



The Tate's Mark Rothko exhibit: a room with a view of the subconscious

Management en wetenschap

Met vereende kracht?

Omslag: The Tate's Mark Rothko exhibit: a room with a view of the subconscious

<http://www.guardian.co.uk/artanddesign/jonathanjonesblog/2011/mar/30/tate-modern-mark-rothko-room>

**Management en Wetenschap:
met vereende kracht ?**

-Samenwerken ten behoeve van Evidence Based Management-

Thesis ter afronding van de **MBA Health-**
Erasmus Universiteit Rotterdam.

drs. A. Gosker- Venis.

Thesis begeleiders:

Prof.dr. I.M.B. Bongers

Dr. E.J. Breedveld.

April 2012

*Want in veel wijsheid is veel verdriet; en die wetenschap
vermeedert, vermeedert smart.
Prediker 1 :18*

Voorwoord

Ongeveer een half jaar voor de definitieve keuze van onderwerp voor deze thesis filosofeerde ik met gewaardeerde collega Van Gool, directeur van de Yulius Academie, over de vraag hoe wij er voor zorg konden dragen dat "mijn" divisie en "zijn" academie optimaal van "de wetenschap" zouden kunnen profiteren. Beiden onderkennen wij het belang van wetenschappelijk onderzoek. Wetenschappelijk onderzoek waarvan de uitkomsten –naar wij hopen- leiden tot verbetering van de zorg voor onze patiënten. Want dat erkennen wij impliciet: de patiënten zijn ons beider zorg.

Vervolgens kwam de studiereis van onze MHBA naar Oostenrijk. Een van de sprekers merkte op: "clinical research is mostly financially- driven, personal- career driven and seldom fulfils clinical needs" . Deze opmerking bepaalde de definitieve keuze voor dit onderwerp.

Door Elly Breedveld, in de rol van kennismakelaar, werd ik in contact gebracht met Inge Bongers die een leerstoel voor Evidence Based Management bekleedt bij de Universiteit van Tilburg. Was in mijn hoofd tot dan toe research met name gericht op de klinische praktijk (In termen van Aad de Roo te spreken: "gericht op het verbeteren van de medisch- technische kwaliteit") Nu werd de onderzoekswereld groter. En vervolgens ging het, al sprekende met Aad ,Elly en Inge steeds meer over de vraag: "wat maakt dat een afdeling Research en Development gaat meedenken met de problemen van de manager ?" En dat meedenken is van belang om GGZ-instellingen succesvol door de stormen te loodsen die door GGZ-land waaien. Dat wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van een meer Evidence Based Management daar een belangrijke bijdrage aan kan leveren staat voor mij buiten kijf. Het principe van Evidence Based Medicine staat toch ook binnen de psychiatrie niet meer echt ter discussie ?

Ik sta aan het einde van mijn MBA-H opleiding. Er is een wereld voor mij opengegaan. Ik dank Elly, Aad, Jan, Inge en niet te vergeten mijn medecursisten. Medecursisten die ik heb leren kennen als gewortelde, sociale, managende professionals en professionele managers, die "hands-on" managen: betrokken, communicerend, lerend. Jan Menting wil ik hier noemen. Hem bedank ik voor het feit dat hij mij deze opleiding heeft "ingeduwed". De negen directeurs, die mij met hun kennis hebben verrijkt, bedank ik voor hun bereidwillige medewerking. De bibliotheek medewerksters voor hun perfecte ondersteuning. De medewerkers van de divisie LZ&B bedank ik voor hun luisterend oor. Door deze opleiding af te ronden vormt dit diploma, samen met de inschrijving in het register voor medisch specialisten, een symbolische brug tussen de wereld van "de professional in het primaire proces" en "de professional in het management".

Tenslotte dank ik mijn thuisfront. Ik moet eerlijk toegeven: zonder jullie steun was er niets van terecht gekomen!

Samenvatting

Meer-state-of-the-art zorg leveren, met een hoogwaardige kwaliteit, tegen lagere kosten, èn, in een zorgwekkende arbeidsmarkt, veelbelovende medewerkers trachten te boeien en binden. Dàt is de opdracht aan de GGZ-organisaties en de daarin werkende managers en professionals.

De wetenschap wordt gevraagd hieraan een belangrijke bijdrage te leveren. En op haar manier bij te dragen aan een organisatie die onderscheidend is voor zijn patiënten, cliënten, medewerkers en andere belangrijke stake-holders. De wetenschap binnen perifere GGZ-instellingen wordt belichaamd door Research & Development (R&D) afdelingen die de laatste jaren geleidelijk zijn ontstaan binnen deze instellingen. De wetenschap is een van de pijlers van Evidence Based Medicine (EBM). EBM heeft binnen de geneeskunde, waar de psychiatrie toe behoort, een grote vlucht genomen. Dit succes is waargenomen binnen andere praktijken en de roep is ontstaan om ook de managementpraktijk meer evidence-based te maken: Evidence Based Management.(EBMgt).

Wetenschap en praktijk hebben een moeizame relatie, zoals blijkt uit de vele literatuur die over dit onderwerp verschijnt. Wat is de achtergrond en context van deze moeizame relatie tussen wetenschap en praktijk ? Tussen wetenschap en managementpraktijk? Hoe is de relatie tussen EBM en EBMgt ? Hoe kunnen organisaties de samenwerking tussen manager en wetenschapper faciliteren ten behoeve van Evidence Based management ? Wat betekent het streven naar Evidence Based Management voor de organisatie-inrichting?

Aan deze vragen wordt in het theoretisch kader en in het empirisch onderzoek aandacht besteed. Het empirisch onderzoek bestaat uit een kwalitatief onderzoek waarbij websites onderzocht zijn van een selectie van GGZ-instellingen in Nederland. Tevens zijn bij een 9-tal GGZ directeuren werkzaam bij een 4-tal GGZ instellingen semigestructureerde interviews afgenomen. Aanvullend vond documentonderzoek plaats van deze vier instellingen. De belangrijkste conclusies van dit onderzoek? Meer samenwerken tussen management en wetenschap wordt door alle partijen als van belang gezien. Met name omdat een breder belang van de wetenschap wordt gezien. Er wordt een belang gezien met betrekking tot kwaliteitsverbetering van de zorg, in het kader van Evidence Based Medicine, en door het ontwikkelen en aantrekken van goede medewerkers. Onderzoek ten behoeve van Evidence Based Management knaagt op de achtergrond maar zet (nog) niet echt door binnen de praktijk van de GGZ-instellingen.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

1. Inleiding	2
1.1 Achtergrond	2
1.2 De context van het onderzoek	3
1.3 Doelstelling van het onderzoek	6
1.4 Onderzoeksontwerp	7
1.5 Leeswijzer	10
2. Wetenschap en praktijk: een moeizame relatie	11
2.1 Evidence based Medicine en de relatie tussen wetenschap en praktijk	11
2.2 Evidence Based Management de relatie tussen wetenschap en praktijk	14
2.3 Relatie tussen Evidence Based Medicine en Evidence Based Management	19
2.4 Evidence Based Management binnen de GGZ	20
3. Samenwerken tussen wetenschap en praktijk	22
3.1 Samenwerken	22
3.2 Organisatie-inrichting	25
4. Methoden	37
4.1 Onderzoeksdesign	37
4.2 Onderzoekspopulatie	37
4.3 Datacollectie	39
4.4 Data-analyse	40
5. Resultaten	41
5.1 Resultaten van de website search	41
5.2 Resultaten interviews en documentonderzoek	44
6. Conclusies, Discussie en Aanbevelingen	55
6.1 Conclusies	55
6.2 Discussie	56
6.3 Aanbevelingen	64
Literatuurlijst	67

Bijlage 1	Het GGZ -Werkveld	71
Bijlage 2	Beschrijving academische werkplaats Tranzo	72
Bijlage 3	Voorbeelden 3-tal onderzoekcentra	74
Bijlage 4	TOP-klinische GGZ.	77
Bijlage 5	Structuur van de interviews	79
Bijlage 6	Documentonderzoek – Onderzoekitems	80
Bijlage 7	Resultaten documentonderzoek.	81
Bijlage 8	Topiclijst voor directeuren bedrijfsvoering zorgdivisies	84
Bijlage 9	Topiclijst voor directeuren R&D afdelingen	86

Management en Wetenschap: met Vereende Kracht ?

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

“Iedere Nederlander moet kunnen rekenen op goede zorg. Zorg die van hoge kwaliteit, toegankelijk én betaalbaar is. Nu, en in de toekomst. De maatschappelijke opgave is om de zorg beter en toekomstbestendig te organiseren. Zowel in de geneeskundige zorg als in de langdurige zorg moet het beleid gericht zijn op maximale aandacht en kwaliteit voor de patiënt. Zorg tegen een betaalbare premie, door een zo efficiënt mogelijke organisatie en van een transparante kwaliteit.

En, gezien de verwachte ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van vergrijzing en ontgroening, moet de zorg ook aantrekkelijk blijven als werkgever voor jonge, veelbelovende professionals en op zoek gaan naar arbeidsbesparende alternatieven”. (<http://www.rijksoverheid.nl>) Dit is de boodschap van de overheid.

GGZ-instellingen, onderdeel van die zorg, en de daarin werkende managers, bevinden zich in een complexe en tumultueuze omgeving waar grote veranderingen gaande zijn. Het denken over zorgverlening is veranderd. De rol van de patiënt/cliënt, die steeds zelfbewuster wordt en graag wil weten wat de kwaliteit van de behandeling is, de rol van overheid en zorgverzekeraars, professionele waarden en autonomie, alles is aan voortdurende verandering onderhevig en dit doet zich gelden in de organisatie van de zorg. De huidige macro-economische druk en de groeiende behoefte aan zorg doet de hectiek nog meer toenemen en vraagt om –nog meer- verantwoording: “Als de GGZ zich niet verantwoordt en het nut en de noodzaak van de zorg niet laat zien, maakt zij zich kwetsbaar voor een bezuinigende, nerveuze, overheid die zich zorgen maakt om de stijgende zorgkosten. (Bruinsma, 2012).

Meer-state-of-the-art- zorg leveren, met een hoogwaardige kwaliteit, tegen lagere kosten, èn, in een zorgwekkende arbeidsmarkt, veelbelovende medewerkers trachten te boeien en binden. Dat is de opdracht aan de GGZ-organisaties en de daarin werkende managers en professionals.

De Wetenschap wordt gevraagd hieraan een belangrijke bijdrage te leveren. Door de kennis en het - (transparante)- bewijs- te ontwikkelen, te delen, over te dragen en te evalueren. Door bij te dragen aan een klimaat waar men voortdurend, bewust èn kritisch, op zoek is naar datgene wat kwalitatief het beste is voor de patiënt; de beste servicekwaliteit biedt die op de meest efficiënte wijze geleverd wordt. En daarmee op haar manier bij te dragen aan een organisatie die onderscheidend is voor zijn patiënten en andere belangrijke stake-holders; waarin men als werkgever aantrekkelijk is voor medewerkers die dat ook hoog in het vaandel hebben.

Dit sluit aan bij de sinds de jaren '90-vorige eeuw- bestaande ontwikkeling binnen de geneeskunde van de Evidence Based Medicine (EBM) en haar -later ontstane- partner in het management:

Evidence Based Management (EBMgt). Wetenschappelijk bewijs is bij beiden een hoeksteen. In analogie met Evidence-Based Medicine, staat Evidence-Based Management het expliciete gebruik van het best beschikbare bewijs voor in besluitvormingsprocessen binnen management en beleid. (Bongers, 2011). Evidence Based Medicine heeft de afgelopen 20 jaar de uitoefening in de praktijk van de geneeskunde, inclusief de psychiatrie, ingrijpend gewijzigd. (Swinkels, 2008). Dit ondanks het gegeven dat de kloof tussen wetenschap en de medische praktijk groot is, zoals blijkt uit de vele literatuur die over dit onderwerp verschenen is en uit een recente, in 2011, belegde studiedag door het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde die geheel aan dit thema was gewijd. (Zaat, 2011).

De verwachting is dat een meer Evidence Based Management binnen de gezondheidszorg, en dus ook binnen de GGZ, een belangrijke impuls kan geven aan die management praktijk. (Walshe, 2007; Shortell 2006). En daarmee kan bijdragen aan de gevraagde transparantie, aantonen van nut en noodzaak van de zorg, bijdragen aan effectiviteit en efficiëntie bij behoud van, of betere kwaliteit. En dat de GGZ zich daarmee uit de huidige kwetsbare positie kan manoeuvreren.

1.2 De context van het onderzoek

1.2.1 De GGZ in Nederland

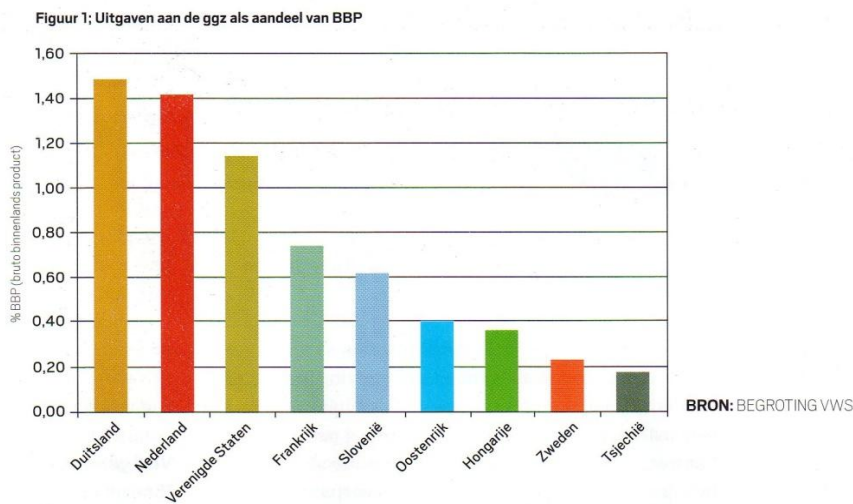
De huidige, collectief gefinancierde GGZ wordt gedomineerd door circa 33, grotere, 'geïntegreerde' GGZ-instellingen en een 7 tal, kleinere, niet geïntegreerde instellingen. Deze brede, geïntegreerde instellingen zijn ontstaan uit fusies tussen regionale instellingen voor ambulante GGZ, psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen. Recentelijk heeft de fusietrend een nieuwe wending genomen: reeds bestaande geïntegreerde instellingen fuseren met elkaar. Daardoor neemt het totaal aan geïntegreerde instellingen sinds enkele jaren af, terwijl de omvang en het geografische bereik van de bestaande instellingen steeds groter wordt (Tendrapportage GGZ Deel 1 2010).

De GGZ biedt een breed scala aan voorzieningen, in hoofdlijnen te onderscheiden naar ambulante hulp en intramurale hulp. Zie bijlage 1 voor een uitgebreidere beschrijving van het werkveld. Belangrijkste financieringsbron voor de GGZ is de Zorgverzekeringswet, met 65 á 70 % van de totale uitgaven en circa 95 % van de totale clientèle. Op de tweede plaats komt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met 25 á 30 % van de totale uitgaven voor circa 5 % van de clientèle (Tendrapportage GGZ Deel 1 2010). Met name de ambulante 'productie' groeit al enkele decennia. Die groei heeft zich ook de afgelopen jaren voortgezet. Met betrekking tot de intramurale hulp is al sinds 1993 een groei van het beschermd wonen ingezet. Die groei is in 2004 versneld en dat verhoogde groeitempo zet in 2008 nog steeds door. De capaciteit van de overige intramurale voorzieningen is sinds 1993 in fasen gedaald, maar in een relatief laag tempo (vergeleken met de groei van het beschermd wonen en vergeleken met internationale cijfers).

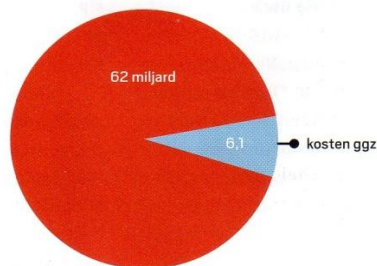
Ruim de helft van de GGZ-uitgaven wordt besteed aan de intramurale voorzieningen (inclusief het beschermd wonen). Het groeitempo van de GGZ-uitgaven is door de jaren heen relatief stabiel

geweest. Dat groeitempo lag iets hoger dan dat voor de totale zorguitgaven (Trendrapportage GGZ Deel 1 2010).

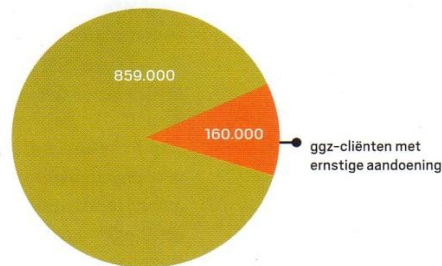
Enkele kengetallen worden weergegeven in onderstaande figuur. (Langelaan, 2011). Tevens wordt hierin de omvang van de huidige, 2012, bezuinigingen aangegeven Totaal moet er voor 576 miljoen bezuinigd worden; waarvan 222 miljoen uit budgetkorting van de instellingen moet komen en 255 miljoen uit pakketmaatregelen die o.a. gaan over de eigen bijdrage en het niet meer vergoeden van bepaalde behandelingen en preventieprogramma's. Met een dergelijke bezuiniging is de GGZ niet eerder geconfronteerd en dit illustreert de noodzaak van het zoeken naar goedkopere en toch effectieve zorg. Een zoektocht waarbij de hulp van de wetenschap onontbeerlijk is.



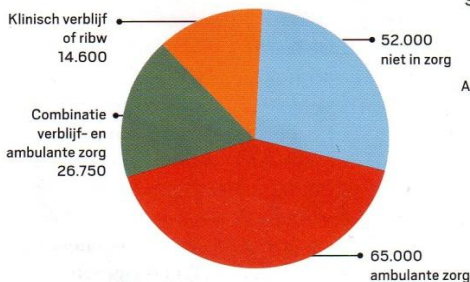
Figuur 2; Totale kosten gezondheidszorg



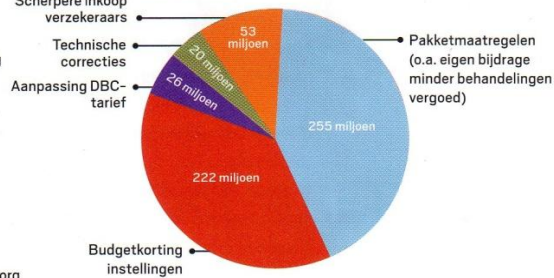
Figuur 3; Totaal aan ggz-cliënten (2009) per jaar



Figuur 4; Totaal aantal patiënten met ernstige psychiatrische aandoening: 160.000



Figuur 5; Bezuinigingen op ggz en verslavingszorg: 576 miljoen



1.2.2 Research en Development (R&D) binnen de GGZ

R&D Afdelingen, die de laatste jaren zijn ontstaan binnen de perifere GGZ-instellingen, belichamen de wetenschap binnen deze instellingen. Belangrijk startpunt voor deze R&D afdelingen lijkt de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg uit 1999 van het Ministerie van VWS.

De minister signaleerde verschillende knelpunten die de verdere ontwikkeling en verbetering van (effectiviteit en kwaliteit) van zorg en preventie belemmerden en de rationalisering van het zorgproces door zorgprogramma's, protocollen en richtlijnen in de weg stond.

Zo werd gesignaleerd dat er, gezien de ernst en omvang van psychische problematiek, en zeker op het terrein van de chroniciteit, er relatief te weinig onderzoek plaatsvond. Dat er gebrek aan gevalideerde kennis op meerdere terreinen bestond. Dat er onvoldoende samenhang en afstemming tussen onderzoek, beleid en praktijk op GGZ-terrein bestond. Dat een landelijke structuur voor het creëren van samenhang en afstemming ontbrak. Dat er te weinig (niet-academische) centra waar onderzoek en praktijk werden gecombineerd ("werkplaatsfunctie") bestonden. En dat de relatie tussen wetenschap en praktijk onvoldoende ontwikkeld was om wetenschappelijke kennis te vertalen naar de hulpverlening binnen instellingen.

De volgende speerpunten werden benoemd:

- Intensivering van toegepast en wetenschappelijk onderzoek. ZONMw, Trimbos-instituut, NWO¹, universitaire en buitenuniversitaire centra kregen hierin een centrale rol.
- Aanwijzing van kenniscentra en kennisnetwerken. Het ging hierbij zowel om academische als niet-academische GGZ-instellingen.
- Stimuleringsprogramma's richtlijnen en zorgprogramma's werden opgezet. Dit moest leiden tot de verdere ontwikkeling en implementatie van transmurale, interdisciplinaire richtlijnen en zorgprogramma's.

Veel van voorgestane ontwikkelingen zijn de afgelopen twaalf jaar in gang gezet en vinden vandaag de dag nog steeds voortgang.

Juist de aandacht voor wetenschappelijk onderzoek buiten de academische centra, waar tot dan het voornamelijk medisch-psychiatrisch onderzoek plaatsvond, lijkt de komst van R&D afdelingen te hebben gestimuleerd. Dit werd ook mogelijk doordat GGZ-organisaties, door fusies, voldoende omvang en kritische massa kregen, volgens sommigen een belangrijke voorwaarde om toegepaste wetenschap mogelijk te maken. (Kovner, 2006). Het vormen van grote geïntegreerde GGZ-instellingen werd ook in genoemde beleidsnota uit 1999, voorgestaan.

¹ ZONMw: financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren. ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers: Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), De Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) Trimbos-instituut ; Landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg NWO :organisatie die sturing geeft aan de Nederlandse wetenschap via subsidies en onderzoeksprogramma's.

