericht bestuur met veel aandacht voor leer- en ontwikkelmogelijkheden in samenspraak met het personeel en HR, en dit door te vertalen naar betekenisvolle meerjarenprogramma's, maar deze ook organisch aan te passen wanneer nodig in samenspraak met het personeel. Daarnaast werd gesignaleerd dat personeel weinig inspraak lijkt te hebben in diverse zorginstellingen in grote zaken als loopbaanperspectief, maar ook in praktische zaken als vakantieplanning of werktijden. Zeggenschap is ver te zoeken. Juist voor het thema gezond, zingevend en vitaal kunnen doorwerken in de zorg is zogenaamde participatie in besluitvorming en autonomie van cruciaal belang.

In de GGZ-instellingen is wel al langere tijd gemeengoed dat een psychiater als bestuurder zitting heeft in de raad van bestuur. Waar bestuurders worstelen met financiële, maatschappelijke en politieke druk, voelen de psychiaters zich vaak onthecht en raakt het inhoudelijke geluid ondergesneeuwd. Wanneer deze psychiater/bestuurder echter de verbinding kwijtraakt met zijn collega-psychiaters en het overige zorgpersoneel verdwijnt ook het commitment op de door het bestuur en directie verwoordde doelstellingen, visie en beleid van de organisatie. Werkvloer en organisatie raken dan onthecht, en men voelt zich steeds minder verbonden met de zorgorganisatie zelf. Om dit te keren moet men durven om het conflict aan te gaan. Er moet weer een wederkerigheid komen in de relatie. Hierbij geeft de piramide van Lencioni een mooie weergave van de betrokken processen om een disfunctionele samenwerking weer om te kunnen buigen.



Figuur 5: Lencioni Piramide. (Bron: coachcenter.nl op Pinterest)



## 2.6 Het effect van de goed verbonden professional op de zorgontwikkeling

Een onderzoek van Jamarillo uit 2010 heeft aangetoond dat medewerkersbetrokkenheid bijdraagt aan een toegenomen winstgevendheid. Het hebben van een betrokken medewerkersgroep is goed voor de winstgevendheid van een bedrijf, maar er is geen one-size-fits-all strategie beschikbaar. Begrip van specifieke medewerkersnoden is een belangrijk pad naar succes. Door dit goed duidelijk te krijgen is een betere aansluiting mogelijk met wat medewerkers nodig hebben van managers, werkomstandigheden en leiderschap binnen het team.

- 1. Employees perform better when the company mission is clear.**
- 2. Employees at all levels need to be recognized for their contributions.**
- 3. Employees are more engaged when they tackle big problems as a team.**
- 4. Employees need to have a voice (and leaders who listen).**

Uit: Jamarillo, 2010. Four lessons from companies that get employee engagement right.

Een 2016 studie van Gallup toonde aan dat de verhouding tussen betrokken medewerkers en minder goed verbonden medewerkers 2:1 is. En dat een consistent lage commitment van medewerkers een sterke relatie liet zien met lage team performance. Betrokken teams hebben een betere retentie van medewerkers, en de grotere betrokkenheid leidt een grotere winstgevendheid, hogere productiviteit, minder incidenten, en een hogere cliënttevredenheid. Managers hebben vaak weinig achtergrond in hoe het engagement van medewerkers te vergroten. Meestal zijn er ook geen KPI's gericht op medewerkersbetrokkenheid. Zolang medewerkers hun werk inhoudelijk goed (genoeg) blijven doen, zijn managers vaak huiverig om problemen op het gebied van medewerkers-betrokkenheid aan te kaarten. Managers zijn wel van groot belang voor dit proces; waar managers transactioneel van aard zijn (als je je werk goed doet dan staat daar een beloning tegenover), zijn goede leiders transformationeel; zij kijken voorbij de dag-tot-dag uitdagingen en formuleren een visie van de ideale werksituatie en inspireren medewerkers om die doelen te bereiken.

Niet alleen in het bedrijfsleven is medewerkersbetrokkenheid van belang. Ook in de gezondheidszorg is dit een belangrijke factor voor goede zorg. Een veelgeprezen internationale studie van Institute of Medicine (IOM, 1999) van Kohn et. al. vond dat het engagement van verpleegkundigen de belangrijkste variabele was in correlatie met moraliteit. En ook Gallups' 2017 'State of the workforce' onderzoek vond dat toegenomen engagement een sterke correlatie liet zien met lange termijn engagement met de organisatie, absentieïsme, medewerkers turnover en mortaliteitscijfers. Daarnaast zijn betrokken medewerkers een beter visitekaartje voor de organisatie, zijn betere netwerkspelers, leveren een hogere kwaliteit van werk, en zijn beter in staat om te anticiperen op en in te springen op veranderingen van de vraag in het zorgnetwerk.

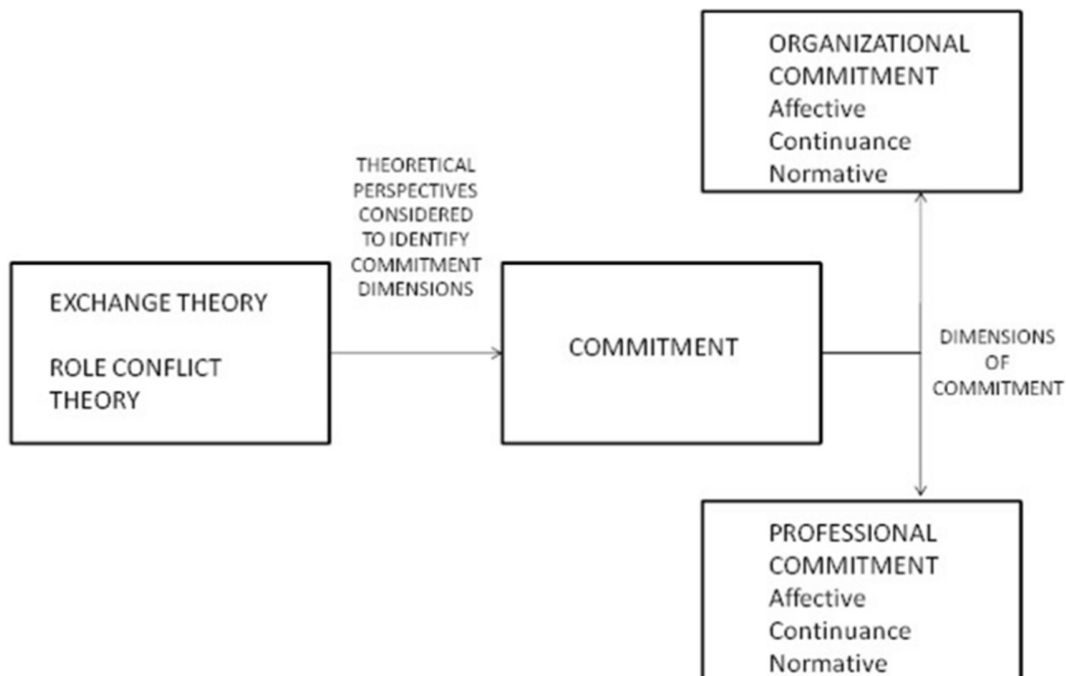
## 2.7 Commitment van medewerkers binnen een organisatie

Er zijn verschillende dimensies aan commitment/engagement. Aan de basis van de huidige commitment theorieën liggen twee theoretische perspectieven ten grondslag, de 'exchange theorie', oftewel ruiltheorie en 'de rol-conflict theorie' van Kim en Rowley, 2005.

De ruiltheorie stelt dat de mate van commitment een resultante is van een transactie tussen de organisatie en de medewerker. Hoe groot de perceptie is van een positieve resultante is afhankelijk van het perspectief van de medewerker, en dan met name in hoe goed de organisatie in staat was te voldoen aan de verwachtingen van de medewerker. Becker (1960) legde hier vele decennia geleden al een basis voor met een iets andere theorie, de side-bet theorie, oftewel de zij-weddenschap. Door het kruislinks in de organisatie aangaan van verbindingen, en daarmee een positieve relatie, verhoogt een medewerker zijn betrokkenheid bij de organisatie. Dit creëert namelijk nog extra positieve opbrengsten van de verbinding van de medewerker aan de organisatie. Bij een eventueel verbreken van de relatie met de organisatie verliest de medewerker ook deze bijvangsten. En hiermee is de inzet van de medewerker in de samenwerking verhoogd, en is er een groter verlies te verwachten indien de relatie met de organisatie zou worden verbroken. Ook dit verhoogt het commitment van de medewerker.

De tweede theorie is de 'rolconflict theorie', waarbij de medewerker meerdere rollen aanneemt binnen de organisatie. Als deze rollen ver uit elkaar komen te liggen, met zeer uiteenlopende karakteristieken en met steeds minder logische of authentieke verbinding dan leidt dit tot rolconflict. Hoe meer de invulling van de verschillende rollen past binnen de intrinsieke motivatie en kernkwaliteiten van de medewerker, des te minder rolconflict, en des te meer authentiek de medewerker in verbinding kan komen met de organisatie, en een langdurige commitment kan aangaan. De studie van Dwivedula (2010) toonde aan dat een toename van commitment de medewerkersretentie verbetert.

Wat uit beide theoretische modellen naar voren komt is dat commitment een multidimensionaal proces is, en dat hierbij verwachtingen en intrinsieke motivatie en rolverwachtingen van de medewerker ten aanzien van hun professe en de organisatie een rol spelen, ook al kan de reden van de gevoelde commitment sterk individueel bepaald zijn. Over de jaren heen hebben diverse studies de multidimensionale aard van commitment aangetoond, zoals Allen & Meyer, 1990, Dunhan (1994), en Meyer, Becker & Vandenberghe (2004).



Figuur 6: Theoretische perspectieven leidend tot dimensies van commitment. (Uit: Dwivedula et. al., 2010, pag. 82).

Er zijn volgens de studie van Allen & Meyer (1990) verschillende vormen van commitment; affectieve commitment, continuïteits- organisatie commitment, en normatieve commitment. Reichers (1985), Becker (1996) en Cohen (1996) vonden dat er verschillende foci kunnen zijn waarop commitment zich richt, zoals werkinhoud, team, organisatie, of beroepsgroep.

- Affectieve commitment refereert naar de vrijwillige medewerkers identificatie met de organisatie, de betrokkenheid bij de organisatie, en emotionele verbinding met de organisatie. De organisatie kan hierin faciliteren door het opdoen van positieve werkervaringen in de organisatie, en door de medewerker te faciliteren in zijn professionele ontwikkeling. Ook kan de organisatie hierbij voordeel hebben van een goed gedefinieerd carrière pad en duidelijke ontwikkelperspectieven. Ook het vormen van een community van gelijkgestemden draagt hieraan bij.
- Continuence commitment refereert naar het bewust zijn van de medewerker van de kosten die het vertrek uit de organisatie met zich mee zouden brengen. Dit betreft meestal 'kosten' op het gebied van sociaal-maatschappelijk functioneren, of ten aanzien van de professionele identiteit. Organisaties kunnen hier op inspelen door zich als een belangrijke en hoogwaardige 'sterspeler' in de markt te positioneren, en waarbij de medewerkers dus individueel en professioneel profijt hebben van de positieve connotatie die er hangt aan het merk van de organisatie. Wanneer er in een organisatie te weinig wordt ingezet op persoonlijke loopbaanontwikkeling, en hiermee te weinig positieve inhoudelijke ankers worden neergelegd, blijven vanwege de continuence commitment slechts medewerkers vanuit gemak in plaats vanuit passievolle verbinding. Uiteindelijk kan dat leiden tot steeds minder betrokkenheid van de zorgprofessional bij de organisatie, en blijft er slechts een soort 'verstandshuwelijk' over.
- Normatieve commitment refereert aan het gevoel van de medewerker om 'trouw' te blijven aan de organisatie. Vanuit een relatief rationeel plichtsbesef ervaren medewerkers een verplichting om te blijven en hun bijdrage te leveren aan de doelstellingen van de organisatie. De organisatie kan hierop inspelen door de medewerker te doordringen van het maatschappelijk belang van de werkzaamheden die deze voor de organisatie uitvoert. Wanneer de organisatie een bepaalde niche van de markt bedient, kan ook dit worden ingezet voor behoud van de medewerker. Wanneer deze vertrekt zal die immers geen toegang meer hebben die niche. Dit lukt echter maar beperkt binnen het huidige schaarse model in de zorg. Inzetten op normatieve commitment kan voor een organisatie ook risicovol zijn. Medewerkers kunnen zich hierdoor soms ook gehanteerd voelen door de organisatie, wat juist leidt tot hetgeen dat men probeert te voorkomen, namelijk een versneld vertrek uit de organisatie.

Professionals die werken met hoog-specialistische en daardoor schaarse kennis vertrouwen in grote mate op hun vermogen om marktniches voor zichzelf te kunnen creëren (May, 2002). Hierdoor is traditiegetrouw de focus van de hoogopgeleide professional ook enigszins op de externe arbeidsmarkt georiënteerd. Zij kennen hun marktwaarde goed. Hun commitment aan de organisatie neemt snel af wanneer werktevredenheid afneemt en de arbeidsmogelijkheden op de externe markt goed zijn. De organisatie heeft hierin dus een belangrijke rol om deze medewerkers binnenboord te houden. De mate waarin een organisatie hiertoe in staat is volgt uit hun vermogen om medewerkers langdurig aan zich te binden, met een lage turnover, en door vacatures tijdig op te kunnen vullen.

## **2.8 Samenwerkingsvormen binnen de huidige Nederlandse wetgeving**

In Nederland zijn verschillende samenwerkingsvormen mogelijk om de verbinding tussen professional enerzijds en de zorgorganisatie anderzijds vorm te geven. Deze verschillen leiden tot een verschillende

mate van emotionele, ideologische, en financiële verbinding tussen beide partijen, en ook tot een meer of minder sterke verbinding van de zorgprofessional op de doelstellingen, missie en visie van de zorgorganisatie.

De laatste jaren heeft de overheid diverse interventies gedaan om de wettelijke bescherming van loondienstverband te beperken. Ook is er enkele jaren geleden een interventie gedaan vanuit de overheid om het loon waarover pensioen wordt opgebouwd af te toppen. De voordelen van een loondienstverband namen hierdoor af. Naast het traditionele loondienstverband zijn er ook diverse andere modellen mogelijk om de samenwerking mee vorm te geven. Naast de mate van verbinding tussen de professionals bestaat er binnen deze samenwerkingsvormen ook een wezenlijk verschil in de mate van ondernemerschapzin en het ondernemersrisico. Daarnaast zijn er bij sommige vormen van verbindingen ook persoonlijke financiële investeringen betrokken. In het Nederlands recht zijn er diverse juridische vormen om een samenwerking mee vorm te geven. Voor de bespreking van de verschillen zijn deze ingedeeld in 3 groepen; hiërarchische verbindingen zoals werkgever-werknemer of opdrachtgever en zelfstandige, ideologische samenwerkingsvormen zoals een stichting of een coöperatie die een gezamenlijke doelstelling beogen, en samenwerkingsvormen waarbij de partijen een wederzijdse verbintenis, financieel en juridisch, aangaan zoals een VOF, BV of NV. De verbinding van de zorgorganisatie met de professional wordt vormgegeven op 3 kern gebieden: A) de inhoud van de werkrelatie en de onderlinge afspraken, B) de juridische verbinding, C) de financiële verbinding. De specifieke samenwerkingsvormen zullen met de literatuurstudie op deze 3 gebieden verder in kaart worden gebracht.

### **Loondienstverband**

Traditioneel gezien wordt het loondienstverband als het meest veilig en vast dienstverband. In eerste instantie kan een dienstverband voor bepaalde tijd worden aangegaan. Binnen de Nederlandse wetgeving zijn er vervolgens strenge afspraken hoe vaak een tijdelijk dienstverband met een beperkte duur kan worden verlengd voordat deze overgaat naar een dienstverband voor onbepaalde tijd. Voor het opzeggen van het dienstverband door de medewerker geldt een opzegtermijn die de organisatie in staat stelt om vervanging van de medewerker te organiseren.

Tijdens het dienstverband valt het handelen van de medewerker onder de verzekering en aansprakelijkheid van de organisatie. Ook diverse sociale voorzieningen worden voor de medewerker vanuit de organisatie georganiseerd zoals recht op loondoorbetaling bij ziekte en een vangnet bij arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Ook bouwt de medewerker een pensioenvoorziening op voor later, beide betalen hiervoor een deel van de hier aan verbonden kosten. In een loondienstverband staat de medewerker onder hiërarchische leiding van de organisatie en werkt volgens de werkprocessen en instructies van de organisatie. De organisatie is verantwoordelijk voor en aan te spreken op de kwaliteit van het geleverde product van diens medewerkers. Voor medisch specialisten is er wel nog een bijzonderheid dat zij daarnaast ook een eigenstandige medische verantwoordelijkheid en tuchtrechtelijke aansprakelijkheid hebben. Om de medisch specialist hierin bij te staan heeft de organisatie vaak een eigen juridische afdeling en verzekeringen voor juridische bijstand voor diens medewerkers.

### **De zzp'er**

De zelfstandige zonder personeel, de zzp'er. Deze professional verricht werkzaamheden zorginstellingen en is niet in loondienst bij die partijen. De zzp'er heeft meestal een eenmanszaak ingeschreven staan bij de Kamer van Koophandel. Er is een juridische verbinding door overeenkomsten tussen de zzp'er en de zorginstelling die de zzp'er inhurt. In die overeenkomst staat aangegeven wat verwacht wordt van de partijen, waaronder de inhoud van de werkrelatie en onderlinge afspraken. In die overeenkomsten staat ook aangegeven wat de zzp'er verdient voor diens werkzaamheden en wie die betaalt (meestal de inhurende zorginstelling). In de overeenkomst staan de verplichtingen die de contractpartijen met elkaar hebben afgesproken. Daarbij moeten de eisen uit de wet worden aangehouden, anders kan (een deel van) de overeenkomst nietig of vernietigbaar zijn en dan wettelijk niet geldig zijn. De professionele zzp'er

met een eenmanszaak heeft het voordeel dat de hele winst voor hem/ haar is. Over de winst moet wel belasting worden betaald, via vennootschapsbelasting omdat over het algemeen in de zorg btw-vrijstelling geldt. Nadeel voor de zzp'er met een eenmanszaak is dat deze aansprakelijk is voor verliezen en aansprakelijkheid is voor fouten en kosten juridische geschillen ook met zijn privévermogen. (Vaak wordt een verzekering voor aansprakelijkheid en rechtsbijstand verplicht gevraagd door opdrachtgevers.) Om deze nadelen te voorkomen wordt er soms ook gekozen voor de oprichting van een BV. Hierbij is het privévermogen van de zzp'er niet aan te spreken bij geschillen of faillissement. Dit heeft echter ook nadelen ten aanzien van enkele belastingvrijstellingen zoals de startersaftrek, de kleine ondernemersregeling, de zelfstandigenaftrek en de MKB-winstvrijstellingsregeling. Ook heeft een BV de verplichting om jaarlijks een officieel accountantsverslag te laten deponeren bij de KVK, een forse jaarlijks terugkerende kostenpost.

### **De vennootschap onder firma (vof)**

Dit is een ondernemingsvorm, een personenvennootschap, waarbij meerdere professionals als vennoten betrokken zijn in een onderneming. Een vof heeft in ieder geval beherende vennoten (de feitelijk voor de zorginstelling werkende professionals), en soms ook stille vennoten. Er is een juridische verbinding door overeenkomsten die de professionals in de vof met de zorginstelling sluiten. In die overeenkomsten staat de inhoud van de werkzaamheden aangegeven, wat de vof verdient met diens werkzaamheden en wie betaalt voor die werkzaamheden. In de overeenkomst moeten de eisen uit de wet, voornamelijk de bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek, worden aangehouden, anders kan (een deel van) de overeenkomst nietig of vernietigbaar zijn en dan wettelijk niet geldig zijn. Naast overeenkomsten zijn ook algemene voorwaarden en gedragsnormen van de zorginstelling en de vof van belang. Financieel gezien krijgen de beherende vennoten, net als zzp'ers met een eenmanszaak, de hele winst die ze maken door het werk voor de zorginstelling. Intern in de vof is een financiële verbinding tussen de vennoten wie welk deel van de winst krijgt, al dan niet uitgekeerd of verder geïnvesteerd in de onderneming. De beherende vennoten zijn ook degenen die aansprakelijk zijn voor de schulden van de onderneming, ook met privévermogen. Daarbij speelt nog dat schuldeisers alle beherende vennoten hoofdelijk kunnen aanspreken voor schulden, ook in privévermogens. Ook al heeft venoot A helemaal niets te maken met wat venoot B gedaan heeft. De stille vennoten hebben een aparte status in de vof. Zij zijn over het algemeen slechts inbrengers van geld in de vennootschap en zijn, in tegenstelling tot de beherende vennoten, niet aansprakelijk voor schulden van de onderneming in hun privévermogen.

### **Het medisch specialistisch bedrijf (msb)**

Dit is een ondernemingsvorm die professionals in het ziekenhuis gebruiken. Voorheen, tot de wetgeving inzake personenvennootschappen was ingevoerd, was de msb meestal een maatschap. In de spreektaal wordt de msb nog steeds een maatschap genoemd. In de msb verenigen zich groepen van medisch specialisten in vrij beroep, die (gedeeltelijk) niet in loondienst zijn van het ziekenhuis maar voor het ziekenhuis werken vanuit de msb. De msb werkt samen met de raad van bestuur van het ziekenhuis en tussen de partijen worden samenwerkingsovereenkomsten gemaakt waarin de inhoud van de werkzaamheden staan, eisen waaraan de contractpartijen moeten voldoen, en de tarifiering van de uit te voeren werkzaamheden. De msb heeft als bedrijf een aantal taken binnen het ziekenhuis en heeft dan wel een zelfstandige structuur, maar is natuurlijk wel verbonden aan het ziekenhuis. De professionals binnen de msb hebben eigen financiële verdeelsleutels van inkomsten en betaling van uitgaven. Die zijn intern vastgelegd in overeenkomsten, regelingen e.d. Intern is in een msb een aantal medisch specialisten werkzaam. Bij toetreding van een nieuwe specialist in de msb door die professional wordt meestal een (al dan niet substantiële) inleg gedaan door de professional. Bij uittreding van een professional uit de msb krijgt die meestal ook een bedrag, afhankelijk van de afspraken binnen de msb. De msb is over het algemeen juridisch gevormd als besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid en veel vennoten werken daarin ook vanuit een eigen bv. De vennoten van de msb zijn voor schulden bij de msb in principe niet aansprakelijk in hun privévermogen. Dit vloeit voort uit de wettelijke rechten en verplichtingen van een besloten vennootschap.

Daarnaast zijn er nog andere vormen mogelijk maar minder gebruikelijk voor het vormgeven van samenwerkingsvormen van zorgprofessional en zorgorganisatie binnen het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg. Deze zijn derhalve niet verder uitgewerkt in dit overzicht.

## 2.9 Conceptueel model

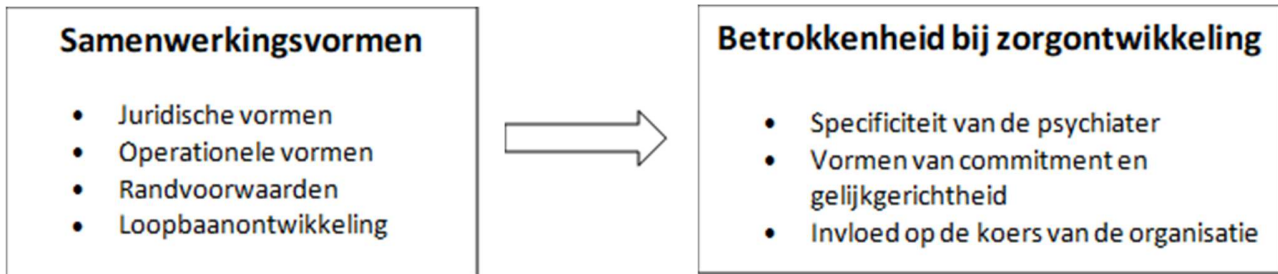
Het bereiken van een hoge mate van medewerkersbetrokkenheid is belangrijk voor het bereiken van functionele excellentie. Dit is ook essentieel voor het verkrijgen van brede support voor de missie en goals van de organisatie. Betrokkenheid en verbinding van de medische professional binnen de GGZ-organisatie is belangrijk voor de organisatie wil deze zijn doelstellingen waarmaken. Daarnaast is de inhoudelijke betrokkenheid niet alleen van belang voor de bedrijfsvoering op dit moment maar ook voor de organisatie in zijn vorming van de meerjarenstrategie, de ontwikkeling van de zorginhoud, en de positionering binnen het zorgnetwerk.

Traditioneel gezien wordt gedacht dat een professional in de juridische contractvorm van loondienst de hoogste mate van verbinding laat zien met de organisatie. Er is echter ook evident sprake van een hiërarchische verbintenis, waarbij de professional werkt volgens de werkinstructies van de organisatie. Bij het aangaan van een traditionele arbeidsrelatie ontstaat er een traditionele leidinggevende en werknemer relatie, met meer afhankelijkheid van de professional in de relatie en minder zeggenschap (macht en invloed) bij de zorgprofessional.

Het individuele aanstellingscontract zou een goede plek zijn voor de concrete uitwerking van de juridische en operationele kenmerken van de verbinding, maar de operationele kenmerken van de verbinding blijft traditioneel gezien vaak slechts op niveau van globale taakomschrijving, standplaats en contracturen, en eventueel individueel overeengekomen bijzonderheden ten aanzien van functietitel, evaluatiemomenten of aanvullende secundaire arbeidsvoorwaarden. Er dient echter wel een kader geschept te worden om voldoende invulling te geven aan de eigenstandige aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid. Deze afspraken worden vaak organisatie breed vastgelegd in een professioneel statuut. Daarnaast geeft de CAO-tekst ook een raamwerk voor de inkleuring van de relatie. Hiermee lijkt deze verbinding juridisch echter relatief weinig mogelijkheden te bieden aan de professional voor het organiseren van individuele randvoorwaarden voor het invullen van de eigenstandige verantwoordelijkheid die hoort bij de medische professie en de gewenste loopbaanontwikkeling. Organisaties waarin naar tevredenheid wordt samengewerkt met de loondienst professionals zijn organisaties die de relatie met deze professionals op een andere manier de juiste ruimte te bieden dan puur op basis van een juridische waarborging (conform de exchange theorie). Een daarmee is deze relatie inhoudelijk dus kwetsbaar, of misschien is de juiste term wel; kwetsbaar gebleken getuige de snelle uitstroom van de afgelopen jaren. Zodra de randvoorwaarden onder druk komen te staan blijken er weinig formele invloed middelen te zijn die de medische professional tot zijn beschikking heeft binnen de zorgorganisatie om de juiste randvoorwaarden te organiseren. Dit levert een knellende relatie tussen de zorgprofessional die enerzijds met steeds meer organisatorische regeldruk krijgt te maken en anderzijds het moeizaam kunnen voldoen aan de standaarden van de eigen professie (in lijn met de rol-conflict theorie).