Daarnaast is wetenschappelijk onderzoek ook een belangrijk onderdeel van het Nederlandse kennisbeleid in de GGZ. (Trendrapportage 2010 deel 3). Dit kennisbeleid beoogt een betere (geestelijke) gezondheid van de bevolking te bereiken via meer effectieve en efficiënte hulp en preventie, op basis van de beschikbare wetenschappelijke en professionele kennis, de ervaringsdeskundigheid van gebruikers en *best practices* uit de zorg. GGZ Nederland, een overkoepelende organisatie van GGZ-instellingen in Nederland, het Trimbos-instituut en ZonMw hebben sinds 2007 een overeenkomst waarin afspraken zijn gemaakt om samen te werken op het gebied van kennisbeleid. In 2008 is voor het eerst een landelijke kennisagenda door de drie partijen uitgegeven. Op deze agenda staat bijvoorbeeld de ontwikkeling en implementatie van Multi-disciplinaire richtlijnen. Naast genoemd kennisbeleid gericht op kwaliteit gaat binnen de Nederlandse GGZ veel aandacht naar de doorontwikkeling van een landelijke basisset prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren die betrekking hebben op drie thema's: effectiviteit, veiligheid, cliëntgerichtheid. Ontwikkeling van CQ-index vragenlijsten, invoeren van ROM, routine outcome measurement, zijn hier de elementen van. Waarbij belangrijke zorg is dat voorkomen moet worden dat het meten van prestaties niet 'meten om het meten' wordt, een puur administratieve verplichting, maar meten om te verbeteren.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Meer-state-of-the-art- zorg leveren, met een hoogwaardige kwaliteit, tegen lagere kosten. In een zorgwekkende arbeidsmarkt, veelbelovende medewerkers trachten te boeien en binden. Dit binnen de context zoals geschetst in de inleiding. Dat is de opdracht aan de GGZ-organisaties en de daarin werkende managers en professionals. De wetenschap wordt gevraagd hieraan een belangrijke bijdrage te leveren.

Het samenwerken van wetenschappers en managers wordt genoemd als van belang bij het overbruggen van de kloof tussen wetenschap en managementpraktijk (Damore, 2006; Hamers, 2011; Kovner, 2000; Rousseau, 2006; Walshe 2001).

Maar wat is de achtergrond en context van de kloof tussen wetenschap en praktijk? Hoe kunnen organisaties de samenwerking tussen deze twee partijen, werkzaam binnen GGZ-instellingen, faciliteren ten behoeve van Evidence Based management? Wat betekent dit voor de organisatie-inrichting? Wat betekent het streven naar Evidence Based Management voor de organisatie-inrichting? Aan deze vragen wordt in het theoretisch kader en in het empirisch onderzoek aandacht besteed.

De volgende doelstelling is voor dit onderzoek geformuleerd:

Doelstelling:

Het doen van aanbevelingen aan directeuren (managers) bedrijfsvoering van zorgdivisies en directeuren (wetenschappers) van R&D afdelingen, van GGZ-instellingen, voor randvoorwaarden met betrekking tot samenwerken en organisatie-inrichting. Zodat zij kunnen bijdragen aan het overbruggen van de kloof tussen Wetenschap (R&D-afdelingen) en managementpraktijk (Zorgdivisies) van GGZ-instellingen en daarmee bijdragen aan Evidence Based Management binnen de GGZ.

De inzichten die hiervoor nodig zijn worden verkregen via een 4-tal wegen:

- a. Door het bestuderen van literatuur.
- b. Door het analyseren van websites.
- c. Door interviews met directeuren bedrijfsvoering en directeuren R&D van GGZ-instellingen.
- d. Door het analyseren van beleidsstukken van deze GGZ-instellingen.

1.4 Onderzoeksontwerp

Om de doelstelling te realiseren is de volgende centrale onderzoeksvraag opgesteld:

Centrale vraagstelling:

Zijn theorieën over samenwerkingsverbanden en organisatie-inrichting, gezien in het licht van de achtergronden van de kloof tussen wetenschap en praktijk, te verbijzonderen naar R & D afdelingen en zorgdivisies binnen GGZ-organisaties? En welke inzichten levert dit op die te gebruiken zijn voor het doen van aanbevelingen aan R&D- en Bedrijfsvoerend directeuren van deze instellingen?

Het onderzoek zal bestaan uit een drietal onderdelen. Per onderzoeksdeel zijn subvragen geformuleerd om de centrale vraag te kunnen beantwoorden.

I Theoretisch Kader. Literatuuronderzoek.

Subvragen:

1. Wat wordt verstaan onder Evidence Based Management en haar voorloper Evidence Based Evidence Based Medicine en hoe zijn zij aan elkaar gerelateerd ?
2. Welke inzichten worden uit de literatuur verkregen over de kloof tussen Wetenschap en (Management)Praktijk?
3. Wat zijn algemene theorieën over samenwerking en organisatie-inrichting en welke aandachtspunten worden genoemd die van belang zijn voor R&D en Management binnen de GGZ ?

Inzichten worden verkregen door literatuuronderzoek naar:

1. Evidence Based Management, en haar voorloper Evidence Based Medicine.
2. De achtergronden van de kloof tussen wetenschap en (management)praktijk.
3. Inrichting van kennisintensieve organisaties en modellen voor succesvol samenwerken. Uitgaand van de gedachte dat juist deze literatuur inzichten kan opleveren over randvoorwaarden van belang bij het overbruggen van de kloof tussen wetenschap en praktijk binnen GGZ-instellingen.

II Praktijkdeel I : Onderzoek Websites van GGZ-instellingen in Nederland:

Subvragen:

1. Staat wetenschappelijk onderzoek in het algemeen en wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van EBMgt in het bijzonder , op de agenda van GGZ-instellingen in Nederland ?
2. Is er door middel van onderzoek van websites inzicht te verkrijgen in samenwerkingsverbanden en organisatie-inrichting op het gebied van onderzoek van deze GGZ-instellingen.

Inzichten worden verkregen door:

1. Het analyseren van websites op het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en wetenschappelijk onderzoek in het kader van EBMgt.
2. Het analyseren van websites op samenwerkingsverbanden en organisatie-inrichting op het gebied van onderzoek.

III Praktijkdeel 2 :a. Interviews met directeuren van GGZ-instellingen.

b. Documentonderzoek van deze GGZ-instellingen.

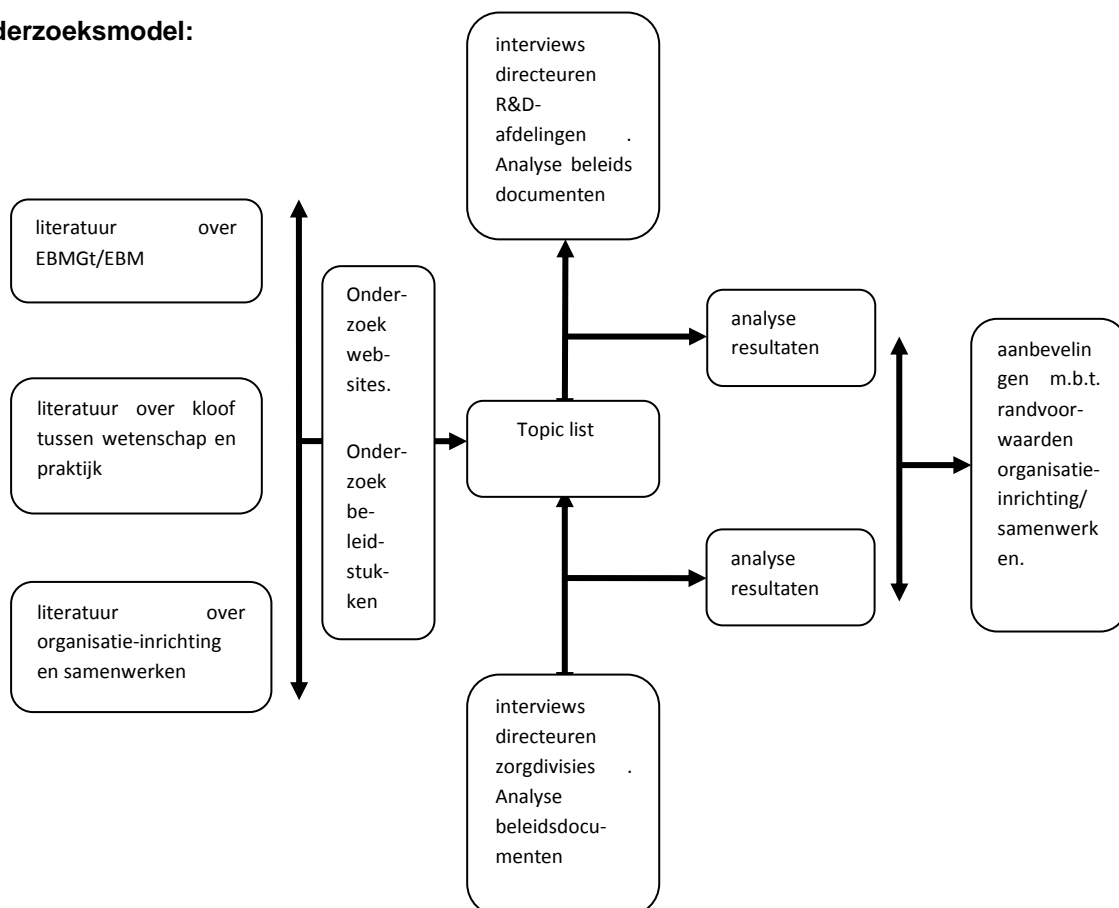
Subvragen:

1. Zijn directeuren van Zorgdivisies en directeuren van R&D afdelingen bekend met het begrip EBMgt en wat is hun mening over het belang van wetenschap ten behoeve van de managementpraktijk?
2. Welke meningen en ideeën leven er, bij de verschillende directeuren , met betrekking tot de vraag of R&D Afdelingen kunnen bijdragen aan oplossingen op bedrijfsvoerend gebied ?
3. Hoe is de huidige organisatie ingericht en hoe draagt dit bij, of belemmert dit juist, de samenwerking tussen R&D Afdelingen en Zorgdivisies ten behoeve van een meer EBMgt? En hoe zou dit beter vorm gegeven kunnen worden ?

Inzichten worden verkregen door:

1. Het inventariseren van inzichten, meningen en verwachtingen van directeuren R&D afdelingen en directeuren Bedrijfsvoering van GGZ-instellingen in Nederland ten aanzien van Evidence Based Management, samenwerken en organisatie-inrichting. Dit wordt gedaan door middel van semigestructureerde interviews. Vragenlijsten worden opgesteld aan de hand van inzichten verkregen uit het theoretisch kader – literatuuronderzoek-, websiteonderzoek, onderzoek beleidsdocumenten. En het analyseren van beleidsdocumenten van GGZ-instellingen die handelen over R&D- strategie, en organisatie-inrichting.

Onderzoeksmodel:



1.5 Leeswijzer

In dit eerste hoofdstuk is de achtergrond en context van het onderzoek geschetst, gevolgd door het onderzoeksontwerp waarin de doelstelling en vraagstelling zijn beschreven.

Hoofdstuk 2 en 3 vormen het theoretisch kader van dit onderzoek. In hoofdstuk 2 wordt literatuur beschreven die handelt over Evidence Based Medicine, Evidence Based Management en Evidence Based Management in de GGZ. Er wordt ingegaan op de achtergronden en context van de kloof tussen wetenschap en praktijk; wetenschap en management. In hoofdstuk 3 wordt vanuit de brede context de organisatie binnen gestapt. De verkregen inzichten uit hoofdstuk 2 worden samengebracht met theorieën over samenwerken en organisatie-inrichting.

In hoofdstuk 4 staat het methodologisch ontwerp van het empirisch onderzoek beschreven.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten van de deelonderzoeken weergegeven.

In hoofdstuk 6 worden eerst de voornaamste conclusies weergegeven. Vervolgens worden bevindingen bediscussieerd in relatie tot de verkregen inzichten uit de literatuur. Centrale vragen en subvragen worden al doende beantwoord. Tenslotte volgen de aanbevelingen voor directeurs R&D en bedrijfsvoering.

2. Wetenschap en Praktijk: een moeizame relatie.

Het doel van de literatuurstudie is om theoretische kennis te verwerven die kan bijdragen aan het bereiken van de doelstelling. In dit hoofdstuk wordt die kennis onder de loep genomen die handelt over Evidence Based Medicine (EBM), de belangrijke voorloper van Evidence Based Management (EBMgt). Ingegaan wordt op de geschiedenis en huidige context van de Evidence Based “beweging”. Vervolgens wordt overgeschakeld naar het Evidence Based Management en de relatie tussen Wetenschap en (Management)praktijk. De relatie tussen Evidence Based Medicine en Evidence Based Management wordt onderzocht. En tenslotte wordt een model voor Evidence Based Management in de GGZ beschreven. Als voorbeeld hoe EBMgt in de praktijk toegepast zou kunnen worden.

2.1 Evidence Based Medicine en de relatie tussen Wetenschap en Praktijk.

2.1.1 Evidence Based Medicine

Evidence Based Medicine, heeft voor de huidige uitoefening van de geneeskunde, waar de psychiatrie toe behoort, ingrijpende gevolgen gehad. EBM houdt in dat bij het diagnostisch proces en bij het maken van en keuze voor de behandeling van een individuele patiënt expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruik gemaakt wordt van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs. (Sackett, 1996) Dit bewijs is verkregen via systematische research. Daarnaast wordt bij EBM dit bewijs geïntegreerd met individuele klinische expertise, opgebouwd uit kennis en ervaring, en de waarden en voorkeuren van de patiënt. Dus geïntegreerd met datgene wat zich afspeelt op de werkvloer, in de relatie tussen arts en patiënt, binnen de spreekkamer.

EBM is deels gestimuleerd door onverklaarbare grote verschillen in de klinische praktijk. Waaronder het gegeven dat behandelingen met bewezen effectiviteit te weinig, wijdverbreid toegepast werden, en het persisterend gebruik van technologieën die bewezen ineffectief waren. (Walshe 2001)

EBM, Evidence Based Psychiatry, vindt ook binnen de GGZ grote navolging. Het toepassen van EBM in de GGZ ligt echter ingewikkelder dan in de somatische geneeskunde (Swinkels 2008). In de psychiatrie wordt gebruik gemaakt van psychotherapie, psychosociale behandelingen en medicijnen. Een deel van het effect van de behandeling is gebaseerd op specifieke, cq relationele factoren. Desondanks zijn de afgelopen jaren Evidence Based Richtlijnen het hart van de multidisciplinaire behandel richtlijnen voor de GGZ gaan vormen.

2.1.2 De geschiedenis van Evidence Based Medicine

Het idee dat wetenschappelijke inzichten in diagnostiek en therapie richting moeten geven aan medisch handelen en dat een goede arts een wetenschappelijk geschoolde arts is heeft niet altijd op de voorgrond gestaan. In de 19^e eeuw speelt wetenschappelijke kennis nauwelijks een rol bij de bepaling wie een goede dokter was: een goede naam, therapeutisch succes en een redelijke prijs

waren de bepalende factoren.(Horstman 2011). Behandelingen waren gebaseerd op ervaringen, die overgedragen werden in een meester-gezel relatie. De rationele rederatie was zeker geen gemeengoed. (Peul, 2010). Geleidelijk trad daarin verandering op. Archie Cochrane, midden 20^e eeuw, vergaarde bewijs voor de beste behandeling door de effectiviteit te evalueren middels vergelijkend onderzoek. Deze zogenoemde gerandomiseerde studies genereerden data, en door deze te verzamelen uit meerdere onderzoeken naar dezelfde behandeling ontstond wetenschappelijk literatuur analyse. Aldus werd de systematic review geboren, later gezien als hoogste vorm van bewijs. (Swinkels, 2008).

Raakten in de 20^e eeuw wetenschap en klinische praktijk met elkaar verweven, volgens sommigen werden zij gaandeweg elkaars concurrenten: diende een dokter zich te laten leiden door de laatste academische inzichten of door zijn specifieke ervaringen met die individuele patiënt? David Sackett (1996), grondlegger van de Evidence Based Medicine, zegt hierover: *“good doctors use both clinical expertise and the best external evidence, and neither alone is enough”*. Want zonder de klinische expertise wordt de praktijk getiranniseerd door wetenschappelijk bewijs; want zelfs het allerbeste wetenschappelijk bewijs kan wel eens niet toepasbaar of niet aanvaardbaar zijn voor die ene, individuele patiënt. Aan de andere kant zonder de best beschikbare wetenschappelijke evidentie is de klinische praktijk snel gedateerd, over-datum, en mogelijk schadelijk voor de patiënt. Dus: EBM vereist een benadering wat de drie aspecten integreert: research evidence, klinische expertise en die specifieke individuele patiënt en zijn context.

2.1.3 De relatie tussen Wetenschap en Praktijk

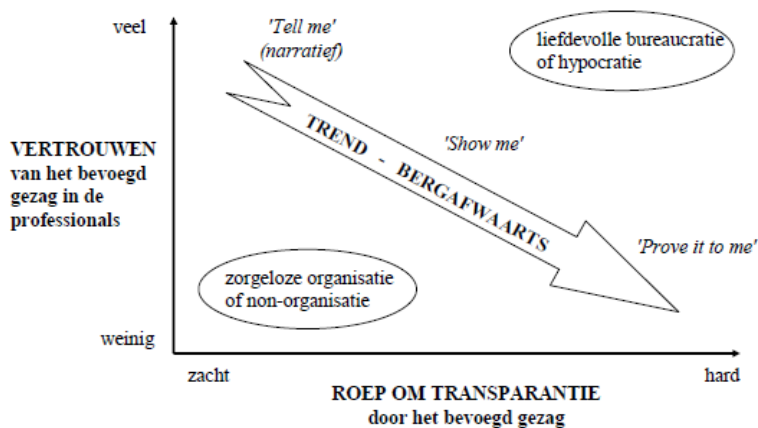
Maar de integratie tussen wetenschap en praktijk is niet zo eenvoudig. Horstman, 2011, wetenschapsfilosoof, spreekt zelfs van een pathologische relatie tussen wetenschap en praktijk. Dit hangt volgens haar samen met het heersende utopisch ideaal dat wetenschap en praktijk eigenlijk één zijn. Waarbij de overtuiging dat geneeskundige kennis, ideeën, cognities leidend zijn bij de vooruitgang in de geneeskunde en de klinische praktijk verondersteld wordt zich naar de wetenschap te plooiën. Hierbij wordt de klinische praktijk slechts gezien als toegepaste wetenschap en als zodanig belichaamt ze slechts onzuivere kennis. De enige reden dat dan toch soms aandacht aan de praktijk wordt geschonken is wanneer zij niet aan de verwachtingen voldoet en zich niet voegt naar de kennis die toonaangevend wordt gezien. Maar, stelt Horstman, vanuit pragmatisch-filosofisch perspectief bezien is er geen wezenlijk verschil tussen kenniswerk en ander werk ; verschillen schuilen in specifieke culturele conventies die gelden in wetenschappelijke gemeenschappen. En: er wordt in verschillende praktijken, onderzoekspraktijk- klinische praktijk- eenvoudig een ander spel gespeeld en er gelden andere regels. Maar overal waar gehandeld wordt, wordt ervaring en dus kennis opgedaan. Zij roept op om meer balans aan te brengen tussen de verschillende kennispraktijken die er bestaan. Volgens haar kan de pathologie van de relatie verminderd worden door de realiteit onder ogen te zien: probeer de idealisering van de wetenschap ten opzichte van de

praktisch kennis te doorbreken en daarmee de relatie meer in balans te brengen en gezonder te maken.

Hierop sluit De Roo (2011) vanuit managementcontext aan: hij roept de wetenschapper op de manager en zijn praktijkcontext niet uit het oog te verliezen; hij roept de wetenschapper op de klassieke denkwereld te verlaten dat zij de juiste antwoorden op zak hebben en dat mensen uit de praktijk goed doen daarnaar te handelen. Want juist de praktijkmensen hebben kennis van handelen in specifieke, unieke omstandigheden. Zij beschikken, naast hun gevarieerde opleidingskennis, over ervaringsdeskundigheid die al doende, vaak stilzwijgend, is verworven. Managers weten wat hun organisatie, onder uiteenlopende omstandigheden kan presteren en wat niet. Het creatieve debat begint volgens de Roo (2011) met de erkenning dat de effectiviteit, doeltreffendheid van innovatie start met de uitkomsten van wetenschappelijke kennis maar dat de haalbaarheid af hangt van het passend zijn in unieke omstandigheden. En juist over die laatste kennis beschikt de manager.

Porter (1995) werpt een ander licht op de huidige roep om wetenschappelijke evidentie. Volgens Porter is deze aandacht voor het getal een uitdrukking van democratisering van de gezondheidszorg, van toenemend pluralisme en van een groeiende publieke verantwoordingsdruk ten aanzien van de besteding van de collectieve schaarse middelen en een roep van de burger om kwaliteit en gelijke behandeling. Weggeman, in een lezing in november 2011, gaat verder en stelt: “daar waar het vertrouwen in het bevoegd gezag afneemt (“Eminence Based Evidence”) wordt de roep om harde cijfers luider. Porter (1995) “waar de overheid, de dokter, de pedagoog en de manager vroeger een eenvoudig beroep op hun autoriteit konden doen, zullen zij nu met getallen en statistiek hun gelijk moeten aantonen”.

**We gaan van een high-trust society naar een low-trust society,
en hoe minder vertrouwen, hoe harder de roep om transparantie**



Figuur 2. Weggeman, lezing Zeist 4 nov.2009.

Hiermee valt samen dat Evidence Based heden ten dage een “buzz-word” is geworden: het ligt voor in de mond bij managers, beleidsmakers, politici, verzekeraars. (Rousseau, 2006) Hetgeen het wantrouwen versterkt bij de professional-in-de-praktijk dat Evidence Based gebruikt wordt om professionals te disciplineren en de kosten voor de zorg te beteugelen en het oorspronkelijk doel, verbeteren van de zorg, uit het oog verloren is geraakt. (Swinkels, 2008).

En hiermee bevindt de Wetenschap zich in een boeiend –maatschappelijk- spanningsveld : wordt de Evidence geproduceerd om tegemoet te komen aan de –door managers sterk gevoelde- verantwoordingsdruk ten behoeve van overheid, zorgverzekeraars, of om tegemoet te komen aan de wens de –individuele-zorgpraktijk - op een hoger –wetenschappelijk verantwoord- plan te brengen? Een vraag waar organisaties, en de daarin werkende managers en wetenschappers mee worstelen en die ook naar voren komt uit recente artikelen rondom Routine Outcome Monitoring (Os van, 2012), Echter: het is niet het een of het ander; het is beide. Aan het eerste, transparantie en verantwoordingsdruk, valt niet te ontkomen maar men moet dat ook niet willen. Dit maakt onderdeel uit van de maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het tweede is de existentiële voorwaarde waar de eerste uit af te leiden moet zijn. Hieruit vloeit voort dat wetenschap en veld zich tot beiden geroepen moeten voelen.

2.2 Evidence Based Management en de relatie tussen Wetenschap en Managementpraktijk

2.2.1 Evidence Based Management (EBMgt)

De “Evidence Based” ontwikkelingen, de grote invloed daarvan op de geneeskunde, zijn ook waargenomen binnen diverse andere praktijken, waaronder de managementpraktijk. (Pullin, 2003). De roep is ontstaan om ook de managementpraktijk meer evidence-based te maken dan tot nu toe het geval is. De gezondheidszorgprofessionals, door hun managers op de huid gezeten om evidence-based te werken, vragen toenemend naar de bewijsvoering en effectiviteit van ingevoerde managementveranderingen. (Graaf, van der, 2011) Management gebaseerd op evidence zou kunnen bijdragen aan het voorkomen van “underuse” van datgene wat bewezen effectief is, het voorkomen van “overuse” van datgene wat bewezen niet-effectief – of niet –passend is in die specifieke situatie, en het voorkomen van “misuse”, om op die manier een bijdrage te kunnen leveren aan een betere service- en technische kwaliteit en het in de hand houden van kosten. (Walshe, 2001) Ook zou EBMgt op die manier kunnen bijdragen aan het verminderen van de kloof tussen wetenschap en de medische praktijk (Rousseau, 2006).

De meest gebruikte definitie vertoont wat betreft de vorm overeenkomsten met de definitie van EBMedicine en luidt als volgt:

Voor het nemen van managementbeslissingen wordt, idealiter, op expliciete, oordeelkundige en consciëntieuze wijze gebruik gemaakt van een viertal kennisbronnen, zoals weergegeven in onderstaande figuur:



Figuur3. <http://www.cebma.org>

Bij een Evidence Based beslissing maakt de manager gebruik van wetenschappelijke kennis- in combinatie met zijn professionele expertise in samenhang met zijn specifieke organisatie, bekeken in de context, en rekening houdend met waarden en normen van belanghebbenden binnen en buiten de organisatie.

Waarbij overigens Hamers (2011) opmerkt dat niet alleen vanuit het domein van de wetenschappelijke kennis maar ook vanuit de andere domeinen valide en betrouwbare , wetenschappelijke informatie, wordt ingebracht. De eigen organisatie en de interne en externe stakeholders kunnen op een redelijk gangbare, gestandaardiseerde wijze met veelal “bewezen” onderzoeksinstrumenten in kaart gebracht worden. (Stakeholders-concurrentieanalyses, portfolioanalyse, SWOT, managementinformatie).

Echter, de hedendaagse (gezondheids)managers maken nog slechts beperkt gebruik van wetenschappelijke kennis om hun praktijk optimaal vorm te geven. (Walshe & Rundall, 2001; Rousseau, 2005, 2006; Pfeffer & Sutton 2007) En alhoewel zij hun clinici veelal stimuleren om hun praktijken evidence-based te maken passen zij het gedachtegoed van evidence-based weinig tot niet toe op hun eigen management -praktijken.(Graaf, van der, 2011). Dit komt hun uit de eigen gelederen op scherpe kritiek te staan. O.a. van Pfeffer en Sutton, die in hun boek : Hard Facts, dangerous half-truths & total nonsense onder meer zeggen dat managementbeslissingen eerder gebaseerd zijn op hoop en angst, en geloof in datgene wat in het verleden gewerkt heeft, het kopiëren van datgene wat in andere bedrijven succesvol is gebleken dan op de werkelijke evidence-based feiten. “Als dokters geneeskunde zouden bedrijven op een wijze waarop bedrijven management bedrijven zouden er veel meer zieke en dode patiënten zijn en veel dokters in de gevangenis.”.

Rousseau, door anderen wel de “funding-mother” van EBMgt genoemd, spreekt de hoop uit in haar veel geciteerde artikel uit 2006, dat managers ook gebruik gaan maken van de kennis die research in de sociale wetenschappen en organisatiewetenschappen heeft opgeleverd. En dat managers hun persoonlijke voorkeuren en toevallige- willekeurige ervaringen ook gaan herkennen als dusdanig.

Maar ook zij stelt dat er niet zoets als EBMgt bestaat: er wordt nog nauwelijks gebruik gemaakt van datgene wat bewezen effectief is, transfer van wetenschappelijke kennis naar de werkvloer vindt veel te weinig plaats, uitkomstmeting van verandertrajecten vindt nog helemaal niet/nauwelijks plaats.

2.2.2 De managementpraktijk

Een achtergrond van het beperkt gebruik maken van wetenschappelijke kennis is volgens sommigen gelegen in de aard van de managementpraktijk. (Barends, 2008. Rousseau, 2006. Walshe, 2001)

De manager heeft met vele krachten tegelijkertijd rekening te houden. Hetgeen zichtbaar wordt in onderstaand krachtenveld model voor de GGZ zoals ontwikkeld binnen Zorg Consult Nederland. (Hamers, 2011)



figuur 4 Krachtenveld van de manager.

De manager staat onder invloed van deze krachten. Ze zijn terug te vinden in de onderste cirkels van het EBMgt model zoals weergegeven in het figuur 3. Krachten die onderling afhankelijk zijn en, afhankelijk van de context, min of meer doorslaggevend. Na een eenmaal genomen managementbeslissing kan er een implementatietijd van weken tot jaren ontstaan. Onderweg kunnen er allerlei interferenties ontstaan door adviesorganen, stakeholders, externe veranderingen (financiering), interne veranderingen, verandering doelgroepen, etc. Vervolgens kan de uiteindelijke uitwerking van de beslissing een lange tijd in beslag nemen. Gevolgen worden veelal pas laat zichtbaar; soms is de invoerder al lang vertrokken. (Walshe, 2001)

Daartegenover staat de medische praktijk waarin EBM wel succesvol is. Medisch-professionals hebben controle over hun eigen werk. De relatie met de patiënt is één op één in de spreekkamer, de besluiten over de wijze van behandeling en diagnostiek worden daar genomen. (Klopper, 2011) Veelal

op basis van inhoudelijke kwaliteit van de argumenten, waarbij beslissingsondersteunende elementen steeds vaker een rol spelen. En clinici worden veelal zelf met de uitkomsten van hun beslissingen geconfronteerd. (Walshe, 2001)

Vanuit deze medische wereld is de wetenschapper binnen de GGZ veelal afkomstig. Deze totaal verschillende speelvelden van wetenschapper en manager kunnen leiden tot wederzijds onbegrip. Men begrijpt niet hoe in de wereld van de ander gespeeld wordt. Dit kan ertoe leiden dat men zich van elkaar afwendt; omdat de wereld van de manager onbegrijpelijk is voor de wetenschapper; omdat wetenschappelijk verantwoorde onderbouwingen in de wereld van de manager een geheel andere, door de wetenschap niet-bedoelde, uitwerking krijgen. Cliënten gaan data gebruiken om zorg te kiezen; verzekeraars bij het inkopen van de zorg en de inspectie voor het houden van toezicht. (Bongers, 2011) Maar de wetenschapper staat niet los van dit krachtenveld. Zoals beschreven in par. 2.1.3. En managers zijn wel op zoek naar praktische kennisontwikkeling.(Roo,de 2010), Er is behoefte aan onderzoekskennis waarbij uitgegaan wordt van problemen die in de praktijk spelen; kennis die erop gericht is de praktische problemen op te lossen. (Hamers 2011) Problemen die zich afspelen in genoemde, grotendeels ongecontroleerde dagelijkse praktijk.(Bongers, 2011. Hamers, 2011).

2.2.3 Wetenschappelijk Onderzoek en de Managementpraktijk.

De wetenschap is zoekende hoe de uitvoering van het wetenschappelijk onderzoek, in de context van de praktijk, vormgegeven moet worden. (Borghoff, 2007. Leroy, 2009). In 1994 verscheen *The New Production of Knowledge* van Gibbons e.a.. De auteurs signaleren de opkomst van nieuwe vormen van kennisproductie die zich niet langer in de vertrouwde denkschema's over wetenschappelijk onderzoek laten vangen (Leroy, 2009. Nowotny, 2009). Zij schetsen een ontwikkeling waarbij dat wat door hen Mode 1 'science' genoemd wordt, meer en meer ruimte moet maken voor Mode 2 'knowledge production'. Modus 1 staat voor traditioneel disciplinegebonden wetenschappelijk onderzoek dat plaats vindt in een academische context (meestal universiteiten), en dat gekenmerkt wordt door organisatorische homogeniteit, uniformiteit en stabiliteit. De kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek – waarbij het in de eerste plaats gaat om het vinden van waarheden of het rechtvaardigen van overtuigingen –wordt binnen de discipline gegarandeerd en gecontroleerd door een systeem van 'peer review', waarin meestal individuele bijdragen worden beoordeeld door hen die op basis van eerdere bijdragen competent worden geacht over de kwaliteit van het onderzoek te oordelen.

Modus 2 kennisproductie daarentegen vindt plaats in de context van het veld, en is inter- of transdisciplinair, waarbij naast academici ook andere partijen betrokken zijn. (Hamers, 2011). Het onderzoek vindt niet uitsluitend plaats binnen homogeen en uniform georganiseerde universiteiten en colleges, maar wordt gelokaliseerd in heterogene, pluriforme configuraties van vaak tijdelijke verbanden tussen universiteiten, hogescholen, private en publieke instellingen, het bedrijfsleven, etc., die zich rond een bepaalde problematiek scharen. De kwaliteit van het onderzoek – waarbij het ook

gaat om de vraag of de uitkomsten maatschappelijk, economisch of politiek relevant, competitief of haalbaar zijn – wordt door meerdere partijen beoordeeld. Naast ‘disciplinary peers’ buigen zich ook anderen over zowel de prioritering en de vraagstelling van het onderzoek als over de beoordeling van de resultaten ervan. Er bestaat kritiek op deze dichotomie maar een punt blijft dat de huidige samenleving om een verbreding van en een andere kijk op kennisproductie vraagt, en deze in toenemende mate ook voortbrengt. In onderstaande tabel 1 worden de belangrijkste verschillen tussen mode 1 en mode 2 onderzoek weergegeven.

Tabel 2. De typerende verschillen tussen Mode 1 en Mode 2

Mode 1	Mode 2
Gedreven vanuit discipline	Gedreven door praktische toepassing
Weinig invloed vanuit de markt	Sterke invloed vanuit de markt
Sterk disciplinaire organisatie	Transdisciplinair
Vaste onderzoeksteams	Tijdelijke, wisselende teams
Homogene organisaties	Heterogene organisaties
Hiërarchische aansturing	Horizontale aansturing
Kennisproductie centraal	Kennisgebruik mee in rekening
Academie als middelpunt	Kennisproductie op veel plaatsen
Gebruikers niet betrokken	Gebruikers sterk betrokken
Weinig aandacht voor consequenties	Veel oog voor consequenties
Weinig reflexiviteit	Hoge mate van reflexiviteit
Kwaliteit is vast te stellen	Kwaliteit is een proces
Kwaliteitscontrole door peers	Kwaliteitscontrole door betrokkenen

Bron: Gibbons et al. 1994

Uit: P. Leroy, 2009

Tabel 1 Verschillen tussen Mode 1 – Mode 2.

Overigens speelt de vrees dat de door peer-review gedomineerde “publish-or-perish” cultuur van het wetenschappelijk onderzoek te weinig “peer-waardering” oplevert voor onderzoek waarbij men zich in de vragen van de beroepspraktijk verdiept. (Borghoff, 2007). Want niet het aantal publicaties maar veranderingen in de klinische(management)praktijk zijn daarbij het primaire doel van onderzoek. Publicaties zijn een stap richting dat doel. (Walshe, 2001)

Nog een aspect speelt een rol bij de wetenschapsuitoefening. Regelmatig wordt benadrukt dat vernieuwende ideeën en inzichten ook kunnen ontstaan in de praktijk; die kunnen worden gevolgd met onderzoek en vervolgens kan die verworven kennis worden getoetst in context overstijgend

onderzoek: Practice Based Evidence.(Bongers, 2011. Hamers 2011. Hutschemakers, 2009). Ook zonder klinisch experiment, op basis van gestandaardiseerde zorgdata, kan voldoende bewijsvoering geleverd wordt. Weliswaar lager op de ladder van wetenschappelijk onderzoek maar wel rationele zorg .

Dit alles vereist out-of-the-box denken en een voortdurende ontmoeting en samenwerking van wetenschap en praktijk . Alleen op die manier hebben wetenschap en praktijk gedreven kennisontwikkeling de kracht om elkaar te voeden en te versterken. (Bongers, 2011)

2.3 De relatie tussen Evidence Based Management en Evidence Based Medicine.

Het duurde 40 jaar voor de bevindingen van Semmelweis, de ontdekker van de kraamvrouwenkoorts, erkend werden. Nu, ruim honderd jaar later, breekt men nog het hoofd hoe medewerkers ertoe te krijgen een basale hygiëne, bijvoorbeeld het handen wassen, in acht te nemen. (Rousseau, 2006)

Dit voorbeeld laat zien dat uitkomsten van wetenschappelijk bewijs in de praktijk geïmplementeerd, en ten uitvoer moeten worden gebracht. Alleen het ter beschikking stellen van verantwoorde protocollen, standaarden en richtlijnen, is geen voldoende voorwaarde om een EBMedicine praktijk neer te zetten. (Berden, 2011; Curry, 2011; Levi, 2011,). Vele andere randvoorwaardelijke factoren worden genoemd: organisatie en cultuur binnen het ziekenhuis, oriëntatie en betrokkenheid van staf en management, schriftelijke en mondelinge communicatie, fysieke aanwezigheid van leden van het management bij relevante besprekingen, communicatie en coördinatie tussen de verschillende groepen, de attitude die er heerst in ziekenhuizen ten aanzien van problemsolving en organisational learning. (Berden, 2011; Curry, 2011; Levi, 2011; Rousseau, 2006). Uit deze factoren, die deels verder worden onderzocht in hoofdstuk 3, blijkt dat gecombineerde inspanning van medisch specialisten, onderzoekers, managers, bestuurders noodzakelijk is om uitkomsten te verankeren.

Hutschemaker, (2009) en vele anderen beschrijven de gebrekkige resultaten van Evidence Based Richtlijnen in de psychiatrie; het grote verschil tussen efficacy, de werkzaamheid van een interventie onder ideale omstandigheden, en effectiveness wat verwijst naar de doelmatigheid en de resultaten in de zorgpraktijk, waarbij het ook gaat over haalbaarheid, generaliseerbaarheid en kosteneffectiviteit. (Swinkels, 2008). De praktijk kan volgens Hutschemaker geholpen worden door de implementatie niet helemaal aan de vrije loop van toeval en omstandigheden over te laten en bijvoorbeeld gebruik te maken van het wetenschapsgebied implementatiekunde, waarbij bevorderende en belemmerende factoren in kaart worden gebracht op het niveau van behandelaren, patiënt, en organisatie van de zorg. Gebieden waar de gezondheidszorg manager uitermate bij betrokken is. Maar dan nog, zelfs gecombineerde inspanning leidt niet automatisch tot verbetering van die praktijk, zoals naar voren komt in het verslag van de NTVG- dag 2011; een dag die gevuld werd met debat over de kloof tussen wetenschap en praktijk. (Zaat, J. 2011). Ook Hutschemaker, (2009) signaleert dit: wanneer meerdere effectieve interventies worden samengebracht in een richtlijn of zorgprogramma leidt deze richtlijn niet tot de verwachte meerwaarde conform de meerwaarde die de individuele interventie wel oplevert.

Binnen een zorgprogramma gaan de zaken door elkaar lopen: patiëntselectie maar ook organisatorische en financiële randvoorwaarden spelen een grotere rol; beleidsmakers en bestuurders gaan zich ermee bemoeien en dan komt de interventie in een heel ander krachtenspel terecht waar alles met alles te maken heeft. Een terugkerende verzuchting: “De gezondheidszorg is een complex – adaptief systeem is met vele samenhangende en interactieve factoren die contextafhankelijk zijn “ (Berden, 2011).

Deze voorbeelden –en verzuchting- illustreren ten eerste dat Evidence Based Management, en het daarin begrepen onderzoek, noodzakelijk is om iets van dit complexe-adaptieve systeem in beeld te krijgen en veranderingen aan te brengen die steek houden en succesvol zijn met betrekking tot servicekwaliteit, efficiëntie, etc.. Ten tweede, dat een EBMedicine zonder een Evidence Based Management weinig kans van slagen heeft. EBMgt kan gezien worden als een randvoorwaarde voor EBM en zo bekeken kan EBMgt inderdaad helpen de kloof tussen Wetenschap en de Medische Praktijk helpen overbruggen.

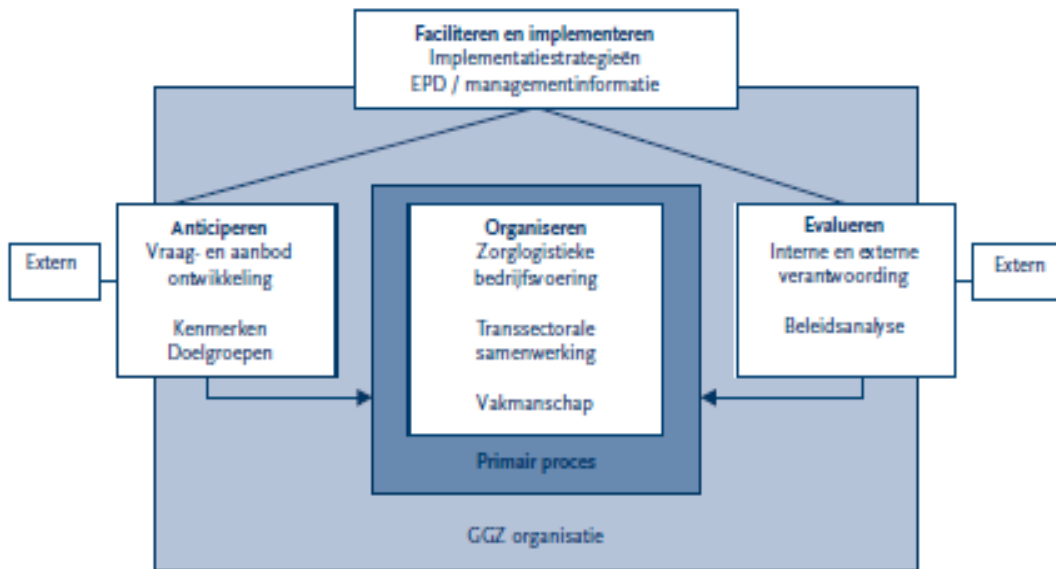
2.4 Evidence Based Management binnen de GGZ.

Binnen de perifere GGZ is men er pas sinds kort aan gewend gelden aan te wenden voor toegepast onderzoek, zie de inleiding van deze thesis. Begrotingsbesprekingen gaan over het creëren van een – geringe (!)- marge, voor de duur van 1 jaar, veelal gericht op verlaging van kosten, gebaseerd op resultaten uit het verleden. Investeren in onderzoek en innovatie wordt veelal gezien als een onduidelijke investering zonder duidelijke opbrengst. Dit is een gekend fenomeen binnen gezondheidszorgorganisaties, wat ook in de literatuur beschreven wordt. (Kovner, 2000). Evidence Based Management binnen de GGZ is geen gemeengoed.

Toch gaan er –ook in de GGZ- steeds meer geluiden op om een evidence Based Management Praktijk te gaan ontwikkelen, implementeren en borgen. Hetgeen onder andere blijkt uit het inrichten van een leerstoel “Evidence Based Management in de GGZ”. Bongers (2011) stelt in haar oratie: *“zonder onderbouwing met het best beschikbare bewijs zijn innovaties van voorwaarden scheppende processen niet verantwoord. De risico’s die verbonden zijn aan de plank mis slaan zijn groot in de sterk veranderlijke omgeving van de GGZ. De plank mis slaan kan directe gevolgen hebben voor het primaire proces van diagnose, behandeling en ondersteuning van zeer kwetsbare mensen Bij het doorvoeren van dergelijke veranderingen mogen alleen verantwoorde risico’s genomen worden.”*

Hoe onderzoek in het kader van EBMgt er binnen de GGZ uit zou kunnen zien schetst Bongers in haar oratie. De voorwaarden scheppende processen en bijbehorende methoden en instrumenten worden opgedeeld in een viertal domeinen: anticiperen, organiseren, evalueren, faciliteren en implementeren.

Hieronder schematisch weergegeven:



figuur 5. Onderzoeksmodel EBMgt

- Bij het domein Anticiperen komen onder andere afstemming van vraag- en aanbod, en het krijgen van inzicht in kenmerken van huidige en toekomstige doelgroepen.
- Bij Organiseren staan Zorglogistieke bedrijfsvoering, (denk bijvoorbeeld aan operations management, toepassen van Lean-principes, TOC's etc,) Transsectorale samenwerking, (denk bijvoorbeeld aan onderzoek naar ketengerichte organisatiestructuren) en Vakmanschap (denk aan: ontwikkeling, ondersteuning van de zorgprofessionals, implementatie Evidence Based Practice) centraal.
- Evalueren betreft onderzoek doen op het gebied van interne en externe verantwoording en onderbouwing van en methoden voor het uitvoeren van beleidsanalyse.
- Onder het domein faciliteren en implementeren valt o.a. onderzoek naar implementatiestrategieën en het onderbouwen en opzetten van managementinformatie.

Dit model ten behoeve van onderzoek binnen de GGZ lijkt veelbelovend om een antwoord te kunnen geven op het beleid van de overheid zoals verwoordt in de inleiding en lijkt ook toepasbaar en bruikbaar in het geschetste krachtenveld van de managementpraktijk ten behoeve van EBM.

Dit model zal ook in het praktijkdeel van dit onderzoek gebruikt worden om te onderzoeken of onderdelen ervan, (kunnen)aansluiten op de wetenschappelijke agenda van de R&D afdelingen en verwachtingen van managers.

3. Samenwerken tussen Wetenschap en Praktijk: voorwaarden met betrekking tot organisatie-inrichting.

"The best interest of the patient is the only interest to be considered and in order that the sick may have the benefit of advancing knowledge, union of forces is necessary"

1910 Dr. William J. Mayo, stichter Mayo klinieken

In het vorige hoofdstuk is in breder kader het belang van samenwerken tussen wetenschap en management naar voren gekomen. In dit hoofdstuk wordt de organisatie binnengegaan. Wat betekent samenwerken tussen deze twee partijen, werkzaam binnen GGZ-instellingen, voor de organisatie-inrichting? Wat betekent het streven naar Evidence Based Management voor de organisatie-inrichting? Door middel van literatuurstudie wordt hier nader op ingegaan.