In de diverse andere ondernemingsvormen ontstaat er een formeel juridische verbinding tussen beide partijen en worden werkafspraken in een contract, statuut, of huishoudelijk reglement vormgegeven. Daarnaast is er ook vaak sprake van een aanzienlijke financiële verbinding. Ook valt nog op te merken dat bij het aangaan van een juridische verbintenis het aangaan van de relatie mogelijk ook een bewuster proces is in vergelijking met het aangaan van een loondienstverband. De dynamiek is gelijkwaardiger en zowel organisatie als professional nemen een wederzijds belang in elkaar. Vanuit de side-bet theorie ontstaat er een complexe verbindingsstructuur die maakt dat zowel professional als organisatie een

duidelijk raamwerk hebben voor de samenwerkingsrelatie en een groot wederzijds belang dat ervoor zorgt dat de relatie niet gemakkelijk wordt ontbonden. Hieruit kan ook de gevolgtrekking worden gemaakt dat de juridische vorm waarmee de samenwerking wordt vormgegeven tussen organisatie en professional een effect heeft op de betrokkenheid van de zorgprofessional bij de zorgontwikkeling.



*Figuur 7: Globaal conceptueel model en de betrokken dimensies.*

# Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet





## **Hoofdstuk 3: Onderzoeksopzet**

Hoofdstuk 3 beschrijft de gebruikte onderzoeksmethode. De strategie die gebruikt is voor de aanpak van het wetenschappelijk onderzoek wordt toegelicht. Er wordt besproken hoe het stroomschema van het onderzoek er uit ziet, van zowel de interviews als de enquête wordt de onderzoeksmethodiek besproken, hoe tot de gewenste onderzoekspopulatie wordt gekomen, hoe de data werd gevonden, en op welke wijze deze vervolgens werd geanalyseerd. Tot slot wordt stilgestaan bij validiteit en betrouwbaarheid van de data.

### **3.1 Inleiding**

### **3.2 Vraagstelling**

### **3.3 Operationalisatie**

### **3.4 Vooronderzoek**

### **3.5 Interviews**

#### **3.5.1 Methodiek data-analyse interviews**

#### **3.5.2 Materialen en methoden**

#### **3.5.3 Sample en populatie**

#### **3.5.4 Dataverzameling**

#### **3.5.5 Data-analyse**

### **3.6 Enquête**

#### **3.6.1 Methodiek data-analyse enquête**

#### **3.6.2 Materialen en methoden**

#### **3.6.3 Sample en populatie**

#### **3.6.4 Dataverzameling**

#### **3.6.5 Data-analyse**

### **3.7 Validiteit en betrouwbaarheid**

### 3.1 Inleiding

Om de vraagstelling van dit onderzoek te beantwoorden is gekozen voor een mixed method kwalitatief onderzoek. Er is hierbij gekozen voor een onderzoeksopzet in 3 delen; te weten een vooronderzoek door middel van een literatuurstudie, gevolgd door vraag-verkennende kwalitatieve interviews, en een vraag-verkennende en beeld-toetsende enquête onder de betreffende beroepsgroep. De enquête is gebruikt als een laagdrempelige manier waarop psychiaters in Nederland hun visie kunnen weergeven. De verkregen gegevens uit de enquête werden gebruikt als kwalitatieve input van de respondenten. Het was niet onze intentie om een kwantitatieve data-analyse op de gevonden gegevens uit te voeren.

### 3.2 Vraagstelling

Het ontwikkelen van een theoretisch model op de onderzoeksvraag 1) welke facetten van belang zijn om tot een goede verbinding te komen van zorgorganisatie en psychiater, 2) hoe samenwerkingsvormen kunnen bijdragen bij de verbinding van zorgorganisatie en psychiater, en 3) op welke wijze dit de zorgontwikkeling kan faciliteren.

Het eindproduct is het opstellen van een Grounded Theory die een bruikbaar theoretisch raamwerk levert en inzicht geeft in de processen die hierbij betrokken zijn voor de besproken problematiek. Hiermee hoopt deze thesis bij te kunnen dragen aan een oplossingsrichting voor het werkveld, en hen voorziet van een totaalpakket van aanknopingspunten /praktische adviezen om tot verbetering van de beschreven problematiek te komen.

#### Hoofdvraag:

Op welke wijze kunnen samenwerkingsvormen de verbinding tussen psychiaters en zorgorganisaties verbeteren en daarmee de betrokkenheid van psychiaters voor de zorgontwikkeling vergroten?

- Onafhankelijke variabele: samenwerkingsvormen.
- Afhankelijke variabele: betrokkenheid van psychiaters bij de zorgontwikkeling.

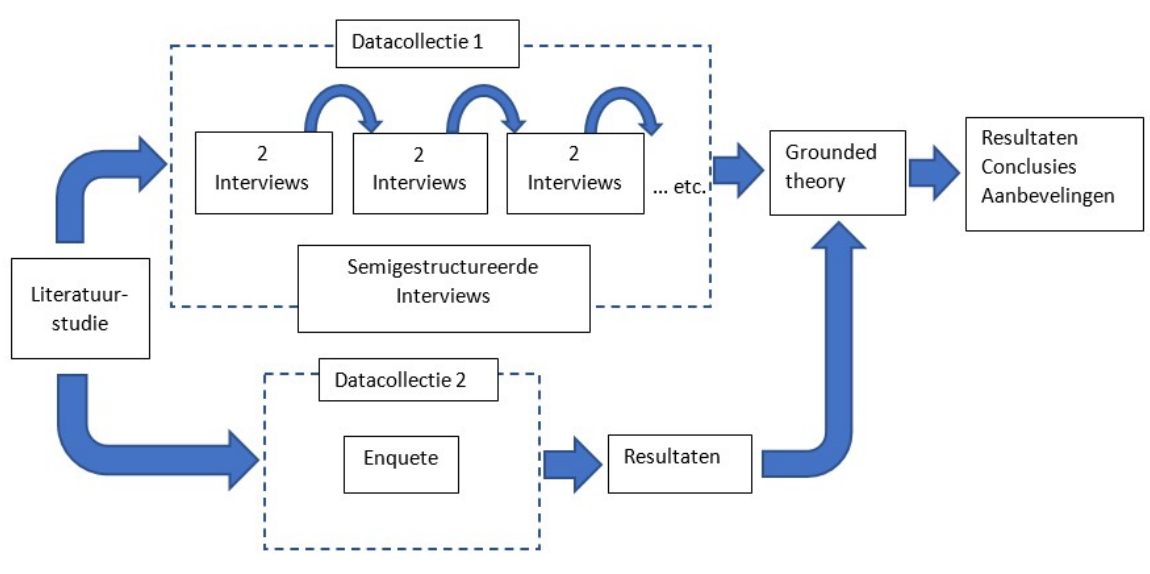
Subvraag:

- Welke factoren zijn van belang om tot een goede verbinding van psychiater en zorgorganisatie te komen?
- Op welke wijze zou de samenwerkingsvorm hierbij kunnen bijdragen aan de verbinding van zorgorganisatie met professionals?
- Op welke wijze draagt een betere verbinding van zorgorganisatie en psychiater bij aan de zorgontwikkeling?

### 3.3 Operationalisatie

In onderstaande figuur staan de beschreven onderzoeksprocessen grafisch weergegeven. Een literatuurstudie werd verricht als vooronderzoek en hieruit werd een conceptueel model geconstrueerd. De gevonden inzichten gold als input voor de hierop volgende datacollecties. Datacollectie 1 betreft de semigestructureerde interviews. Dit was zoals beschreven een iteratief proces totdat er geen nieuwe inzichten meer werden gevonden, dit betekende dat data-saturatie was bereikt. Deze data werden met behulp van een data template gestructureerd geanalyseerd. Hieruit volgden diverse inzichten die leidden tot een Grounded Theory. Deze Grounded Theory werd getoetst aan de reeds bekende theoretische modellen en het conceptueel model uit het vooronderzoek.

Daarnaast werden in een separate tweede datacollectie door middel van een enquête diverse beschrijvende kenmerken van de psychiaterpopulatie, en hun inzichten op de beschreven problematiek, verzameld. De inzichten die hierbij werden verkregen werden eveneens langs de Grounded Theory gelegd om te toetsen of de gevonden inzichten de gevonden Grounded Theory bevestigden of ontcrachtten. Indien de gevonden resultaten de Grounded Theory ondersteunden werd de Grounded Theory gevalideerd bevonden. Indien er sprake was van een gevalideerde Grounded Theory werd deze theorie als eindresultaat bevestigd. Uiteindelijk zullen op basis van de gevonden Grounded Theory diverse conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd.



*Figuur 8: Grafische weergave van het onderzoeksproces.*

Algemene kenmerken van de beroepsgroep, alsook gegevens over de mate betrokkenheid van medewerkers op zorgontwikkeling werden via de enquête verzameld, en ook data over de verschillende vormen van commitment werden uit de enquête gehaald. Ook informatie over hoe de verschillende samenwerkingsvormen werden gewogen door de betrokkenen werd verzameld via de enquête. Hoe de gevonden literatuurinzichten en de daaruit volgende processen er precies uit zagen, welke samenhang er was tussen de verschillende gegevensbronnen, en welke inspanningen er al werden verricht in het werkveld werd vooral in de interviews uitgevraagd. Meningen hoe mensen aankeken tegen de meest effectieve wijze van samenwerken en welke facetten hierbij een rol spelen werden eveneens vooral uit de interviews gehaald.

### 3.4 Vooronderzoek

Voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van een search op pubmed. Search criteria waren ‘commitment’, ‘employee engagement’, ‘professional identity’, ‘achieving organization goals’, ‘job satisfaction’, ‘worker retention’, ‘medical leadership’, ‘health care development’.

Van de gevonden resultaten werden de abstracts vervolgens gescreend op relevantie op het onderwerp van deze thesis. Van de artikelen die bruikbaar werden geacht werden vervolgens de volledige publicatieteksten opgevraagd bij de universiteitsbibliotheek van Erasmus universiteit Rotterdam. De

literatuurlijst van deze artikelen werd eveneens doorgenomen op mogelijke bruikbare informatie. Dit leverde artikelen op die werden gebruikt voor de opstelling van het theoretisch kader en het conceptueel model. De gebruikte artikelen zijn opgenomen in de literatuurlijst. Daarnaast werd gebruik gemaakt van het boek van M. Ruijters et al. *Je binnenste Buiten*, over professionele identiteit in organisaties, het boek van Matthieu Weggeman, *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!*, en *De essentie van Leiderschap in de psychiatrie*, van Nijs & Bueno de Mesquita.

Voor het onderzoek van de diverse samenwerkingsvormen werd een studie verricht van het Burgerlijk wetboek Nederlands recht. De verschillende vormen werden vervolgens geanalyseerd op de 3 kerngebieden: de wijze waarop inhoud wordt gegeven aan de werkrelatie en de onderlinge afspraken, de juridische verbinding en aansprakelijkheid, en de financiële verbinding. De bevindingen werden opgenomen in het theoretisch kader.

### **3.5 Interviews**

#### **3.5.1 Methodiek van de interviews**

De interviews werden uitgevoerd door één vaste interviewer. Er werd gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview-stramien. Geïnterviewden werden uitgenodigd voor de interviews met een korte inleidende tekst om het doel van het onderzoek toe te lichten. Deze is opgenomen in de bijlage. Er werden 6 semigestructureerd interviews gehouden. De interviews werden door één interviewer gehouden. De interviews vonden plaats in 3 cycli van telkens 2 interviews in een periode van 4 weken. Tijdens het interview werd gebruik gemaakt van een onderwerpenlijst aan de hand van inzichten uit de literatuurstudie fase. Deze lijst was voor alle interviews gelijk. Wel werd in de vervolggesprekken input uit eerdere interviews voorgelegd om te toetsen of de beelden werden herkend en om zo tot verdere verdieping te kunnen komen. Van het interview werd een beeld- en geluidsopname gemaakt ten behoeve van een transcript. Hiervoor werd toestemming verkregen van de geïnterviewden. De duur van de interviews lag tussen de 1:02u en 1:09u inclusief een inleiding door de interviewer. Het eerste interview werd handmatig uitgewerkt. Vanwege de forse tijdsinvestering die dit vroeg werden de overige 5 getranscribeerd door middel van een professioneel transcribeer programma 'amberscript'. Alle transcripten werden handmatig nagelopen om de vele onjuistheden uit de vertaling te corrigeren. Per interview kostte dit tussen de 3 en 4 uur. Dit alles resulteerden in 6 documenten met een lengte tussen de 17 en 20 pagina's tekst. Deze volledige transcripten zijn niet opgenomen in deze thesis.

#### **3.5.2 Materialen en methoden**

Bij het interview werd gebruik gemaakt van een onderwerpenlijst zodat er sprake was van een semigestructureerd interview. Deze onderwerpenlijst werd samengesteld aan de hand van gevonden inzichten uit de literatuurstudie. De lijst is opgenomen in de bijlage. De onderwerpen op de lijst werden tijdens de iteratieve gesprekscycli verder uitgediept.

De semigestructureerde interviews hadden een lengte van ca 1 uur (range 1:02 t/m 1:09 inclusief inleiding). De interviews vonden plaats in 3 cycli van 2 interviews. Gegevens en inzichten uit de interviews werden gebruikt voor de volgende interview-cyclus. Dit proces werd herhaald totdat er sprake was van data-saturatie. Respondenten werd gevraagd om te reflecteren op gevonden literatuurinzichten en gegevens vanuit eerdere interviews, maar ook hoe dit procesmatig dan zou werken, conform de conceptvormende procesonderzoeksmethode van Ann Langley, 1999.

### **3.5.3 Sample en populatie**

Er werden in totaal 6 personen geïnterviewd. Om triangulatie te verkrijgen werden respondenten gevonden onder zorgbestuurders, de voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, en de voorzitter van De Nederlandse GGZ.

### **3.5.4 Dataverzameling**

De semigestructureerde interviews hadden een lengte van ca 1 uur (range 1:02 t/m 1:09 inclusief inleiding). De interviews vonden plaats in 3 cycli van 2 interviews. Gegevens en inzichten uit de interviews werden gebruikt voor de volgende interview-cyclus. Dit proces werd herhaald totdat er sprake was van data-saturatie. Respondenten werd gevraagd om te reflecteren op gevonden literatuurinzichten en gegevens vanuit eerdere interviews, maar ook hoe dit procesmatig dan zou werken, conform de conceptvormende procesonderzoeksmethode van Ann Langley, 1999.

### **3.5.5 Data-analyse**

De interviews werden woordelijk getranscribeerd. De gegevens werden vervolgens geanalyseerd en gecodeerd volgens een gestructureerd analyse protocol gebaseerd op de Gioia methodologie. Bij deze methode wordt gebruik gemaakt van inductief dataonderzoek van interviews en leidt tot de constructie van een theoretisch model, de Grounded Theory (Gioia & Chittipeddi, 1991; Gioia et al., 2013). Hierbij werd gebruik gemaakt van een data-template conform de methodiek van Cloutier & Ravasi, 2020. De gevonden inzichten uit de interviews betreft kwalitatieve data en wordt vervolgens verder geanalyseerd. Hierbij werden ook de inzichten toegepast van de Langley-methodiek (een analysemethodiek die gebaseerd is op de data-analyse van Gioia maar waarbij er, in tegenstelling tot de Gioia methodiek, ook op procesinformatie wordt bevraagd). Voor de analyse werd gebruik gemaakt van de data-templates van Ravasi die gebruikt worden om quotes, eerste orde concepten, tweede orde theorieën, en geaggregeerde dimensies gestructureerd te identificeren en analyseren. De data uit deze templates, en de gevonden theoretische en procesmatige kennis wordt vervolgens verwerkt tot de Grounded Theory. Deze Grounded Theory wordt hierna vergeleken met theoretische concepten en literatuurgegevens uit het vooronderzoek op inconsistenties of tegenstrijdigheden van het theoretische model.

## **3.6 Enquête**

### **3.6.1 Methodiek van de enquête.**

Om input te vragen van de psychiater-beroepsgroep werd gebruik gemaakt van een enquête. Het gebruikte enquête-programma was van Survey Monkey. Het doel van de enquête was respondenten gestructureerd te bevragen op hun visie op de beschreven problematiek, de relevantie van het gevonden theoretische kader te toetsen in het werkveld, en deze gegevens te vergelijken met de interviewinzichten. De resultaten zijn weergegeven in simpele staafdiagrammen en/of percentages. Het was niet de intentie om een kwantitatieve data-analyse uit te voeren op de verkregen gegevens. Ook werden er geen statistische analyses uitgevoerd om gegevens van verschillende groepen van respondenten te vergelijken.

### **3.6.2. Materialen en methoden**

De enquête bestond uit 27 onderdelen met meerdere antwoordopties of stellingen. De vragenlijst werd 28 maal ingevuld en de gemiddelde invultijd was 21:02 minuten. Er werd op verschillende wijzen input gevraagd. Er werd gebruik gemaakt met meerkeuzevragen waarbij soms meerdere keuzemogelijkheden konden worden aangegeven, waarbij een ontkennend of bevestigend antwoord doorleidde naar

vervolgvragen. Bij een onderdeel werd gevraagd om een waarde toe te kennen van 1 tot 5, de optie 'weet ik niet' werd gewaardeerd met de waarde '0'. Daarnaast werd regelmatig gebruik gemaakt van vrije tekstblokken waarbij de respondenten een vrije input kon geven. Bij vragen waar we de eigen ervaring toetsen hebben we gebruik gemaakt van een vijfpunts-Likert-schaal. De Likert-schaal heeft de volgende waardes meegekregen: 5= helemaal mee eens, 4= mee eens, 3=neutraal, 2= mee oneens, 1= helemaal mee oneens. Een waarde van 3,0 representeert dus het neutrale midden tussen de verschillende antwoordopties. Eenmaal werd aan de keuzeopties 'Nee, ik heb de zorgorganisatie verlaten' toegevoegd. Deze kreeg de numerieke waarde van '0' toegewezen. De volledige vragenlijst staat opgenomen in de bijlagen.

### **3.6.3. Sample en populatie**

Psychiaters actief werkzaam in Nederland werden bevroegd op hun bevindingen. De beroepsgroep van psychiaters ligt rond de 3000 in Nederland, waarvan er momenteel nog naar schatting van de NVvP 1000 in loondienst werken. Volgens het rapport van Joldersma, 2019 lag dit getal in 2018 nog ongeveer rond de 1800.

### **3.6.4 Dataverzameling**

Voor de primaire datacollectie werd de enquête via het persoonlijke LinkedIn-netwerk uitgezet. Netwerkpartners werden gericht per mail benaderd voor het invullen van de enquête en het delen van de oproep onder collegae. De originele enquête-post op LinkedIn werd 1927 maal bekeken, uiteraard betrof dit niet alleen de onderzoekspopulatie. De originele LinkedIn post staat eveneens opgenomen in de bijlagen.

### **3.6.5 Data-analyse**

Door middel van een enquête werd op een laagdrempelige wijze inhoudelijke input verkregen van de Nederlandse psychiaterpopulatie. Bij de enquête werd gebruik gemaakt van enkele gevalideerde vragenlijsten, zoals de Commitment vragenlijst van Allen & Meyer, en de 2-factoren theorie van Herzberg. Voor de analyse van de data werd gebruik gemaakt van het enquête-programma van Survey Monkey. De resultaten uit de enquête werden descriptief gebruikt om kenmerken van de onderzochte populatie te duiden. Onderzoeksgegevens werden in staafdiagrammen en/of percentages weergegeven. Er werden geen statistische analyses en/of verdiepende berekeningen uitgevoerd op de gevonden gegevens. Ook werden groepen niet ten opzichte van elkaar vergeleken.

## **3.7 Validiteit en betrouwbaarheid**

Validiteit is een maatstaf voor de kwaliteit van onderzoek. Hierbij dient de vraag beantwoord te worden 'of je meet wat je wil meten'?

- Het is van belang om dan ook te werken met een duidelijk afgebakende onderzoeksvraag.
- De gegevens werden geanonimiseerd verwerkt, wat respondenten de ruimte gaf om vrij hun mening te geven. Ook bij de interviews werd hier ruimte voor gecreëerd: de interviews werden woordelijk getranscribeerd voor de data-analyse, maar zijn niet opgenomen als bijlage. Relevante quotes zijn geanonimiseerd opgenomen in een tabel met toestemming van de respondenten.
- Triangulatie: in dit onderzoek is tevens gebruik gemaakt van triangulatie op bronnen (geïnterviewden vertegenwoordigen verschillende gezichtspunten) en triangulatie op methodiek (er werd gebruik gemaakt van semigestructureerd interviews en een enquête

binnen een sterk afgebakende onderzoekspopulatie, namelijk psychiaters die werkzaam zijn in Nederland).

- Interne validiteit: er werd geconstateerd dat de grote hoeveelheid aan quotes die werden gevonden in de interviews tot een relatief klein aantal 1e orde concepten kon worden teruggebracht. We kunnen hiermee constateren dat er sprake was van grote interne consistentie van de gevonden inzichten en daarmee grote interne validiteit.
- Externe validiteit: bij het bepalen van de externe validiteit is de vraag of de gevonden gegevens ook veralgemeenbaar zijn voor het gehele onderzoeksveld. Er werd gekozen voor een brede vertegenwoordiging vanuit het werkveld. Door deze brede bronnenselectie, waarbij vanuit verschillende gezichtspunten naar de problematiek is gekeken, en met ook hier een grote overeenkomst in gevonden inzichten, kan een grote externe validiteit van de gevonden gegevens worden onderschreven.
- De geconstrueerde Grounded Theory werd zowel getoetst aan de literatuurinzichten en gevonden theoretische modellen, alsook vergeleken met de resultaten uit de enquête. Hierbij werd een goede validiteit van de gevonden Grounded Theory gevonden.

Concluderend is er sprake van zowel sterke interne als externe validiteit van de gevonden resultaten.

Bij de betrouwbaarheidsvraag van onderzoek is met name de reproduceerbaarheid van de data-collectie van belang.

- De gebruikte onderzoeksmethodiek is duidelijk omschreven en consistent toegepast.
- Bij de datacollectie en data-analyse werd gebruik gemaakt van één onderzoeker.
- Door het gebruik van één onderzoeker bij alle data-verzameling kan het risico op een selectie-bias toenemen. Door gebruik te maken van verschillende bronnen voor dataverzameling, in de interviews en de enquête, deze als twee afhankelijke datastromen te analyseren, en deze gegevens pas na analyse weer bij elkaar te brengen werd dit risico beperkt.
- Bij de interviews werd slechts gebruik gemaakt van een beperkte steekproefomvang van  $n=28$ . De interne validiteit van de gevonden resultaten was groot. De betrouwbaarheid van de gevonden resultaten is door de beperkte steekproefgrootte mogelijk lager dan wenselijk was. Een subgroep van respondenten, de zzp-psychiater, bestond uit slechts 3 respondenten. Dit was te klein om deze groep verder te analyseren. Bij meerdere analyses waarbij met name ingezoomd werd op individuele kenmerken, werd deze groep uitgefilterd. Dit staat dan vermeld bij de betreffende analyse. De groot van loondienstpsychiaters was voldoende groot om een betrouwbare analyse mogelijk te maken.
- Bij de data-collectie door middel van interviews werd gebruik gemaakt van een zich herhalend cyclisch proces van 2 interviews, waarna de gevonden inzichten uit die interviews werden meegenomen naar de volgende interview-cyclus. In de laatste interview-cyclus werden geen nieuwe inzichten meer verkregen: er was sprake van datasaturatie.
- Er werd gebruik gemaakt van een data-template voor de analyse van de gegevens. Dit geeft een transparante en toetsbare datacollectie, wat ook de reproduceerbaarheid van de data ondersteunt.

Concluderend is er sprake van voldoende tot goede betrouwbaarheid van de resultaten.

## Hoofdstuk 4: Resultaten





## **Hoofdstuk 4: Resultaten**

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de verschillende datastromen besproken. De twee data-verzameling, uit interviews enerzijds en een enquête anderzijds, worden separaat verzameld en geanalyseerd. De resultaten van de interviews werden geïnspireerd door de Gioia-methodologie gecodeerd door gebruik te maken van een data-template. Hieruit werden eerste orde concepten, tweede orde categorieën, en geaggregeerde dimensies gedestilleerd. Hieruit werd een Grounded Theory opgebouwd, die werd getoetst aan bekende literatuur-inzichten en theoretische modellen uit het vooronderzoek en het theoretisch model van hoofdstuk 2. De resultaten van de diverse enquête vragen worden vervolgens besproken en de belangrijkste inzichten uit de enquête worden aan het eind samengevat. Het beeld dat hieruit ontstaat wordt eveneens vergeleken met de gevonden Grounded Theory en de onderliggende theoretische concepten om zo de validiteit van de gevonden theorie te toetsen.

### **4.1 Resultaten van de semigestructureerde interviews**

- 4.1.1 De eerste dimensie: Werkinhoud en werkcontext van de zorgprofessional
- 4.1.2 De tweede dimensie: Wederkerige relatie van zorgprofessional en zorgorganisatie
- 4.1.3 De derde dimensie: Investeren in de relatie
- 4.1.4 De vierde dimensie: Zorgontwikkeling
- 4.1.5 De vijfde en zesde dimensies: Interne empowerment en Externe empowerment
- 4.1.6 Grounded Theory

### **4.2 Resultaten van de enquête**

### **4.3 De enquêteresultaten in relatie tot de Grounded Theory**

#### 4.1 Resultaten van de semigestructureerd interviews

Uit de transcripten werden uit de transcripten relevante quotes gedestilleerd. Dat leverde het volgende beeld op:

Interview

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Interview 1: 44 quotes | Interview 4: 46 quotes |
| Interview 2: 40 quotes | Interview 5: 36 quotes |
| Interview 3: 34 quotes | Interview 6: 77 quotes |

Tabel 1: quotes die konden worden gedestilleerd uit de interviews.

De bundeling van de quotes die de codering tot verschillende categorieën ondersteunden is opgenomen in de bijlagen. Per categorie werden tot 3 quotes opgenomen. Per interview werd dit schematisch verwerkt door middel van een datatemplate tot een eerste orde codering, en hieruit werden tweede orde thema's gedestilleerd. De quotes konden worden toegewezen aan 16 eerste orde coderingscategorieën. In de interviews werd een grote overeenstemming gevonden op de eerste orde codering waarbij 10 codes door alle 6 geïnterviewden werd genoemd, 2 codes werd door 5 personen genoemd, 3 codes door 2 personen, en slechts 1 code door 1 geïnterviewde.