3.1 Samenwerken

Meer state-of-the-art- zorg leveren, met een hoogwaardige kwaliteit, tegen lagere kosten, en, in een zorgwekkende arbeidsmarkt, veelbelovende medewerkers trachten te boeien en binden. Dat is de opdracht aan de GGZ-organisaties en de daarin werkende managers en professionals. De wetenschap wordt gevraagd hieraan een belangrijke bijdrage te leveren; de bijdrage van het creëren van nieuwe kennis ten behoeve van de benodigde innovaties. Om die bijdrage optimaal te kunnen benutten is samenwerken van wetenschap en management noodzakelijk. Dit wordt vanuit verschillende kanten benadrukt:

Zo stelt Mintzberg (2007): *"voor belangrijke innovaties is de professionele organisatie afhankelijk van samenwerking. Nieuwe programma's gaan dwars door alle specialismen heen- ze vereisen nieuwe categorisering- en vragen daarom om gezamenlijk optreden"*. En De Roo(2010) stelt: *"Samenwerking tussen wetenschapper en manager, als gelijkwaardigen ontstaan uit een oprechte nieuwsgierigheid naar onbekende mind-sets, op zoek naar nieuwe ideeën, nieuwe kennis, nieuwe wijsheid, dat is noodzakelijk"*. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 2008) stelt dat een belangrijke bron voor innovatie, voor het ontstaan van de nieuwe ideeën, juist ligt in samenwerking tussen mensen die beschikken over verschillende, complementaire kennis, vaardigheden en competenties.

Kortom, wanneer het gaat om nieuwe kennis, nieuwe wijsheid, innovaties, die voortvloeien uit wetenschap, kan men niet zonder samenwerken. Maar samenwerken is nog niet zo eenvoudig. Volgens sommigen dreigt de kunst van het samenwerken onder invloed van het Anglo-Amerikaanse marktdenken verloren te gaan.(Weggeman,2007). Want samenwerken is niet het onderste uit de kan willen halen. Maar zoeken naar oplossingen van problemen die voor de ander zwaarder wegen en voor jou geen al te grote offers vragen. Dit in tegenstelling tot de boodschap dat relaties gebaseerd

zijn op de markt van kopen en verkopen, economisch handelen en eigenbelang. (Weggeman, 2007. WRR, 2008).

Deze combinatie, de behoefte aan en het verlies aan vaardigheden tot samenwerken zou de huidige populariteit van het onderwerp verklaren. Populariteit die bijvoorbeeld blijkt uit de hoeveelheid managementliteratuur die over dit onderwerp verschijnt. Sigmund, psychiater, is de populariteit van dit onderwerp bij managers niet ontgaan zoals uit de onderstaande strip blijkt. Voor hem lijkt samenwerken niet weggelegd.



3.1.1 Vijf essentiële kenmerken van samenwerken

Juist gezien de populariteit van het onderwerp en de grote hoeveelheid literatuur die over dit onderwerp verschijnt is het noodzakelijk het terrein van samenwerkingsvraagstukken af te bakenen. (Bremekamp, 2010) In het algemeen worden de volgende vijf essentiële kenmerken van samenwerken benoemd (Bremekamp, 2009. Bruijn, de, 1999):

- Het eerste kenmerk is dat er is sprake van een grote mate van interdependentie: deelnemers van het samenwerkingsverband hebben elkaars steun en medewerking nodig. Ieder van de partners moet een deel van zijn autonomie opgeven in het vertrouwen dat hij er meer voor terug krijgt. Dit is voor menig autonome professional moeilijk. (Bremekamp, 2009). In paragraaf 5.3.3. wordt hier nader op ingegaan. Dit kenmerk kan worden toegepast op de relatie tussen R&D en managers: managers zijn (deels) afhankelijk van de wetenschap voor het bereiken van hun doelen waarvoor innovatie onontbeerlijk is; zie hoofdstuk 1 en 2 van deze thesis. Wetenschappers zijn weer (deels) afhankelijk van de managers: er moeten onderzoeksfaciliteiten gecreëerd, patiënten gemotiveerd, medewerkers geschoold worden. De R&D afdeling is (deels) afhankelijk van de gelden die gegenereerd worden door de zorgafdelingen. En boven dit alles: er bestaat een inhoudelijke afhankelijkheid wat betreft de inbreng van wederzijdse kennis en creatieve ideeën, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk.

- Ten tweede is er sprake van een onduidelijk machtscentrum in omgevingen waar meerdere partijen de sleutel tot de oplossing in handen hebben, maar niemand alleen. Volgens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2008) heeft innovatie ook baat bij een onduidelijk machtscentrum. Want juist bij het ontbreken van een duidelijk machtscentrum zal er een groter beroep moeten worden gedaan op vertrouwen en juist vertrouwen is een sleutel tot vruchtbare samenwerking. Tegelijkertijd is macht ook nodig om dingen tot stand te brengen (Bremekamp, 2010. Bruijn de 2008).Macht is een kracht die voor vaart kan zorgen. Macht is een kracht die partijen bij elkaar kan brengen. In de praktijk zal een goede mengvorm van deze twee krachten, macht en samenwerken, gerealiseerd moeten worden (Bruijn de, 2008).
- Voorts creëren partijen gezamenlijk een nieuwe werkelijkheid. Dit is een complex proces. Verschillende belangen en ambities moeten samengebracht worden tot een gemeenschappelijk gedragen opvatting over of oplossing van de gezamenlijke problemen. De basis is gelegen in de onderlinge relaties en interactie. (Bremekamp 2009) De nieuwe werkelijkheid is de nieuwe werkelijkheid van de samenwerking. Tegelijkertijd is de nieuwe werkelijkheid ook de uitkomst van de samenwerking. Vertaald naar de samenwerking tussen wetenschap en managementpraktijk kan de uitkomst van de samenwerking, de innovatie zijn. De innovatie die in de praktijk, tussen hulpverlener en patiënt, tot uitdrukking wordt gebracht.
- Ten vierde speelt de aantrekkingskracht van heterogeniteit. WRR (2008): binnen de samenwerking worden de deelnemers gedwongen om hun ideeën in te passen en aan te passen in het denkkader van de ander. Verschillen geven aanleiding tot andere selecties uit bestaande kennis. Elementen van elkaars denken worden ingepast in nieuwe hybriden van denken en doen en kunnen leiden tot integratie van gezamenlijk denken en doen. Complementaire kennis, verschillen in vaardigheden en competenties dragen een potentieel van nieuwe combinaties in zich. Maar het houdt ook een risico in: de verschillen mogen niet zo groot zijn dat onderling begrip en vermogen tot samenwerken om dat potentieel te realiseren, onmogelijk wordt. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2008) noemt dit de cognitieve afstand; en deze cognitieve afstand kent een optimum.
- En als laatste de dynamische context: de posities van actoren in een samenwerkingsverband wisselen voortdurend. De omgeving beïnvloedt de samenwerking voortdurend. Een voorbeeld van een dergelijke dynamische context is het krachtenveld zoals geschetst in het vorige hoofdstuk.

3.1.2 Fasen in een Samenwerkingsproces

Samenwerken is nog niet zo eenvoudig. En samenwerken komt ook niet zomaar tot stand. Bremekamp e.a. (2010) onderscheiden een vijftal fasen in het samenwerkingsproces. Een verkennende fase waarin inzichtelijk wordt gemaakt waarom men samen wil werken, wat de belangen van de partijen zijn en wat de context is. Daarna volgt het delen van de beelden bij zowel het vraagstuk, als de oplossing, de kans en vorm van de samenwerking. Daarna de fase van het overeenkomen: gezamenlijke opvattingen worden geformuleerd over koers en richting en worden

verzilverd in de vorm van afspraken. Tenslotte de fase van het uitvoeren en vernieuwen: nadat de afspraken zijn geëffectueerd in een tastbaar resultaat, moet dit resultaat overgedragen en gemanaged worden. Waarbij er voortdurend aandacht moet blijven voor vernieuwing en verbetering.

Een organisatie waarin samengewerkt moet worden, om zijn doelstellingen te behalen, houdt met zijn inrichting rekening met genoemde kenmerken van samenwerken en faciliteert het proces. (Bremekamp, 2010)

3.2 Organisatie-inrichting

Bij de organisatie inrichting gaat het om het creëren van condities die de organisatie in staat stellen om diensten en producten voort te brengen waarmee de doelen gerealiseerd kunnen worden. Samenwerken stelt voorwaarden aan de organisatie-inrichting.(Bremekamp, 2010) Samenwerken tussen wetenschap en management stelt meer specifieke voorwaarden aan de organisatie-inrichting. (Kovner, 2006)

Weggeman (1997, 2007) hanteert een model voor de inrichting van kennisintensieve organisaties, wat GGZ-instellingen zijn, dat zes organisatievariabelen kent: strategie, structuur, cultuur, managementstijl, systemen, medewerkers, De zes variabelen worden verdeeld in twee groepen. De "harde" factoren: strategie, structuur en systemen en de "zachte" factoren cultuur, managementstijl, medewerkers. De harde variabelen zijn in het algemeen eenvoudiger te beïnvloeden dan de zachte. Shortell (www.hks.harvard.edu) identificeerde vier organisatie dimensies als kritische succesfactoren met betrekking tot ketensamenwerking binnen gezondheidszorg- organisaties. Kovner (2006) neemt deze dimensies als uitgangspunt bij zijn onderzoek naar randvoorwaarden die het mogelijk maken dat er meer gebruik gemaakt wordt van de wetenschap binnen de managementpraktijk van gezondheidszorgorganisaties. Deze vier organisatie dimensies zijn: een strategische dimensie, een structurele dimensie, een culturele dimensie en een technische dimensie. Uit onderzoek van Kovner (2006) kwam naar voren dat alle vier dimensies noodzakelijk zijn. Wordt een van de vier dimensies gemist, dan zal er geen effectief EBMgt tot stand komt.

Dit model vertoont grote overeenkomsten met het model van Weggeman (1997). Binnen de culturele dimensie lijkt de management stijl een plaats te hebben gevonden. Binnen de technische dimensie worden aspecten genoemd die in het model van Weggeman terug te vinden zijn bij de variabelen medewerkers en systemen.

Bremekamp e.a.(2010) stellen dat er, voor succesvolle samenwerking, sprake moet zijn van een strategische fit-, een organisatorische fit, - een culturele fit-, een operationele fit en een persoonlijke fit. Waarbij de strategische fit de noodzakelijke voorwaarde is: die bepaalt of partners op lange termijn meerwaarde uit het samenwerkingsverband kunnen halen. De organisatorische fit, die vergeleken kan worden met de structurele dimensie van Weggeman(1997, 2007) en Kovner (2006), kan tijdens de samenwerking gebouwd worden. De culturele, operationele en persoonlijke fit zijn niet noodzakelijk

voor de samenwerking maar kunnen de samenwerking wel bevorderen. En: hoe meer de verschillende “fits” op één lijn zitten, hoe groter de kans op succes. De verschillende elementen kunnen ook gebruikt worden om de kans op succes van de samenwerking in te schatten maar ook waaraan gebouwd moet worden om de kans op succes te vergroten.

Door alle drie wordt het belang benadrukt van het op één lijn brengen van de verschillende variabelen/dimensies. En dat de verschillende variabelen/dimensies met elkaar in evenwicht moeten zijn. En dat er sprake is van een onderlinge samenhang van de verschillende variabelen/dimensies.

Hieronder wordt een en ander in schema weergegeven. Met daarbij de opmerking dat deze schematische weergave tekort doet aan de modellen die vergeleken worden. In deze thesis wordt gebruik gemaakt van een samengesteld model, zowel voor het hieronder beschreven literatuurdeel als voor de toetsing van de praktijk. Het samengestelde model omvat het model van Weggeman waaraan de persoonlijke factor is toegevoegd. Dit omdat juist het belang van de persoonlijke factor bij samenwerken toenemend benadrukt wordt. (Bremekamp, 2010. WRR, 2008). Hieronder worden de verschillende factoren achtereenvolgend besproken.

Weggeman	Shortell/Kovner (EBMgt)	Bremekamp e.a. (samenwerken)	Thesis-Organisatiefactoren
Strategie	Strategische dimensie	Strategische fit	Strategie
Structuur	Structurele dimensie	Organisatorische fit	Structuur
Cultuur	Culturele dimensie	Culturele fit (Persoonlijke fit)	Cultuur
Managementstijl			Managementstijl
Systemen	Technische dimensie	Operationele fit	Systemen
Medewerkers			Medewerkers
		Persoonlijke fit.	Persoonlijke factor

Tabel 2 Organisatiefactoren.

Organisatiefactoren

3.2.1. Strategie

Centraal element voor Weggeman (2007) is de collectieve ambitie die ontstaat uit missie (Waarom moet de organisatie blijven bestaan?) en Visie (Waar wenst men uit te komen). Uit missie en visie vloeien voort de doelen (welk meetbaar resultaat moet op welk moment bereikt zijn) en de strategie geeft antwoord op de vraag hoe de gestelde doelen bereikt gaan worden en is daarmee het expliciteren van de collectieve ambitie.

Weggeman (1997) zegt over de collectieve ambitie: “als een breed gedragen missie en een energie opwekkende visie synergetisch samengaan, dan spreken we van een collectieve ambitie”. De collectieve ambitie kan bij verbinding tussen de partijen een essentiële rol spelen. De collectieve

ambitie kan ertoe leiden dat mensen op inspirerende wijze een gezamenlijk resultaat nastreven. Een gezamenlijk resultaat van wetenschapper en manager maar ook een gezamenlijk resultaat in breder verband binnen de organisatie. Want de strategie moet immers vertaald worden en doorwerken binnen de organisatie. Met betrekking tot EBMgt, EBM, kunnen binnen de collectieve ambitie elementen verwoord worden die genoemd worden als behorend bij een Evidence-Based mindset. (Rousseau, 2006). Dit zijn bijvoorbeeld: de veronderstelde open en toetsbare opstelling; belang hechten aan voortdurende kennisontwikkeling; beschikken over een kritische instelling. Maar ook de gezamenlijke verantwoordelijkheid, niet alleen voor de kwaliteit van de individuele patiëntenzorg, maar ook voor betaalbaarheid, toegankelijkheid, beschikbaarheid van de zorg kan hierin ondergebracht worden. (Walshe,2001. Kovner,2006) .

Strategie dient gericht te zijn op het verkrijgen van een duurzaam concurrentievoordeel door waardecreatie voor klanten en andere stake-holders. Treacy en Wiersema (2010) onderscheiden drie verschillende waardedisciplines die elk voor zich de klant een ander soort waarde biedt. Zij onderscheiden kostenleiderschap, tegen de laagste prijs producten bieden aan een breed publiek. Ten tweede: productleiderschap: zij beloven de klanten impliciet de beste, allernieuwste producten. R&D, innovatie, speelt bij deze waardediscipline een centrale rol. Bij de customer intimacy staat de relatie centraal, er wordt maatwerk geleverd voor een specifieke, geselecteerde groep cliënten. Er wordt wel gesteld dat het succes van een organisatie samenhangt met een duidelijke, onvoorwaardelijke keuze voor één van de drie basisstrategieën waarbij de twee andere strategieën ondersteunend of randvoorwaardelijke(conditie scheppend) op niveau aanwezig blijven.

In het algemeen dient de strategie zo concreet en helder mogelijk uitgewerkt te zijn en consistent gecommuniceerd te worden naar cliënten, medewerkers en andere stake-holders. Indien wetenschappelijke onderzoek ten behoeve van een meer rationele managementbesluitvorming gezien wordt als een belangrijk instrument om de gestelde doelen van de organisatie te bereiken moet dit ook zo benoemd worden.

De strategische dimensie wordt door Kovner (2006) als essentieel benoemd omdat zonder deze factor er geen gebruik gemaakt wordt van wetenschappelijk bewijs bij enige managementbeslissingen van importantie. Of er wordt evidence gebruikt ten behoeve van besluitvorming die niet gekoppeld is aan de strategische doelen. Of ,zoals Kovner (2006) het krachtig weergeeft, bij het ontbreken van de strategische dimensie is er “no significant use of research evidence on anything really important “.

Kovner (2006) benoemt overigens de externe verantwoording als een belangrijk strategisch issue en identificeert tegelijkertijd de externe verantwoording als belangrijke factor die bijdraagt aan EBMgt.

3.2.2 Structuur

Hierbij gaat het over de afspraken wie wat doet, wat de rol en verantwoordelijkheidsverdeling is. Hoe zijn de bestuurlijke organisatie en de werkorganisatie op elkaar afgestemd en welke coördinatiemechanismen worden er toegepast.

De structuurfactor is enerzijds een voorwaarde: een formalisering van planning, organisatie en rapportage heeft waarde voor het strategisch vooruitzien en financiële planning; ook om de veelal stilzwijgende kennis enigszins vast te leggen. (WRR, 2008) Echter teveel formalisering werpt blokkades op voor de flexibiliteit. Het kan gevestigde belangen legitimeren en obstakels creëren die – het over grenzen heen- samenwerken blokkeren. (WRR, 2008). Ook bij deze factor is het vinden van de juiste balans van belang.

3.2.2.1 Interne organisatie structuren

Naast het vinden van de juiste balans moet er ook rekening gehouden worden met het- traditioneel- bestaande structuurmodel binnen de GGZ-organisaties. Veelal zal dit het hiërarchisch model zijn. Op dit model wordt hieronder ingegaan. De beperkingen worden beschreven tegen het licht van samenwerken. En mogelijke aanvullingen erop worden aangegeven.

Het hiërarchisch model

Dit model is van oudsher bekend binnen organisaties. Dit is ook het model waar de GGZ mee vertrouwd is. Klassieke organisatiewetenschappers als Fayol en Taylor stonden aan de basis (Hout, van, 2007; Keuning, 2008). Vanuit een enkelvoudige positie worden deelverantwoordelijkheden trapsgewijs gedelegeerd. Een formele en duidelijk gedefinieerde chain of command, lopend van de top naar de werkvloer, eenheid van richting, het recht en de verantwoordelijkheid om opdrachten te geven. Dit model, schematisch weergegeven door het bekende “harkje”, zie onderstaande figuur, is altijd sterk bepalend geweest voor de manier van denken in de organisatiewetenschappen en is nog steeds richtinggevend. Veel managers zijn opgeleid met dit klassieke sturingsmodel.



De hiërarchie kent een aantal aannamen (Bruijn de, 1999).

- Een eerste aanname is dat er binnen de organisatie sprake is van uniformiteit wat betreft actoren, producten, belangen, machtsmiddelen enz.
- Een tweede aanname is dat een samenwerkingsverband op cruciale momenten ten aanzien van bepaalde onderwerpen duidelijke relaties van onder- en bovenschikking kent.
- Een derde aanname is dat de aan te sturen organisaties open staan voor interventies van een sturende actor.

- Tenslotte, de aanname van stabiliteit van de structuur. Waarbij men ook uitgaat van een stabiele omgeving.

Kenmerken van de hiërarchie botsen met bovengenoemde kenmerken van samenwerkingsverbanden. (Bremekamp, 2010). Deze eenduidige sturingsrationaliteit lijkt dan ook niet aangewezen om een werkelijkheid, zoals die van de samenwerking tussen R&D en Zorgdivisies, weer te geven. Men kan zelfs veronderstellen dat de hiërarchische kenmerken eerder belemmerend dan bevorderend werken voor de samenwerkingsrelatie. Men moet op zoek naar een andere logica, met bijbehorende andere structuren om de samenwerkingsrealiteit vorm te geven. (Bremekamp 2010; Bruijn de, 1999; Bruijn de 2008; Man de, 2006, Weggemans, 1997.)

Samenwerken op basis van netwerklogica

In de literatuur wordt het belang van de netwerklogica aangegeven ten behoeve van samenwerken (Bruijn, 1999; Man, 2006). Het netwerkdenken bevat de kenmerken van interdependentie, pluriformiteit, dynamiek, onvoorspelbaarheid. Bij samenwerken vanuit de netwerklogica wordt naast het eigen belang ook het belang van de andere partijen meegenomen. Er wordt gedacht vanuit samenhang. In het besef dat je uitsluitend samen tot een tijdelijke werkbare overeenstemming kunt komen. Iedere partij bekijkt of datgene wat zij te bieden heeft, een andere partij helpt haar probleem op te lossen. De eigen problemen, en belangen, worden hierbij nadrukkelijk in het oog gehouden. Er wordt voortdurend gekeken hoe de andere partij kan helpen bij het oplossen van die problemen. (Bremekamp, 2010)

De structuur, waarin het samenwerken volgens de netwerklogica, gegoten wordt kan divers zijn. De structuur moet aansluiten op de doelstelling, de ambities faciliteren en voldoende sturingskracht bieden. (Bremekamp, 2010) Een algemene stelregel is : "kies de lichtste vorm die nog effectief is". (Bremekamp, 2010). In geval van de samenwerking binnen de organisatie tussen R&D en divisiemanagement zal dit vaak gaan om samenwerking in projectvorm; in taskforces; in stuurgroepen. Wordt de samenwerking breder, ook met externe partners, komt men op overlegplatforms uit, netwerken, werkplaatsen. Moet en/of kan hiërarchie en netwerkdenken gecombineerd worden?

Hiërarchie en Netwerkdenken

Kloosterboer (2011) stelt, in navolging van de Bruijn (1999), dat ook kennisintensieve organisaties behoefte hebben aan hiërarchie, omdat juist professionals de eigen doelen en waarden wel eens hoger kunnen stellen dan organisatiebelangen. (Zie ook de cultuurfactor die hierna besproken wordt). Hiërarchie kan ook helpen bij het stimuleren van samenwerken of het knopen doorhakken bij interne tegenstellingen. Samenwerking kan immers ook ontaarden in een oneindig zoek- en praatproces. Juist de kracht van macht, verbonden aan een hiërarchische structuur, kan benut worden om dit te voorkomen. (Bruijn, de 2008). Vruchtbare processen zijn in het algemeen mengvormen van krachten. Zoals ook opgemerkt bij de essentiële kenmerken van samenwerken.

Het netwerkperspectief kan ook benut worden binnen een, hiërarchische, organisatie.(Bruijn, 1997) Deze netwerkconstructies zullen wel binnen een organisatie altijd een dubbele werkelijkheid kennen: de formele structuur, de veelal hiërarchische structuur binnen de GGz, en de werkelijkheid hierachter (Bruijn, de 1999) De actoren kennen dus een dubbele relatie tot elkaar. De formele machtspositie en de feitelijke machtspositie binnen het samenwerkingsverband. Dit kan de besluitvorming vereenvoudigen maar ook compliceren. Ten tweede zijn de vrijheidsgraden tot toe- en uittreding beperkt. Die zullen uitgewerkt moeten worden binnen de formele structuur. En ten derde: de afhankelijkheden binnen een organisatie zijn vaak intensief en langdurig. De actoren zullen elkaar regelmatig ontmoeten en nodig hebben, ook buiten het netwerk. Dit alles impliceert ook dat de machtigste actor in een netwerk voorzichtig en terughoudend moet zijn met het inzetten van die macht, dit wordt wel de machtsparadox genoemd. (Bruijn de, 1999).

Samenwerkingsverbanden kunnen zowel afdeling gebonden als afdelingsoverschrijdend zijn. De keuze wordt niet gemaakt op basis van hiërarchische overwegingen maar zuiver op het doel van het samenwerkingsverband.

Dit alles lijkt ,op het eerste gezicht ,de organisatie complexer te maken. Echter de praktijk is al complexer dan de hiërarchische structuur. Juist de horizontale samenwerking tussen R&D en management vraagt als het ware om een aanvulling op de voornamelijk verticale structuren van de hiërarchie. Het model van de hiërarchische organisatie in combinatie met netwerken komt er dan als volgt uit te zien:



Figuur 6 Ontleend aan: www.rpmpplatform.nl

Overigens zit de werkelijkheid nog gecompliceerder in elkaar. Juist de R&D afdelingen zijn ook verbonden met andere kennisinstellingen. En betrokken in meerdere externe netwerken.

3.2.2.2 Externe structuren

In deze thesis, die gaat over wetenschap, zijn niet alleen de interne structuren van belang maar ook hoe de organisatie verbonden is met de buitenwereld: hoe ziet het wetenschappelijk, innovatief, netwerk eruit. Wetenschap bedrijven, innovatief zijn, doe je namelijk als instelling niet in je eentje (Vermeulen, 2011). Binnen de organisatie ontstaat per definitie een vorm van bijziendheid, met betrekking tot wetenschap en innovatie, die gecompenseerd moet worden met externe actoren.

(WRR, 2008). Maar er is een tweede reden om naar externe structuren te kijken. Succesvolle externe structuren kunnen ook kennis opleveren die benut kan worden voor de vormgeving van interne structuren. Een voorbeeld van een dergelijke externe structuur is de Academische Werkplaats. (Bongers,2011 Garretsen, 2007 Page, 2004) Een academische werkplaats is een duurzaam samenwerkingsverband met als doel te komen tot wetenschappelijke kennisontwikkeling en tot innovatie van het zorgaanbod in de betrokken sector. Het is een multidisciplinaire ontmoetingsplaats voor in toepassing geïnteresseerde onderzoekers en in wetenschap geïnteresseerde professionals. Men ziet hier samenwerkingsverbanden van medische en niet-medische disciplines, beleid en (informatie)-management ontstaan. Met voortschrijdende technologische ontwikkelingen, o.a. in het kader van zelfmanagement en zelfstandigheid, wordt deelname van het bedrijfsleven aan dergelijke werkplaatsen toenemend belangrijker. (Bongers,2011. Roo,de 2011, WRR 2008). Een voorbeeld van een dergelijke werkplaats is opgenomen in bijlage 2. Dergelijke werkplaatsen kunnen volgens de literatuur, bijdragen aan innovatiekracht maar ook aan het verbeteren van bedrijfsvoering, servicekwaliteit en dienstverlening door afstemming van werkwijzen en het delen van informatie, kennis en ervaring. (Boonstra, 2007)

Vanuit deze externe organisatiestructuren zal overigens een vertaalslag moeten plaatsvinden naar de praktijk en omgekeerd een vertaalslag van de praktische kennis en vragen naar deze platforms. Op dit kruispunt van kennisstromen kunnen R&D afdelingen een belangrijke rol spelen: zij staan immers met één been in de externe “kenniswereld” en met één been binnen de organisatie. Daarom is het van belang dat de externe- en interne structuren deze verbinding faciliteren, de uitwisseling optimaliseren. Wellicht ook faciliteren door deels dezelfde deelnemers aan deze in- en externe structuren.

3.2.2.3 Informele structuren

Naast de formele organisatiestructuren wordt in de literatuur, juist bij de kennisintensieve organisaties, het belang genoemd van de informele organisatie.(Keuning, 2008. Vermeulen, 2011 Weggeman, 1997) De informele organisatie ontwikkelt zich onder invloed van de cultuur en ontstaat min of meer spontaan. Zij berust eigenlijk altijd op wederzijdse afhankelijkheid en persoonlijke verhoudingen. Informele contacten worden benut om snel even zaken te regelen, ideeën uit te testen of te lobbyen. De informele organisatie kan de formele organisatie op een positieve wijze aanvullen en ondersteunen. (Keuning, 2008) Informele (kennis)netwerken, in- en extern, kunnen een belangrijke rol spelen ten behoeve van wetenschap en innovatie. Netwerken waaraan deelgenomen wordt op basis van vertrouwen en wederkerigheid. Dit met als achterliggende gedachte dat eenieder beter af is als kennis met elkaar gedeeld wordt om op die manier iets te kunnen creëren waar men individueel niet toe in staat was. Om op die manier tot wederzijds voordeel te komen (Vermeulen , 2011).

Managers moeten leren deze informele structuren te waarderen en ervaren als kans voor, bijdragend aan, verdere ontwikkeling. Het kan het startpunt zijn een formeel netwerk. (Weggeman,2007) Echter het kan wringen. Zichtbaar moet blijven dat belangen van de organisatie en de klant met de informele structuur zijn gediend. (Weggeman, 2007).

3.2.3 Cultuur

Als derde factor, voor Weggeman een “zachte” factor, de cultuur. De organisatiecultuur wordt wel gedefinieerd als het collectieve gedragspatroon dat voortkomt uit de set waarden en normen die een groep mensen als richtinggevend voor hun gedrag wenst te beschouwen. (Weggeman, 2007) De cultuur van een organisatie heeft invloed op de uiteindelijke resultaten van de (gezondheidszorg)organisatie. (Weggeman, 2007. Levi, 2011. Curry, 2011 Klopper, 2011)

Kovner (2007) stelt, wil de wetenschap echt een plaats krijgen binnen de organisatie, dan moet de organisatie door alle lagen heen, een cultuur voorstaan die onderzoek stimuleert en ondersteunt. Er moet een oproep zijn tot creatief debat. Een kritische, bevestigende houding van medewerkers wordt gewaardeerd. En leidinggevend en laten dit ook als rolmodel zien. (Curry, 2011). Deze elementen worden ook verwoord in de collectieve ambitie en spreken uit de strategie. Hieruit spreekt ook de samenhang tussen de verschillende organisatie factoren. Het zou te eenvoudig zijn om het bij deze cultuur opmerkingen te laten. Culturele verschillen dragen in belangrijke mate bij aan de kloof tussen manager en de wetenschapper en de soms moeizame samenwerking tussen deze twee. (Klopper, 2011. Weggeman, 2007). Genoemd wordt dat het verschil in professionele cultuur tussen deze twee hieraan bijdraagt. Het begrip professionele cultuur wordt veelal opgedeeld in een drietal componenten: een positionele, een inhoudelijke en een autonomie component. (Beernink, 2007. Weggeman 1997.) De wetenschapper binnen de GGZ, veelal medisch-professional, moet een uitgebreid, vrij uniform, traject doorlopen, met toelatings- en bijscholingseisen alvorens toegelaten te worden tot de beroepsgroep. De professie kent een streng formele body-of-knowledge. Hetgeen resulteert in een coherentie van houding en kennis, waarden en normen. Professionals versterken op die manier de positie van hun beroep en maken hun bijzondere deskundigheid inzichtelijk onder andere door de verkregen graden aan de universiteit, lijst van publicaties, innovatief werken met de nieuwste methoden. Hier wordt ook een deel van hun macht en status aan ontleend. (Zie ook hoofdstuk 2 publish-or-perish cultuur). Dit is de positionele component. De positionele component van de managers is aanzienlijk minder sterk dan van de medisch-professional. De manager kent nauwelijks een formele “body-of-shared- knowledge”. Er bestaan geen toelatingscriteria, geen standaard opleiding, geen verplichte bijscholing. Er bestaat een grote diversiteit aan managers met zeer diverse achtergronden. Ten tweede wordt binnen de medisch-professionele cultuur grote waarde gehecht aan voortdurende ontwikkeling van kennis en het doen van onderzoek ter verdieping en verbetering van het vak en om nieuwe methoden te leren. Zo wordt de deskundigheid versterkt. Dit is de inhoudelijke component van professionalisering (Beernink, 2007; Weggeman, 2007) Wat betreft de inhoudelijke component en managers: het doen van wetenschappelijk onderzoek ter verdieping en verbetering staat niet hoog in de lijst van prioriteiten. Persoonlijke ervaring, zelfopgedane kennis wordt gewaardeerd. Wetenschappelijk onderzoek is iets wat op een ander speelveld afspeelt. (Rousseau 2006; Walshe 2001). Tenslotte is er nog de autonome component; volgens sommigen de meest lastige bij het samenwerken. (Beernink 2007; Kloosterboer, 2011; Weggeman, 2007). De component die botst met de eerste twee essentiële kenmerken van

samenwerkingsverbanden. De wetenschapper/medisch-professional streeft naar autonomie en houdt zich het recht voor keuzes te maken over hoe en met welke middelen het beroep wordt uitgeoefend. Men is werkzaam op grond van eigen gezag en autoriteit. Men wordt geleid door intrinsieke motivatie. Het soort kennis dat men vertegenwoordigt en de morele waarden die met deze kennis gediend zijn, rechtvaardigen deze relatieve autonomie. Afhankelijkheid staat laag in de hiërarchie van waarden in de professionele cultuur. (Beernink, 2007).

Dit alles vertaalt zich in de werkomgeving: de wetenschapper houdt bij voorkeur zelf controle over de eigen werk-structuur en neemt zonder afstemming op anderen beslissingen. Identificatie is met de beroepsgroep; niet met de organisatie. Men heeft een afkeer van formele communicatiesystemen en coördinatie procedures. Men zal relatief zelfstandig informatie aanwenden en zelf een intern- en extern contactenpatroon ontwikkelen: daar betreft men de manager liefst niet bij. Voorts, in deze tijd van belang, men vertoont een relatief geringe financieel- economische -crisis gevoeligheid en het verlenen van diensten wordt niet gekoppeld aan het financiële belang van de organisatie. (Klopper, 2011. Weggeman, 2007) Hier staat tegenover de manager. De manager identificeert zich sterk met de organisatie. En baseert zich op organisatiestructuren en standaardisatie (Klopper, 2011) Tegenover de zelfcontrole staat de bureaucratische controle. Status wordt verkregen door het hiërarchische niveau van de functie. En juist in deze tijd van complexe veranderingen, in een maatschappelijk klimaat van "gestold wantrouwen zijn wordt de hang naar planning-en-control, ingebed in een hiërarchische-lijn- structuur, alleen maar groter.(Hamer, 2011).

Managers en wetenschappers worden in het bovenstaande tekort gedaan en de beelden worden welhaast karikaturaal neergezet. Sommigen signaleren ook dat de relatie tussen managers en professionals, tegen de achtergrond van verschuivende verantwoordelijkheden en verhoudingen, aan het veranderen is. En dat de "clash" tussen managerisme en professionalisme gerelativeerd moet worden. (Noordegraaf, 2007). Dat er sprake is van een heroriëntatie naar managende professionals en professionele managers. Dat er toenemend sprake is van een management dat dienstbaar is geworden aan belangen van zorginhoudelijke, organisatorische en maatschappelijke aard. En toenemend van professionals die zorg dragen voor een open en toetsbare opstelling en hun verantwoordelijkheid voor de samenleving benoemen. Zoals bijvoorbeeld ook verwoordt in de "nieuwe" artseneed van 2003. (Hout van, 2007). Sommigen stellen dat op die manier de breedte van de zorg herontdekt wordt en dat managers en professionals, dus ook wetenschappers, tot het besef komen dat zij niet zonder elkaar kunnen. (Hout, van, 2007.) Hoe het ook zij, ondanks mogelijke verschuivingen, de professionele en de managementcultuur hebben zo hun eigen karakteristieken. De manager zal zich daar van bewust moeten zijn en hiermee ook rekening dienen te houden in zijn managementstijl.

3.2.4 Managementstijl

Onder managementstijl wordt verstaan die gedragspatronen die karakteristiek zijn voor het (top)management. (Weggeman, 2007). Een managementstijl die samenwerken faciliteert, stimuleert dialoog, stimuleert communicatie, is gericht op wederzijds belang en vertrouwen, in lijn met vrijwillige transparantie. (Bremekamp, 2010) Aanvullende kenmerken worden genoemd die bijdragen aan een cultuur waarin evidence based denken gestimuleerd wordt. Genoemd wordt het belang van een manager die in staat is over de jaarlijkse budgetcyclus heen te denken. Die lange termijn doelstellingen in de gaten kan houden en in staat is met onzekerheden om te gaan. De uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek zijn immers niet te voorspellen. (Kovner, 2006. WRR, 2008) Het hanteren van een goede balans tussen trust en control door de manager is van belang. (Bremekamp, 2010). Voorts moet de manager bij voorkeur research minded zijn ; eventueel zelf actief deel nemen aan wetenschappelijk onderzoek, bekend zijn met wetenschappelijke methoden en de wetenschap toepassen in de management praktijk. (Rousseau, 2006).

3.2.5 Systeem

Weggeman (2007) beschrijft de factor systeem als volgt: *de verzameling procedures en richtlijnen waarmee de dagelijkse samenwerking alsmede de planning en control van het werk van de professionals geregeld en gefaciliteerd wordt alsmede de geïnstalleerde technische systemen*. En, zegt Weggeman er gelijk bij: kenniswerkers zijn niet of nauwelijks te managen door het opleggen regels en procedures. En : uit a. en b. volgt dat in kennisintensieve organisaties het rendement op investeringen in formele systemen, gering moet worden geacht. Weggeman laat zich dus uitermate somber uit over het nut van formele systemen. Hij adviseert –zoveel mogelijk- te vertrouwen in wederzijdse betrokkenheid en het zelfsturend vermogen van kenniswerkers. Bremekamp geeft eveneens aan dat ook wederzijds vertrouwen onmisbaar is voor een succesvol samenwerkingsverband (Bremekamp, 2010. Boonstra, J. 2007). Maar tegelijkertijd, zeggen zij, is vertrouwen zonder controle naïef en het vragen om problemen. (Bremekamp, 2010. Man, de 2006). Daarom is het verstandig een samenwerkingsrelatie te bekrachtigen in een overeenkomst, waar elementen als tijd, geld, kwaliteit, informatie en organisatie in verwoord kunnen worden. Een overeenkomst die zoekt naar de juiste balans tussen trust en control. Die balans zal verschillen per relatie en de onzekerheid over datgene wat er opgezet moet worden. (Bremekamp, 2010. Man, de 2006).

De WRR (2008) vestigt er de aandacht op dat ten behoeve van de wetenschap wellicht ook andere vormen van controle bedacht moeten worden. Niet op basis van vooraf vastgelegde uitkomsten, maar afhankelijk van het proces, dat verrassing toelaat. En wellicht moeten er ook andere, nieuwe indicatoren bij de verantwoording betrokken worden.

In de definitie van Weggeman staan ook de geïnstalleerde technische systemen. ICT-systemen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek behoren hiertoe. Vanuit management research perspectief

is er veel kritiek op de wijze waarop MIS data genereren. Veelal is het gericht op klassieke bedrijfsvoeringsaspecten (kosten/opbrengsten) maar nauwelijks geschikt voor management research. (Kovner 2000). Voorts zijn ze vaak slecht ingericht op samenwerkingsverbanden en overstijgend werken. (Bremekamp, 2010).

3.2.6. Medewerkers

Deze factor benadrukt de waarde die mensen binnen een organisatie vertegenwoordigen. Het gaat om de kennis en vaardigheden van mensen die door opleiding en training ontwikkeld kunnen worden. In de literatuur worden tal van aanbevelingen gedaan over welke kennis en vaardigheden ontwikkeld moeten worden om te kunnen bijdragen aan meer "evidence" in de managementpraktijk. Zo wordt de aanbeveling gedaan dat de manager meer vaardigheid moet krijgen in het vertalen van zijn praktijkvragen naar de wetenschapper. (Kovner, 2006; Mercier, 2004; www.cebma.org) Wetenschapstraining kan hierbij behulpzaam zijn. (Kovner, 2006). Voorts wordt het belang benadrukt van manager deelname aan, verantwoordelijkheid voor, wetenschappelijk onderzoek. Kovner (2006) benoemt dit zelfs als een kritische succesfactor. Hierbij kan de science-practitioner een belangrijke rol spelen (Bongers, 2011; Hutschemakers, 2009.).

Er worden aanbevelingen gedaan ten aanzien van de vaardigheden van wetenschappers. (Shortell 2006. Mercier, 2004). Want onderzoekslijnen moeten duidelijk naar de praktijk gecommuniceerd worden. Wetenschappers moeten feedback kunnen geven bij implementatieproblemen. Zij moeten kunnen fungeren als mediator tussen management, werkvloer en de buitenwereld. Communicatieve vaardigheden zijn hiervoor van belang. Voorts moet R&D zichtbaar zijn op de werkvloer (Mercier, 2004). Zelfs beperkte fysieke barrières kunnen nadelige invloed hebben op uitwisseling tussen medewerkers. (Weggeman 1997). Het belang van de dubbele loopbaanladder wordt benadrukt. Dit houdt in dat er mogelijkheden voor een wetenschappelijke carrière lijn worden gecreëerd. (Weggeman, 1997.). En, tenslotte, is een advies, meer management in de medisch-specialistenopleiding. (J.Visser, 2012) .

3.2.7 De Persoonlijke Factor

Tenslotte, door dit alles heen, speelt de persoonlijke factor. Bij het opzetten van samenwerkingsrelaties is er vaak te weinig aandacht voor problemen rond macht, reputatie, status, wantrouwen en gebrek aan begrip. (Bremekamp, 2010. WRR 2008). De persoonlijke motieven worden bij het aangaan van samenwerkingsrelaties vaak vergeten. Persoonlijke motieven bestaan uit overtuigingen en drijfveren en zijn herleidbaar tot direct betrokken personen. Overtuigingen worden bewust gehanteerd. Drijfveren refereren aan persoonlijke beweegredenen of emoties, zijn veelal onbewust. Persoonlijke drijfveren kunnen sterk uiteenlopen: geld, status, macht, aanzien, op een plezierige wijze je vak uitoefenen, de wereld veranderen, sociale kontakten. (Bremekamp, 2010) Persoonlijk motief kan ook zijn het vanuit een intrinsieke motivatie willen bereiken van het spelende organisatie doel, organisatie-ideaal. (Weggeman, 1997) .Aan de persoonlijke factor gerelateerd lijkt het begrip cognitieve afstand dat de WRR (2008) hanteert met betrekking tot de samenwerking tussen

mensen. Waarbij cognitie betrekking heeft op zowel rationele als morele dimensies van cognitie, op kennis en oordeel. Cognitieve afstand geeft een probleem en een kans. Wanneer de afstand te groot is werkt men moeilijker samen, omdat men elkaar slechter verstaat. Is de cognitieve afstand te klein dan heeft men elkaar niets nieuws meer te vertellen. Benadrukt wordt het zoeken naar de juiste balans tussen verschil en overeenstemming. Voor een goede samenwerking tussen managers en wetenschappers is het van belang dat de juiste balans wordt gevonden . Men heeft baat bij een cognitieve afstand die groot genoeg is om elkaar iets nieuws te vertellen, maar niet zo groot dat men elkaar niet kan verstaan. (WRR 2008).

4. Methoden

Dit hoofdstuk is een weergave van de methoden van onderzoek. Na de weergave van het onderzoeksdesign volgt een beschrijving van de onderzoekspopulatie en een beschrijving van de datacollectie en data-analyse.

4.1. Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek waarbij gebruik gemaakt is van een website search. Tevens werd gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews en documentanalyse in het kader van een vergelijkende casestudy. (Verschuren, 2007).

4.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit GGZ-instellingen in Nederland. De volgende selectiestappen zijn doorlopen:

1. het eerste selectie criterium betrof lidmaatschap van GGZ-Nederland. GGZ Nederland is de vereniging van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Gekozen is voor GGZ-Nederland omdat GGZ-NL met honderd leden de grootste werkgeversorganisatie in de geestelijke gezondheidszorg is. En omdat in de visie staat omschreven dat GGZ-NL in de GGZ-sector wil bewerkstelligen dat verandering en innovatie leiden tot het leveren van steeds betere zorg. Waarbij de rol en meningen van patiënten belangrijker worden en een gezamenlijk inspanning vereisen voor een beter zorgaanbod en prestaties.
2. Vervolgens zijn op deze 100 instellingen de volgende selectiecriteria toegepast:
 - doelgroep volwassenen
 - zich primair richtend op behandeling en preventie van psychische aandoeningen bij volwassenen, niet primair verslavingszorg, niet forensische psychiatrie. Eventueel kunnen zij ook aanbieder zijn van andere diensten zoals wonen en dagactiviteiten.

43 instellingen voldeden aan deze criteria.

3. Vervolgens zijn op deze 43 instellingen de volgende selectiecriteria toegepast:
 - er is sprake van een grote (omzet > 100 milj. €) geïntegreerde GGZ-instelling met een eigenstandige R&D afdeling
of
 - er is sprake van een grote geïntegreerde GGZ-instelling met een eigenstandige R&D afdeling en een TOP-GGZ erkenning voor minimaal één zorgdivisie
of
 - er is sprake van een kleine(omzet plm. 25 milj.€) GGZ-instelling die zich richt op een specifieke doelgroep en de instelling heeft een TOP-GGZ erkenning.