Al deze codes konden tot 12 tweede orde thema's worden samengevat;

- Gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor maatschappelijke opgave,
- Medische staf is in ontwikkeling,
- Samen bouwen,
- Zware taken eerlijker verdelen, desnoods verplicht,
- GGZ beste plek voor GGZ-professional,
- Supraregionale samenwerking,
- HRM-maatwerk in takenpakket, beloning en samenwerkingsvorm,
- Zzp'er is faciliterende kracht. Inbreng van expertise i.p.v. capaciteit,
- Wederkerige commitment van organisatie en professional,
- Inhoud is leidend, Organisatie is faciliterend,
- Medisch leiderschap en bestuurlijk vakmanschap is nodig,
- Community van zorgprofessionals.

Vervolgens werd dit geaggregeerd tot 6 overkoepelende dimensies;

- Werkinhoud en werkcontext van de zorgprofessional,
- Wederkerige relatie zorgprofessional en organisatie,
- Investing in de relatie,
- Zorgontwikkeling,
- Interne empowerment,
- Externe empowerment.

Deze dimensies werden gebruikt voor het construeren van een Grounded Theory.

Het coderingsschema van het proces om van quotes, naar eerste orde coderingen te komen, tot de tweede orde thema's, en vervolgens tot de geaggregeerde dimensies, werd opgenomen in de bijlagen. De zes geaggregeerde dimensies van waaruit de Grounded Theory werd opgebouwd werden toegelicht in onderstaande paragrafen.

##### 4.1.1 De eerste dimensie: Werkinhoud en werkcontext van de zorgprofessional

Alle 6 respondenten erkenden het belang van goede HRM. Allen gaven groot belang aan het investeren in commitment door taakdifferentiatie mogelijk te maken, met mogelijkheden om zwaardere taken beter te belonen, te investeren in de professionalisering van de zorgmedewerkers, en te investeren in goede

loopbaanontwikkelingen en het werkplezier van medewerkers. Zodat de GGZ weer een fijne werkplek kan zijn voor de zorgmedewerkers, en zorgprofessionals zich graag verbinden met de ggz-zorgorganisaties. Ook zagen allen het belang in van het verdelen van zware taken, waarbij enkele respondenten toevoegden dat dit desnoods verplicht moet worden georganiseerd, analoog aan de verplichte ANW-diensten zoals bij de huisarts. Zzp-psychiaters zouden ook faciliterend kunnen zijn in het creëren van een goede werkcontext voor loondienstmedewerkers. Daarnaast werd ook het pleidooi gehouden om zzp-psychiaters niet te zien als productiecapaciteit, maar als een aanvullende expertise die op dat moment mist in de organisatie. In de huidige schaarste is het 'alle hens aan dek' en hebben we iedereen heel hard nodig. Bij zorgbestuurders is er nog wel enige weerstand om zzp-psychiaters echt mee te laten denken over de koers van de organisatie. Maar op zorginhoud in het patiëntencontact lijkt deze weerstand er minder te zijn. Dit biedt kansen. Dit geeft dan de volgende deeltheorie zoals weergegeven in figuur 9:



*Figuur 9: uitwerking van de eerste dimensie: Werkinhoud en werkcontext van de zorgprofessional*

#### **4.1.2 De tweede dimensie: Wederkerige relatie van zorgprofessional en zorgorganisatie**

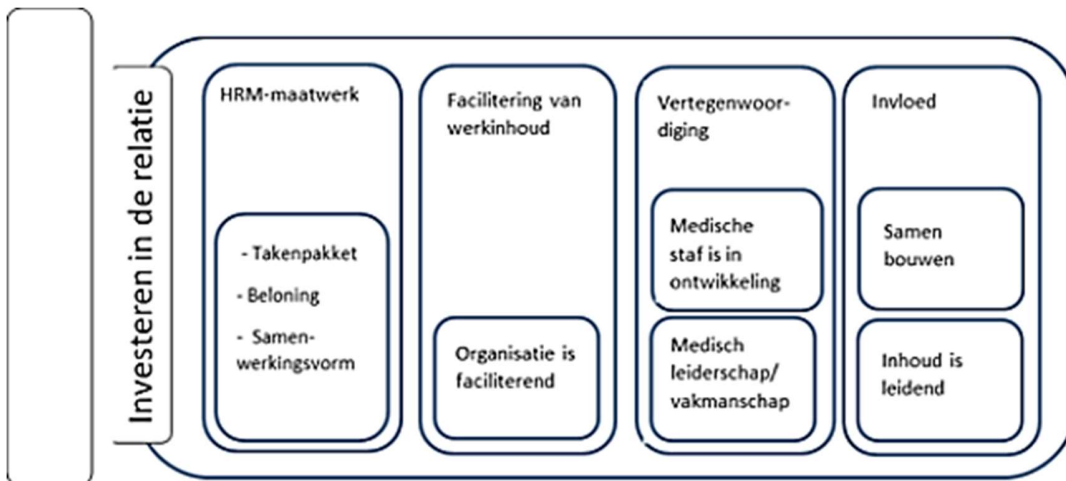
Het is nodig om een nieuwe basis te leggen voor de relatie tussen zorgorganisatie en zorgprofessional. Zowel bestuurlijke/directionele laag als de zorgprofessional moeten een gezamenlijke verantwoordelijkheid oppakken voor de maatschappelijke opdracht die er nu liggen voor de GGZ. (Er is een grote herijking nodig van de geestelijke gezondheidszorg want het huidige zorgsysteem is financieel niet houdbaar op de lange termijn. Dit betekent dat zorgmedewerkers ook een maatschappelijke opdracht voelen om de zorg betaalbaar te houden, om in een schaarste-model de beste zorg voor zoveel mogelijk mensen mogelijk te maken. Er is een verschuiving nodig van ziekte behandelen naar vroeg-signalering en preventie.) Zorgbestuurders moeten meer ruimte geven aan inhoudsprofessionals bij het vaststellen van doelstellingen, visie en missie en hierbij draagvlak zoeken zodat er een wederkerige commitment ontstaat van organisatie en professional voor de ingezette koers (figuur 10).



*Figuur 10: uitwerking van de tweede dimensie: wederkerige relatie van zorgprofessional en zorgorganisatie.*

#### **4.1.3 De derde dimensie: Investeren in de relatie**

Voor een goede ontwikkeling van de commitment van de zorgverlener in de ggz is **HRM-maatwerk** nodig. Investering in werkplezier, gebruik maken van talenten en interesses van medewerkers, en het gedifferentieerd belonen van medewerkers wanneer zij een extra inspanning leveren. De CAO biedt hiertoe te weinig mogelijkheden. Bij het uitvoeren van hun werkzaamheden moeten zij kunnen rekenen op de juiste **facilitering** door de organisatie. Het ontregelen van de zorg, stoppen met beheersen, en zorgprofessionals, binnen kaders, eigen verantwoordelijkheid en regelruimte geven is hierbij nodig. Het binden van zorgprofessionals met uiteenlopende profielen zou binnen verschillende samenwerkingsvormen mogelijk moeten zijn, met een daarbij passend profiel van verplichtingen en verbinding met de organisatie. Daarnaast is het van belang dat de professional zich **vertegenwoordigd** voelt door de bestuurders en overige lijnfunctionarissen, en voldoende meegenomen in de maatschappelijke opdracht die er bij de GGZ ligt. Hiervoor is een goede vertegenwoordiging nodig van de psychiater aan de bestuurstafel zodat zij ook **invloed** kunnen uitoefenen op de koers van de organisatie. Zorgprofessionals moeten ook een verantwoordelijkheid voelen voor de bredere opdracht in de GGZ. Er moet dus meegedacht worden, maar dit betekent dat niet enkel de belangen van de psychiater behartigd kunnen worden. Dan komen we nergens. Vertegenwoordigers moeten dus een mandaat krijgen van de beroepsgroep. Deze vertegenwoordiging past binnen de doelstellingen die beoogd zijn met de oprichting van een medische staf. Deze zal de komende jaren moeten groeien in stevigheid. Momenteel wordt er te veel over budgetten en financiering gesproken, en te weinig woorden gegeven aan de missie van de organisatie, over de ontwikkeling van netwerkzorg, over supraregionale samenwerking en regionale afstemming van zorgaanbod. Medewerkers moeten weten waar hun eigen organisatie voor staat en op welke wijze zij kunnen bijdragen aan die gezamenlijke missie. Samen bouwen en de zorginhoud is hierbij leidend. Ook het aan durven gaan van schuring, toename van accountability, en het delen van resultaten is hierbij van belang. Van bestuurders en overige lijnfunctionarissen wordt toenemend verwacht dat zij **zorgmedewerkers meenemen in de besluitvorming** en zo bouwen aan draagvlak voor hun eigen positie in de organisatie. Dit leidt een toename van de **commitment** van de zorgprofessional aan de zorgorganisatie, en de zorgorganisatie aan de zorgprofessional. Van beide groepen wordt **medisch leiderschap/ bestuurlijk vakmanschap** verwacht. Het leiding geven aan een organisatie is een ander vak dan het vak van medisch professional, en een verdere professionalisering van de hierin geïnteresseerde medewerkers is nodig. Hiervoor moet ook structureel budget worden vrijgemaakt in de komende jaren om medewerkers op deze taak te laten ontwikkelen (figuur 11).



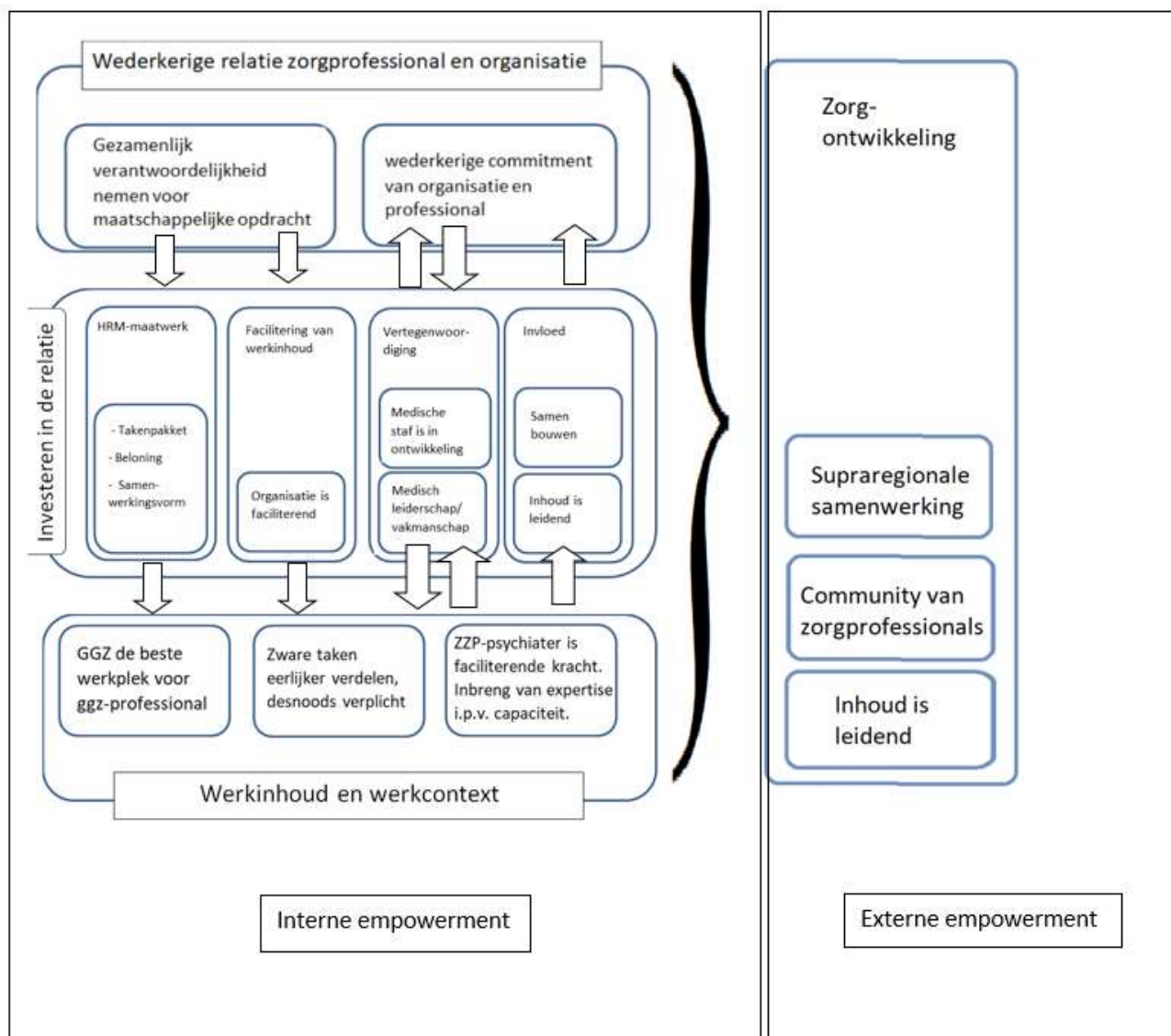
Figuur 11: uitwerking van de derde dimensie: Investeren in de relatie

#### 4.1.4 De vierde dimensie: Zorgontwikkeling

De zorgorganisatie en de zorgprofessional bouwen vervolgens samen aan brede zorgontwikkeling (figuur 12). Ook hierbij is de zorginhoud leidend. Andere belangrijke thema's zijn supraregionale samenwerking en het werken in communities van professionals.

#### 4.1.5 De vijfde en zesde dimensies: Interne empowerment en Externe empowerment

De vijfde en zesde dimensie beschrijft twee relatievlakken waarbij de samenwerking van zorgprofessional en zorgorganisatie centraal staan (figuur 12). De eerste bevindt zich binnen de muren van de organisatie, de tweede buiten de muren van de organisatie in het externe zorgnetwerk. De zorgmedewerker bouwt mee aan de bredere maatschappelijke zorgopdracht en is ambassadeur van de organisatie. De zorgorganisatie zorgt ervoor dat de zorgprofessional tot een brede werkinhoud komt, waarbij ruimte is voor persoonlijke interessegebieden en werkplezier, invloed en betrokkenheid. Binnen de organisatie worden beide wederzijds gedragen in hun taak en rol. Dit resulteert in een wederkerige relatie van zorgorganisatie en de psychiater binnen het domein van de zorgorganisatie: **Interne empowerment**. Het samenwerken van zorgprofessional en zorgorganisatie aan de zorgontwikkeling in het bredere zorgnetwerk over de muren van de organisatie heen is **externe empowerment**. Buiten de grenzen van de zorgorganisatie bouwen de zorgorganisatie en de zorgprofessional samen aan brede zorgontwikkeling en geven invulling aan de bredere maatschappelijke opgave die er ligt voor de zorgorganisatie. Zij nemen hierin een gezamenlijke verantwoordelijkheid op zich die recht doet aan de bredere taakopvatting van het dokter of bestuurder zijn binnen een gezondheidszorgorganisatie, beslissen samen en dragen dit ook gezamenlijk uit, en houden elkaar accountable voor de ontwikkelingen in de zorg.



Figuur 12: grafische weergave van de vijfde en zesde dimensie: Interne empowerment en Externe empowerment, en de opbouw van de dimensies tot een Grounded Theory.

#### 4.1.6 Grounded Theory

Dit leidt dan tot het volgende totaalbeeld zoals eveneens is weergegeven in figuur 12: de Grounded Theory. Aan de onderzijde bevindt zich als basis het domein van de werkinhoud en werkcontext van de psychiater. Om te komen tot een verbinding van de zorgprofessional en zorgorganisatie tot een wederkerige relatie zijn vier pijlers nodig waarop deze relatie wordt gebouwd. Deze zijn:

- HRM maatwerk is nodig op werkinhoud, beloning en samenwerkingsvorm.
- Facilitering van zorgtaken: de professional wordt beter gefaciliteerd in de zorgtaken door de organisatie.
- Betere vertegenwoordiging van de zorgprofessionals in beleidskeuzes en verbindend leiderschap vanuit de organisatie. Dit zorgt ervoor dat de professional meer input kan geven bij de zorgkeuzes, en dat de bestuurder beter gedragen wordt door de medewerker in de lijn die wordt gekozen voor de zorgorganisatie.

- De zorgprofessional wordt beter meegenomen en heeft meer invloed op richting van de organisatie. De zorginhoud is hierbij leidend.

Hiermee zijn alle quotes, alle thema's en alle dimensies met elkaar verbonden tot één sluitende **Grounded Theory**. Deze nieuw geformuleerde Grounded Theory werd vervolgens getoetst aan de gevonden wetenschappelijke literatuur en het conceptueel model uit hoofdstuk 2. Hierbij werd geen standhoudend bewijs gevonden dat de theorie ontkrachtte. Hiermee werd er een goede validiteit gevonden voor het gevonden theoretische model.

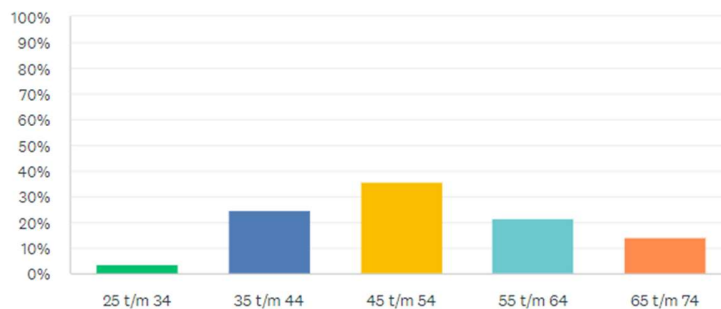
## 4.2 Resultaten van de enquête analyse

De enquête werd ingevuld door 28 respondenten. De antwoorden van de enquête worden gebruikt als beschrijving van respondent-kenmerken en om de inhoudelijke input van de opgehaalde beelden in de interviews en gevonden literatuurinzichten te toetsen bij de respondenten. De beperkte respons maakt een diepere statistische analyse helaas niet mogelijk.

De respondenten bestonden uit 14 mannen en 14 vrouwen, met een mooie Gaussische curve- van de leeftijdsopbouw die overeen lijkt te komen met de gegevens uit de analyse van Cisca Joldersma uit 2019. De resultaten van de analyse zijn per vraag uitgewerkt en voorzien van een korte toelichting.

### Wat is uw leeftijd?

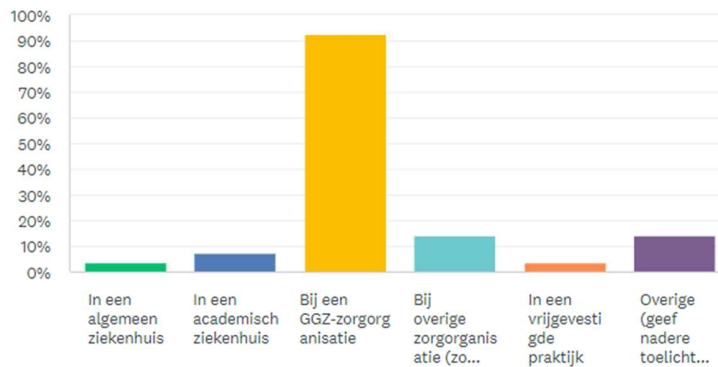
Beantwoord: 28 Overgeslagen: 0



Figuur 13: leeftijdsopbouw van de respondenten.

Kun u aangeven welke werkomgeving op u van toepassing is. (meer antwoorden mogelijk)

Beantwoord: 28 Overgeslagen: 0



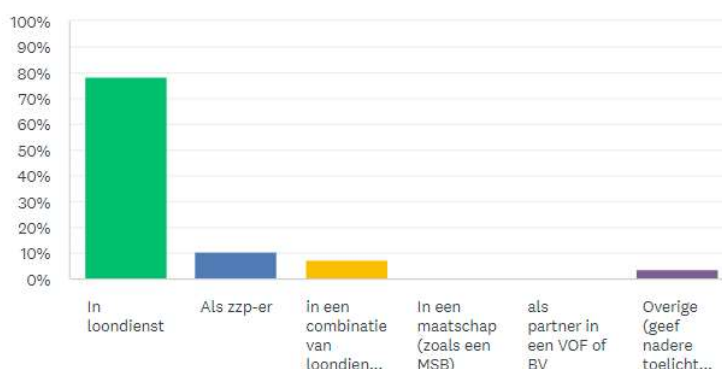
Figuur 14: werkomgeving van de respondenten.

De overgrote meerderheid van de respondenten is werkzaam binnen de GGZ, 93%. Daarnaast werden algemeen ziekenhuis (3,6%) genoemd, in een academisch ziekenhuis (7,1%), viermaal (14,3%) werd "overige zorgorganisatie (zoals LVB/Verslavingszorg/gespecialiseerde kliniek) genoemd, vrijgevestigde praktijk (3,6%), en bij de categorie "overige" werd eenmaal forensische psychiatrie, eenmaal consultatie bij een wmo instelling, en een combinatie met universiteit genoemd. Daarnaast werd nog eenmaal bij de categorie "overige" de combinatie van zzp en loondienst bij dezelfde werkgever genoemd. Deze is later samengevoegd bij de samenwerkingsvorm combinatie loondienst en zzp" ondanks dat dit bij dezelfde zorgorganisatie plaatsvindt.



## Wat is uw huidige samenwerkingsvorm?

Beantwoord: 28 Overgeslagen: 0



Figuur 15: Huidige samenwerkingsvorm van de respondenten.

De meest gerapporteerde samenwerkingsvorm betrof het dienstverband (22), of een combinatie van dienstverband en deels zzp (2, en 1 in de categorie overig waarbij de respondent loondienst en zzp uren combineert in dezelfde organisatie), en slechts 3 zzp-psychiaters. Bij enkele analyses is ervoor gekozen om een stratificatie toe te passen en de zzp-psychiaters niet mee te nemen in de analyse. De groep zzp-psychiaters was helaas te klein om hier een verdiepende analyse op uit te voeren.

Bij ruim 64% van de psychiaters heeft een zorgorganisatie de afgelopen 5 jaar een extra inspanning gedaan om psychiaters aan zich te binden. Deze inspanning bestond vooral uit extra tijd voor persoonlijke ontwikkeling (50%), een extra dienstvergoeding (44%) en het toepassen van een arbeidsmarkttoeslag, opleidingsmogelijkheid of loopbaanontwikkelings-mogelijkheid, (alle 39%). Er werd geen enkele keer ingezet op extra sociale activiteiten (0%), en slechts eenmaal werd de verantwoordelijkheid om te blijven benadrukt. Deze laatste ingreep heeft een wat negatievere connotatie dan de overige keuzemogelijkheden. (Tabel 2).

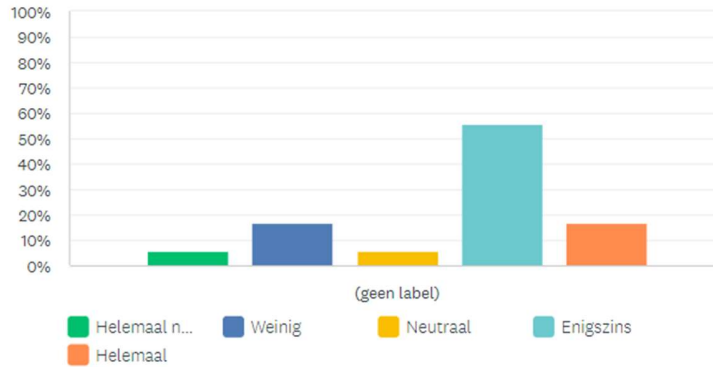
| ANTWOORDKEUZEN  | REACTIES          |
|---|-------------------|
| Arbeidsmarkttoeslag   | 38,89% 7          |
| Extra dienstenvergoeding  | 44,44% 8          |
| Salarisverhoging / hoger uurloon  | 11,11% 2          |
| Opleidingsmogelijkheid  | 38,89% 7          |
| Loopbaanontwikkelingsmogelijkheid   | 38,89% 7          |
| Extra tijd voor persoonlijke interessegebied zoals een specifieke functie, onderzoek, onderwijs, lidmaatschap van een commissie of werkgroep, etc.. | 50,00% 9          |
| Lease-auto  | 11,11% 2          |
| Extra mogelijkheden voor thuiswerken  | 11,11% 2          |
| Meer sociale activiteiten   | 0,00% 0           |
| Betere erkenning van het belang van uw expertise voor de organisatie  | 11,11% 2          |
| Flexibele werktijden  | 27,78% 5          |
| Benadrukken van verantwoordelijkheid om te blijven  | 5,56% 1           |
| Anders, namelijk...   | Reacties 16,67% 3 |
| <b>Totale aantal respondenten: 18</b>   |                   |

Tabel 2: Inspanningen van de werkgever om respondenten te behouden.

Deze inspanning om medewerkers te binden sloot in wisselende mate aan bij de behoeften van de psychiaters. (Figuur 16). Gemiddeld genomen was er wel sprake van enige aansluiting en heeft dit ook wel enigszins geholpen om psychiaters te behouden voor de organisatie. Toch heeft 17% van de psychiaters de organisatie verlaten. (Figuur 17).

### Hoe goed sloot deze inspanning van de organisatie aan bij uw behoeften?

Beantwoord: 18 Overgeslagen: 0

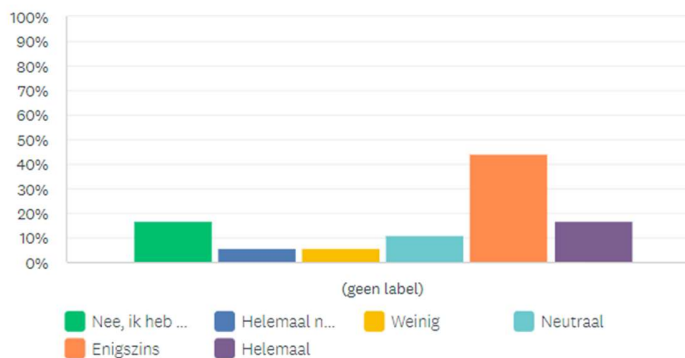


|              | HELEMAAL NIET | WEINIG | NEUTRAAL | ENIGSZINS | HELEMAAL | TOTAAL | GEWOGEN GEMIDDELDE |
|--------------|---------------|--------|----------|-----------|----------|--------|--------------------|
| (geen label) | 5,56%         | 16,67% | 5,56%    | 55,56%    | 16,67%   | 18     | 3,61               |
|              | 1             | 3      | 1        | 10        | 3        |        |                    |

Figuur 16: Weergave van mate van aansluiting van inspanning van de werkgever om respondent te behouden voor de organisatie.