TOP-GGZ erkenning werd gekozen als criterium omdat wetenschappelijk onderzoek een erkenningcriterium is voor TOP GGZ . (Zie bijlage 4). Onderzoek binnen TOPGGZ moet betrekking hebben op de kwaliteit, effectiviteit en efficiency van diagnostiek en (experimentele) behandeling van een specifieke patiëntengroep. De grootte van de instelling werd als criterium opgenomen omdat gedacht wordt dat de omvang van de instelling ook bepalend is ten aanzien van de mogelijkheden met betrekking tot het uitvoeren van toegepast wetenschappelijk onderzoek.(Kovner 2000)

De 43 instellingen zijn op grond van deze criteria in drie categorieën ingedeeld. Uit iedere categorie zijn twee instellingen benaderd. Deze instellingen zijn uitgekozen op basis van website onderzoek. Omdat de websites van de gekozen instellingen de verwachting wekten dat juist deze instellingen waardevolle informatie konden geven. Benadering gebeurde in eerste instantie via e-mail. Ingang binnen de instelling werd gezocht via de R&D afdelingen. Directeuren van deze afdelingen werden benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan het onderzoek. Een korte uitleg werd in de mail gegeven. Dit leidde, met één uitzondering, tot een snel positief resultaat. Eén instelling liet ons weten dat zij, in verband met concurrentie overwegingen, niet mee wilde doen. Eén grote geïntegreerde instelling met een TOP-GGZ afdeling viel af omdat in vervolg op het mailcontact, in een telefonisch overleg, bleek dat R&D deels centraal, deels decentraal was georganiseerd waardoor vergelijking met de andere instellingen lastig zou worden. De tweede instelling die uit deze categorie werd geselecteerd is de instelling waar onderzoeker werkzaam is. Enerzijds is dit een convenience-keuze. Anderzijds vergroot het de praktische toepasbaarheid van de onderzoeksbevindingen in de eigen instelling. Aldus werden vier instellingen geselecteerd: twee uit de eerste categorie, en één instelling uit de twee andere categorieën, zoals weergegeven in onderstaande tabel. R&D Directeuren hebben vervolgens zelf een collega directeur bedrijfsvoering benaderd om mee te werken aan het onderzoek of hebben een naam doorgegeven aan onderzoeker Van de instelling waaraan de onderzoeker is verbonden hebben beide R&D directeuren en twee directeuren bedrijfsvoering meegewerkt, één directeur van een divisie met TOP-GGZ erkenning en één zonder TOP-GGZ erkenning. Vlak voor een interview moest een afspraak door een bedrijfsvoerder, van een grote geïntegreerde instelling, afgezegd worden. De afspraak kon niet verzet worden. In totaal zijn 9 interviews afgenomen bij vier instellingen in onderstaande verdeling, bij vier directeuren bedrijfsvoering en bij vijf directeuren R&D.

Divisiel directeuren (N = 9)	Kenmerken GGZ-instellingen
Organisatie 1	Grote geïntegreerde GGZ-instelling. Met een TopGGZ divisie die zich richt op een specifieke doelgroep.(125-150 milj.)
Organisatie 2	Grote geïntegreerde GGZ-instelling. (200-225 mil.)
Organisatie 3	Grote geïntegreerde GGZ-instelling. (175-200 mil.)
Organisatie 4	Kleine organisatie, specifieke doelgroep, TOP. (20-30 milj.)

4.3 Datacollectie

4.3.1 Web-site search

Van de eerst genoemde 100 GGZ-instellingen werden de volgende data verzameld:

- doelgroep en activiteiten van de instelling.
- of wetenschappelijk onderzoek wordt genoemd wordt op de site als een activiteit van de organisatie. Hiertoe werd op iedere site, binnen de zoekfunctie, “wetenschappelijk onderzoek” ingevoerd. Vervolgens werden de hits gecontroleerd op de juistheid. Indien er geen hits kwamen werd de site volledig doorzocht ter controle van de zoekfunctie.

Van genoemde 43 GGZ-instellingen, die voldeden aan de criteria zoals beschreven bij de data-selectie, zijn de volgende data verzameld:

- of de instellingen een eigenstandige R&D Afdeling hebben.
- of EBMgt, en daarmee samenhangende onderwerpen een punt van aandacht is van de instelling. Gezocht werd op termen als: evidence based management; kosteneffectiviteit; efficiëntie; rationalisering zorgproces; zorglogistiek; zorgpaden.
- De organisatie structuur werd, indien mogelijk, in beeld gebracht.
- Externe samenwerkingsverbanden die verband houden met R&D werden in beeld gebracht.

4.3.2 Interviews

De interviews werden gehouden op locatie van de deelnemende vier instellingen. Eén interview werd gehouden op een universiteit waar de R&D directeur ook werkzaam was. De interviews duurden 1-1,5 uur. Gekozen werd voor de vorm van het semigestructureerde interview met een topiclijst omdat deze vorm de mogelijkheid biedt om controle te houden over de structuur van het interview en tegelijkertijd ruimte laat voor inbreng van de geïnterviewden. De twee topiclijsten verschillen hierin dat de vorm van de vragen is aangepast aan de te interviewen doelgroep. Beide lijsten zijn in bijlagen 8 en 9 opgenomen. Aan het begin van het interview werd een korte uitleg gegeven over EBMgt, aan de hand van het model van Bongers. Dit model is weergegeven in hoofdstuk 2 van deze thesis.

4.3.3 Documenten

Beleidsdocumenten werden opgevraagd bij de directeuren van R&D-afdelingen die geselecteerd waren voor de interviews. Documenten van drie van de vier instellingen zijn verkregen voordat de interviews plaatsvonden. Deze documenten zijn ook gebruikt bij het opstellen van de topic-lijsten. Tevens werden twee strategienota's gekregen van twee zorgdivisies. Deze nota's zijn verkregen ten tijde van de interviews.

4.4 Data-analyse

4.4.1 Interviews

De interviews werden, na verkregen toestemming, opgenomen op tape. De interviews zijn vervolgens volledig schriftelijk uitgewerkt. Deze schriftelijke verslagen zijn gebruikt voor de analyse. De verslagen zijn geanalyseerd per topic en de analyses worden weergegeven op topic. De tabel weergegeven in bijlage 5 geeft de structuur van de interviews weer, aan de hand van topics, op basis waarvan ook de data-analyse heeft plaatsgevonden. Doel van de topics is ook in bijlage 5 opgenomen. De genoemde topics zijn gekoppeld aan vragen uit de topic-lijsten. De koppeling is ook weergegeven in bijlage 5. Aan het einde van de topic-list worden een 5-tal vragen gesteld waarin gevraagd wordt naar de waardering voor, uit te drukken in een cijfer van 1 -10. Deze uitkomsten geven een subjectieve maat en zijn apart geanalyseerd.

Omwille van de anonimiteit wordt in de analyse overal in hij-vorm gesproken.

4.4.2 Documenten

De verkregen documenten handelden over R&D strategie (1x), inrichting en positionering (1x) procesbeschrijvingen (2x) reglementen Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (3x). Tevens werden twee strategienota's geanalyseerd van twee zorgdivisies. Deze laatste nota's zijn verkregen ten tijde van de interviews. Uiteindelijk is slechts 1 nota gebruikt in de analyse. Documenten zijn geanalyseerd op 10 onderzoekitems. Deze items zijn weergegeven in de tabel in bijlage 6. In deze bijlage is ook het doel van het item beschreven. De documenten zijn gebruikt in tweeledig opzicht: voor het opstellen van de topiclijsten en zij zijn geanalyseerd in aanvulling op en zo mogelijk ter ondersteuning van de bevindingen verkregen uit de interviews.

5. Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van het empirisch onderzoek. Allereerst worden de bevindingen van het website onderzoek gepresenteerd en geanalyseerd. Vervolgens zullen de resultaten van de interviews worden gepresenteerd aan de hand van de onderzoeksitems zoals weergegeven in bijlage 5. Voorts worden de instellingen onderling vergeleken op uitkomsten van de laatste vragen van de topiclist. De beleidsdocumenten zullen geanalyseerd worden op 8 items. De onderzoeksitems, en het doel van de items staan weergegeven in bijlage 6. Deze analyse komt na de analyse van de interviews. Onderzocht wordt in hoeverre de bevindingen van het documentonderzoek aansluiten op de bevindingen van de interviews. De voornaamste resultaten van het documentonderzoek worden weergegeven in bijlage 7, in tabelvorm, gerangschikt per organisatie.

5.1 Resultaten website-search

5.1.1. Web-site search 100 GGZ-instellingen

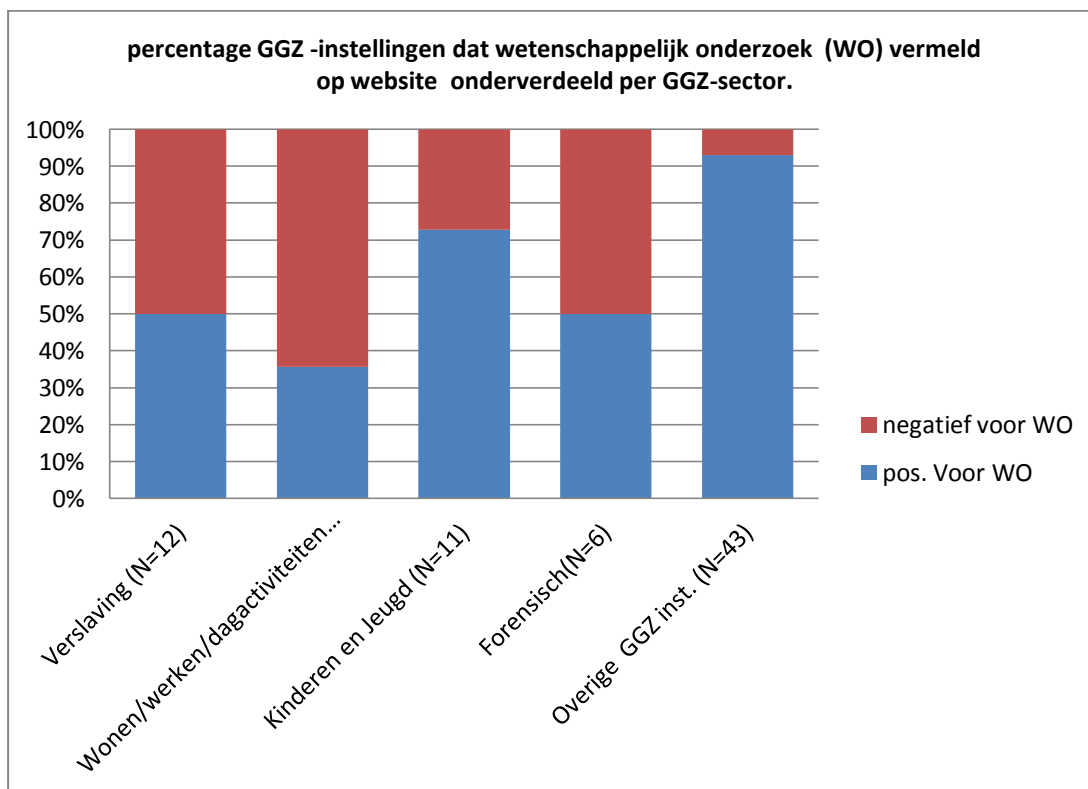
100 websites zijn onderzocht op doelgroep en activiteiten van de instelling en of wetenschappelijk onderzoek genoemd wordt op de website van de instelling.

Doelgroep, Activiteiten, Wetenschappelijk Onderzoek:

Van de 100 aangesloten instellingen zijn er 12 actief binnen de verslavingszorg, 28 instellingen zijn actief op het gebied van wonen/werken/dagactiviteiten. 11 instellingen werken ten behoeve van de doelgroep kinderen en jeugd, 6 instellingen zijn actief op forensisch-psychiatrisch gebied. Van de 100 aangesloten instellingen bij GGZ-NL geven 64 instellingen op hun websites aan dat wetenschappelijk onderzoek van belang is voor hun diensten. De manier waarop zij dit aangeven is sterk verschillend per instelling: sommige instellingen positioneren wetenschappelijk onderzoek als een kernactiviteit met voorbeelden van onderzoeklijnen en verbindingen met externe kennisinstellingen; voor andere instellingen is het een activiteit die in één regel wordt weergegeven en valt verder niet af te leiden waaruit de activiteiten bestaan. Soms staat alleen vermeld voor sollicitanten dat er mogelijkheden zijn tot wetenschappelijk onderzoek. De instellingen met een TOPGGz-keurmerk, zie bijlage 4, onderscheiden zich in positieve zin, in de zin dat het de aandacht trekt, wat betreft de presentatie van hun wetenschappelijke activiteiten op het web. Zij maken ook gebruik van gezamenlijk gemaakt voorlichtingsmateriaal, online, over TOP-GGZ waarin het belang van Wetenschappelijk onderzoek wordt benadrukt. Wetenschappelijk onderzoek is ook een erkenningcriterium. Waarbij onderzoek betrekking moet hebben op de kwaliteit, effectiviteit en efficiency van diagnostiek en (experimentele) behandeling van de specifieke patiëntengroep

Er zijn flinke verschillen zichtbaar tussen de verschillende sectoren. Zoals weergegeven in onderstaand diagram. Het hoogst aantal vermeldingen van wetenschappelijk onderzoek hebben de GGZ-instellingen die zich richten op de behandeling van psychiatrische aandoeningen bij volwassenen, evt. geïntegreerd met andere diensten. (= categorie overig). Dit betreft 40 van de 43 instellingen, (95%) Het laagst aantal vermeldingen heeft de sector wonen, werken, dagactiviteiten, 10 van de 28 instellingen. (36%). En alhoewel dit geen expliciet doel van dit onderzoek was viel op, gaande langs de websites, dat vermeldingen met universiteiten door deze laatste sector op hun websites, in tegenstelling tot eerstgenoemde GGZ-instellingen, nauwelijks vermeld worden. Een aantal instellingen uit deze sector vermelden banden met Hogescholen. Eén instelling uit deze sector vermeldt een lectoraat zorginnovatie aan een Hogeschool.

Voorts viel op dat ROM-onderzoek, CQ indexen en uitkomsten cliëntenthermometer door instellingen vaak worden vermeld, binnen het kader wetenschappelijk onderzoek, op hun websites.



Figuur 7 wetenschappelijk onderzoek per sector.

5.1.2 Website onderzoek deelselectie overige GGz-instellingen.

Vervolgens zijn de 43 websites van de overige GGZ-instellingen nader geanalyseerd. De bevindingen zijn als volgt:

Van de 43 instellingen vermelden twee kleine behandelinstellingen geen wetenschappelijk onderzoek. Twee instellingen zijn consultatie en expertise centra die niet zelf patiënten in behandeling nemen.

Van de 39 resterende GGZ-instellingen die wetenschappelijk onderzoek vermelden, en een duidelijke behandelfunctie hebben, vermelden 24 instellingen (62 %) een eigenstandige R&D afdeling. Hieruit spreekt een duidelijk strategisch belang wat er gehecht wordt aan wetenschappelijk onderzoek. En nog eens 6 (15%) instellingen zijn aangesloten bij een 4-tal-samenwerkend onderzoekscentra/academische werkplaatsen, waarbij in totaal 12 instellingen zijn aangesloten. Voorbeelden van dergelijke onderzoekcentra zijn weergegeven in bijlage 3. Eén academische werkplaats, Universiteit van Tilburg, vermeldt expliciet een samenwerking tussen GGZ en Beleid en Management. Hier wordt tevens een verbinding met het bedrijfsleven vermeldt, in kader van nieuwe technologie. 38 van de 43 instellingen vermelden een vorm van samenwerking met 1 of meerdere universiteiten. Dit zijn vrijwel altijd verbindingen met medische-faculteiten.

De eerste keuze lijkt hierbij uit te gaan naar de regionale universiteit. Zo zijn de Brabantse GGZ-instellingen verbonden aan Tilburg-Universiteit en de noordelijke instellingen aan de Universiteit van Groningen. Minimaal 6 instellingen dragen bij in een Leerstoel. Minimaal omdat leerstoelen niet altijd duidelijk worden weergegeven op websites. Waarbij opgemerkt dat 1 instelling 8 hoogleraren aan zich verbonden weet.

Organisatie-inrichting: 27 van de 43 (63%) instellingen vermelden een organogram op de website. 24 van de 27 (89%) betreft dit de bekende hiërarchische structuur. Dit bevestigt de gedachte dat dit de traditionele structuur is van de GGZ. Een Commissie die vaak genoemd wordt op websites is de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Deze commissie speelt een belangrijk rol bij de controle op naleving van de wetgeving rondom patiëntgebonden onderzoek. Deze commissie wordt veelal omschreven als de commissie die onderzoeksprotocollen beoordeelt op relevantie, uitvoeringsaspecten en wetenschappelijke kwaliteit. Soms wordt genoemd dat deze commissie een taak heeft met betrekking tot het initiëren van nieuw onderzoek. De indruk bestaat dat de samenstelling en functie van deze commissie verschilt per instelling. Soms is deze commissie voorbehouden aan wetenschappers en opleiders. Soms ziet men een brede samenstelling van wetenschapper, directeur bedrijfsvoering, directeur kwaliteitszorg, opleidingen, deelname vanuit cliëntenperspectief, deelname ten behoeve van medisch-ethische toetsing. De eerstgenoemde samenstelling lijkt het meest gangbaar te zijn.

De indruk bestaat dat onderzoek ten behoeve van managementvraagstukken (bijvoorbeeld afstemming vraag- aanbod, doelgroeponderzoek, zorglogistieke bedrijfsvoering, implementatiestrategieën) in de minderheid is. Dit is een indruk omdat publicaties voor het merendeel op jaar van publicatie, alfabetisch op naam eerste schrijver, worden weergegeven en niet op geaggregeerd niveau. Daardoor bleek het binnen het kader van deze thesis niet haalbaar, dit kwantitatief in beeld te brengen. Want de grote totale hoeveelheid onderzoek binnen de GGZ in Nederland, die vermeld wordt op sites, is groot.

Het bleek mogelijk een beeld te vormen over de vraag of het management mogelijk op zoek is naar meer evidence voor hun vraagstukken. Daartoe werd gezocht op termen die samenhangen met

EBMgt. Bij 24 (56%) van de 43 instellingen was er een positieve hit. Enkele voorbeelden van positieve hits zijn weergegeven in onderstaand kader. Dit geeft aan dat deze vraagstukken wel spelen in de organisaties. Maar, naar het lijkt, nog slechts beperkt hun weg vinden naar het wetenschappelijk onderzoek.

Innovatieve, excellente zorg verlenen aan mensen met complexe psychiatrische en psychische problemen. Dat is het doel dat GGZ Oost Brabant voor ogen heeft. Goede geestelijke gezondheidszorg kenmerkt zich in onze ogen vooral door één ding: bezieling. Zonder bezieling kun je in dit vak niets wezenlijks betekenen voor een ander. Maar zonder gezonde financiële balans ook niet! Een efficiënte organisatie van de zorg is even onmisbaar voor het realiseren van onze missie. www.ggzoostrabant.nl

.....is partner bij KPMG Plexus en voormalig hoogleraar aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam....optimaliseren van zorgprocessen..... Tijdens zijn presentatie informeert Marc Berg u over de ontwikkelingen in de basis- ggz..... Hij vertelt onder meer over het verloop van de kosten van de afgelopen jaren en het einde van de zeven gouden jaren. (lezingencyclus GGZ –Friesland) www.ggzfriesland.nl

.....er zal gekeken worden hoe we de huidige werkmodellen kunnen vervangen door nieuwe methodes van werken die beter aansluiten bij de huidige mogelijkheden. Ook wordt gekeken hoe de inrichting van de werkvloer van invloed kan zijn op de werkbeleving en het resultaat. www.deltapsy.nl

De onderzoeksgroep Evidence Based Management bestaat uit verschillende personen. www.ggze.nl

5.2 Resultaten Interviews en Documentonderzoek.

(R&D staat voor Research & Development. BV staat voor Bedrijfsvoering).

Analyse interviews met betrekking tot de volgende subvragen:

Zijn directeurs van Zorgdivisies en directeurs van R&D afdelingen bekend met het begrip EBMgt en wat is hun mening over het belang van wetenschap ten behoeve van de managementpraktijk?

Welke meningen en ideeën leven er, bij de verschillende directeurs, met betrekking tot de vraag of R&D Afdelingen kunnen bijdragen aan oplossingen op bedrijfsvoerend gebied?

Evidence Based Management.

In totaal zijn negen directeurs geïnterviewd. Vier directeurs zijn bekend met het begrip EBMgt, 2 R&D directeurs en 2 BV directeurs. Slechts 1 directeur is bekend met het bestaan van de Leerstoel EBMgt. Alle directeurs benoemen het belang van wetenschappelijk onderzoek. In drie van de vier organisaties staat men wel aarzelend tegenover het begrip EBMgt. Dit ligt anders in organisatie 4. Beide directeurs van deze organisatie 4 zijn eensluidend: "bij ons is alles evidence based dus ook het management". Deze instelling vier hanteert een concept, met vier onderzoekslijnen, wat al jaren onderzocht en verbeterd wordt op kwaliteit- en kosteneffectiviteit aspecten. Binnen deze instelling is er ook sprake van intensieve samenwerking tussen R&D en management. De drie eerstgenoemde instellingen denken wel dat op termijn R&D een bijdrage zal gaan leveren ten behoeve van de managementvraagstukken. Met name de directeur van de TOP-afdeling verwacht dit; zeker in relatie met de TOP certificering, waarvoor wetenschappelijk onderzoek

ook op Mgt gebied wordt verwacht. Eén R&D directeur ziet dit echter niet gelegen binnen de huidige competenties van zijn R&D afdeling. “Je moet doen waar je goed in bent” is zijn motto en niet alles willen doen. De huidige competentie is onderzoek ten behoeve van EBPsychiatrie, en wel praktisch gestuurd, ten behoeve van het primaire proces. Wel ziet hij een rol weggelegd voor R&D als kennismakelaar. De verbinding leggen met universiteiten.

De genoemde aarzeling lijkt met verschillende factoren samen te hangen. Bijvoorbeeld met de mening dat directeurs BV voor zichzelf op het gebied van EBMgt een belangrijke rol zien weggelegd. Gedurende de interviews worden tal van voorbeelden gegeven van een EBMgt-werkwijze. Zo vertelt een directeur BV vertelt dat hij bezig is met zorglogistiek onderzoek. Dit heeft hij zelf uitgezet. Hij heeft een wetenschappelijke achtergrond en is geïnteresseerd in onderzoek. Wetenschappelijke kennis wordt ingehuurd van buiten. Weer een andere directeur BV vraagt zich sterk af of er wel voldoende “evidence” in de managementwereld bestaat. Ziet voor zichzelf, als divisiedirecteur, een belangrijke rol weggelegd in het vergaren van “evidence “: “ Ik formuleer concrete resultaten aan de voorkant en evalueer dit en onderzoek dan of het effect heeft. Maar of dat wetenschappelijk is ? Ik doe het op mijn manier. Voorts: R&D is hard nodig om het primaire proces op orde te brengen: is dus voor Evidence Based Psychiatry.

Of de hulp van R&D sowieso wordt gevraagd verschilt van instelling tot instelling. In de ene instelling zoekt de directeur BV actief de verbinding met R&D om vragen door te spreken. In een andere instelling verzucht de directeur R&D: “de managers komen nooit met vragen- dat moet veranderen “. Allen geven wel te kennen dat samenwerken wel degelijk voordelen zou opleveren.