### Heeft dit een rol gespeeld om verbonden te blijven aan uw huidige werkplek?

Beantwoord: 18 Overgeslagen: 0



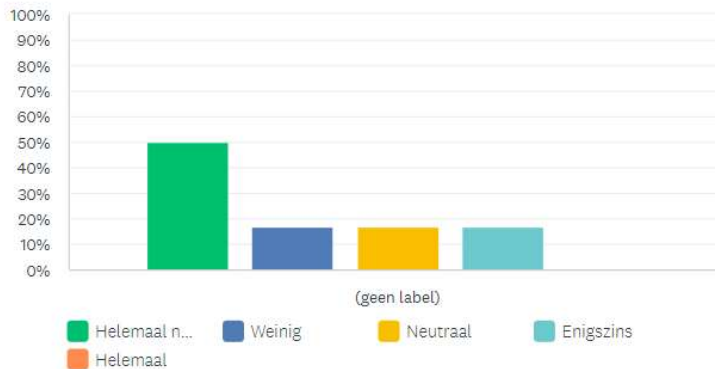
|              | NEE, IK HEB DE ZORGORGANISATIE VERLATEN | HELEMAAL NIET | WEINIG | NEUTRAAL | ENIGSZINS | HELEMAAL | TOTAAL | GEWOGEN GEMIDDELDE |
|--------------|---|---------------|--------|----------|-----------|----------|--------|--------------------|
| (geen label) | 16,67%                                  | 5,56%         | 5,56%  | 11,11%   | 44,44%    | 16,67%   | 18     | 3,11               |
|              | 3                                       | 1             | 1      | 2        | 8         | 3        |        |                    |

Figuur 17: Invloed van inspanning van de werkgever op retentie van de respondent.

Bij de psychiaters die hun organisatie hebben verlaten is slechts in 50% van de gevallen een inspanning verricht om hen te behouden voor de organisatie. Deze inspanning besloeg vrijwel het gehele keuze palet, zowel in financiële beloning als ontwikkelmogelijkheden. Toch sloot deze inspanning slechts beperkt aan bij de behoefte van de respondenten (50% helemaal niet, en sloot weinig/neutral/ enigszins aan bij de behoefte (allen 17%). (Figuur 18).

## Hoe goed sloot deze inspanning van de organisatie aan bij uw behoeften?

Beantwoord: 6 Overgeslagen: 0



|              | HELEMAAL NIET | WEINIG      | NEUTRAAL    | ENIGSZINS   | HELEMAAL   | TOTAAL | GEWOGEN GEMIDDELDE |
|--------------|---------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------|--------------------|
| (geen label) | 50,00%<br>3   | 16,67%<br>1 | 16,67%<br>1 | 16,67%<br>1 | 0,00%<br>0 | 6      | 2,00               |

*Figuur 18: Mate van aansluiting van de inspanning van de organisatie bij respondenten die de organisatie hebben verlaten.*

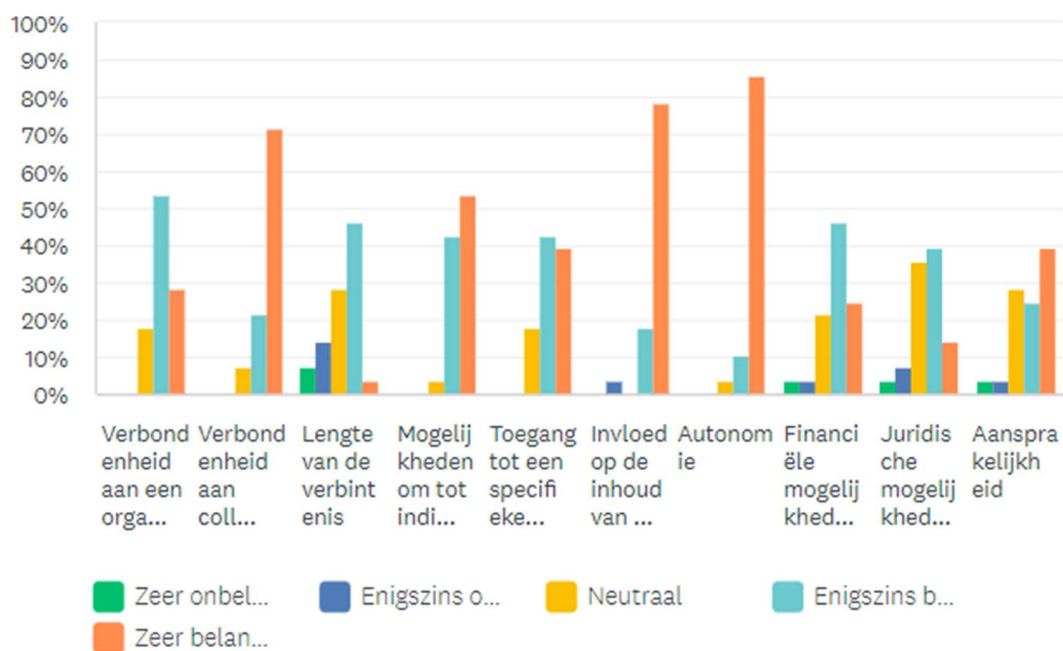
De respondenten gaven op een open vraag hun visie op de mogelijkheden van zorgorganisaties om professionals aan zich te binden. Voor uitgebreide verslaglegging van de respons, zie bijlagen. Hieronder zijn de belangrijkste zienswijzen samengevat:

### **Samenvatting van de mogelijkheden voor zorgorganisaties om professionals aan zich te binden:**

- Professionele autonomie meer centraal stellen.
- Primaire proces is zorginhoud, en niet bedrijfsvoering.
- Leidinggevenden zijn ondersteunend aan het primaire zorgproces.
- Extra inspanningen ook aanvullend belonen. Cumulatieve toeslagen mogelijk maken en gelijktrekken met de ziekenhuis CAO. Loondienst weer lonend maken (o.a. stoppen met pensioenaftopping).
- Meer wederzijdse investeringen in verbinding tussen zorgprofessional en zorgorganisatie. Nu wordt deze verbinding vaak niet gevoeld. Dus facilitering, investeren in persoonlijke ontwikkeling en loopbaanontwikkeling, betere ondersteuning bij werkzaamheden.

### **Samenwerkingsvormen:**

Hieronder staan enkele algemene kenmerken van samenwerkingsvormen van professionals met organisaties. Hoe belangrijk vindt u onderstaande kenmerken voor uw persoonlijke werkomgeving?



Figuur 19: Belang van de diverse kenmerken voor de individuele werkomgeving van de respondenten.

|   | ZEER ONBELANGRIJK | ENIGSZINS ONBELANGRIJK | NEUTRAAL     | ENIGSZINS BELANGRIJK | ZEER BELANGRIJK | TOTAAL | GEWOGEN GEMIDDELDE |
|---|-------------------|------------------------|--------------|----------------------|-----------------|--------|--------------------|
| Verbondenheid aan een organisatie                       | 0,00%<br>0        | 0,00%<br>0             | 17,86%<br>5  | 53,57%<br>15         | 28,57%<br>8     | 28     | 4,11               |
| Verbondenheid aan collega's                             | 0,00%<br>0        | 0,00%<br>0             | 7,14%<br>2   | 21,43%<br>6          | 71,43%<br>20    | 28     | 4,64               |
| Lengte van de verbintenis                               | 7,14%<br>2        | 14,29%<br>4            | 28,57%<br>8  | 46,43%<br>13         | 3,57%<br>1      | 28     | 3,25               |
| Mogelijkheden om tot individuele werkafspraken te komen | 0,00%<br>0        | 0,00%<br>0             | 3,57%<br>1   | 42,86%<br>12         | 53,57%<br>15    | 28     | 4,50               |
| Toegang tot een specifieke cliëntendoelgroep            | 0,00%<br>0        | 0,00%<br>0             | 17,86%<br>5  | 42,86%<br>12         | 39,29%<br>11    | 28     | 4,21               |
| Invloed op de inhoud van de werkzaamheden               | 0,00%<br>0        | 3,57%<br>1             | 0,00%<br>0   | 17,86%<br>5          | 78,57%<br>22    | 28     | 4,71               |
| Autonomie   | 0,00%<br>0        | 0,00%<br>0             | 3,57%<br>1   | 10,71%<br>3          | 85,71%<br>24    | 28     | 4,82               |
| Financiële mogelijkheden van de verbintenis             | 3,57%<br>1        | 3,57%<br>1             | 21,43%<br>6  | 46,43%<br>13         | 25,00%<br>7     | 28     | 3,86               |
| Juridische mogelijkheden van de verbintenis             | 3,57%<br>1        | 7,14%<br>2             | 35,71%<br>10 | 39,29%<br>11         | 14,29%<br>4     | 28     | 3,54               |
| Aansprakelijkheid                                       | 3,57%<br>1        | 3,57%<br>1             | 28,57%<br>8  | 25,00%<br>7          | 39,29%<br>11    | 28     | 3,93               |

Tabel 3: Belang van de diverse kenmerken voor de individuele werkomgeving van de respondenten.

Veel van de genoemde factoren worden als belangrijk gezien met hoge scores boven de 4. De “lengte van de verbintenis” en de “juridische mogelijkheden van de verbintenis” worden als minder belangrijk ervaren. Opvallenderwijs; de “financiële mogelijkheden van de verbintenis” wordt ook als wat minder belangrijk ervaren; 3,86. Terwijl de hoge verdiensten vaak genoemd worden als een belangrijke motivator om als zzp te gaan werken geven de respondenten hier een relatief laag belang aan voor hun persoonlijke werkplek. Op de enquêtevragen welke facetten van de samenwerkingsvormen belangrijk en wenselijk werden gevonden kwam het volgende beeld naar voren:

| Profiel samenwerkingsvorm                              | Wens        | Loondienst  | ZZP         | Maatschap   | BV/VOF      |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Verbondenheid aan een organisatie                      | 4,11        | 4,15        | 2,04        | 4,18        | 3,53        |
| Verbondenheid aan collega's                            | 4,64        | 4,5         | 2,29        | 4,59        | 3,4         |
| Lengte van de verbintenis                              | 3,25        | 3,68        | 2,65        | 4,63        | 3,77        |
| Mogelijkheid om tot individuele werkafspraken te komen | 4,5         | 3,57        | 4,5         | 3,68        | 4,14        |
| Toegang tot een specifieke clientendoelgroep           | 4,21        | 3,96        | 3,57        | 3,62        | 3,2         |
| Invloed op de inhoud van de werkzaamheden              | 4,71        | 3,57        | 3,32        | 4,18        | 3,8         |
| Autonomie  | 4,82        | 3,53        | 4,39        | 4,05        | 4,13        |
| Financiële mogelijkheden van de verbintenis            | 3,86        | 3,26        | 4,67        | 4,62        | 4,33        |
| Juridische mogelijkheden van de verbintenis            | 3,54        | 3,74        | 3,45        | 4,2         | 3,92        |
| Aansprakelijkheid                                      | 3,93        | 3,88        | 3,42        | 4,35        | 4,08        |
| <b>Gemiddelde</b>                                      | <b>4,16</b> | <b>3,78</b> | <b>3,43</b> | <b>4,21</b> | <b>3,83</b> |

Tabel 4: Mate waarin de wens van de respondent aansluit bij de diverse samenwerkingsvormen.

Wanneer we het wenselijke profiel naast de vier uitgevraagde samenwerkingsvormen leggen zien we dat het loondienstverband goed scoort op de facetten “verbondenheid aan een organisatie” en “verbondenheid aan collega's”. Op deze beide facetten scoort de maatschapsvorm ook goed, beter dan de andere vormen. De lengte van de verbintenis wordt in zijn algemeenheid wat minder belangrijk gevonden, en alleen het zzp-schap scoort lager op dit vlak dan wenselijk. De mogelijkheid om tot individuele werkafspraken te komen wordt wel weer het hoogst gewaardeerd bij het zzp-schap. Ook bij de maatschap wordt de invloed op de inhoud van de werkzaamheden als het meest positief ingeschat. Van de financiële mogelijkheden wordt het loondienstverband het laagst gewaardeerd, de overige samenwerkingsvormen ontlopen elkaar niet veel op dit vlak. Het belang wordt hiervan als slechts “enigszins belangrijk” aangeduid. Wat opvalt is dat de vragen over loondienstverband en zzp-schap goed worden ingevuld. Bij de overige samenwerkingsvormen wordt met name op gebied van juridische en financiële mogelijkheden en de afbakening van taken vaak “weet ik niet gescoord”, bij de kolommen over BV/VOF wordt tussen de 42% tot 57% van de vragen gescoord met “weet ik niet”. Deze resultaten zijn met grijze blokken aangegeven. De verkregen data is slechts een beperkte steekproef. Aan de andere kant moeten we constateren dat slechts 2 werkvormen echt goed bekend zijn bij de psychiaters. Het is dan dus niet zo gek dat vooral deze 2 vormen in het werkveld worden gezien, terwijl er in de open vragen wel vaak naar een maatschap structuur wordt verwezen. Mogelijk dat een grotere bekendheid van de verschillende samenwerkingsvormen ook het gebruik van de juridische mogelijkheden kan verbreden in het huidige werkveld.

De respondenten gaven op een open vraag hun visie op de mogelijkheden voor nieuwe samenwerkingsvormen tussen professionals en organisaties. Voor uitgebreide verslaglegging van de respons, zie bijlagen. Hieronder zijn de belangrijkste zienswijzen samengevat:

### Welke mogelijkheden voor nieuwe samenwerkingsvormen tussen professionals en organisaties ziet u?

#### Samenvattend:

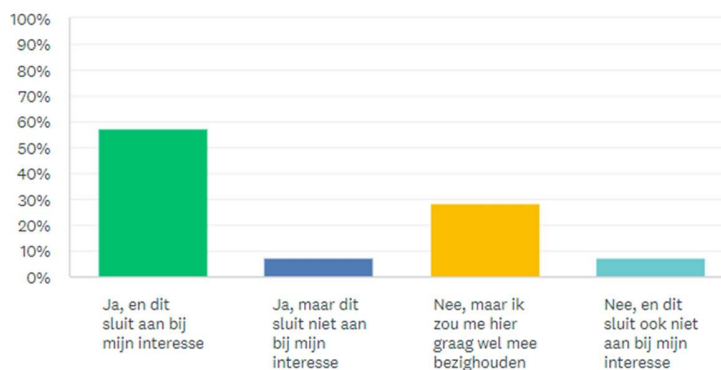
- De zorg en de zorgprofessional centraal stellen.
- Meer invloed van de werkvloer op de organisatie besluitvorming. Dit kan worden gefaciliteerd door meer formele zeggenschap bij de medische staf te beleggen, de oprichting van maatschappen van psychiaters zodat zij gezamenlijk meer regie kunnen voeren op hun taken. Ook zzp-collega's kunnen hierbij aansluiten, of hopelijk verleid worden om zich weer langdurig te verbinden met een specifieke zorgorganisatie.
- Extra inspanningen van loondienstpsychiaters bij vertrek of schaarste van collega's moeten ook beloond kunnen worden.
- Belastende zorgtaken zoals de ANW-diensten moeten eerlijker verdeeld worden over de gehele beroepsgroep, mogelijk door verplichte diensten structuur zoals bij de huisartsen.

#### Zorgontwikkeling:

100% van de respondenten vindt betrokkenheid van zorgprofessionals bij de zorgontwikkeling belangrijk. We zien wel dat niet bij iedereen de interesse om hierin te participeren even groot is. (Figuur 20).

### Bent u zelf betrokken bij de zorgontwikkeling in uw werkveld?

Beantwoord: 28 Overgeslagen: 0



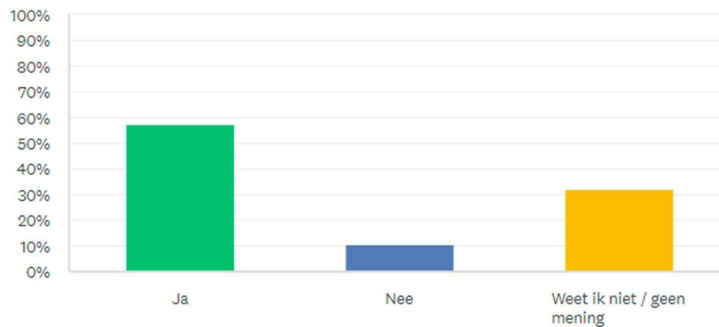
*Figuur 20: Mate van betrokkenheid bij de zorgontwikkeling en de aansluiting bij interesses van de respondenten.*

Vanwege de lage respons is een diepgaande analyse van de respons van de zzp-psychiaters niet mogelijk. Wel zien we dat een deel van de zzp-psychiaters zich zou willen inzetten voor de zorgontwikkeling.

Slechts 57% van de respondenten heeft het idee dat de persoonlijke inspanningen voor zorgontwikkeling ook leidt tot betere zorg. (figuur 21)

Heeft u het idee dat uw persoonlijke inspanning op het gebied van zorgontwikkeling ook leidt tot verbetering van de zorg?

Beantwoord: 28 Overgeslagen: 0

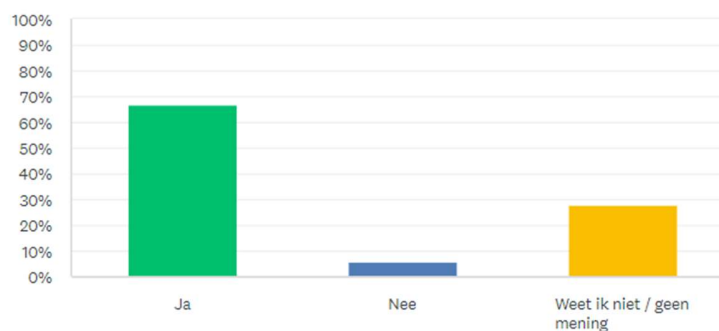


*Figuur 21: Relatie van inspanningen op gebied van zorgontwikkeling en verbetering van de zorg volgens de respondenten.*

Wanneer we inzoomen op medewerkers die ook persoonlijk betrokken zijn bij de zorgontwikkeling is ook slechts 66% ervan overtuigd dat dit de zorg verbetert. (Figuur 22). Zo'n 5-10% denkt van niet, en ongeveer 1/3 van de respondenten weet het niet/heeft geen mening. Wanneer we dit gegeven combineren met het feit dat de compensatie vaak te beperkt is ten opzichte van de investering, dan motiveert dit niet om hiervoor in allerlei bochten te wringen om hier tijd voor te vinden. Ook hier ligt dus mogelijk een kans om de betrokkenheid en invloed van zorgmedewerkers te vergroten door het nut te vergroten en een effect beter zichtbaar te maken.

Heeft u het idee dat uw persoonlijke inspanning op het gebied van de zorgontwikkeling ook leidt tot verbetering van de zorg?

Beantwoord: 18 Overgeslagen: 0



| ANTWOORDKEUZEN             | REACTIES  |
|----------------------------|-----------|
| Ja                         | 66,67% 12 |
| Nee                        | 5,56% 1   |
| Weet ik niet / geen mening | 27,78% 5  |
| <b>TOTAAL</b>              | <b>18</b> |

*Figuur 22: Relatie van inspanningen op gebied van zorgontwikkeling en verbetering van de zorg volgens respondenten die persoonlijk betrokken zijn bij de zorgontwikkeling.*

**Verschillende soorten van commitment:**

Bij de groep die tevreden is over huidige samenwerkingsvorm zien we in het 2-factor model van Herzberg dat er lagere scores zijn op “goede werkomstandigheden” 3,00. Naast een score van 3,75 op de factor “goede balans werk-privé” scoort deze groep op alle overige factoren boven een 4.

Bij de groep die concreet overweegt om een andere samenwerkingsvorm te kiezen zien we het volgende beeld: de groep scoort gemiddeld zowel op hygiëne factoren als op motivationele factoren lager. Enkele van deze waardes zijn ook lager dan het neutrale middelpunt van 3.0. In de hygiëne factoren wordt vooral een lage waardering gegeven aan de factor “goede werkomstandigheden” 2,10, “goede relatie leidinggevend” 2,80, goede arbeidsvoorwaarden” 2,80, en ook een wat lagere waarde bij “goede balans werk-privé” 3,40 gezien. Bij de motivationele factoren wordt een lagere score gezien op alle onderwerpen, waarbij “loopbaan ontwikkelmogelijkheden” als enige onder een 3 gescoord; 2,8. (Zie tabel 5).

| Herzberg          | tevreden    | niet tevreden | twijfel     |   |  |  |  |
|-------------------|-------------|---------------|-------------|---|--|--|--|
| hygiene           | 3,00        | <b>2,10</b>   | 3,14        | goede werkomstandigheden                            |  |  |  |
|                   | 4,13        | <b>2,80</b>   | 4,14        | goede relatie leidinggevend                         |  |  |  |
|                   | 4,00        | <b>2,80</b>   | 4,14        | goede arbeidsvoorwaarden                            |  |  |  |
|                   | 4,38        | 4,90          | 4,71        | goede baan zekerheid                                |  |  |  |
|                   | 4,38        | 4,50          | 4,29        | goede relatie met collega's                         |  |  |  |
|                   | 3,75        | 3,40          | <b>3,14</b> | goede balans werk/privé                             |  |  |  |
| <b>Gemiddelde</b> | <b>3,94</b> | <b>3,42</b>   | <b>3,93</b> |   |  |  |  |
| motivationeel     | 4,38        | 3,5           | <b>3,71</b> | erkenning expertise                                 |  |  |  |
|                   | 4,25        | 3,8           | 4,14        | gewenste werkinhoud                                 |  |  |  |
|                   | 4,38        | 3,9           | 4,57        | leuke uitdagingen                                   |  |  |  |
|                   | 4,38        | 4,3           | 4,57        | ruime verantwoordelijkheden                         |  |  |  |
|                   | 4,13        | 3,2           | 4,29        | goede persoonlijke groei- en ontwikkelmogelijkheden |  |  |  |
|                   | 4,13        | <b>2,8</b>    | <b>3,86</b> | loopbaan ontwikkelmogelijkheden                     |  |  |  |
| <b>Gemiddelde</b> | <b>4,28</b> | <b>3,58</b>   | <b>4,19</b> |   |  |  |  |

Tabel 5: Scores op het twee-factoren-model van Herzberg volgens de respondenten. Hierbij is gegroepeerd naar mate van tevredenheid over de huidige werkplek.

In de groep van respondenten die over een verandering nadenken zien we dat de scores gemiddeld genomen elkaar niet veel ontlopen met de groep die tevreden is; 3,94 vs. 3,93 voor hygiëne factoren, en 4,28 vs. 4,19 bij de motivationele factoren. Er is sprake van een lagere score op de factor “goede balans werk-privé” 3,14 bij de hygiëne factoren, en bij de motivationele factoren een lagere factor bij “erkenning van expertise” en “loopbaanontwikkelmogelijkheden”. Uit eerder onderzoek van Nair & Salleh, 2017 is gebleken dat een toegenomen intentie om te gaan een goede voorspeller is van hoge medewerkersturnover. Herzberg (1959) beschreef zelf in zijn originele paper dat zijn 2-factor model zou laten zien dat de hygiëne factoren geen push-factor is om te gaan. In dit onderzoek zien wij dat de groep die tevreden is met huidige samenwerkingsvorm niet tevreden is over de factor “werkomstandigheden”, en dat goede motivationele omstandigheden dat dus waarschijnlijk (voor een belangrijk deel) compenseren. Echter, bij de groep die concreet overweegt om een andere samenwerkingsvorm te gaan kiezen zien we opvallend lage scores op hygiëne factoren. De motivationele factoren zijn gemiddeld



genomen ook lager. In onderstaande tabel staan de overwegingen om te veranderen van samenwerkingsvorm weergegeven. De gerapporteerde factoren wijzen op een sterkere invloed van de hygiëne factoren in de overweging om te gaan, zoals “autonomie op de werkinhoud” en het verkrijgen van betere arbeidsvoorwaarden. Deze sterke invloed van hygiëne factoren werd ook reeds door Sankar, 2015 vastgesteld: positieve hygiëne factoren geven grotere werk tevredenheid, en dit leidt tot medewerker retentie.

| ANTWOORDKEUZEN  | REACTIES |   |
|---|----------|---|
| Autonomie op werkinhoud   | 71,43%   | 5 |
| Betere financiële vergoeding  | 71,43%   | 5 |
| Verminderen van werkuren  | 42,86%   | 3 |
| Voorkomen van ongewenste administratieve werkzaamheden                              | 42,86%   | 3 |
| Voorkomen of beperken van avond-, nacht of weekenddiensten                          | 57,14%   | 4 |
| Voorkomen van ongewenste vakinhoudelijke taken                                      | 57,14%   | 4 |
| Beter invulling kunnen geven aan eigenstandige aansprakelijkheid voor de zorginhoud | 28,57%   | 2 |
| <b>Totale aantal respondenten: 7</b>  |          |   |

Tabel 6: Overwegingen om te veranderen van samenwerkingsvorm

Echter, mogelijk is daar ook nog wat anders aan de hand. Onder psychiaters wordt een gemiddeld lage organisatie commitment gezien. (Tabel 2). De affectieve commitment ligt als enige van de drie nog wel boven het neutrale middelpunt van 3,0.

Wanneer we de subgroepen met betrekking tot het zoeken van een mogelijke nieuwe samenwerkingsvorm bekijken zien we op de affectieve commitment schaal dat de twijfelgroep evident beter gehecht is dan de groep die concrete plannen heeft om de organisatie te verlaten; 3,21 vs. 2,48. Deze waarde van 3,21 ligt dicht bij de waarde van de groep die tevreden is over huidige samenwerkingsvorm; 3,31. Daarnaast zien we, net als in de literatuur is beschreven, een zekere mate van overeenstemming van AC en NC. De CC is opvallenderwijs het hoogst bij de twijfelgroep. Mogelijk dat deze continuïteit commitment nog een belangrijke rol speelt in het behouden van deze professionals voor hun huidige zorgorganisatie. Deze commitmentfactoren bieden aanknopingspunten voor verdere aanbevelingen voor de retentie van zorgprofessionals.

|                   | AC          | CC          | NC          |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|
|                   | 3,18        | 2,79        | 3,18        |
|                   | 3,32        | 2,36        | 2,79        |
|                   | 2,86        | 2,61        | 3,14        |
|                   | 3,32        | 2,54        | 2,68        |
|                   | 2,82        | 3,86        | 1,96        |
|                   | 3,21        | 2,18        | 2,71        |
|                   | 3,07        | 2,64        | 2,04        |
|                   | 2,82        | 2,89        | 3,75        |
| <b>Gemiddelde</b> | <b>3,08</b> | <b>2,73</b> | <b>2,78</b> |

Tabel 7: Affectieve Commitment (AC), Continuïteit Commitment (CC) en Normatieve Commitment (NC). Weergegeven als gemiddelde score van alle respondenten per vraag.

| AC                | tevreden    | niet tevreden | twijfel     | CC                | tevreden    | niet tevreden | twijfel     | NC                | tevreden    | niet tevreden | twijfel     |
|-------------------|-------------|---------------|-------------|-------------------|-------------|---------------|-------------|-------------------|-------------|---------------|-------------|
|                   | 3,6         | 2             | 3,57        |                   | 2,4         | 3,43          | 3,29        |                   | 3,2         | 2,86          | 3,43        |
|                   | 3,3         | 3,29          | 3,57        |                   | 2,4         | 2,57          | 2,71        |                   | 2,5         | 3             | 2,71        |
|                   | 2,7         | 2,71          | 3,14        |                   | 2,8         | 2,71          | 2,71        |                   | 3,1         | 2,29          | 3,71        |
|                   | 3,8         | 2,43          | 3,43        |                   | 2,4         | 2,57          | 3,29        |                   | 2,4         | 2,86          | 3           |
|                   | 3           | 2             | 3,14        |                   | 4           | 3,86          | 4,14        |                   | 1,7         | 2,14          | 2,14        |
|                   | 3,7         | 2,57          | 2,57        |                   | 1,7         | 3             | 2,43        |                   | 3           | 1,86          | 2,71        |
|                   | 3,5         | 2,71          | 2,86        |                   | 2,2         | 3,29          | 3           |                   | 1,9         | 1,71          | 2           |
|                   | 2,9         | 2,14          | 3,43        |                   | 2,8         | 2,71          | 3,29        |                   | 4,2         | 3,14          | 3,71        |
| <b>Gemiddelde</b> | <b>3,31</b> | <b>2,48</b>   | <b>3,21</b> | <b>Gemiddelde</b> | <b>2,59</b> | <b>3,02</b>   | <b>3,11</b> | <b>Gemiddelde</b> | <b>2,75</b> | <b>2,48</b>   | <b>2,93</b> |

Tabel 8: Verschillende soorten van organisatiecommitment van de loondienstpsychiaters.

Inmiddels is slechts 39% tevreden over de huidige werkvorm. 25% heeft het besluit genomen om de zorgorganisatie te gaan verlaten. En nog 25% van de psychiaters denkt hier al over na. (Figuur 23). Dit is een belangrijke voorspeller dat de huidige uitstroom van psychiaters richting zzp-schap nog niet is afgelopen (Nair & Saleh, 2017).

Overweegt u om uw beroep te gaan uitvoeren in een andere samenwerkingsvorm?

Beantwoord: 28 Overgeslagen: 0



Figuur 23: Overweging van respondenten om te veranderen van samenwerkingsvorm.

#### 4.3 De enquêteresultaten in relatie tot de Grounded Theory

De resultaten uit de enquête laten een beeld zien dat grote overeenstemmingen vertoont met de gevonden beelden uit de interviews. Samenvattend wordt er een beeld gezien van een betrokken professional die een duidelijke behoefte heeft om zich langdurig te verbinden aan een zorgorganisatie. Deze verbinding wordt sterker gevoeld naar het eigen team en eigen clientpopulatie dan naar de organisatie zelf. Er wordt minder wederkerigheid gevoeld naar de bestuurslaag van de organisatie, de psychiater voelt zich te weinig betrokken bij ontwikkeling van beleid en heeft hierin te weinig inspraak. In algemene zin kan gesteld worden dat er een lage commitment werd gevonden op de gevalideerde vragenlijst van Allen en Meyer op in essentie alle deelgebieden. Ook op hygiëne factoren en motivationele factoren van Herzberg werden in de enquête slechte scores gezien. Dit is zorgelijk en is een teken dat de zorgprofessional die momenteel nog werkzaam is binnen de zorgorganisaties behoorlijk ontevreden is over de werkplek. Dit resulteert ook in de gegevens dat slechts 40% van de huidige loondienstpsychiaters tevreden was over de huidige samenwerkingsvorm.

Er wordt een groot belang gehecht aan vertegenwoordiging van de beroepsgroep in de organisatie, ook als de persoonlijke interesse hier niet voor aanwezig is. Hiervoor is dus een vertegenwoordigingsstructuur nodig. De psychiaters ervaren slechts beperkt dat er inspanningen zijn gedaan om hen te behouden voor

de organisatie, en de mate waarbij gedane inspanningen aansloten bij de individuele behoefte was beperkt. Daarnaast ervaren veel psychiaters dat ze niet tot een bredere taakinvulling komen door schaarste binnen de organisatie. Betrokkenheid van de psychiater-beroepsgroep wordt unaniem belangrijk gevonden. Inspanningen voor zorgontwikkeling kosten vaak een te grote inspanning, en het resultaat van deze inspanning is voor ongeveer de helft van de respondenten te weinig zichtbaar. Zware en onaantrekkelijke taken komen vooral bij hen te liggen en verslechteren hun arbeidsomstandigheden. Dit alles vindt geen reflectie in de beloning of facilitering door de organisatie.

In de gegevens van de enquête werden geen resultaten gevonden die de verschillende onderdelen van de Grounded Theory ontkrachtten. De resultaten van de enquête onderschreven de beelden die naar voren kwamen in de interviews, en waren in lijn met de gevonden onderdelen en de procesmatige samenhang van de Grounded Theory. Hiermee werd de validiteit van de gevonden Grounded Theory dus ook ondersteund door de enquêteresultaten.

## **Hoofdstuk 5: Conclusies en beperkingen**



## **Hoofdstuk 5: Conclusies en beperkingen**

In hoofdstuk 5 volgen de conclusies en beperkingen uit dit onderzoek. In dit hoofdstuk worden op basis van de resultaten antwoorden gegeven op vraagstelling van dit onderzoek. Hierbij worden de onderzoek conclusies vergeleken met de theoretische kaders uit de voorgaande hoofdstukken en wordt ook een verbinding gelegd met de processen en bevindingen van de voorgaande hoofdstukken. Beperkingen van het onderzoek zullen worden besproken. In het laatste deel zullen aan de hand hiervan diverse aanbevelingen worden gedaan.

- 5.1 Conclusies van het onderzoek**
- 5.2 Beperkingen en sterktes van de interviews**
- 5.3 Beperkingen en sterktes van de enquêtes**

## 5.1 Conclusies van het onderzoek

Voor de conclusies van dit onderzoek zullen we de onderzoeksvragen zoals geformuleerd in hoofdstuk 1 proberen te beantwoorden. Hierbij maken we gebruik van het conceptueel model zoals uit de literatuur in hoofdstuk 2 werd ontwikkeld, de Grounded Theory uit hoofdstuk 4.1, en de inzichten uit de enquêteresultaten uit hoofdstuk 4.2.

Allereerst worden de 3 subvragen beantwoord, en vervolgens de hoofdvraag:

### Subvraag 1:

*Welke factoren zijn van belang om tot een goede verbinding van psychiater en zorgorganisatie te komen?*

Uit de analyse van de diverse uitspraken van de geïnterviewden kwam een consistent beeld naar voren. Er werden 12 tweede orde thema's gedefinieerd die als bouwblokken fungeerden voor de Grounded Theory. Deze bouwblokken konden worden gestapeld tot 6 overkoepelende dimensies waaruit de Grounded Theory werd opgebouwd. Voor het beantwoorden van deze vraag moeten we dan kijken naar een onderdeel van de Grounded Theory: de dimensie van de investering in de relatie. Dit raamwerk voor een betere verbinding bestaat uit 4 pijlers:

- HRM-maatwerk
- Facilitering van werkinhoud
- Vertegenwoordiging
- Invloed.

#### **HRM-maatwerk:**

Voor een goede verbinding van psychiater en zorgorganisatie is HRM-maatwerk nodig. Dit bestaat uit 3 onderdelen: 1) diversiteit in taakpakket dat beter recht doet aan het persoonlijke interessegebied van de psychiater, 2) een meer gedifferentieerde beloning van medewerkers wanneer zij extra inspanningen leveren of zware zorgtaken op zich nemen, en 3) ruimte bieden aan verschillende samenwerkingsvormen met de zorgprofessional en hierbij ook ruimte blijven bieden aan de zzp-psychiater. In de interviews klomk een pleidooi om de zzp-psychiater niet enkel te zien als 'capaciteit' maar als expertise die op dag moment gemist wordt'. Door er op een dergelijke manier over te spreken doet dit meer recht aan de specialistische werkinhoud die de psychiaters verzorgen binnen de zorg-organisatie. Zorgorganisaties zijn immers geen koekjesfabrieken! Zzp-psychiaters zetten hun expertise in om de cliënten van de organisatie goede zorg te geven, en hebben vaak ook een rol binnen het bredere team waarvoor ze werken. En door het leveren van goede zorg bouwen ze feitelijk al mee aan de doelstellingen van de zorgorganisatie.

#### **Facilitering van werkinhoud:**

Bij het uitvoeren van hun werk moeten de psychiaters kunnen rekenen op praktische ondersteuning bij hun taakuitoefening. Het ontregelen van de zorg, het stoppen met bedrijfskundige beheermodellen, en zorgprofessionals meer eigen verantwoordelijkheid en meer eigenstandige regelruimte geven zijn hierbij van belang.

#### **Vertegenwoordiging:**

Het is nodig om tot een betere vertegenwoordiging van de psychiater aan de bestuursafel te komen. Hierbij is nog een verdere groei van de vertegenwoordiging van psychiaters door de medische staf de komende jaren nodig. De medische staf heeft mandaat nodig van de personen die zij vertegenwoordigt. En aan de andere kant is het ook nodig om de psychiater mee te nemen in de verantwoordelijkheid voor de bredere zorgopdrachten, en dat hierbij niet altijd het belang van de psychiater kan worden beschermd tegen nadelen van bepaalde beleidskeuzes. Hier moet je samen voor gaan staan. Om dit te bevorderen is

medisch leiderschap nodig bij de psychiaters, en bestuurlijk vakmanschap bij de leidinggevendenden. Het is nodig om dit als een structureel ontwikkeldoel voor de komende jaren te maken. Hiervoor is ook aanvullende financiering nodig om te faciliteren in een verdere professionalisering van betrokkenen.

**Invloed:**

Psychiaters moeten het gevoel krijgen dat zij invloed kunnen uitoefenen op de koers van de organisatie. Zorginhoud moet weer voorop staan, en minder grote invloed van de bedrijfskundige sturingsmodellen. Meedenken is ook de besluiten mee dragen en sámen bouwen aan goede zorg. Hiervoor is het nodig dat psychiaters worden meegenomen in de maatschappelijke opdracht die er voor zorgorganisaties liggen en welke keuzes gemaakt worden, en dat zij daadwerkelijk invloed hebben op de koers van de organisatie.

**Beschouwing subvraag 1:**

Wanneer deze 4 pijlers aanwezig zijn zal dit leiden tot meer werkplezier bij de psychiater, en een betere verbinding van de psychiater aan organisatie, zijn leidinggevendenden beter gemandateerd in de eigen vakuitoefening, en wordt er meer onderling gesproken over vakinhoudelijke onderwerpen in plaats van budgetten en administratieve of organisatorische randzaken.

Ik hoop dat de analyse in deze thesis ook bij gaat dragen bij een nuancering van het beeld dat zzp'ers weggaan voor het geld, en dat ze gewoon een makkelijk baantje willen hebben. Dat is zeker niet het hele verhaal. Ondanks dat sommige geïnterviewde bestuurders weerstand voelden om zzp'ers meer te verbinden aan de zorgorganisatie wordt breed gevoeld dat de huidige schaarste maakt dat alle zorgprofessionals nodig zijn in de zorg, óok de zzp-psychiater. Bij de zzp-psychiater is er vaak sprake van een negatieve connotatie richting ggz-organisaties. Daarnaast gaf een van de geïnterviewden aan dat er soms ook wel rancune speelt bij de zorgorganisaties. 'Je bent weggegaan voor meer geld? Dan zul je ook werken voor dat geld, en dan mag er ook niks leuks meer bij zitten'. Literatuuronderzoek liet al zien dat een push-factor vaak verantwoordelijk is voor een vertrek uit te GGZ, en dit werd ook gezien bij de enquête onder de psychiatergroep. Wanneer we de zzp-professionals weer willen laten verbinden met de GGZ-organisaties en eventueel willen verleiden om eventueel weer terug te keren moeten we laten zien dat zij welkom zijn, dat hun expertise gewaardeerd wordt en nodig is, en dat werken in de GGZ de leukste manier is om binnen het werkveld werkzaam te zijn.

**Subvraag 2:**

*Op welke wijze zou de samenwerkingsvorm hierbij kunnen bijdragen aan de verbinding van zorgorganisatie met professionals?*

Het is nodig om tot een andersoortige verbinding te komen van psychiaters en zorgorganisatie. Maatwerkoplossingen in verbindingen, rechten en plichten geven ook ruimte aan diversiteit in juridische samenwerkingsvormen. Met de inzet van zzp-psychiaters om de loondienstpsychiaters te ondersteunen en daarmee in staat te stellen meer inhoudelijke input te kunnen geven in de zorgorganisatie, bijvoorbeeld door een rol op zich te nemen in de medische staf, faciliteert de zzp-psychiater de loondienstpsychiater om tot zijn bredere taakinvulling te komen. Dit kan ook de cohesie binnen de beroepsgroep ten goede komen.

En aan de andere kant van het spectrum: de maatwerkoplossingen die vaak mogelijk zijn voor zzp-psychiaters worden door de loondienstpsychiaters vaak gemist. Een modern HRM-beleid kan veel betekenen voor het behoud van medewerkers en het vergroten van werkplezier.

**Subvraag 3:**

*Op welke wijze draagt een betere verbinding van zorgorganisatie en psychiater bij aan de zorgontwikkeling?*

Een goed verbonden zorgprofessional, zoals de psychiater, draagt bij aan het succes van de zorgorganisatie. In het theoretisch kader in hoofdstuk werd dit al verder uitgewerkt. Goed verbonden psychiaters en zorgorganisatie nemen samen verantwoordelijkheid voor de bredere maatschappelijke taak. Externe empowerment maakt het geluid van de zorgorganisatie naar het omringende netwerk sterker. Wanneer inhoudelijke ontwikkelingen breed gedragen worden ontstaat er een grotere kracht om dingen voor elkaar te krijgen en ook anderen mee te krijgen in de noodzakelijke oplossingsrichting. Dan komen we aan bij de hoofdvraag:

*Op welke wijze kunnen samenwerkingsvormen de verbinding tussen psychiaters en zorgorganisaties verbeteren en daarmee de betrokkenheid van psychiaters voor de zorgontwikkeling vergroten?*

- Onafhankelijke variabele: samenwerkingsvormen.
- Afhankelijke variabele: betrokkenheid van psychiaters bij de zorgontwikkeling.

In de eerste twee subvragen is hier ook al even op ingegaan. Uit het onderzoek komt naar voren dat een meer gedifferentieerd HRM-beleid waarbij maatwerk mogelijk is, mogelijkheden schept om tot meer individuele afspraken te komen. Het expliciteren van verbinding, taken en verwachtingen, en de mogelijkheid om gedifferentieerd te belonen voor de specifiek overeengekomen taakomschrijving biedt ook kansen om tot nieuwe samenwerkingsvormen te komen. In de enquête werd opvallend vaak genoemd dat medewerkers meer grip willen krijgen op hun arbeidsomstandigheden, die in hun ogen nu niet voldoen. Een betere positionering van de medische staf wordt als optie gezien. Een groep psychiaters is sceptisch over de mogelijkheden die de medische staf zal krijgen om invloed te krijgen binnen de zorgorganisatie. Zij neigen naar nieuwe juridische samenwerkingsvormen. Vaak wordt een maatschap zoals in het ziekenhuis genoemd, maar uit de enquêtevragen blijkt dat een groot deel van de psychiaters vaak niet precies weten wat deze samenwerkingsvorm nu precies inhoudt. Hier ligt nog een mogelijkheid voor de beroepsgroep om de eigen achterban beter voor te lichten over de verschillende juridische samenwerkingsvormen. Diverse geïnterviewden hielden een pleidooi voor meer gedwongen kaders voor de samenwerking. Gezien de grote inhoudelijke ontevredenheid die spreekt uit de input van de geënquêteerden lijkt me dit niet een goed idee. Eerst moet er weer geïnvesteerd worden in een betekenisvolle werkomgeving en wederkerige samenwerkingsrelatie tussen zorgprofessional en organisatie.

Ook zou de zzp-psychiater meer gezien moeten worden als de inzet van een expertise die op dat moment mist in de organisatie, in plaats van capaciteit. Hier zou ook op een nieuwe manier gebruik kunnen worden gemaakt. Door specifieke organisatorische ontwikkelvragen juist wél neer te leggen bij een partij die iets meer afstand heeft tot de organisatie kunnen soms juist heel mooie nieuwe inzichten ontstaan. En dit zou zelfs kunnen leiden tot specifieke expertise-gebieden onder zzp'ers, of leiden tot samenwerkingsvormen waarbij voor dergelijke specifieke zorgvragen door dienstverleners expertise wordt opgebouwd. Op deze manier ontstaat er juist een nieuwe ontwikkelimpuls in het zorgland. Zzp-psychiaters zouden ook meer faciliterend kunnen worden ingezet naar de loondienst-collega's. Dit kan helpen om wat meer rust te bewaren binnen de eigen organisatie wanneer er collega's uitvallen. Zodat de loondienst-psychiaters zich meer kunnen blijven focussen op hun primaire taken en minder verstoringen ervaren in hun dagelijks werk. Lekker werken met zo weinig mogelijk frustraties houdt de hygiëne factoren op peil, en zorgt voor meer tevreden en gemotiveerde medewerkers. En die blijven ook! Daarnaast werken nu ook al veel psychiaters in een combinatie van loondienst en zzp-schap. Dit zou ook binnen de eigen organisatie mogelijk moeten zijn. Hiermee kan veel flexibel inzetbare capaciteit worden vrijgemaakt. En zorgmedewerkers die verbonden zijn aan je organisatie maar ook migreren door het zorgnetwerk om je heen zijn een goede ambassadeur van de zorg die je levert, kunnen leiden tot nieuwe samenwerkingsverbanden, en geven een meer gedifferentieerd inzicht in de zorgnetwerken om je heen. Dit is ook heel belangrijk voor de zorgontwikkeling van een specifieke regio.



## 5.2 Beperkingen en sterktes van de interviews

In kwalitatief research wordt gebruik gemaakt van diverse methodieken om te komen tot een theoretisch construct. Bij kwalitatieve data-analyse wordt de dataverzameling in grote mate gedirigeerd door de primaire onderzoeker. Dit kan bias veroorzaken in de analyse. De codering lag eveneens in handen van de primaire onderzoeker. Verschillen in interpretatie zijn hierdoor niet ontstaan, maar hiermee ontstaat wel het risico op bias door de primaire onderzoeker. Om dit risico te verminderen is het belangrijk om de data meermaals langs te lopen en de data zo scherp mogelijk te duiden. Dat is in deze studie ook vele malen gebeurd. Voor het ordenen van de gegevens uit de interviews werd gebruik gemaakt van een data template volgens de methodiek van Cloutier & Ravasi, 2020.

Kwalitatieve data-analyse met behulp van een data-template heeft als risico dat hierbij vooral de overeenkomsten in zienswijzen worden gevonden, maar dit is minder goed in het oppikken en duiden van verschillen in visie. De tabellen geven echter wel meer wetenschappelijke body aan de gevonden inzichten, en is hier toch voor gekozen.

In de interviews werden door de interviewer ook theoretische modellen en inzichten voorgelegd en inzichten uit eerdere interviews. Aan de respondenten werd gevraagd om te reflecteren op hoe hier door de respondent naar gekeken wordt, of de beelden herkend worden, maar ook hoe deze relatie dan werkte en hoe dit procesmatig dan zou werken, conform de conceptvormende procesonderzoeksmethodiek van Ann Langley (1999). De duiding door de participanten van de gevonden problematiek staat hierbij voorop. Vooral de relatie tussen de verschillende facetten van onderzoek wordt hierdoor duidelijker.

In deze thesis werd de analyse uitgevoerd volgens de methode van Langley. Dit levert naast een theoretisch raamwerk ook inzichten in hoe de relatie is tussen de verschillende onderdelen van het model en hoe het onderliggende proces er dan uit zou zien. De interviews werden uitgevoerd door één en dezelfde primaire onderzoeker in 3 cycli van 2 interviews. Gevonden zienswijzen werden telkens in de volgende interview cyclus verder uitgediept. In de 6 interviews werden 277 quotes gevonden. Deze konden tot een relatief laag aantal van 16 eerste orde coderingscategorieën worden samengevat voor verdere verwerking. Dit betekent dat er een grote mate van overeenstemming is in beeld bij de geïnterviewden met brede ondersteuning door quotes. In de laatste 2 interviews werden geen nieuwe categorieën meer gedifferentieerd, dit betekent dat er sprake is van theoretische saturatie ondanks dat er uiteindelijk slechts een onderzoek met een beperkte steekproefgrootte van  $n=6$  werd uitgevoerd. Indien nodig was het mogelijk geweest om meer interviews uit te voeren, maar dit is niet nodig gebleken.

Zowel zorgbestuurders, als de voorzitter van de NVvP, als de voorzitter van de Nederlandse GGZ, als bestuurders van een zzp-zorgcoöperatie werden bevestigd op de beelden. Hiermee zijn dus zorgorganisaties, werkgeverskoepel, beroepsvertegenwoordiging, en zorginhoudelijke dienstverlener gevraagd naar de inzichten in de problemen. Hiermee werd triangulatie verkregen. (Later zullen deze bevindingen in dit thesisonderzoek nog vergeleken worden met de input van geënquêteerde psychiaters.) De interviews brachten een duidelijk beeld naar voren die uiteindelijk tot een Grounded Theory hebben geleid.

Dat er onder alle betrokkenen zo'n duidelijk en uniform beeld bestaat is opmerkelijk te noemen. De oplossingsrichtingen zijn, zij het met accentverschillen, door allen aan te wijzen. Daarbij gaven ook vrijwel alle ondervraagden aan dat het beeld inmiddels ook bij andere beroepsgroepen binnen de GGZ begint te spelen. Een deel van de benoemde interventies wordt al toegepast, maar een samenhangende totaalaanpak mist nog. Hopelijk kunnen de inzichten uit dit rapport bijdragen aan ontwikkelingen op dit vlak.

Belemmeringen om de volledige reikwijdte van oplossingen ook in te zetten lagen met name op beperkingen in financiële mogelijkheden, zo gaven meerdere respondenten aan. Deze oplossingen vragen een structurele investering in de GGZ-arbeidsmarkt, al zijn zeker niet alle voorgestelde oplossingen van financiële aard. De mogelijkheden om tot de benodigde financiering te komen van een deel van de voorgestelde oplossingen valt echter buiten de scope van dit onderzoek. Hier is aanvullend onderzoek naar nodig.

### **5.3 Beperkingen en sterktes van de enquêtes**

De enquête werd verspreid door middel van gerichte toezending naar de psychiatergroepen binnen meerdere zorgorganisaties en verspreid door het hele land. Daarnaast werd ook meermaals op LinkedIn een oproep gedaan om de enquête in te vullen, onder andere door aan te sluiten op actualiteiten.

De enquête-aankondiging werd ruim 1900 keer op LinkedIn bekeken. Ook werden nog 3 reminders op LinkedIn uitgestuurd. Uiteindelijk werd de enquête ingevuld door 28 respondenten. Dit was wel een enigszins teleurstellend laag aantal. Hieronder bevonden zich ook slechts 3 zzp psychiaters. De beperkte omvang van de steekproef vraagt om terughoudendheid wat betreft de veralgemeenbaarheid van de gevonden informatie. Bij een aantal analyses wat betreft specifieke werkomstandigheden zijn de zzp-psychiaters eruit gefilterd. Dit staat dan vermeld bij de betreffende alinea.

Het onderling vergelijken van de verschillende profielen was door de beperkte steekproef omvang helaas niet mogelijk. Hiervoor is aanvullend onderzoek nodig. Het is nu niet voldoende duidelijk geworden of het vertrek uit loondienst inderdaad een herwonnen autonomie heeft opgeleverd. Ook is niet duidelijk geworden hoeveel verbinding de zzp-psychiater voelt met het team waarvoor ze werken, de collega-psychiaters, en de zorgorganisatie waarvoor zij hun werkzaamheden doen. Een vervolgonderzoek naar de mate van verbinding en de aard van de organisatie-commitment zou hierover belangrijke informatie opleveren. Ook is aanvullend onderzoek nodig naar strategieën die benut zouden kunnen worden om de zzp-psychiatergroep weer tot een grotere verbinding te laten komen met de zorgorganisatie waarvoor zij werken. Ook kunnen zij dan bevestigd worden naar de behoefte en op welke wijze zij zouden kunnen bijdragen aan de bredere zorgontwikkeling.

De gevonden kenmerken van de loondienst-psychiatergroep laat wel een consistent beeld zien. Deze bevindingen zijn tevens in lijn met de input uit de interviews en de geconstrueerde Grounded Theory. Er werden opnieuw geen opvallende bevindingen gevonden die de validiteit van de Grounded Theory aantastten.

# Hoofdstuk 6: Discussie en aanbevelingen



## **Hoofdstuk 6: Discussie en aanbevelingen**

In hoofdstuk 6 is ruimte voor de discussie en aanbevelingen. Als eerste worden relevante beelden uit de interviews en enquête besproken. De gevonden Grounded Theory wordt aanvullend inhoudelijk bediscussieerd; welke facetten blijken van belang en welke processen kunnen hierbij worden gedefinieerd? Er worden vervolgens aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

- 6.1 Discussie van de resultaten uit de interviews**
- 6.2 Discussie van de resultaten van de enquêtes**
- 6.3 Discussie van de Grounded Theory**
- 6.4 Aanbevelingen voor de praktijk**
- 6.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

## 6.1 Discussie van de resultaten uit de interviews

Uit de interviews komt het volgende beeld naar voren: zorgorganisaties hebben verbonden medewerkers nodig om hun doelstellingen, visie en missie waar te kunnen maken. Medewerkers in loondienst hebben een grotere commitment naar de organisatie en een bredere kijk op hun taakopvatting binnen de zorgorganisatie. Deze brede taakopvatting komt door de schaarste op de werkvloer toenemend in de knel. Gezamenlijk werken aan zorgontwikkeling moet, naast de directe patiëntenzorg, een structureel onderdeel van de taakomschrijving worden van de GGZ-zorgorganisatie, en hiervoor moet beter afgeschermd facilitering beschikbaar komen. In de enorme ontwikkeling die nodig is om de zorg voor te bereiden op een nieuwe manier van zorgverlening, waarbij omgaan met schaarste, meest efficiënte inzet van de schaarse zorgmedewerkers, en bredere samenwerking in zorgnetwerken nodig is, en uiteindelijk een beweging maken van vroeg-signalering naar voorkoming van ziekte, is er ook investering nodig om de zorg hiervoor klaar te stomen.