Onderzoeksagenda.

Dit item levert een divers beeld op. In organisatie 1 lijkt een factor van belang de TOP-GGZ certificering. TOP-GGZ stelt eisen aan wetenschappelijk onderzoek. En deze eisen laten zich gelden bij de agenda. Ook vragen rondom kosten-effectiviteit, zorglogistiek. Deze vragen dringen – langzaam- door op de agenda. De gedachten van de directeuren BV van deze organisatie is wel dat de agenda nog teveel opportunistisch is; inspelend op de kansen die zich bij R&D voordoen en teveel inspelend op de vragen vanuit de Universiteiten. Dit geeft in hun ogen nog te veel willekeur en te weinig afstemming met het divisie management. In organisatie 3 is er geen centrale onderzoeksagenda. Iedere directeur bepaalt voor zijn divisie welk onderzoek er plaatsvindt. En de agenda is: laat 1000 bloemen bloeien. Een ieder die wil mag iets onderzoeken. Persoonlijke relaties, persoonlijke interesses, persoonlijke connecties, bepalen welk onderzoek er plaatsvindt en hoe e.e.a. gefaciliteerd wordt. In organisatie 2 voert de afdeling R&D de agenda. De agenda is ooit gestart als hobbyisme. En vervolgens landelijk bekend geworden, uitgegroeid tot belangrijke onderzoekslijn en een hoogleraarschap. Ook in die organisatie wordt de agenda wordt bepaald door onderzoek ten behoeve van EBPsychiatrie. Mode 1 – Mode 2 onderzoek blijkt een onderwerp van discussie binnen deze instelling te zijn: het praktijkgericht, kwalitatief onderzoek wat verricht moet worden door bijvoorbeeld psychologen en HBO'ers voor hun opleiding, wordt afgekeurd door de

Wetenschappelijke Onderzoeks Commissie. Overleg hierover vindt plaats. Deze directeur R&D vertelt wel dat vragen ten behoeve van EBMgt wel toenemend om de hoek komen kijken. “Het knaagt op de achtergrond” Zeker gezien een recente opdracht van de Raad van Bestuur om R&D niet te beperken tot alleen de inhoud van de psychiatrie.

Organisatie 4 volgt een andere lijn: de instelling heeft gekozen voor een generieke strategie: nl het productleadership. Deze keuze heeft consequenties voor de agenda van R&D. Al het onderzoek wat niet past binnen de strategie is afgestoten. Onderzoek wordt alleen gestart als het past binnen de onderzoekslijnen en wanneer er een goede businesscase van is gemaakt. Kosteneffectiviteit loopt door alle lijnen heen. Nieuw onderzoek komt voort uit interactie tussen werkvloer, behandelaren en management, en wetenschap, bij de instelling vertegenwoordigd door universiteiten/hogleraren. Vragen kunnen bestaan over de werkzaamheid van een behandeling, maar ook over financiële haalbaarheid, kosteneffectiviteit.

Uit meerdere instellingen komt het geluid dat ROM en landelijke prestatie-indicatoren, die een belangrijke plaats op de agenda innemen, ook fungeren als aanjager. Het levert heel veel onderzoeksdata op die weer gebruikt gaan worden binnen onderzoekslijnen. Ook voor de bedrijfsvoering.

Prestatie-indicatoren voor R&D:

Alle directeuren sommen op de vraag over de prestatie-indicatoren een vrijwel eensluidend rijtje op: het aantal artikelen, het aantal promoties, het organiseren van congressen en het houden van voordrachten op congressen. Tevens wordt vaak genoemd: de derde geldstroom; het verwerven van subsidies. En ook: TOP-certificering behalen voor een divisie. Eén organisatie maakt concrete resultaat afspraken hierover met de Raad van Bestuur.

Sommige bedrijfsvoerders en directeuren R&D geven aan ook na te denken over geheel andere indicatoren. Hoeveel veelbelovende medewerkers zijn er binnengehaald? Hoeveel medewerkers zijn betrokken bij onderzoek? In hoeverre werkt R&D mee aan diversiteit doelstellingen (M/V; verhouding allochtone medewerkers)? Plus het aantal nieuwe behandelmethoden die met behulp van onderzoek wordt binnengehaald. Hoeveel vragen vanuit de werkvloer zijn opgepakt richting onderzoek? Hoeveel stimuleringsgesprekken zijn er gevoerd om medewerkers te enthousiasmeren voor wetenschappelijk onderzoek?. Welke verbindingen zijn er aangegaan met andere kennisinstituten? Dit in verband met de rol van R&D als kennismakelaar. Het nut van de wetenschap, zoals deze directeuren BV dit zien, wordt in deze prestatie-indicatoren weergegeven.

Analyse interviews met betrekking tot de organisatie-inrichting in relatie tot wetenschappelijk onderzoek, EBMgt.

Hoe is de huidige organisatie ingericht en hoe draagt dit bij, of belemmert dit juist, de samenwerking tussen R&D Afdelingen en Zorgdivisies ten behoeve van een meer EBMgt? En hoe zou dit beter vorm gegeven kunnen worden ?

Strategie:

Het verwoorden en in beeld brengen van de strategie met betrekking tot R&D wordt door alle vier de organisaties benoemd als van groot belang; eigenlijk de belangrijkste factor. Alleen op die manier kan de wetenschap ingezet worden ten behoeve van het behalen van de bredere doelen van de organisatie. Ook een eigen divisie-strategie met betrekking tot R&D moet verwoord worden. Ook valt op dat alle organisaties aangeven dat de Raad van Bestuur daar een belangrijke stem in heeft. Bijvoorbeeld door aan te geven dat rationaliseren van zorgprocessen ook een onderwerp van onderzoek moet worden. Dat de divisies wetenschappelijk onderzoek ook onder moeten brengen in hun divisieplannen. (En de Raden van Bestuur bepalen ook in de vier organisaties het budget van R&D). Alhoewel allen aangeven dat de strategie het belangrijkste is verschilt de invulling sterk per organisatie. Van een ontbrekende centrale en divisie-strategie. Tot een organisatie-brede strategie die doorgezet en vertaald wordt binnen de divisies (mn is dit zichtbaar in de TOP-divisie). Tot een centrale strategie die autonoom vertaald wordt binnen R&D en niet doorvertaald wordt binnen de divisies.

Wederom valt organisatie 4 op. Beide directeuren vertellen dat er gekozen is voor de generieke strategie van het productleiderschap Wetenschappelijk onderzoek is onderdeel van die duidelijke strategische keuze. Dit wordt breed uitgedragen buiten en binnen. Dit zit ook totaal verankerd binnen de behandelprogramma's.

Ook komt in de interviews met de bedrijfsvoerders het element maatschappelijke verantwoordelijkheid naar voren. Dit element wordt ingebracht in de strategische discussie met R&D. In relatie tot de gevraagde transparantie- en onderzoek met betrekking tot ROM. Overigens leidt dit element niet tot verschil van mening tussen BV en R&D. Men kan elkaar er in vinden. Mits R&D wel kan blijven voldoen aan criteria voor goed onderzoek.

Structuur:

Hieronder wordt een selectie weergegeven van structuren die zijn ontstaan en die door de geïnterviewden expliciet worden benoemd. Het betreft interne, informele en externe structuren. Voorts brengt organisatie 4 een aantal faciliterende voorwaarden onder de aandacht die binnen die organisatie goed hebben gewerkt. Die worden hier ook weergegeven.

Interne structuren

Bij organisatie 1 komt naar voren dat zowel de directeuren R&D als de directeuren BV bezig zijn met het aanbrengen van structuren. Binnen de zorgdivisies zijn structuurplannen gemaakt door de directeuren BV, met als doel R&D te verankeren binnen de divisies. Mede naar aanleiding van de wildgroei aan onderzoek en verlies aan overzicht zijn de structuurplannen gemaakt. Maar ook R&D heeft een structuurplan gemaakt. Veel overleg lijkt daar, zeker in het begin van R&D vorming, niet over plaats te hebben gevonden. De traditionele schotten creëerden afstand. Inmiddels is er wel meer toenadering gekomen tussen R&D en zorgdivisies. Er worden ook verbindingen gelegd tussen de structuren van R&D en de zorgdivisies. Directeuren BV en Directeuren R&D zijn ook, op uitnodiging van BV, reguliere samenwerkingsafspraken gaan maken gericht op “wetenschapsprojecten, innovatieprojecten en overige leuke ideeën”. De overige leuke ideeën komen van beide kanten: R&D en de werkvloer. De TOP-divisie heeft onderzoeksteams geformeerd binnen de divisie en een eigen wetenschapscommissie is ingesteld; met medewerkers van R&D en van de werkvloer. Daar komen de vragen van de praktijk binnen en daar worden de lopende onderzoeken geëvalueerd. Kosteneffectiviteitonderzoek komt langzaam op de agenda. De directeur BV laat zich regelmatig uitnodigen om “de managementvragen” te bespreken. Ook is er bij de TOP-divisie een researchcoördinator aangesteld samen met R&D. Zowel R&D als de directeuren BV zien deze ontwikkelingen als een positieve ontwikkeling. De afstemming is nog een probleem, maar ontwikkeling is gaande. De weg naar TOP-certificering werkt faciliterend.

Een belangrijke commissie die ook bij de interviews vaak genoemd wordt is de commissie wetenschappelijk onderzoek. (CWO). Deze commissie heeft een belangrijke stem bij het uit te voeren onderzoek. Bij drie van de vier organisaties is er geen vertegenwoordiging uit de lijn. Dit wordt door 1 organisatie expliciet als een omissie benoemd. Soms is er ook verantwoordelijkheid voor het R&D budget. Soms is er een adviesraad van externe academici, verbonden aan medische faculteiten, gekoppeld aan de CWO.

Organisatie vier benoemt expliciet de volgende faciliterende structuur factoren die helpen de wetenschap te verankeren binnen de organisatie:

- Een kleine organisatie met korte lijnen- en veel informele contacten, vrijwel dagelijks, rondom wetenschap en praktijk.
- Wetenschap en praktijk zijn beiden in de –hiërarchische- structuur ingebed. (voorbeeld: hoogleraar is voorzitter RvB- naast bedrijfsvoerend lid RvB). Deze combinatie wordt doorgezet tot op de werkvloer. Er zijn ook 4 hoogleraren aan de instelling verbonden. Veel werknemers zijn naast hulpverlener ook onderzoeker. Een groot deel van de behandeling is onderwerp van onderzoek.
- Academische werkplaatsfunctie binnen de instelling: wetenschap – beleid/bedrijfsvoering – de klinische praktijk; die drie bij elkaar aan tafel houden. Onderzoek komt niet zonder de manager tot stand.

- Interne structuur loopt over in externe structuur met Universiteiten.

Informele structuren:

Alle geïnterviewden benoemen dat de externe contacten met universiteiten, de start van onderzoekslijnen, de start van een R&D-afdeling, externe onderzoeksnetwerken ooit gestart zijn via de weg van de informele contacten. Later zijn die contacten, soms meer, soms minder, geformaliseerd en uitgewerkt. Eén organisatie is een recente fusieorganisatie. De directeur van die afdeling merkt op dat ook structuren, netwerken, informele lijnen, verloren zijn gegaan. Er moet weer veel opgebouwd worden. En opbouwen gebeurt weer met name via de informele contacten, waar deze directeur ook actief op inzet.

Externe structuren:

Bij vrijwel alle organisaties zijn de universiteiten voor R&D zeer belangrijk. Met meerdere universiteiten bestaan er contacten. Vrijwel altijd ontstaan deze contacten uit persoonlijke relaties met R&D en met de Raad van Bestuur. Een universiteit "dichtbij" heeft de voorkeur. "Dan komt men ook wat gemakkelijker bij elkaar over de vloer". Voorts nieuwe netwerken zijn in wording: TOP-GGZ creëert een eigen netwerk waar de Directeuren BV aan deelnemen. Daar staat ook kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie op de agenda. En Kennisnetwerken, veelal ten behoeve van doelgroepen, worden als steeds belangrijker ervaren, ook door directeuren BV.

Systemen:

Budget van R&D wordt bij alle vier de organisaties bepaald door de Raad van Bestuur. Vrijwel geen van de directeuren weet precies hoeveel geld er binnen R&D omgaat. Globaal weet men het percentage van het budget wat naar R&D toegaat. Samenwerkingsovereenkomsten, ten behoeve van uit te voeren onderzoek, worden incidenteel gemaakt.

Medewerkers:

Opvallend is dat vrijwel alle directeuren het belang benoemen van de wetenschap voor hun medewerkers maar ook het belang van kritisch-wetenschappelijk-ingestelde medewerkers voor hun organisatie. Een opmerking die gedurende de interviews vrij algemeen gehoord wordt is het belang van de science-practitioner. Dat het ook goed zou zijn als meer teamleiders/lijnverantwoordelijken zouden werken als science-practitioner. Dat men niet alleen jonge en beginnende science-practitioners nodig heeft maar ook ervaren medewerkers. Dat men de organisatie moet kennen waar het onderzoek wordt gedaan. Research trekt medewerkers aan en het maakt medewerkers beter- leert ze een wetenschappelijke houding; dat is je open en toetsbaar opstellen. Open staan voor samenwerking. Vragen stellen wanneer je iets niet weet. Het belang van leren publiceren wordt benadrukt. Leren referaten te houden.

Organisatie 4 vertelt dat, inherent aan het productleiderschap, er gestuurd wordt op kwalificaties en competenties ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Door alle lagen heen. Een “EB Mindset” is een voorwaarde. Teammanagers hebben ook allemaal onderzoek in hun portefeuille. Behandelaren worden actief betrokken bij onderzoek. Actieve scholing op onderzoeksmethodiek. Plus inzetten op medewerkers die zelf publiceren. “Wanneer wij een gepromoveerde manager kunnen krijgen, bij twee gelijkwaardige kandidaten, kiezen wij de gepromoveerde kandidaat”, is de opmerking.

Cultuur en Managementstijl:

Met betrekking tot de managementstijl worden kenmerken genoemd die helpen bij het overbruggen van de afstand tussen R&D en bedrijfsvoering. Kenmerken die genoemd worden zijn: een bevragende houding, (Dit geven directeuren R&D aan als belangrijk element); research-minded zijn; onderzoekend en kritisch; uit op dialoog en samenwerken; goede communicatieve eigenschappen. Aan belemmerende factoren worden genoemd het teveel-op-korte termijn denken. Dit wordt genoemd door directeuren R&D en BV. Zich teveel laten leiden door de planning & control cyclus. Zeker in deze tijd van bezuinigingen, die de GGZ-instellingen hard raakt.

Cultuurfactoren die naar voren komen: zowel de directeuren BV als de directeuren R&D lijken geneigd in hoge mate autonoom te werken. Geneigd hun eigen werkveld in te richten, en hun eigen problemen op te lossen. Het risico van het ontstaan van eilandenrijken wordt genoemd. Lijken soms ook verbaasd wanneer gedurende de interviews blijkt dat werkvelden kunnen overlappen- dat competenties kunnen aanvullen. Managementvragen lijken te worden gezien als een probleem van de manager: niet alleen door R&D maar ook door de manager zelf.

Het streven TOP-te worden (“het is leuk goed te zijn!”) een hoog ambitie niveau, de drive-de-beste-te-zijn, komt ook naar voren als verbindend cultuur-element tussen wetenschapper en directeur BV. Wetenschappelijk onderzoek wordt door beiden gezien als een middel om de ambitie waar te maken.

Verschillen in professionele cultuur worden zichtbaar bij de referaten: daar komen alleen de de behandelprofessionals. Managers worden wel uitgenodigd, “maar ze komen niet”. “Er staan nooit managementonderwerpen op de agenda”. Het zijn gescheiden werelden. Bij één van de onderzochte instellingen zijn er ook aparte refereerbijeenkomsten voor managers.

Voorts wordt benoemd de cultuur binnen de universiteitswereld. Waar de autonome professional centraal staat. Het belang van verkrijgen van aanzien in deze wereld voor perifere GGZ-instellingen. een belang wat niet altijd samenvalt met de belangen van de zorgdivisies. Juist de Directeuren BV noemen dit en zien ook wel de lastige positie waarin Directeuren R&D zich soms bevinden.

Organisatie 4 is weer het meest expliciet: “Ons doel is de dienst die wij leveren te verbeteren. En dat op een maatschappelijk verantwoorde manier. Tegelijkertijd willen wij productleader zijn. En dat blijven. Dat is de cultuur en de managementstijl. Daarom is onderzoek zo belangrijk. Stel er komt uit

een onderzoek dat een bepaalde therapie niet werkt. Dan willen wij dat graag als eerste weten. En dat zal ook gevolgen hebben voor het aanbod. Plus: medewerkers moeten in de aanval ! Naar buiten laten zien wat ze doen. Niet, waar de psychiatrie toe neigt: in de verdediging. Een enigszins Amerikaanse aanpak. Plus getallen helpen ook om medewerkers te overtuigen. Ze zien zwart op wit wat wel en niet werkt. Welke zorg goedkoper is en net zo effectief. Op welke dienst ook de meeste winst te behalen valt.

Verwachtingen:

De verwachtingen voor de toekomst zijn divers. Meer EBMgt. Meer samenwerken met andere kennissectoren op wetenschappelijk gebied. Meer samenhang met het primaire proces. Meer samenwerken, herijken en zoeken naar zaken waarvan je samen vindt dat het waardevol is. Een directeur zegt : “dat zou betekenen dat elk evidence based project dat start altijd zijn borging heeft in het primaire proces”. Plus aansturen op een levendige interactie tussen de bottum-up stroom van de werkvloer; en de topdown stroom van R&D. Een R&D directeur: “meer vragen van de managers! Commitment en inbreng van de bedrijfsvoering”. Genereren en bundelen van kennis die gebruikt kan worden op overstijgend niveau. En organisatie 4: Zo doorgaan ! Verbeterpunt: meer onderzoek naar logistieke processen ten behoeve van kwaliteit en efficiëntie. Plus presentaties van de uitkomsten naar de voornaamste stake-holders. Dat kan (nog) beter.

Resultaten Document Onderzoek.

De resultaten van het document onderzoek zijn per organisatie, in tabel vorm, per onderzoekitem weergegeven in bijlage 7. Vermeld moet worden dat alle R&D directeurs benadrukten dat de documenten, of verouderd, of nog in wording waren. R&D- directeurs verontschuldigen zich. “Beleidsdocumenten maken is niet mijnsterkste kant”was de gehoorde uitdrukking. De resultaten van het document onderzoek ondersteunen in belangrijke mate de uitkomsten van de interviews. Belemmerende factoren die benoemd worden in de interviews zijn zichtbaar in de documenten. Bijvoorbeeld een directeur R&D benoemde de grote afstand tussen de divisies en R&D. In de documenten van die organisatie valt op dat de autonomie van de onderzoeker expliciet wordt benoemd en dat een structuur-verbinding met de zorg-divisies niet wordt genoemd. Ook wordt in de documenten zichtbaar hoe binnen organisatie 1 de structuren van R&D en divisie naast elkaar staan, soms strijdig lijken maar ook hoe de zgn. zachte factoren, managementstijl, medewerkers, sterk met elkaar overeenkomen en een ambitie gedeeld wordt, nl die van de TOP-certificering. Tenslotte: in hoofdstuk 3 wordt benadrukt het belang van het op één lijn brengen van de verschillende variabelen/dimensies, het belang van een onderlinge samenhang van de verschillende variabelen/dimensies. In de analyse van het documentonderzoek lijkt die samenhang het sterkst naar voren te komen bij organisatie 4.

Tevredenheidsscores laatste 5 vragen topiclijsten.

Aan het einde van het interview zijn aan de deelnemers vijf vragen gesteld met het verzoek die te beantwoorden met een tevredenheidsscore. De vragen staan weergegeven in onderstaand kader.

Hoe tevreden bent u met (cijfer tussen 1-10):

24. de samenwerking tussen wetenschappers en managers in uw instelling ?

25. de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ?

26. de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ten behoeve van de medische praktijk ?

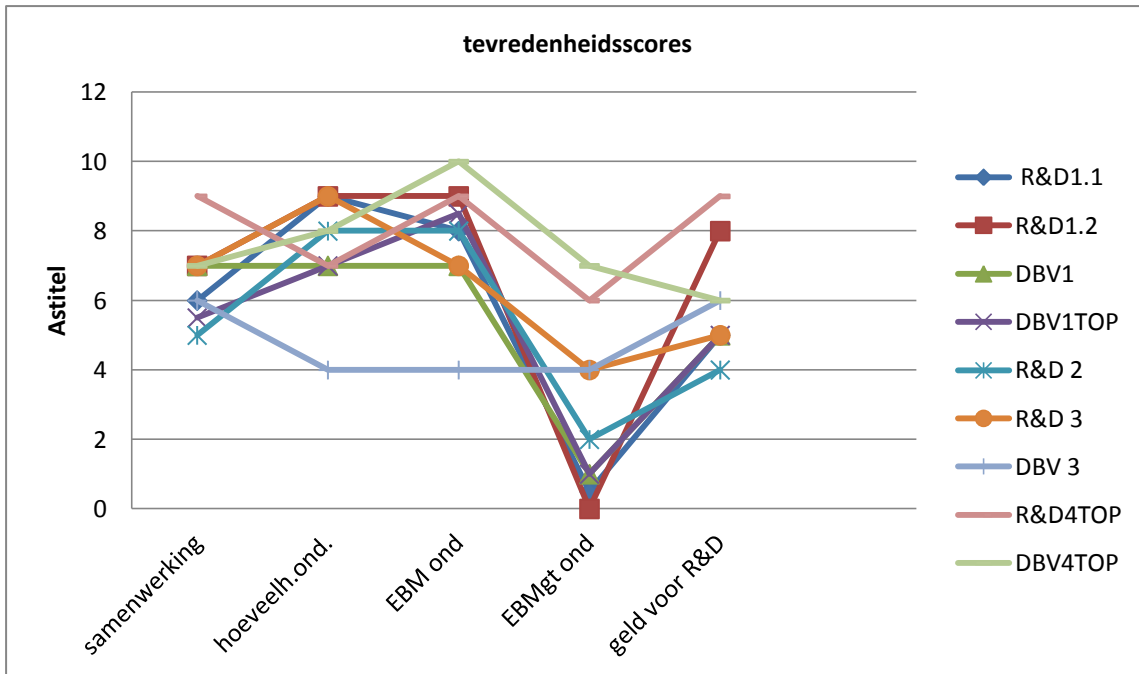
27. de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ten behoeve van de management praktijk ?