Uit de interviews kwam naar voren dat zorgprofessionals vaak kiezen voor het zzp-schap vanuit een push-factor vanuit de organisaties. Na een conflict, een incident, of knellende verantwoordelijkheden wordt gekozen voor het zzp-schap om zo meer autonomie op zichzelf en de werkinhoud te hervinden. Ook is er onvrede over de beperkte ruimte die er nog is voor de zorgprofessional om met bredere werkinvulling bezig te zijn voor individuele taakinfilling, persoonlijke ontwikkeling, en werkplezier. De reden waarom werken in een geïntegreerde instelling aantrekkelijk zou moeten zijn, namelijk met collega's gezamenlijk werken aan de meest ingewikkelde zorgvragen, moet weer mogelijk worden. Ook moet de GGZ-organisatie ruimte krijgen voor goed werkgeverschap: wil de GGZ een goede werkgever kunnen blijven zijn, dan is er ruimte nodig om taakdifferentiatie mogelijk te maken, met mogelijkheden om zwaardere taken beter te belonen, te investeren in de professionalisering van de zorgmedewerkers, en te investeren in goede loopbaanontwikkelingen en het werkplezier van medewerkers. Dit kunnen niet slechts de sluitposten zijn als er tijd over is naast de drukke directe patiëntenzorg, maar is een essentieel onderdeel van de bredere taakomschrijving van de zorgprofessionals. Ondanks de schaarste die er is, is het voor gezond werken en een langdurige inzetbaarheid nog altijd nodig dat individuele medewerkers een fijne baan voor zichzelf aantreffen in de GGZ, zodat zij langdurig behouden kunnen blijven en meebouwen aan goede geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor is maatwerk nodig in de wijze waarop de samenwerking wordt vormgegeven. Hierbij zou er ook ruimte moeten kunnen zijn voor verschillende maten van verbinding en breedte van de taakopvatting.

## 6.2 Discussie van de resultaten van de enquêtes

Wanneer de input van de respondenten van de enquête worden bekeken dan komt er een beeld naar voren van een betrokken professional die een duidelijke behoefte blijkt te hebben om zich langdurig te verbinden aan een zorgorganisatie, met name aan het eigen team en de eigen clientpopulatie. Er wordt minder wederkerigheid gevoeld naar de bestuurslaag van de organisatie, en de psychiaters voelen zich niet voldoende vertegenwoordigd door de huidige lijnfunctionarissen, en te weinig betrokken bij beleidsbeslissingen. Psychiaters vinden het unaniem belangrijk dat zij mee mogen denken in de besluitvorming in de organisatie waar ze werken. Ze willen meer input kunnen leveren op de koers van de organisatie, meer zeggenschap over de invulling van hun werkveld en de aard van de geleverde zorg. Maar er wordt ook een duidelijk signaal afgegeven dat de persoonlijke ambitie op dit vlak niet altijd aanwezig is. Zij die zich wél met beleidszaken bezig willen houden zouden hierin gefaciliteerd moeten worden, in tijd en mogelijk ook door extra opleidingen. Wanneer psychiaters betrokkenheid willen tonen op zorgontwikkeling dan is hier vaak te weinig ruimte voor in het drukke werkschema door de huidige schaarste. En de besluitvorming gaat ook zonder hen gewoon door. Dit lijkt een steeds grotere verwijdering te geven tussen de psychiaters op de werkvloer en de organisatie zelf. Om tot een goede vertegenwoordigingsstructuur te komen moet er ruimte komen voor de verdere ontwikkeling van bijvoorbeeld de medische staf zodat zij het mandaat verwerven van hun collega's.

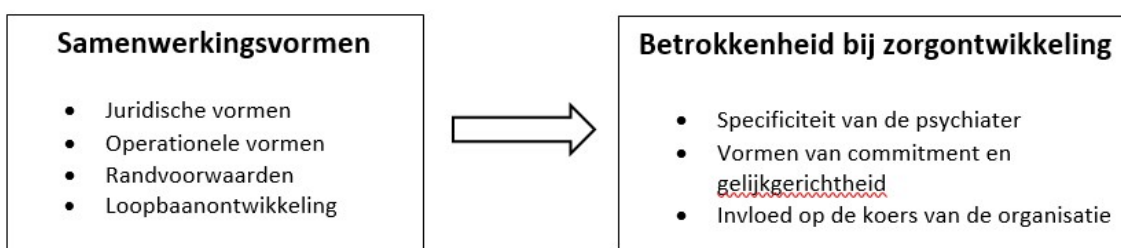
De aantrekkelijkheid van werken in een zorgorganisatie in loondienst is sterk verminderd door de vaak afwezige daadwerkelijke mogelijkheid om met persoonlijke ontwikkeling, onderzoek, beleidszaken of

netwerkoverleggen bezig te houden. Het is alle hens aan dek om de zorg overeind te houden. En spelen niet schaarste factoren een rol, dan is er vaak sprake van een financieel ongezonde situatie die maakt dat extra inspanningen om werkplezier te stimuleren niet langer betaalbaar zijn voor de organisatie. Maar hiermee raken psychiaters een belangrijk deel van de motivationele factoren kwijt en hebben hygiëne-factoren een grotere versturende invloed op het werkplezier. Een psychiater noemde dit al penny wise pound foolish; er worden miljoenen aan Personeel Niet In Loondienst (PNIL)-kosten uitgegeven, maar voor de loondienstpsychiaters zit er niks meer in het vat. Zij voelen zich toenemend de sukkel die nog wél in loondienst werkt en schamen zich er soms gewoon voor dat zij het zo slecht voor zichzelf weten te regelen. Hiervoor is goede HR-facilitering nodig, waarbij maatwerk-oplossingen mogelijk moeten zijn die recht doen aan de persoonlijke interesses en kwaliteiten, loopbaanperspectief bieden, investeringen in werkplezier mogelijk maken, en waarbij extra inspanningen beter beloond moeten kunnen worden. Ondanks dat psychiaters vaak aangeven dat ze, behoudens loondienst en zzp-schap, weinig kennis hebben over andere samenwerkingsvormen zijn ze wel zoekende naar een mogelijkheid om meer grip te krijgen op hun werkomstandigheden. Vaak wordt de oprichting van een maatschap als wenselijke stap genoemd, zoals in de ziekenhuiszorg, of door het beleggen van meer formele zeggenschap bij de medische staf. De beroepsgroep zou extra kunnen inzetten op de diverse mogelijkheden die er zijn om meer invloed uit te oefenen op het beleid van de organisatie.

Als belangrijk aandachtspunt wordt aangegeven dat de zorginhoud leidend moet zijn en de organisatie meer ondersteunend aan de zorg. Momenteel ligt er een te grote nadruk op de bedrijfsvoering binnen de organisaties. Doordat de zorg steeds meer vanuit de bedrijfsvoering wordt ingericht voelen de respondenten zich steeds beperkter in hun autonomie om goede zorg te leveren. Resultaten van de inspanningen van psychiaters op het gebied van zorgontwikkeling zouden beter inzichtelijk gemaakt moeten worden. Psychiaters vinden het unaniem belangrijk dat bij nieuwe zorgontwikkeling hun beroepsgroep vertegenwoordigd is, en soms nemen zij hierin zelf ook een rol. Echter, een derde deel van de psychiaters ziet hiervan geen duidelijk resultaten op de kwaliteit van de zorg. Dit stimuleert niet om hier binnen de huidige schaarste hier ruimte voor te vinden.

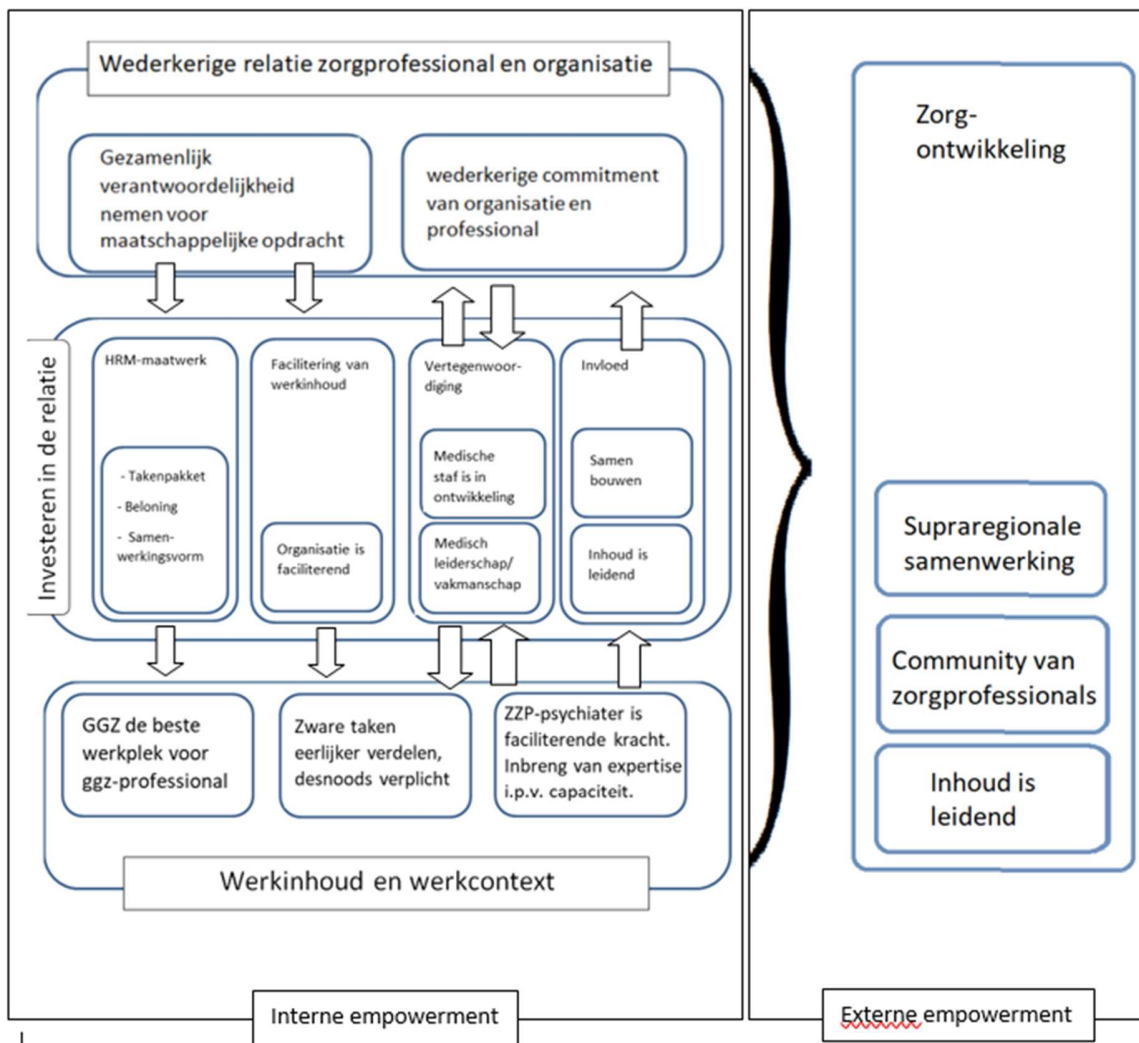
### 6.3 Discussie van de Grounded Theory

Wanneer we het globaal theoretisch model uit hoofdstuk 2 er nogmaals bij pakken, en dit vergelijken met de Grounded Theory die als resultaat werd verkregen uit dit onderzoek, dan blijkt dat de relatie tussen professional en organisatie veel nauwer is dan werd voorzien bij het opstellen van het globaal conceptueel model uit hoofdstuk 2.



Figuur 13: Globaal conceptueel model en de betrokken dimensies.

Er is eerder sprake van een gestapeld beeld waarbij de professional het fundament voor de wederkerige relatie levert, de bouwblokken zijn de 4 pijlers waarmee de relatie wordt vormgegeven en gekenmerkt, de investeringen vanuit beide kanten worden weergegeven met de pijlen en vormen de verankering tussen de verschillende onderdelen, het cement, en als dak rust er op dit construct de wederkerige relatie van zorgorganisatie en professional. De samenwerkingsvormen zijn hierbij een faciliterende entiteit bij het verkrijgen van de wederkerige relatie. De samenwerkingsvorm is hierbij geen doel op zichzelf. Dit komt zowel uit de interviews en het daaruit geconstrueerde Grounded Theory, als de enquêtes naar voren.



Figuur 14: de Grounded Theory (zoals geconstrueerd werd in hoofdstuk 4).

Wat uit het model evident naar voren is gekomen, is dat er een interne wederkerige relatie nodig is om zowel zorgprofessional, als zorgorganisatie om tot een volledige uitvoering van dienst takenpakket te kunnen komen. Een goede interne verbinding leidt tot een goede samenwerking. Dit leidt tot een versterking van de positie van de organisatie en diens professionals in het externe netwerk. Ook dit draagt bij aan de daadkracht en slagvaardigheid van de zorgorganisatie, en de invloed die de organisatie op het omringende netwerk kan uitoefenen en op de zorgontwikkeling in bredere zin.

#### 6.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Beide onderdelen van het onderzoek, de interviews en de enquêtes, gaven een opvallend overeenstemmend beeld ten aanzien van de problematiek. Er is dus wel een breed gedragen beeld. Ook de oplossingsrichting legt slechts een relatief beperkt aantal aangrijpingspunten bloot. Het komt eigenlijk neer op enerzijds beter werkgeverschap waarbij meer maatwerk mogelijk is en waarbij dit wordt afgestemd op de individuele behoeftes en interesses van de zorgprofessional. Zwaardere taken zouden ook beter betaald moeten kunnen worden. Om een langdurige inzetbaarheid en behoud van zorgmedewerkers te faciliteren zijn structurele investeringen nodig voor de verbetering van de werkomstandigheden. Door de vele bezuinigingsronden, toenemend belastende administratieve

belasting, en schaarste binnen het werkveld is de psychiater de afgelopen jaren geconfronteerd met steeds verder afgebakende en beperktere taakinving. HRM-maatwerk moet mogelijk zijn om tot passende samenwerkingsafspraken te komen waarbij de psychiater weer toekomst aan de uitvoering van zijn vak, zwaardere taken beter verdeeld worden en beter beloond, en ontwikkeling mogelijk is op individuele interessegebieden. Daarnaast moet fulltime werken in loondienst weer lonen. De pensioenaftopping is hierbij een versturende factor waardoor het voor psychiaters meer lonend is om meerdere dienstverbanden naast elkaar te hebben.

Zowel de interviews als de enquêtes laten ook weer zien dat er al veel is geprobeerd, maar niet altijd met een goed resultaat. Het aanbod sluit vaak niet goed genoeg aan bij de individuele behoefte van de psychiater in kwestie. Bestuurders worstelen echt met de betaalbaarheid van de ingezette interventies. Er is eigenlijk geen marge meer binnen de huidige zorgbudgetten en op het moment dat het financieel moeilijk gaat zijn de mooie initiatieven ook gelijk weer verdwenen. Er is dus geen consistentie van inzet, en hiermee is de betrouwbaarheid van de interventies ook niet hoog. In situaties waarbij het vertrouwen weer moet groeien is consistentie en betrouwbaarheid juist zo belangrijk! Dit betekent ook dat er een ruimer budget voor de GGZ nodig is om een bredere taakomschrijving dan enkel directe patiëntenzorg mogelijk te maken. De zorg kan niet zonder structurele en geoordeelde investeringen in zorgontwikkelingen en goed werkgeverschap, investeringen in loopbaanontwikkelingen, opleidingen ter bevordering van medisch leiderschap van de zorgprofessionals, en een professionele vertegenwoordiging van de beroepsgroep. Ook zou de beroepsgroep in kunnen zetten op het vergroten van kennis over de verschillende samenwerkingsvormen en de wijze waarop hiermee invloed kan worden vergroot op het eigen handelen en de zeggenschap in de organisatie.

Er is de afgelopen jaren een grote uittocht gezien van loondienstpsychiaters uit de GGZ. Het is helaas ook in dit onderzoek nog altijd niet duidelijk geworden óf, en op welke wijze de zzp-psychiater weer bereid zou zijn om weer in loondienst te komen, of op een andere manier toch een meer langdurige verbinding aan te gaan met een zorgorganisatie. Er zijn wel anekdotische voorbeelden van zzp-psychiaters bekend die uiteindelijk na enige omzwervingen een leuke werkplek aantreffen waar ze het naar hun zin hebben en dan weer wel die verbinding aangaan. Dergelijke verhalen zijn echter onvoldoende in beeld gekomen in dit onderzoek om een uitspraak te kunnen doen over welke facetten hierbij van belang zijn. Aanvullend onderzoek hierna zou zeker wenselijk zijn.

Ook de NZA en de zorgverzekeraars moeten hun verantwoordelijkheid nemen en zorgontwikkeling en goed werkgeverschap tot een nadrukkelijke kerntaak van de zorgorganisaties maken en hiervoor financiering beschikbaar stellen. Ondanks de schaarste die er is, is het voor gezond werken en een langdurige inzetbaarheid nog altijd nodig dat individuele medewerkers een fijne baan voor zichzelf aantreffen in de GGZ, zodat zij langdurig behouden kunnen blijven en meebouwen aan goede geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor is maatwerk nodig in de wijze waarop de samenwerking wordt vormgegeven. Hierbij zou er ook ruimte moeten kunnen zijn voor verschillende maten van verbinding en breedte van de taakopvatting. Hiervoor is een explicitering van de wederzijdse verwachtingen nodig, nu is er vaak niet echt een plek waar dergelijke individuele afspraken over de samenwerking, taakinving en verbinding worden vastgelegd. Naast dat ook zzp-psychiaters een fijne werkomgeving zouden moeten kunnen vinden in de GGZ zouden zij hieraan ook een belangrijke bijdrage kunnen leveren; zij kunnen een betere werkcontext helpen creëren rondom de loondienstmedewerker zodat die weer meer aan werk overstijgende taken toe komt. Hierbij is het wel van belang dat vacatures niet door medewerkers met een ander profiel worden opgevuld, de zogenaamde verticale substitutie. Dit zorgt er anders voor dat de psychiaters niet meer hun vak in de volle breedte kunnen uitvoeren inclusief werk overstijgende taken. Ook zou de GGZ moeten nadenken of zij specifieke expertisevragen neer zou kunnen leggen bij wat meer extern opererende zzp-krachten, zodat de bestaande medewerkers minder verstoring voelen bij veranderde vragen vanuit de organisatie en zich kunnen blijven richten op hun kerntaak in de directe patiëntenzorg. De vanuit extern kader meegenomen ervaring en specifieke zorgexpertise van de zzp-



psychiater kan zeker bij een aantal vragen juist van meerwaarde zijn. Immers, ook in het bedrijfsleven worden vaak externe bureaus gevraagd om mee te denken in eigen organisaties. Mogelijk dat wat meer collectieve bundeling van zzp-krachten hiervoor een ontwikkelrichting zou kunnen zijn. Ook werd meermaals aangedragen dat vanuit de ontwikkeling van netwerkpsychiatrie, de specifieke expertise méér leidend is dan de plek waar een zorgverlener aan verbonden is. Ook dit biedt kansen voor verdere benutting. Mogelijkheden scheppen voor hybride invulling van taken zou ook mogelijk moeten zijn, waarbij medewerkers de mogelijkheid kan worden geboden om een deel vast in loondienst te gaan, en daarnaast een deel flexibel inzetbaar te zijn, óók binnen de eigen organisatie, of elders al naar gelang van de zorgvraag in het zorgnetwerk. Niet alle zorgmedewerkers ambiëren dit, maar zij die dit wel zouden willen zouden hiervoor kunnen worden ingezet. Hiermee kan er binnen de eigen zorgorganisatie al met de eigen medewerkers een flexibele werkcapaciteit worden gecreëerd. En medewerkers die ook in het externe werkveld opereren kunnen een belangrijke facilitator zijn voor de bredere zorgontwikkeling en samenwerking in het externe werkveld.

Het is tevens hard nodig om te bouwen aan een vernieuwde cultuur van de organisatie waarbij er meer vanuit vertrouwen wordt samengewerkt, de zorginhoud weer voorop staat, beslissingen samen worden genomen én gedragen, en zorgorganisatie en zorgprofessionals samen verantwoordelijkheid nemen voor, en samen bouwen aan, de bredere zorgontwikkeling. Het inzichtelijk maken van de resultaten van een gezamenlijke inspanning van organisatie en psychiater stimuleert de cohesie tussen beiden en de gevoelde verbinding met de organisatiedoelen.

Psychiaters moeten zorgontwikkeling ook als hun belang gaan voelen en moeten hier vertegenwoordiging voor vrijmaken binnen eigen beroepsgroep. De medische staf wordt hiervoor gezien als een goed middel. Deze moet zich verder gaan ontwikkelen tot een serieus vertegenwoordigingsorgaan dat meedenkt met de organisatie en meeschrijft aan de missie en visie. Ook zzp-psychiaters die een langere verbintenis aan willen gaan zouden (buitengewoon) lid moeten kunnen worden van de medische staf. Als het niet lukt om de relatie te verbeteren verwacht ik dat uiteindelijk de psychiaters de GGZ zullen verlaten en zich regionaal gaan samenvoegen tot meer monodisciplinaire samenwerkingsverbanden, zoals HOED-praktijken onder de huisartsen. Vanuit deze constructies zouden dan dienstverlenersovereenkomsten kunnen worden aangegaan in het zorgnetwerk. (Een contactors-market zoals in de bouw en ICT al gemeengoed is geworden). Persoonlijk zou ik dit een erg teleurstellende ontwikkeling vinden. De geestelijke gezondheidszorg is een belangrijke tak van de gezondheidszorg van Nederland. Wanneer de medisch specialisten, de psychiaters, zich niet verbinden aan de GGZ-organisaties, wordt de medische zorg voor een grote groep patiënten sterk beperkt. Juist de multidisciplinaire samenwerking ontsluit m.i. de toegang tot de echt zware en uitdagende patiëntvraagstukken. En wie gaat er dan nog aan die bredere zorgontwikkeling bouwen? Het is echter inmiddels al de realiteit dat heel veel psychiaters daar toch al niet meer aan toekomen.

**Adviezen ten aanzien van de psychiater werkzaam in de ggz:**

- Psychiaters hebben een investering nodig in werkplezier, loopbaanontwikkeling en participatie in zorgontwikkeling.
- Psychiaters moeten zorgontwikkeling ook als hun belang voelen en hier vertegenwoordiging voor vrijmaken binnen eigen beroepsgroep.
- De medische staf moet een serieus vertegenwoordigingsorgaan worden die meedenkt met de organisaties meeschrijft aan de missie en visie. Dit betekent echter niet dat alle besluiten altijd in het directe voordeel kunnen zijn van de psychiater. Het is belangrijk om tot een bredere rolinvulling te komen als dokter binnen de GGZ, en te waken voor een OR-achtige invulling van de functie van de medische staf.
- Zwaardere taken zoals anw-diensten moeten eerlijker verdeeld worden en psychiaters moeten hierin een verantwoordelijkheid voelen. Prima als er collega's zijn die de diensten

graag doen en hiermee tot individuele afstemming kan worden gekomen. Maar de verantwoordelijkheid voor de taak ligt bij de groep als geheel. Hetzelfde geldt voor werkzaamheden in het kader van de WvGGZ.

- Stel de medische staven ook open voor zzp-psychiaters die in de organisatie werkzaam zijn. Erken hun belang voor de continuïteit van de zorg en geef ruimte voor hun specifieke werkprofiel.

#### **Adviezen ten aanzien van de psychiater werkzaam in de ggz:**

- Psychiaters hebben een investering nodig in werkplezier, loopbaanontwikkeling en participatie in zorgontwikkeling.
- Psychiaters moeten zorgontwikkeling ook als hun belang voelen en hier vertegenwoordiging voor vrijmaken binnen eigen beroepsgroep.
- De medische staf moet een serieus vertegenwoordigingsorgaan worden dat meedenkt met de organisatie en meeschrijft aan de missie en visie. Dit betekent echter niet dat alle besluiten altijd in het directe voordeel kunnen zijn van de psychiater. Het is belangrijk om tot een bredere rolinvulling te komen als dokter binnen de GGZ, en te waken voor een OR-achtige invulling van de functie van de medische staf.
- Zwaardere taken zoals anw-diensten moeten eerlijker verdeeld worden en psychiaters moeten hierin een verantwoordelijkheid voelen. Prima als er collega's zijn die de diensten graag doen en hiermee tot individuele afstemming kan worden gekomen. Maar de verantwoordelijkheid voor de taak ligt bij de groep als geheel. Hetzelfde geldt voor werkzaamheden in het kader van de WvGGZ.
- Stel de medische staven ook open voor zzp-psychiaters die in de organisatie werkzaam zijn. Erken hun belang voor de continuïteit van de zorg en geef ruimte voor hun specifieke werkprofiel.

#### **Adviezen ten aanzien van zorgorganisatie:**

- Investeer in affectieve commitment en continuence commitment. Onderzoek onder je medewerkers welke invulling aansluit bij de behoefte.
- De inhoud van zorg is leidend. Bedrijfsvoering is faciliterend aan het zorgproces. Ontwikkel visie en beleid meer samen met de werkvloer, verbindt hier een aantal slogans aan die de kernwaarden weergeven en laat die als mantra's door de organisatie zingen.
- Geef meer zeggenschap aan medische staven, bij voorkeur ook formeel. Idem voor verpleegkundigen en psychologen.
- Maak het resultaat van persoonlijke inspanningen op gebied van zorgontwikkeling meer concreet zichtbaar maken in het werkveld.
- Het verschil in tarief tussen loondienstpsychiater en zzp moet ook zichtbaar zijn in het werkprofiel. De ggz loondienstpsychiater krijgt meer faciliteiten voor persoonlijke ontwikkeling, werkplezier, en loopbaanontwikkeling.
- De zzp-psychiater geeft ook inhoudelijke input in de zorgontwikkeling maar de ruimte hiervoor is wel beperkter, bijv. binnen de grenzen van de medische staf. Stel hiervoor ook een ander tarief voor vast met de zzp psychiater dat dichterbij het tarief van de loondienstpsychiater (incl. werkgeverslasten).
- Voor zorgontwikkeling, onderzoek en innovatie is geormerkt budget nodig, liefst een budget per medewerker waarover zij zelf afspraken kunnen maken met de organisatie. Dit doet meer recht aan de toenemende wens om meer invloed uit te kunnen oefenen op hun werkinhoudelijk en vergroot hun autonomie. Indien dit door schaarste onder druk komt te staan moet dit profiel overeind blijven door aantrekken van meer flexibele zzp-krachten. Slechts tijdelijk kan er geschoven worden in taken en hiervoor dient extra vergoeding of

facilitering te staan. Een snel herstel van het bredere werkprofiel is in het belang van de organisatie. Bij een verminderde beschikbaarheid van zorginhoudelijke input moet ook terughoudend worden omgegaan met het vaststellen van visie en beleidsveranderingen. Deze moeten breed gedragen worden en hiervoor is de betrokkenheid van de zorgprofessional van groot belang. Dus bij schaarste ook kortdurend pas op de plaats voor de organisatie! De trein gaat niet verder zonder de professional aan boord.

**Adviezen ten aanzien van de NZA en verzekeraars:**

- Zorgontwikkeling, onderzoek, en innovatie, en ruimte voor goed werkgeverschap is een taak van de zorgorganisatie. Een duurzame investering in het behoud van zorgmedewerkers is nodig. Stel hier budget voor beschikbaar en oormerk dit ook zodat dit bij de medewerkers terecht komt.
- Maak lange termijnafspraken zodat organisaties zich kunnen richten op langetermijnvisie en ambities. De vernieuwingszin en reorganisatiedruk moet verlaagd worden, dit is belastend voor de medewerkers.
- Verlaag administratiedruk en tijdsinvestering van verantwoording. Laat professionals hun werk doen en geef hier ruimte voor.
- Zwaardere GGZ-problematiek moet weer lonen.

### **6.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Het gevonden model in de Grounded Theory is nog niet formeel gevalideerd. Aanvullend onderzoek is hiervoor nodig.

In het onderzoek was de zzp-psychiater in de enquêtes onvoldoende vertegenwoordigd. Aanvullend onderzoek naar specifieke kenmerken van de 'uit de GGZ gevluchte zzp-psychiater' zou zeer wenselijk zijn om tot een betere beantwoording van de vraag te kunnen komen hoe deze psychiater weer te verleiden om weer in loondienst te komen.

Investering zijn nodig in het zorgveld om een bredere taakopvatting dan enkel directe patiëntenzorg mogelijk te maken. Onderzoek naar de bronnen hiervoor en de haalbaarheid van deze interventie is nodig. Dit is buiten de scope van dit onderzoek gebleven.

## Dankwoord

Met deze thesis rond ik de MHBA-opleiding af. Het is een uitdagende periode geweest. Midden in de coronapandemie met een zware opleiding starten is een spannende keuze. Maar juist in die periode waarin er zoveel gebeurde en er veel op me af kwam heeft de MHBA-opleiding me ook belangrijke inzichten gebracht over de organisatieprocessen om me heen. Ik heb ook heel veel geleerd in deze periode. Dat het extra waardevol is om juist tijdens een storm overeind te blijven staan. Dat een storm soms extra moed van je vraagt om naar voren te stappen en verantwoordelijkheid te tonen. Om het juiste te doen, ook als je daar niet voor met waarderingen wordt omhangen. Omdat het goed is, omdat het belangrijk is, omdat je het kunt. En dat je hierin ook heel veel kunt leren. Hierdoor heb ik ook prachtige kansen gekregen om mezelf te ontwikkelen.

Ik wil mijn werkgevers bedanken voor de mooie kans die ik heb gekregen om me te ontwikkelen en de ruimte om hieraan te kunnen werken. Het heeft ertoe geleid dat ik momenteel mijn eerste bestuurlijke stapjes aan het zetten ben als Geneesheer-Directeur. Zonder het vertrouwen van mijn werkgevers had ik deze stap niet kunnen zetten.

Ook mijn opleidingsgroep wil ik bedanken. Het was een uitdaging om gezamenlijk te starten aan een opleiding midden in coronatijd. Ook voor de begeleiders vanuit de opleiding moet het een uitdagende periode zijn geweest. In deze bijzondere periode van lockdowns en quarantainemaatregelen was het steeds weer opnieuw zoeken naar de manier om deze opleiding voort te zetten. Op de momenten dat we wél in Villa Heidebad konden samenkomen was het een feest! Ik wil jullie danken voor het vertrouwen dat we van elkaar hebben gegeven en het kijkje dat we in elkaars werk hebben mogen nemen, en dat ik bij jullie terecht kon voor vragen en ondersteuning. Mooi dat we nu bij deze afronding zijn aangekomen.

Ik wil graag mijn thesis begeleider Michiel Schoemaker hartelijk danken voor het mooie resultaat dat hier nu ligt. Dankjewel voor je goede begeleiding. Mooi hoe ik met de halfuurtjes met jou steeds beter tot de kern kon komen. Je rustige en begripvolle toon, je brede kennis op dit vakgebied, je rustige stimulatie, én je kritische reflecties hebben me geholpen om de thesis sterk te verbeteren. Ik vond het een genoegen om met je te mogen samenwerken.

Mijn blik op onderzoek is door deze thesis veranderd. Door als dokter een bedrijfskundig onderzoek aan te pakken, met in dit geval een HRM-onderwerp, is er echt een nieuwe wereld aan informatie en kennis voor me open gegaan. Het was ook de eerste keer dat ik een kwalitatief onderzoek op me heb genomen. Het belang van goed luisteren is natuurlijk in de psychiatrie ook al heel groot. Toch was het een mooie openbaring dat je pas door woordelijk een gesprek uit te schrijven en de tekst goed uit te pluizen, er soms een schat aan informatie blijkt te zijn die je tijdens het gesprek niet had opgepikt. Dit is een inzicht dat hopelijk ook mijn werk als psychiater zal verrijken. En hoe mooi dat je met een relatief beperkt aantal interviews tot hele waardevolle inzichten kunt komen. De keuze van de geïnterviewden heeft hierbij een grote rol gespeeld. Ik kon merken dat alle geïnterviewden goed op de hoogte waren van het probleem en ook veel persoonlijke ervaringen met me konden delen. Ruth Peetoom, Walther Tibosch, Hans Vermeulen, Elnathan Prinsen, Tom van Mierlo, Hermans Swaters: dankjewel voor jullie belangeloze medewerking aan dit onderzoek en de grote kwaliteit van hun input. Het was mooi om de brede urgentie te voelen in de gesprekken met jullie.

Mijn ouders wil ik bedanken voor de mooie lessen die ik in mijn leven heb mogen krijgen. Dat je best doen de basis is van mooie dingen, en dat dat soms genoeg is. Mijn moeder wil ik bedanken voor de ondersteuning in de afgelopen twee jaar, met oppassen op het thuisfront, én het met de hand uitschrijven van het eerste interview. Wat een klus, en wat fijn dat je dat voor me hebt willen doen! Mijn vader wil ik bedanken voor het voorbeeld dat hij al mijn hele leven voor me is. Jij bewijst dat je met hard werken en je best doen, met jezelf blijven uitdagen en ontwikkelen, met ambitie tonen en verantwoordelijkheid nemen je heel veel kunt bereiken. Mijn soms wat pittige en standvastige karakter, dat ik duidelijk van jou heb, heeft me ook al heel vaak door zware periodes heen geholpen.

En dan mijn gezin. De basis waardoor het allemaal kon... Philip, dankjewel dat je de afgelopen 2 jaar er altijd was in ons gezin. Zonder jou was het niet gelukt om een coronapandemie, een zware opleiding en een zieke Annelies de juiste aandacht te kunnen geven. Samen kunnen wij alles aan! Ik hou van je en ben blij dat ik jou op die mooie carnavalszondag in Maastricht ben tegengekomen. Ook mijn twee kinderen, Floris en Annelies, wil ik bedanken. Soms moesten jullie me missen, op jullie jonge leeftijd niet altijd gemakkelijk. Jullie knuffels zijn me heel waardevol en ik ben blij dat ik zo'n warm gezinsleven om me heen heb. Ik hoop dat ik jullie mag inspireren om je hele leven te blijven leren en je te ontwikkelen tot de beste versies van jezelf.

## Bijlagen

1. Literatuurlijst en referenties
2. Bijlagen interviews
  - a. Template semigestructureerd interview
  - b. Gioia template quotes en eerste orde concepten'
  - c. Gioia Template eerste orde concepten, tweede orde thema's en geaggregeerde dimensies
3. Bijlagen Enquête
  - a. Enquêtevragen SurveyMonkey
  - b. Uitnodiging LinkedIn
  - c. Uitnodiging Email
  - d. Input respondenten Enquête

## Bijlage 1: Literatuurlijst en referenties

### Afbeeldingen referenties:

Voorblad: Clemson Clay Nest, kunstwerk door Nils Udo, foto door Dylan Wolfe, 2005.

Gedicht: @gewoonjip op pinterest.

Hoofdstuk 1: istock foto, Stockfoto ID:475881010, ChristianChan

Hoofdstuk 2: Istock foto, Stockfoto ID: 1205200380, Wildpixel.

Hoofdstuk 3: istock foto, Stockfoto ID:467143163, Gargolas.

Hoofdstuk 4: istock foto, Stockfoto ID:178091501, Anyaivanova

Hoofdstuk 5: istock foto, Stockfoto ID:985577158, Nattakorn Maneerat

Hoofdstuk 6: istock foto, Stockfoto ID:1176171330, Radachynskyi

### Literatuurlijst:

Advies Commissie Werken in de Zorg over Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals. (2020)

[https://open.overheid.nl/repository/ronl-a4e184c5-6caf-4180-a7f9-](https://open.overheid.nl/repository/ronl-a4e184c5-6caf-4180-a7f9-be65ecea72e/1/pdf/Behoud%20en%20betrokkenheid%20van%20zorgprofessionals.pdf)

[be65ecea72e/1/pdf/Behoud%20en%20betrokkenheid%20van%20zorgprofessionals.pdf](https://open.overheid.nl/repository/ronl-a4e184c5-6caf-4180-a7f9-be65ecea72e/1/pdf/Behoud%20en%20betrokkenheid%20van%20zorgprofessionals.pdf)

Alderlieste, L. (2014). Dienstverbanders akkoord met AMS. *Medisch Contact* (2014).

Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of occupational psychology*, 63(1), 1-18.

Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American journal of Sociology*, 66(1), 32-40.

Becker, T. E., Billings, R. S., Eveleth, D. M., & Gilbert, N. L. (1996). Foci and bases of employee commitment: Implications for job performance. *Academy of management journal*, 39(2), 464-482.

CAO GGZ 2019-2021. <https://www.denederlandseggz.nl/cao/index.php?p=128269>

Site bezocht op 3-10-2021

Cloutier, C., & Ravasi, D. (2020). Identity trajectories: Explaining long-term patterns of continuity and change in organizational identities. *Academy of Management Journal*, 63(4), 1196-1235.

Cohen, A. (2003) Multiple Commitments in the Workplace: An Integrative Approach, *Journal of Professional Nursing*, 8(3): 155-160

Deci, E. L., Connell, J. P., & Ryan, R. M. (1989). Self-determination in a work organization. *Journal of applied psychology*, 74(4), 580.

Dunham, R. B., Grube, J. A., & Castaneda, M. B. (1994). Organizational commitment: The utility of an integrative definition. *Journal of Applied psychology*, 79(3), 370.

Dwivedula, R., & Bredillet, C. N. (2010). The relationship between organizational and professional commitment in the case of project workers: Implications for project management. *Project Management Journal*, 41(4), 79-88.

Fuijkschot W, (red.), Tijd voor artsen met verstand van zaken. Tijdstroom 2020. ISBN 905898382

- Gallup, I. (2017). State of the American workplace. *Pobrane z <http://www.gallup.com/reports/199961/state-american-workplace-report-2017.aspx>*.
- Gioia, D. A., & Chittipeddi, K. (1991). Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. *Strategic management journal, 12*(6), 433-448.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods, 16*(1), 15-31.
- Herzberg, F. (1959). Herzberg's motivation-hygiene theory (two factor theory). *Arab British Academy for Higher Education: London, UK, 1-2*.
- Jaramilo, S. (2018). Four Lessons From Companies That Get Employee Engagement Right.
- Joldersma, C. Psychiaters in ggz-instellingen: Arbeidsmarktonderzoek NVvP-LAD.
- Kim, J. W., & Rowley, C. (2005). Employee commitment: A review of the background, determinants and theoretical perspectives. *Asia Pacific business review, 11*(1), 105-124.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. (1999). Institute of medicine (IOM) report—to err is human. *Washington, DC: National Academy of Sciences*.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management review, 24*(4), 691-710.
- Lencioni, P. (2012). The five dysfunctions of a team. *Pfeiffer, a Wiley Imprint, San Francisco*.
- May, T., Korczynski, M., & Frenkel, S. (2002). Organizational and occupational commitment: Knowledge workers in large corporations, *Journal of Management Studies, 39*(6), 775–801.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review, 50*(4), 370.
- Meyer, J. P., Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: a conceptual analysis and integrative model. *Journal of applied psychology, 89*(6), 991.
- Mintzberg, H. (1979). *The structure of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Nair, M. S., & Salleh, R. (2017). Linking trust and turnover intention: A conceptual framework. *Global Business and Management Research, 9*(1s), 281.
- Nijs, M., Bueno de Mesquita J., (2022). De essentie van leiderschap in de psychiatrie. (Boom psychologie, 2022) ISBN 978 9024 446520.
- Reichers, A. E. (1985). A review and reconceptualization of organizational commitment. *Academy of Management Review, 10*(3), 465–476.
- Ruijters, M. C. P.(red.) et al. Je binnenste buiten. Over professionele identiteit in organisaties. (Boom psychologie, 2018) ISBN 978 94 6276 031 8.
- Sankar, M. (2015). Impact of hygiene factors on employee retention: Experimental study on paper industry. *Indian Journal of Management Science, 5*(1), 58-61.

Sennet R., *De ambachtsman: de mens als maker* (Meulenhoff, 2008) ISBN 9789029082679

Schmidt, W. H., & Posner, B. Z. (1983). *Managerial values in perspective. AMA Survey Report.*

Weggeman, M. C. D. P. (2007). *Leidinggeven aan professionals. Niet doen, 259, 566-586.*





Bijlagen 2b: Gioia template quotes en eerste orde concepten

| Quotes   | 1e orde concepten  |
|--|--|
| Hoe kunnen wij het onze psychiaters zo prettig mogelijk maken (zonder dat we daar geld voor hebben)?   | Loondienst: investeren in commitment en werkinhoud, geld nodig voor breder palet van taken   |
| Het beste gebruik maken van de talenten die d'r zijn, met daarbij het werkplezier en de beroepseer die mensen hebben dat je die ook in je manier waarop je je organisatie laat functioneren, honoreert.  |  |
| Loondienst: een organisatiestructuur die het gevoel geeft dat je meer, ook loyaal bent aan je werkgever, en dat je ook naast je directe patiëntenzorg kan participeren in andere zaken. Je kunt alleen maar geaccrediteerd worden als je gewoon ook diensten gaat draaien.   | Zware taken eerlijker verdelen   |
| Je wil dat mooie dingen doen met jouw kennis, met wie jij bent, en dat moeten we blijven aanspreken. En dat is moeilijker als als de de de makkelijke en de lastige taken, echt slecht verdeeld zijn.  |  |
| ik weet nog dat ik bij een aanbieder werkt en dat was gewoon een afspraak. We nemen geen psychiaters in loondienst die niet willen participeren in dienst. Dat kan niet een bijzondere voorwaarde in een contract zijn   | Wederkerigheid in de relatie: Goed werkgeverschap moet lonend zijn: werknemer ambassadeur van de organisatie en bouwt mee aan de doelen van de organisatie |
| dat je de medewerkers van die regio ambassadeur maakt van wat je daar doet. En dat je de organisatie opknipt in kleinere identificeerbare units.   |  |
| dat bijt soms ten opzichte van die behoefte van autonomie van die psychiaters, want die denken: ja, hoezo moet ik mezelf dan gaan verhouden ten opzichte van het dagelijks bestuur? Heb ik helemaal geen zin in. Ik heb geen zin om zelf de te verhouden ten opzichte van de raad van bestuur, maar dat geldt eigenlijk ook voor het bestuur van de medische staf. Ik ik wil dat ze mij horen.   |  |
| commitment weer vinden tussen die zorgorganisatie en die professional, ja, dat is wel een belangrijke taak.  | Goede zorginhoud staat voorop, professional in the lead  |
| je ziet wel een tendens bij psychiaters die lijnfuncties krijgen, dat ze meer en meer bedrijfsvoerder worden en minder en minder professional. En dat is ook iets wat mijn functie met je kan doen. Dus je moet ook als je in een lijnfunctie komt, de hele tijd wel, denk ik, ja, maar ik zit hier als inhoudelijke manager. Het gaat om de inhoud en natuurlijk moet je soms keuzes maken over het verdelen van schaarse middelen. Maar dat moet je altijd doen vanuit de inhoud en dat je ook zelf je voldoende zelfverzekerd voelt om steeds vanuit de inhoud te blijven sturen. |  |
| Hoe kunnen wij integreerde organisaties maken waarin we vakmanschap voorop laten staan?  | Leidinggevenden zijn faciliterend aan de zorginhoud  |
| Wij hebben een systeem met elkaar gebouwd, wat eigenlijk een econometrisch systeem is in plaats van waardegedreven of inhoud. zodra het meer bestuurlijk, financieel gedreven wordt, dan haakt de psychiater meer af. Dat is niet het juiste gesprek.  |  |
| je moet echt onderscheid maken tussen de inhoudelijke functionele lijn en de hiërarchische lijn om die te regelen en dat zijn andere dingen.   |  |
| men stuurt op regels, niet op visie en waarde. Met regels krijg je niets geregeld, men moet weten waarvoor het is. Er is een overwaarding regels maar regels heb je nodig om de koersen te checken.  | Meer onderlinge verbinding tussen de professionals: community van professionals, investeren in de relatie  |
| Afstemming en inhoudelijke verbinding met de naaste collega's zou een belangrijkere rol moeten spelen.   |  |
| En dat het dus ook voor de houdbaarheid van deze, van zeker de complexe zorg, hoogspecialistische zorg, nodig is dat instellingen samenwerken om die zorg te kunnen leveren. Er zijn natuurlijk ook een heel aantal professionals in dat veld die kennis meenemen, die zich niet specifiek aan die ene organisatie verbinden, maar wel in dat netwerk zitten. Moet je daar dan niet toch een ander soort vorm ook mogelijk maken, waarin zo'n netwerk ook gebruik gaat maken van andere samenwerkingsvorm. Dat gaat gebeuren, dat is ook al aan het gebeuren: netwerkpsychiatrie     | Meer invloed zorgprofessional in organisatie   |
| dan leg je veel meer van de inhoudelijke en organisatorische zorgverantwoordelijkheid bij de beroepsgroep neer. door het inrichten van die van van die medische staven, dat je ook direct zeggenschap houdt in de inhoudelijke richting, die instelling gaat.  |  |
| de basis is natuurlijk toch: kun je met elkaar samenwerking creëren waarin je de psychiaters een vooruitgeschoven beleidspost geeft, waarin ze in een structuur van een dagelijks bestuur medische staf. Om daarin gewoon ook gewoon gestructureerd en slim bij elkaar komen, om met elkaar over praktijk van de dag mee te gaan denken en de kwaliteit.   | Vertegenwoordiging van de beroepsgroep   |
| Misschien moet die gewoon vooral goed vertegenwoordigd voelen, maar dat dan niet per se zelf hoeven doen, hè, maar een goede vertegenwoordiging vinden.  |  |
| Dus psychiaters moeten ook het gevoel krijgen dat de medische staf, dat ze daar de verbinding mee hebben, hè dat die hun belangen vertegenwoordigt, dat die namens hun praat, en nou ja, dat dat die voor hun is.  |  |
| Betrokkenheid bij zorgontwikkeling: iedereen vindt het belangrijk, maar niet voor elke individu het interessegebied. Dan zou ik willen ordenen in onze instelling dat er dus een representatiemodel is.  | Zzp psychiater: eigen profiel, kennis beter benutten, extra expertise  |
| zzp-psychiater buitengewoon lid te maken van de medische staf om op die manier toch ook de expertise van zo'n zzp'er te gebruiken.   |  |
| zzp als netwerk om loondienstkracht heen om die te faciliteren.  |  |

|  |  |
|--|--|
| ZZP-ers kunnen er ook aan bijdragen aan die missie en die visie van die organisatie  | toevoegen aan zorgorganisatie, flexibele capaciteit.                   |
| een soort netwerk medische staf maken waar die psychiater samen inzitten en die dan met elkaar afspraken maken over hoe zij zorg in die specifiek regio, waar ze allemaal werken, hoe ze dat het beste kunnen vormgeven, hoe ze dat ook gezamenlijk kunnen vorm geven met een stukje waarneming of consultatie. Een beetje een huisartsmodel<br>wij zijn als psychiaters verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van psychiatrische zorg, 24 uur per dag /7 dagen per week. En dan moet je dus ook de verantwoordelijkheid voelen om als collectief tot iets te komen. | Supraregionale verbinding psychiaters stimuleren                       |
| Ook kijken naar de Hoogspecialistische zorg, die moet je ook echt bovenregionaal vormgeven.  |  |
| vergt een verandering in de aanpak van de organisatie van de zorg, waarvoor de urgentie nu echt wel breed gevoeld wordt.   | Zorgontwikkeling   |
| psychiaters die met elkaar in een groter team nadenken over het collectief belang van een organisatie. Sommige psychiaters moeten echt een stap zetten om geïntegreerd te kunnen nadenken over herstel, onze zorg, positieve gezondheid en evidence based psychiatrie  |  |
| Hoe kunnen we met elkaar de zorg functioneler, efficiënter, beter maken en de grote maatschappelijke vraagstukken oppakken. Er komt steeds meer zorg op ons af. Hoe kunnen we dat beter met elkaar organiseren? Dan zie je dat in die maatschappij of bij de individuele psychiater en de GGZ daar nauwelijks beeld van is.  |  |
| Misschien als metafoor als je een wandeling start en er alles over gezegd van die wandeling en je weet niet elke kant je moet gaan. Je wordt niet gestimuleerd tijdens de wandeling. Je hebt onvoldoende feedback en geen stimulans, misschien zelfs geen fourage. Je weet niet hoe ver je bent of je al dichtbij bent of je nog veel moet doen. Je gaat steeds langzamer lopen want je weet niet waar je bent en het is een doelloze actie aan het worden.  | Professional meer meenemen in de visie en doelen van de organisatie    |
| Je wordt als bestuurder niet overvallen door een visie. Je moet je realiseren dat een visie verandert in tijd. De visie van nu is een andere dan een visie van 5 of 10 jaar. Je moet dus weten dat het zo zit. Dus je moet je professional meenemen in dat verhaal en wellicht moet de professional jou ook informeren wat gaande is zowel wetenschappelijk als op de werkvloer en dan heb je zeg maar ook je draagvlak verticale lijn gecreeerd. En dan wordt het gezellig. Dan wordt het leuk dan is de professional betrokken en wordt mede-deelgenoot van die visie. |  |
| Het ongemak van het werk in een grote organisatie, jezelf een volwassenen professional voelen en eigenlijk niet te ervaren dat je wordt betrokken in beleid. Je als medisch specialistische opgeleide academicus eigenlijk wordt behandeld als zeg maar een weliswaar heel intelligente en deskundige, maar toch wat als productiekraft.   |  |
| Ik zie wel die mensen wel hard werken. Het is niet geen arbeidsmoraal of geen lust om te werken en ze willen goed voor de zorg zijn maar ze weten niet hoe.  | Medewerker meer betrekken, coaching en feedback                        |
| Het maakt verschil of je een loondienst medewerker laat meedraaien in de visie van de organisatie of dat het van die professional is   |  |
| Wanneer doe je het nu goed en wanneer niet goed en welke verwachtingen liggen daar nu eigenlijk ?  |  |
| Als psychiater vakman zijn in onze clienten zorg, is de directie ook gewoon een vakmanschap in de grote organisatie.   | Goed leiderschap is nodig om organisatie en professionals te verbinden |
| Als je er even de opleiding van de kp'er ziet en vergelijkt met de opleiding van de psychiater, hoe wij als psychiater zijn wij opgeleid: als medisch specialisten en dan hebben we dat hele beleidsstuk gewoon niet gehad.  |  |
| heel erg belangrijk dat die zorginhoudelijke kant verbonden blijft met het bestuurlijke vlak.  |  |
| Stoppen met zzp-psychiaters en gewoon echt niet beginnen aan maatschappen. Dat is gewoon heel erg moeilijk aansturen.  | Organisaties: gevecht om de macht, hierarchische aansturing            |
| GGZ organisaties zijn gewoon niet mee aan het ontwikkelen in een arbeidsmarkt die fundamenteel aan het migreren is naar dominante werkpulatie die zelfstandige keuzes maakt. Het is een soort van achterhoedegevecht om de macht en de organisatie kan dan alleen maar verliezen.  |  |
| GGZ organisaties behandelen zo'n zzp'er fundamenteel anders dan een loondienst psychiater? Ik denk dat het deels rancune is. Jij bent weggegaan voor dat geld. Dan zal je ook werken voor je geld, op die manier. Dan mag er niks leuks meer bij zijn.   |  |
| psychiater wil zelf meer zeggenschap hebben over z'n eigen werk  | Autonomiestrijd bij de psychiater                                      |
| Als zzp is je invloed op wat er gebeurt in de organisatie kleiner maar kun je wel meer invloed uitoefenen op datgene wat je zelf doet en biedt.  |  |
| Betekent dat je je dus ook verantwoordelijk voelt voor de professionele autonomie voor jouw professie en dus niet voor de individuele professional.  |  |
| dat dan moet je dus ook de verantwoordelijkheid voelen om als collectief tot iets te komen.  | Verantwoordelijkheid nemen   |
| Je kan niet zeggen aan de ene kant, ik wil niet de ontwikkelingen volgen, maar ik wil wel invloed hebben, dat matcht gewoon niet en dat vind ik ook een verknipt idee van autonomie. psychiaters samen ook nadenken en dus ook als collectief proberen verantwoordelijkheid te nemen in zo'n organisatie.  |  |

Bijlage 2c: Gioia Template eerste orde concepten, tweede orde thema's, en geaggregeerde dimensies

| 1e orde concepten  | 2e orde thema's  | Geaggregeerde dimensies                             |
|--|--|---|
| Loondienst: investeren in commitment en werkinhoud, geld nodig voor breder palet van taken   | Gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor maatschappelijke opgave      | Werkinhoud en werkcontext van de zorgprofessional   |
| Zware taken eerlijker verdelen   | Medische staf is in ontwikkeling   | Wederkerige relatie zorgprofessional en organisatie |
| Wederkerigheid in de relatie: Goed werkgeverschap moet lonend zijn: werknemer ambassadeur van de organisatie en bouwt mee aan de doelen van de organisatie | Samen bouwen   | Investering in de relatie                           |
| Goede zorginhoud staat voorop, professional in the lead  | Zware taken eerlijker verdelen, desnoods verplicht.                      | Zorgontwikkeling                                    |
| Leidinggevenden zijn faciliterend aan de zorginhoud  | GGZ beste plek voor GGZ-professional.                                    | Interne empowerment                                 |
| Meer onderlinge verbinding tussen de professionals: community van professionals, investeren in de relatie  | Supraregionale samenwerking  | Externe empowerment                                 |
| Meer invloed zorgprofessional in organisatie   | HRM-maatwerk in takenpakket, beloning en samenwerkingsvorm.              |   |
| Vertegenwoordiging van de beroepsgroep   | Zzp-er is faciliterende kracht. Inbreng van expertise i.p.v. capaciteit. |   |
| Zzp psychiater: eigen profiel, kennis beter benutten, extra expertise toevoegen aan zorgorganisatie, flexibele capaciteit.                                 | Wederkerige commitment van organisatie en professional                   |   |
| supraregionale verbinding psychiaters stimuleren   | Organisatie is faciliterend.   |   |
| zorgontwikkeling   | Medisch leiderschap en bestuurlijk vakmanschap is nodig.                 |   |
| Professional meer meenemen in de visie en doelen van de organisatie  | Inhoud is leidend  |   |
| medewerker meer betrekken, coaching en feedback  | Community van zorgprofessionals  |   |
| Goed leiderschap is nodig om organisatie en professionals te verbinden   |  |   |
| Organisaties: gevecht om de macht, hiërarchische aansturing  |  |   |
| Autonomiestrijd bij de psychiater  |  |   |
| Verantwoordelijkheid nemen   |  |   |

## Bijlage 3A: enquêtevragen



### Verbinding van zorgorganisaties en psychiaters

Beste collega,

Ik ben Astrid Dirks, psychiater en Geneesheer-Directeur bij Novadic-Kentron. Momenteel ben ik bezig met een MBA opleiding bij Erasmus universiteit en in dat kader verricht ik een thesisonderzoek.

De afgelopen jaren wordt er een grote uitstroom van psychiaters uit de GGZ gezien. Zij kiezen dan vaak voor een bestaan als zzp-er en laten zich dan, vaak langdurig, inhuren in de GGZ. Dat is een curieuze ontwikkeling. Het is dus niet de zorginhoud of patiëntenpopulatie die ze wegdrijft. Een toename van interim/zzp-psychiaters ten opzichte van het aantal psychiaters in loondienst kan wijzen op structurele knelpunten inzake de positionering van psychiaters in de ggz instellingen.

Het bereiken van een hoge mate van medewerkersbetrokkenheid is ook van belang voor de zorgorganisatie om support te hebben voor organisatiedoelstellingen en de zorgontwikkeling. Het veranderende werkveld vraagt mogelijk om de ontwikkeling van andere samenwerkingsvormen in de GGZ.

Met deze enquête wil ik u graag bevragen op uw ervaringen en visie op de geschetste problematiek.

De enquête duurt ongeveer 15 minuten en bevat 27 vragen. U kunt deze enquête het beste op een computer of tablet invullen vanwege de lay-out van enkele vragen.

**Uw antwoorden worden uiteraard geanonimiseerd verwerkt. Hartelijk dank!**

\* 1. Deze enquête richt zich op psychiaters in Nederland die nog actief praktiserend zijn. Ik ben een

- Man
- Vrouw
- anders / wil ik niet zeggen

\* 2. Wat is uw leeftijd?

- 25 t/m 34
- 35 t/m 44
- 45 t/m 54
- 55 t/m 64
- 65 t/m 74

\* 3. Kun u aangeven welke werkomgeving op u van toepassing is. (meerdere antwoorden mogelijk)

- In een algemeen ziekenhuis In een
- academisch ziekenhuis Bij een GGZ-
- zorgorganisatie
- Bij overige zorgorganisatie (zoals LVB/verslaving/gespecialiseerde kliniek) In een vrijgevestigde
- praktijk
- Overige (geef nadere toelichting)

\* 4. Wat is uw huidige samenwerkingsvorm?

- In loondienst
- Als zzp-er
- in een combinatie van loondienst en zzp-schap voor meerdere organisaties
- In een maatschap (zoals een MSB)
- als partner in een VOF of BV
- Overige (geef nadere toelichting)

\* 5. Verricht u ook werkzaamheden voor de avond-, nacht- en weekenddiensten?

- Ja  Nee

\* 6. Overweegt u om uw beroep te gaan uitvoeren in een andere samenwerkingsvorm?

- Nee, ik ben tevreden over huidige samenwerkingsvorm  Nee, maar ik denk hier wel over na
- Ja, binnen 1 jaar
- Ja, dit moment ligt > 1 jaar in de toekomst / ik heb hiervoor nog geen duidelijk tijdsplan Anders, namelijk: Ik ben al in
- de afgelopen 5 jaar veranderd van samenwerkingsvorm

\* 7. Welke overweging speelt hierin een rol? (Meerdere antwoorden mogelijk).

- Autonomie op werkinhoud Beter financiële
- vergoeding Verminderen van werkuren
- Voorkomen van ongewenste administratieve werkzaamheden Voorkomen of beperken van
- avond-, nacht of weekenddiensten Voorkomen van ongewenste vakinhoudelijke taken
- Beter invulling kunnen geven aan eigenstandige aansprakelijkheid voor de zorginhoud

Anders, namelijk...

8. Welke mogelijkheden voor nieuwe samenwerkingsvormen tussen professionals en organisaties ziet u? (Een antwoord op deze vraag is niet vereist. U kunt dan doorklikken).

\* 9. Hieronder staan enkele algemene kenmerken van samenwerkingsvormen van professionals met organisaties.

Hoe belangrijk vindt u onderstaande kenmerken voor uw persoonlijke werkomgeving? (Een antwoord per regel noodzakelijk).

|   | Ze<br>er<br>onbelangrijk | Enigszins<br>onbelangrijk | Neutraal              | Enigszins<br>belangrijk | Ze<br>er<br>belangrijk |
|---|--------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| Verbondenheid aan een organisatie                       | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Verbondenheid aan collega's                             | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Lengte van de verbintenis                               | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Mogelijkheden om tot individuele werkafspraken te komen | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Toegang tot een specifieke cliëntendoelgroep            | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Invloed op de inhoud van de werkzaamheden               | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Autonomie   | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Financiële mogelijkheden van de verbintenis             | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Juridische mogelijkheden van de verbintenis             | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |
| Aansprakelijkheid                                       | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>  |



\* 10. De diverse mogelijke juridische samenwerkingsvormen in Nederland kennen allen een eigen profiel van voor- en nadelen.

Welke waarde (van 1 tot 5) kent u toe aan onderstaande kenmerken bij elk van de mogelijke samenwerkingsvormen? (Een antwoord per regel noodzakelijk.)

Toelichting: door het toekennen van een waarde ontstaat een profiel van hoe u tegen deze vorm van verbinding aankijkt. Er zijn dus geen goede of slechte antwoorden. Een hoog cijfer betekent dat u vindt dat dit kenmerk in hoge mate aanwezig is binnen deze samenwerkingsvorm.

Tip: vul in de eerste kolom alle hokjes van boven naar beneden in en ga dan pas over naar de volgende kolom.

|   | Loondienst           | ZZP                  | Maatschap            | VOF of BV            |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Verbondenheid aan een organisatie                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Verbondenheid aan collega's                             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Lengte van de verbintenis                               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Mogelijkheden om tot individuele werkafspraken te komen | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Toegang tot een specifieke cliëntendoelgroep            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Invloed op de inhoud van de werkzaamheden               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Autonomie   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Financiële mogelijkheden van de verbintenis             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Juridische mogelijkheden van de verbintenis             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Aansprakelijkheid                                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

\* 11. Heeft een zorgorganisatie, waarvoor u in de afgelopen 5 jaar werkzaamheden heeft verricht, een extra inspanning gedaan om u aan zich te binden?

- Ja  Nee
-

\* 12. Zo ja, waar bestond dit uit? (meerdere antwoorden mogelijk).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeidsmarkttoeslag Extra   | <input type="checkbox"/> Lease-auto   |
| <input type="checkbox"/> dienstenvergoeding  | <input type="checkbox"/> Extra mogelijkheden voor thuiswerken Meer sociale                    |
| <input type="checkbox"/> Salarisverhoging / hoger uurloon Opleidingsmogelijkheid   | <input type="checkbox"/> activiteiten   |
| <input type="checkbox"/> Loopbaanontwikkelingsmogelijkheid   | <input type="checkbox"/> Betere erkenning van het belang van uw expertise voor de organisatie |
| <input type="checkbox"/> Extra tijd voor persoonlijke interessegebied zoals een specifieke functie, onderzoek, onderwijs, lidmaatschap van een commissie of werkgroep, etc.. | <input type="checkbox"/> Flexibele werktijden   |
|  | <input type="checkbox"/> Benadrukken van verantwoordelijkheid om te blijven                   |
|  | <input type="checkbox"/>  |

Anders, namelijk..

\* 13. Hoe goed sloot deze inspanning van de organisatie aan bij uw behoeften?

Helemaal niet                      Weinig                      Neutraal                      Enigszins                      Helemaal

\* 14. Heeft dit een rol gespeeld om verbonden te blijven aan uw huidige werkplek?

Nee, ik heb de  
zorgorganisatie  
verlaten

Helemaal niet                      Weinig                      Neutraal                      Enigszins                      Helemaal

15. Ziet u mogelijkheden voor uw organisatie om professionals aan zich te binden of te behouden? (Een antwoord op deze vraag is niet vereist. U kunt dan doorklikken.)

\* 16. In welke mate zijn de volgende factoren aanwezig in uw huidige werkomgeving?

(Deel 1/2. Een antwoord per regel noodzakelijk).

|   | Sterk afwezig         | Enigszins afwezig     | neutraal              | enigszins aanwezig    | Sterk aanwezig        |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Goede werkomstandigheden (geen hoge administratieve lasten of inefficiënte werkprocessen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Goede relatie met leidinggevend   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Goede arbeidsvoorwaarden  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Goede baanzekerheid   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Goede relatie met collega's   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Goede balans tussen werk en privé   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

\* 17. In welke mate zijn de volgende factoren aanwezig in uw huidige werkomgeving?

(Deel 2/2, een antwoord per regel noodzakelijk).

|   | Sterk afwezig         | Enigszins afwezig     | neutraal              | enigszins aanwezig    | Sterk aanwezig        |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Erkenning van expertise   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gewenste werkinhoud   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ruime verantwoordelijkheden   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Goede loopbaan  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Goede persoonlijke groeien ontwikkelmogelijkheden (bijv. door een opleidingen of vergroten van expertise) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ontwikkelmogelijkheden (bijv. tot leidinggevende)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

\* 18. Graag bevrage ik u in onderstaande enquête-onderdelen op uw visie op zorgontwikkeling.

Vindt u het belangrijk dat zorgprofessionals betrokken zijn bij de zorgontwikkeling van uw werkveld?

- Ja  Nee  
 Weet ik niet / geen mening

\* 19. Bent u zelf betrokken bij de zorgontwikkeling in uw werkveld?

- Ja, en dit sluit aan bij mijn interesse  
 Ja, maar dit sluit niet aan bij mijn interesse  
 Nee, maar ik zou me hier graag wel mee bezighouden  Nee, en dit sluit ook niet aan bij mijn interesse

\* 20. Op welke wijze bent u betrokken bij zorgontwikkeling? (meerdere antwoorden mogelijk).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ik werk (als niet-leidinggevende) binnen een vast zorgteam, en zorgontwikkeling is een taak van het team                                    | <input type="checkbox"/> Ik ben lid van een netwerkoverleg als vertegenwoordiger van de huidige organisatie      |
| <input type="checkbox"/> Ik ben leidinggevende (teamleider/manager/programmaleider/directeur) of ben bestuurlijk verantwoordelijk (bestuurder, Geneesheer-Directeur) | <input type="checkbox"/> Ik ben betrokken bij het opstellen van de meerjarenstrategie van de huidige organisatie |
| <input type="checkbox"/> Ik ben lid van een zorginhoudelijke commissie of werkgroep binnen de huidige organisatie  | <input type="checkbox"/> Ik werk mee aan wetenschappelijk onderzoek binnen de huidige organisatie                |
| <input type="checkbox"/> Ik ben lid van een zorginhoudelijke commissie of werkgroep als individuele zorgprofessional   | <input type="checkbox"/> Ik werk mee aan wetenschappelijk onderzoek buiten de huidige organisatie                |
| <input type="checkbox"/> Ik ben lid van een zorginhoudelijke commissie of werkgroep van een landelijke organisatie   |  |

Anders, namelijk...

\* 21. Wordt u hierin gefaciliteerd?

- Nee  
 Ja, ik krijg hiervoor tijd beschikbaar in mijn huidige werkomgeving  Ja, ik ontvang hiervoor een financiële compensatie

Ja, namelijk...

\* 22. Sluit deze compensatie aan bij wat het van u vraagt?

Ja

Nee, het kost meer tijd dan begroot  Nee, de

vergoeding is te laag

Nee, ik heb het te druk met overige taken

Nee, namelijk...

\* 23. Heeft u het idee dat uw persoonlijke inspanning op het gebied van de zorgontwikkeling ook leidt tot verbetering van de zorg?

Ja  Nee

Weet ik niet / geen mening

24. Ziet u mogelijkheden om de betrokkenheid van psychiaters bij de zorgontwikkeling te stimuleren?

(Een antwoord op deze vraag is niet vereist. U kunt dan doorklikken.)

\* 25.

Deze laatste 3 blokken van vragen zijn bedoeld om deze verschillende vormen van verbinding van u met uw werkomgeving vast te stellen.

Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande uitspraak op u van toepassing is?

(Deel 1/3, een antwoord per regel noodzakelijk).

|  | Helemaal niet<br>mee eens | Enigszins niet<br>mee eens | Neutraal              | Enigszins mee<br>eens | Helemaal mee<br>eens  |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik zou graag de rest van mijn carrière bij deze organisatie blijven werken                           | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik praat graag over mijn werk met andere mensen van buiten de organisatie                            | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik ervaar de problemen van deze organisatie als mijn eigen problemen                                 | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik heb het gevoel dat ik echt bij deze organisatie hoor  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik denk niet dat ik mij gemakkelijk op gelijke wijze verbonden kan voelen met een andere organisatie | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik voel me emotioneel gehecht aan deze organisatie   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deze organisatie betekent veel voor mij  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik voel me "een deel van de familie" in deze organisatie   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

\* 26. Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande uitspraak op u van toepassing is?  
(Deel 2/3, een antwoord per regel noodzakelijk).

|  | Helemaal niet<br>mee eens | Enigszins niet<br>mee eens | Neutraal              | Enigszins mee<br>eens | Helemaal mee<br>eens  |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik ben bang om mijn huidige werkplek te verlaten zonder dat ik al een nieuwe werkplek op het oog heb   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het zou op dit moment moeilijk zijn om weg te gaan bij mijn huidige organisatie, ook al zou ik dit willen  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Er zou teveel in mijn leven verstoord worden als ik nu mijn huidige werkplek zou verlaten.   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik heb al teveel van mezelf in deze organisatie gestopt om te overwegen om ergens anders te gaan werken  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Op dit moment blijf ik bij mijn huidige werkplek vanwege praktische overwegingen en omdat ik dat wil   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik heb het gevoel dat ik te weinig andere opties heb om nu weg te gaan   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Een van de nadelen van deze organisatie verlaten is het gebrek aan goede alternatieven   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Als ik weg zou gaan wordt het moeilijk om een vergelijkbare werkplek te vinden. Een andere werkplek zou waarschijnlijk de huidige werkvoorwaarden niet kunnen matchen. | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

\* 27.

Dit is de laatste vraag:

Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande uitspraak op u van toepassing is?

(Deel 3/3, een antwoord per regel noodzakelijk).

|  | Helemaal niet<br>mee eens | Enigszins niet<br>mee eens | Neutraal              | Enigszins mee<br>eens | Helemaal mee<br>eens  |
|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ik denk dat mensen<br>te makkelijk van<br>werkplek wisselen  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik vind dat ik het aan<br>mijn huidige<br>werkplek verplicht<br>ben om te blijven  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik heb er bezwaar<br>tegen dat mensen<br>job-hoppen van<br>organisatie naar<br>organisatie                               | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik zal op dit moment<br>geen nieuwe<br>werkplek aannemen,<br>omdat ik de mensen<br>op mijn werk iets<br>verschuldigd ben | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Zelfs als het in mijn<br>voordeel was, zou<br>het niet rechtvaardig<br>zijn deze organisatie<br>nu te verlaten           | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deze organisatie<br>verdient mijn<br>loyaliteit  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Het zou onbehoorlijk<br>zijn om nu deze<br>organisatie te<br>verlaten  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ik vind het<br>belangrijk om je als<br>persoon aan een<br>organisatie te<br>verbinden                                    | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

De enquête is hiermee afgerond. Hartelijk dank voor uw deelname!

Astrid Dirks





### Bijlage 3B: Enquête-uitnodiging via LinkedIn



**Astrid Dirks**  
Geneesheer-directeur Novadic Kentron  
3w • Edited • 

Werkt u als **#psychiater** in Nederland? Zou ik u dan een paar vragen mogen stellen?

Ik ben Astrid Dirks, psychiater en Geneesheer-Directeur bij **Novadic-Kentron**. Momenteel volg ik een MBA opleiding aan **Erasmus Centrum Voor Zorgbestuur**. Voor mijn afstudeeropdracht onderzoek ik de verbinding van zorgorganisaties en psychiaters en de rol van de diverse samenwerkingsvormen.

De afgelopen jaren wordt er een grote uitstroom van loondienstpsychiaters uit de GGZ gezien. Zij kiezen dan vaak voor een bestaan als zzp. Dit fenomeen kan wijzen op structurele knelpunten in de positionering van de psychiaters in de zorgorganisaties. Dit is een zeer zorgelijke ontwikkeling.

Een goede verbinding tussen organisatie en zorgprofessional is van groot belang voor de ontwikkelmogelijkheid van de zorgprofessional, de realisatie van de organisatiedoelstellingen, en de zorgontwikkeling in bredere zin. Mogelijk vraagt het veranderende werkveld ook om nieuwe inrichting van de samenwerkingsvormen.

Graag zou ik u enkele vragen willen stellen over uw ervaringen en uw visie op dit vraagstuk. De **#enquete** duurt ongeveer 20 minuten. De gegevens worden geanonimiseerd verwerkt.



**Verbinding van zorgorganisaties en psychiaters**  
nl.surveymonkey.com • 1 min read

### **Bijlage 3C: Enquête-uitnodiging per email**

Ik ben Astrid Dirks, psychiater en Geneesheer-Directeur bij Novadic-Kentron.  
Momenteel volg ik een MBA-opleiding aan Erasmus Centrum Voor Zorgbestuur.  
Voor mijn afstudeeropdracht onderzoek ik de verbinding van zorgorganisaties en psychiaters en de rol van de diverse samenwerkingsvormen.

De afgelopen jaren wordt er een grote uitstroom van loondienstpsychiaters uit de GGZ gezien. Zij kiezen dan vaak voor een bestaan als zzp. Dit fenomeen kan wijzen op structurele knelpunten in de positionering van de psychiaters in de zorgorganisaties. Dit is een zeer zorgelijke ontwikkeling. Een goede verbinding tussen organisatie en zorgprofessional is van groot belang voor de ontwikkelmogelijkheid van de zorgprofessional, de realisatie van de organisatiedoelstellingen, en de zorgontwikkeling in bredere zin. Mogelijk vraagt het veranderende werkveld ook om nieuwe inrichting van de samenwerkingsvormen.

Graag zou ik u enkele vragen willen stellen over uw ervaringen en uw visie op dit vraagstuk. De #enquete duurt ongeveer 15 minuten.  
De gegevens worden geanonimiseerd verwerkt.  
Hartelijk dank!

Astrid Dirks

<https://nl.surveymonkey.com/r/KRGDCBL>

### Bijlage 3 D: Input respondententen Enquête

#### **Psychiater respons: mogelijkheden voor zorgorganisaties om professionals aan zich te binden:**

- Een actiever en persoonlijk HRM beleid om professionals aan te trekken én te behouden.
- RvB is dienend aan de zorgprofessionals en zou ook door hen naar huis gestuurd moeten kunnen worden. Het psychiater-lid wordt hoofd van RvB.
- De medische staf moet meer betrokken worden en meedenkend partner zijn in de zorgorganisatie. De medewerkers zijn het kapitaal van een bedrijf. Zij moeten ondersteund worden in het uitvoeren van hun taken. Er is onder psychiaters een grote verbondenheid met elkaar en met de cliëntengroep. Daar voelt de professional zich gezien en gewaardeerd. Deze verbinding voelt men niet met de organisatie.
- Een cultuuromslag is nodig waarbij management dienend is aan de zorgprofessional en niet diens handelen bepaalt.
- Betere financiële tegemoetkoming voor de grote verantwoordelijkheid. Betere administratieve ondersteuning. Psychiaters betrekken bij beleidsbeslissingen.
- De organisatie moet zich ook met haar medewerkers verbinden, investeren in de relatie. Primaire proces is niet de bedrijfsvoering maar de zorginhoud. Zorgverzekeraars, NZA en de NL GGZ en kabinet moeten hun verantwoordelijkheid nemen t.a.v. uitvoering van gemaakte afspraken.
- Goede ondersteuning op administratief vlak. Inhoud vooropstellen. Positief bekrachtigen.
- Minder invloed van zorgverzekeraars op de inhoud van de zorg.
- Gebruik maken van de kennis en vaardigheden van de professionals. Professionals weer meenemen in het uitstippelen van het strategische behandelbeleid. Behandelbeleid wordt door een te kleine groep professionals bepaald. Draagvlak en herkenning van de gekozen behandelstrategie ontbreekt. Verbinding van zorgprofessional op de werkvloer en hoger management ontbreekt. Het is een misvatting dat het hoger management problematiek beter doorgrondt dan professionals op de werkvloer.
- Instellen van een gratificatie-overeenkomst voor de loondienstpsychiater. Als deze extra caseload op zich neemt van een vertrokken collega of uitgevallen psychiater, dan keert de zorgorganisatie als bonus de besparing op zzp kosten uit aan de loondienstpsychiater. In de overeenkomst wordt vastgelegd welke taken worden waargenomen en wat dit extra oplevert.
- Het probleem van arbeidsmarkttoeslag is dat deze toeslagen niet cumulatief zijn, en ten opzichte van de ziekenhuis cao erg laag zijn. Daar zijn opslagen van 25% mogelijk en cumulatief mogelijk. Ook de pensioenaftopping maakt het oninteressant om fulltime in loondienst te zijn. Bij een dienstverband van 24 uur vast in loondienst, en 1 tot 2 dagdelen extra zzp voor extra verdienmogelijkheden. Bij SMPS-pensioenfondsen voor zelfstandigen of bijv. Medisch specialisten geldt deze aftopping ook niet. Ook de betaling van de anw-diensten zou aantrekkelijker moeten zijn. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat een loondienstpsychiater buiten kantoor tijd minstens zoveel verdient als een zzp psychiater binnen kantoor uren.
- Verdere ontwikkeling van de medische staf. Duidelijk blijven aangeven wat missie/visie/strategie is en hier ook adequaat op inrichten en verrichten. Steeds de organisatiestructuur blijven onderzoeken en bijsturen waar nodig. De grote organisatie zien als kleine units met allemaal hun eigen structuur en vraag.
- Meer investeren in wederkerigheid tussen werkvloer en organisatie. Nu moet er veel geëist worden vanuit de medewerker/sollicitant voordat er individuele afspraken mogelijk zijn.
- Professionele autonomie meer centraal. De psychiater die grote verantwoordelijkheid draagt weer in the lead zetten.
- Meer ruimte voor flexibele inzet van uren en hiervoor ook aanvullende beloningsafspraken.
- De GGZ lijkt t.o.v. 20 jaar geleden minder een psychiatrische zorginstelling. Het is nodig om de psychiatrie weer meer centraal te stellen.

Psychiater respons: mogelijkheden voor nieuwe samenwerkingsvormen tussen professionals en organisaties:

- Medische staf grotere formele zeggenschap in de organisatie.
- Cultuurverandering in de organisatie is nodig.
- Verdeling van belastende zorgtaken zoals de ANW-diensten over gehele beroepsgroep. Bijv. Door verplichte diensten voor herregistratie. Suïcidaliteitsbepaling ook bij KP-ers en VS-en beleggen.
- Aan PNIL-kosten worden miljoenen uitgegeven, maar loondienstmedewerkers worden maximaal afgeknepen. Extra inspanningen van loondienstpsychiaters moeten ook beloond kunnen worden.
- Grote "logge" zorgorganisaties opdelen in kleinere en meer wendbare organisatieonderdelen met een eigen bekostigstructuur, werkstructuur, waarbij zorginhoud weer voorop staat. Onderlinge samenwerking in waarneming, kennisdeling, en investeringen in zorgontwikkeling binnen de grotere zorgorganisatie.
- Oprichten van maatschappen met meer formele zeggenschap.
- Bij het lage loondienstsalaris dat gebruikelijk was in de ggz zou meer persoonlijke groeimogelijkheden moeten horen, opleidingen ter vergroting van de expertise, meer tijd voor patiëntenzorg of onderzoek, minder productiedruk. Zodat het in de GGZ weer gaat over goede zorg en bezield patiëntenzorg, en minder over veel geld verdienen.
- De basis op orde door betere werkhygiëne en lagere werkdruk, zorgpersoneel niet continu lastigvallen met reorganisaties en veranderende eisen van de verzekeraars. Goede zorg inhoud moet ook lonen. Het belang van de organisatie mag niet het handelen van de professionals dicteren. Dit is een vorm van belangenverstrengeling.
- Versterken van professionele autonomie.
- Professional in de lead. Organisatiestructuur moet de professional faciliteren, niet bepalen. Minder top-down.
- Werken in de ggz moet weer aantrekkelijk gemaakt worden zodat er voldoende aanwas is en zzp-ers alleen tijdelijke gaten opvullen.
- Psychiaters moeten beter opkomen voor hun eigen belangen. Er is geen duidelijk eenduidig beeld en eenduidig belang. Verbindingen van psychiaters met eenzelfde visie en missie zouden elkaar kunnen versterken. Mogelijk kan dit via de oprichting van een maatschap waar je met een groep van psychiaters in een bepaalde regio of een organisatie volledige verantwoordelijkheid draagt voor de opzet en invulling van werkzaamheden.
- Inhoudelijke professionals betrekken bij het vormen van beleid.
- Mogelijk is losser komen van de GGZ, meer als vakgroep psychiatrie conform maatschappen in ziekenhuizen, of vakgroepen van ziekenhuizen gaan opereren. De organisatie maakt dan afspraken met de maatschap of vakgroep.
- Zzp psychiaters moeten ook meer als volwaardig lid van de organisatie gezien worden. En dus ook meedoen bij inspiratiesessies, meedenken over de visie, en participeren in zorgontwikkeling.