29. de hoeveelheid geld die naar uw R&D afdeling gaat ? (hoeveel geld % van de omzet gaat er naar R&D ?)

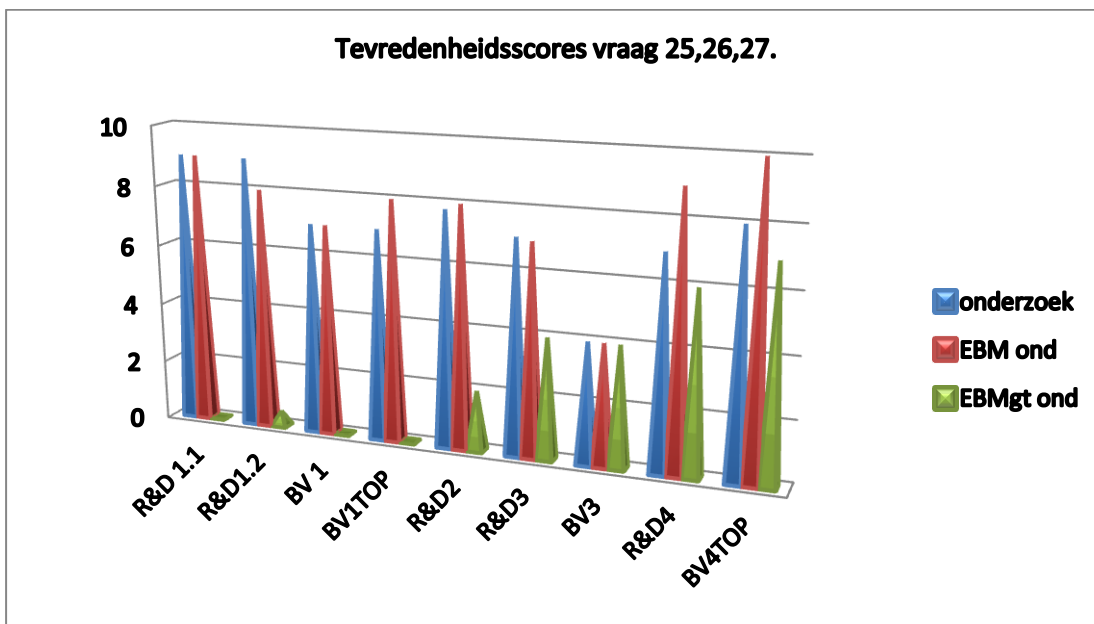
Resultaten:

(R&D staat voor directeuren R&D – BV staat voor directeuren BV).

Vraag 24. Figuur 8. Met betrekking tot het samenwerken: Zes van de negen directeuren geven een 6 of 7 voor de samenwerking. R&D 2 scoort het laagst, met een 5, op dit item. Deze directeur maakt daarbij de opmerking dat deze score geldt voor de kwantiteit van de samenwerking maar niet voor de kwaliteit. De hoogste score is van R&D 4: een 9. Ondanks vier verschillende organisaties: de samenwerking lijkt zich uit te middelen rond een 6 of 7.



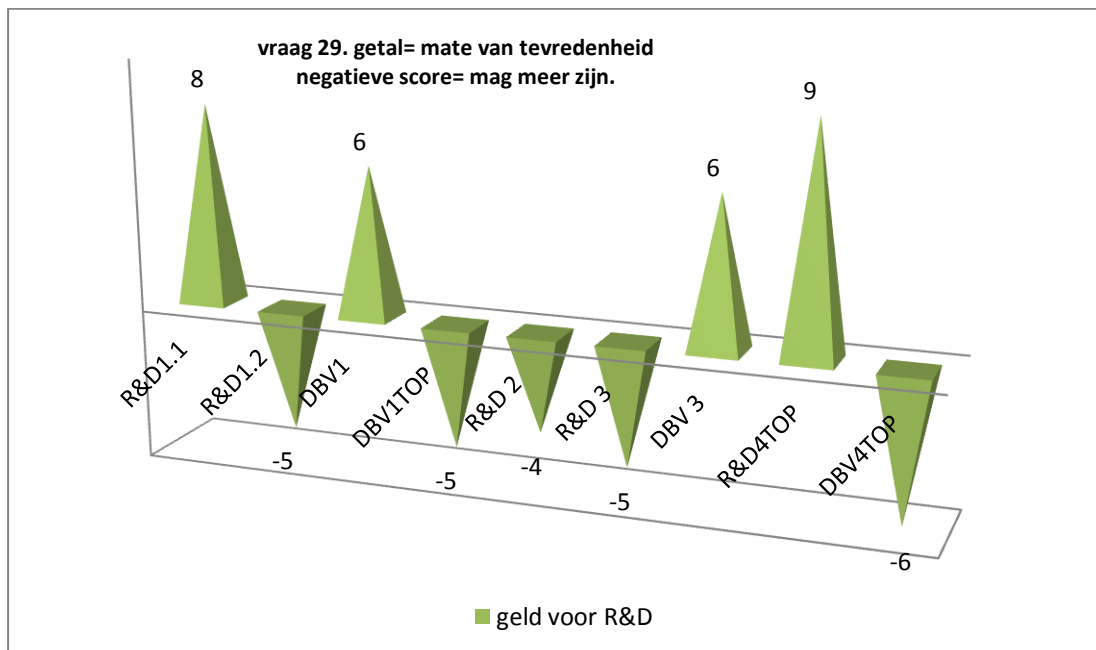
figuur 8 tevredenheidsscores op vragen 24 tm 29.



figuur 9 score met betrekking tot hoeveelheid onderzoek, EBM, EBMgt.

Vraag 25,26,27. In figuur 9 een weergave van de tevredenheidsscore die de diverse directeuren gaven aan de hoeveelheid onderzoek en de verdeling EBM –EBMgt. De getallen spreken voor zich in instelling 1 en 2. Hoge scores voor de hoeveelheid onderzoek ten behoeve van EBM. De score van

Directeur BV3 is laag. Waarbij de vermelding dat deze directeur te kennen gaf dat dit eigenlijk een uitdrukking is van het gegeven dat hij niet weet hoeveel onderzoek er plaats vindt binnen de organisatie. Organisatie 4 is de organisatie die gekozen heeft voor de generieke strategie van het productleiderschap. Beide directeuren geven een hoge tevredenheidscore voor zowel het EBM als voor het EBMgt onderzoek.



Vraag 29. Bij alle vier de instellingen wordt het budget door R&D vastgesteld door de Raad van Bestuur. Er zitten wel verschillen in de hoogte van het budget. Bij organisatie 1 bedraagt het budget ruim 1% van de omzet. Bij organisatie 2 ligt dit beduidend lager. (0,4 % van de omzet) . Directeur R&D 2 is ook het meest ontevreden met zijn budget. Bij organisatie 3 is het precieze budget niet bekend want de gelden komen uit de diverse divisies. Organisatie 4 heeft het hoogste percentage van de omzet, 3% , met daarbij de aantekening dat de omzet 23 miljoen bedraagt. Twee Directeuren BV vinden dat het budget eigenlijk omhoog zou moeten: beiden zijn directeur van een Topdivisie.

6. Conclusies, Discussie en Aanbevelingen

Dit laatste hoofdstuk geeft allereerst de voornaamste conclusies weer. Vervolgens worden de bevindingen van het empirisch onderzoek bediscussieert in relatie tot de inzichten verkregen uit de literatuur. Voorts geeft de onderzoeker enkele beperkingen van het onderzoek. Tenslotte volgen de aanbevelingen voor directeuren R&D en Bedrijfsvoerend directeuren. Al doende worden de subvragen en de centrale vraag van het onderzoek beantwoord.

6.1 Conclusies

Om de centrale onderzoeksvraag, zoals vermeld in hoofdstuk 1, te kunnen beantwoorden was het van belang eerst een beeld te vormen of wetenschappelijk onderzoek, en wetenschappelijk onderzoek in het kader van Evidence Based Management op de agenda staat van de Nederlandse GGZ. Daartoe werd gebruik gemaakt van website onderzoek. De bevinding is dat wetenschappelijk onderzoek door GGZ-instellingen inderdaad als belangrijk wordt gezien. Dit valt af te leiden uit het feit dat Wetenschappelijk Onderzoek een prominente plaats op websites inneemt. 95% van de GGZ-instellingen die zich richten op de doelgroep volwassenen, en niet primair afkomstig zijn uit de sector verslavingszorg, forensische psychiatrie, wonen, werken, dagactiviteiten, vermeldt wetenschappelijke onderzoek op hun site. En nog eens 24 van de 39 instellingen hebben de wetenschappelijke activiteiten georganiseerd binnen een aparte afdeling R&D. Waaruit mag worden afgeleid dat wetenschappelijk onderzoek gezien wordt als een factor van strategisch belang. Wat opvalt is dat Sector wonen/werken/dagactiviteit beduidend minder wetenschappelijke activiteiten op hun site vermeldt. Voorts bestaan er een groot aantal verbindingen, tussen, veelal regionale, universiteiten en GGZ-instellingen. Een substantieel aantal instellingen, 12 van 39, hebben zich op het gebied van wetenschappelijk onderzoek georganiseerd in een regionaal onderzoek centrum/academische werkplaats. De indruk is dat het onderzoek voornamelijk plaatsvindt vanuit medisch-psychiatrische achtergrond. Managementvraagstukken worden wel regelmatig benoemd op websites. Echter wetenschappelijk onderzoek in dat kader lijkt ver in de minderheid te zijn.

Deze laatste indruk wordt bevestigd door de interviews die binnen vier instellingen met directeuren R&D en directeuren BV zijn gehouden. Bij drie van de vier instellingen vindt onderzoek met name plaats op medisch-psychiatrisch gebied. Onderzoek ten behoeve van meer Evidence voor het Management vindt nauwelijks plaats. Wel "knaagt het op de achtergrond". Maar in drie van de vier organisaties is het geen onderwerp wat door R&D, of door de bedrijfsvoerders, op de agenda wordt gezet. Niet bij R&D omdat het niet lijkt te passen binnen de traditie van het medisch-psychiatrisch onderzoek. Niet bij de manager omdat er een neiging lijkt te bestaan het leveren van evidence als onderdeel van hun management taak te zien. Het belang van –meer- samenwerken tussen Management en Wetenschap wordt door alle partijen als van belang gezien. Met name omdat een breder belang van de wetenschap wordt gezien dan alleen het uitzetten van wetenschappelijk

onderzoek en genereren van resultaten. Er wordt een belang gezien met betrekking tot kwaliteitsverbetering van diensten mede door de ontwikkeling van medewerkers. De vier instellingen hebben ieder een eigen wijze gevonden om het wetenschappelijk onderzoek binnen de instelling vorm te geven. In de praktijk varieert ook de mate van samenwerken tussen de directeuren R&D en directeuren BV per instelling. Als faciliterende factor wordt door allen een gezamenlijke strategie benoemd. Waarbij ook, door één van de vier organisaties het belang van de keuze voor een duidelijke generieke strategie wordt benoemd. Deze keuze lijkt er bij die organisatie voor gezorgd te hebben dat wetenschap en praktijk geïntegreerd werken. Dit is ook de enige organisatie binnen het onderzoek waar EBMgt een belangrijke rol speelt. Voorts wordt door de organisatie directeuren de rol van de Raad van Bestuur expliciet benoemd ten behoeve van het proces van samenwerken en strategieformulering. De gehanteerde managementstijl kan faciliteren. Structuren, in de praktijk geformeerd, geven weer het belang wat er gehecht wordt aan multidisciplinariteit. Waarbij organisatie 4 het belang aangeeft van het aan tafel zitten van management-praktijk-wetenschap. Het belang van de frequente ontmoeting en korte lijnen wordt ook door deze instelling aangegeven. Informele contacten worden door de organisaties gezien als opstart tot samenwerken. Voorts wordt, in het algemeen, het belang genoemd van een goede verbinding en voortdurende uitwisseling tussen werkvloer en wetenschap genoemd. De cultuurfactor lijkt zowel belemmerend als bevorderend te kunnen werken. De cultuurfactor autonomie kan mogelijk een belemmerende factor zijn. Dit lijkt te spelen zowel voor R&D als bedrijfsvoerders en komt ook tot uitdrukking in de structuur. Tegelijkertijd wordt ook gezien dat een sterke intrinsieke motivatie, als onderdeel van de professionele cultuur van manager en professional, verbindend kan werken tussen R&D en management. Een voorbeeld hiervan is het streven om tot de TOP-GGZ te willen horen.

6.2 Discussie.

De discussie zal gevoerd worden op geleide van de subvragen zoals gesteld bij de achtereenvolgende delen van het onderzoek. Daar waar de subvragen en de verkregen inzichten uit de verschillende onderdelen van het onderzoek, ook het literatuuronderzoek, elkaar raken wordt dit in samenhang beschreven.

Evidence Based Management. De Wetenschapper. De Manager.

De volgende subvragen komen in deze discussie aan de orde:

Welke inzichten verschaffen websites van GGZ-instellingen ten aanzien van de vraag of wetenschappelijk onderzoek en EBMgt, op de agenda staat van deze instellingen? Is er door middel van onderzoek van websites inzicht te verkrijgen in samenwerkingsverbanden en organisatie-inrichting van deze GGZ-instellingen. Zijn directeuren van Zorgdivisies en directeuren van R&D afdelingen bekend met het begrip EBMgt? Wat is hun mening over het belang van wetenschap ten behoeve van de managementpraktijk? Welke meningen en ideeën leven er, bij de verschillende directeuren, met betrekking tot de vraag of, en hoe, R&D afdelingen kunnen bijdragen aan oplossingen op bedrijfsvoerend gebied?

1. Staat wetenschappelijk onderzoek op de agenda van de instellingen?

De vraag of wetenschappelijk onderzoek op de agenda staat kan met een volmondig “Ja” beantwoord worden. Ja, wetenschappelijk onderzoek staat op agenda van de instellingen. En hoe.. De websites vertellen ons dat van de merendeel -geïntegreerde - GGZ-instellingen , 95% wetenschappelijke activiteiten op hun site vermeldt. En op veel sites worden lange publicatielijsten weergegeven. Maar het is niet voor alle sectoren gelijk. De sector wonen/werken/dagactiviteiten komt er het meest bekaaid af : slecht 1/3 van de instellingen vermeldt wetenschappelijke activiteiten. Deze bevinding is helaas niet nieuw. (Garetsen, 2007; Garetsen 2005). Helaas om twee redenen: Ten eerste : juist op deze gebieden gaan er de komende jaren grote veranderingen op het gebied van financiering optreden: scheiden wonen & zorg en overdracht van grote delen van deze zorg naar de gemeenten in het kader van de wet WMO. Ten tweede: juist verbindingen met werk, welzijn (dagbesteding), (begeleid) wonen kunnen leiden tot voorkomen van zorg en een verhoogde kwaliteit van leven (Putters, 2012). Deze bevinding draagt bij aan de zgn. zorgparadox :onderzoek en innovatie richten zich voornamelijk op behandeling terwijl datgene wat kan leiden tot verminderen van zorgbehoefte niet onderzocht wordt en geen onderwerp van innovatie is. (Putters2012).

2. Is EBMgt iets voor R&D?

EBMgt is geen goed gekend begrip bij de directeurs R&D. Uitleg over hoe onderzoek eruit zou kunnen zien binnen de GGZ in het kader van EBMgt roept herkenning op. Maar de realiteit is dat onderzoek binnen drie van de vier onderzochte instellingen vrijwel alleen plaats vindt op medisch-psychiatrisch gebied. De vierde instelling is de uitzondering op dit gebied. Op deze instelling wordt verderop in deze discussie op teruggekomen. Onderzoek in het kader van EBMgt “knaagt op de achtergrond”, zoals één van de directeurs R&D het uitdrukte. Nut en noodzaak wordt door vrijwel alle geïnterviewden gevoeld. Passend bij de bevinding van het website onderzoek van 43 instellingen: managementvraagstukken knagen ook daar op de achtergrond. Drie van de vier geïnterviewden denken dat er in de toekomst wel een belangrijke plaats op dit gebied weggelegd is voor de R&D afdelingen van de GGZ-instellingen. Eén R&D directeur ziet voor zichzelf en zijn R&D afdeling geen mogelijkheid tot onderzoek naar managementvraagstukken. Zijn afdeling is goed in EBM . “Men moet niet alles willen doen met het risico dat je uiteindelijk geen vlees , geen vis biedt”. En alle redelijkheid gebiedt te zeggen dat die kans niet irreëel is. Kennis, kunde ligt op het gebied van EBM-geworteld in een traditioneel medisch-psychiatrische onderzoekscultuur, zoals uit de interviews blijkt, mode 1 onderzoek. Het gevaar van “stuck in the middle “ lijkt niet ondenkbaar. Wellicht moet er een alternatief gevonden worden door op zoek te gaan naar die kennisinstututen waar wel de onderzoekskennis met betrekking tot organisatie-beleidsvraagstukken aanwezig is: het netwerk uitbreiden en zorgen voor nieuwe deelnemers. R&D biedt dit alternatief wel aan: R&D in de rol van kennismakelaar.

3. R&D als Kennismakelaar naar EBMgt?

Of dit een redelijk alternatief is, is nog maar de vraag. Er bestaan inderdaad veel banden tussen Universiteiten en GGZ-instellingen, zie de bevinding van het website onderzoek. Maar de keuze voor een universiteit lijkt met name door twee factoren te worden bepaald: regionale binding en persoonlijke factoren. Voorts bestaan de meeste contacten uit contacten met medische faculteiten. Dit zou inhouden dat afdelingen R&D, bij onderzoeksvragen van de manager, uit het vertrouwde regionale terrein moet stappen, om nieuwe onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. En er moeten –nieuwe- persoonlijke banden aangeknoopt worden. Een vraag is of die banden ook eventueel aangeknoopt kunnen worden via de manager. Dat zal sterk afhangen van de achtergrond van de manager. Heeft die persoonlijke connecties binnen de academische wereld? Dat is geen vaststaand gegeven. Zoals beschreven in hoofdstuk3 van deze thesis. En bovenal: hoe EBMgt-minded is de manager ?

4. Is EBMgt iets voor de Manager?

De vraag of R&D afdelingen, en EBMgt, iets zouden kunnen betekenen voor de directeur bedrijfsvoering, roept bij die zelfde directeuren wisselende reacties op. Twee van de vier directeuren zien, met betrekking tot EBMgt een belangrijke taak voor zichzelf weggelegd, en verwachten (nog) niet zo heel veel van wetenschappelijk onderzoek. En vragen zich, min of meer, af, of evidence based werken niet bij de “gewone managementtaken” hoort. Zij betwijfelen overigens of deze werkzaamheden wel als Evidence Based benoemd moeten worden. Dit is in lijn met de bevinding van Hamers(2011), zoals beschreven in paragraaf 2.2.1 van deze thesis. Hamers merkt ten eerste op dat niet alleen vanuit het domein van de wetenschappelijke kennis maar ook vanuit de andere domeinen valide en betrouwbare, wetenschappelijke informatie, wordt ingebracht. (Stakeholders-concurrentieanalyses, portfolioanalyse, SWOT, managementinformatie). Methodieken die ook de geïnterviewden hanteren. En ten tweede merkt Hamers (2011) op: “ ik zie in de dagelijkse praktijk dat veel managers de lijn van EBMgt, op zijn minst in de basale variant zijnde evidence- informed management, volgen, wellicht ongeweten en impliciet, maar toch!”. Ook in deze praktijken wordt dit gezien. Wellicht impliciet wordt een lijn van EBMgt gevolgd. Maar zonder EBMgt expliciet te benoemen en zonder, of slechts incidenteel, een vraag aan R&D te stellen. De directeur BV lijkt geneigd, met betrekking tot EBMgt, te opereren als een autonome professional die zelf de eigen werkomgeving inricht en zonder afstemming op anderen beslissingen neemt met een eigen extern contacten patroon. (Weggeman, 1997. par. 3.2.3. van deze thesis). Overigens zijn allen wel overtuigd van het belang van R&D voor EBM. Overtuigd van het belang dat de medisch-professional op een Evidence Based wijze te werk gaat. De vraag doet zich in deze discussie voor of, “evidence based” een beladen term is. Het wordt in de managementliteratuur ook wel gelijkgesteld met het op technisch-rationele wijze beslissingen nemen waarbij de intuïtie en emotie, sociale aspecten en situatie gebonden organisatie- factoren, buiten de deur gehouden worden. (Noordegraaf, 2002). Evidence Based Management wordt soms gesteld tegenover het “hands on” managen van

gewortelde managers, waarbij ‘hands on’ staat voor betrokken, communicerend , lerend. (Noordegraaf, 2002). Deze vraag is niet meegenomen in dit onderzoek, er kan dus ook geen antwoord op gegeven worden. Wel kan opgemerkt worden dat EBMgt juist de integratie van de kennisdomeinen voor staat. En het belang van de kenmerken “betrokken, communicerend, lerend” worden juist –in literatuur en interviews- genoemd als van belang bij het samenwerken tussen Wetenschapper en Manager ten behoeve van een EBMgt.

3. Externe verantwoording: een zegen voor EBMgt?

De externe verantwoording, roep om transparantie, roept bij de geïnterviewden geen uitgesproken negatieve reactie oproept. Integendeel: er wordt eerder in positieve termen over gesproken dan in negatieve termen. Ten eerste wordt aangegeven dat de externe verantwoording een enorme datageneratie oplevert die gebruikt wordt in verdere onderzoeklijnen. En de informatie wordt ook gebruikt in het kader van management evaluatie onderzoek. Dit is in lijn met de literatuur waarin gemeld wordt dat het gebruik van kwaliteit systemen een positieve ontwikkeling met betrekking tot EBMgt met zich meebrengt. (Kovner, 2006; Banaszak, 2009) In dit kader kan ook de –zelf gezochte- externe verantwoording, die van de TOP-GGZ certificering genoemd worden. Uit de interviews blijkt, met name bij organisatie 1, dat de eisen die gesteld worden aan wetenschappelijk onderzoek een belangrijke –push- betekenen voor het inzetten van wetenschappelijk onderzoek; ook ten behoeve van EBMgt. Dat het streven naar TOP-certificering wetenschapper en manager kan verbinden. En, naar het lijkt niet onbelangrijk, TOP-GGZ-instellingen verbinden zich in wetenschappelijke platforms, voor wetenschappers en managers. Waardoor er nieuwe netwerken, nieuwe structuren ontstaan ook met onderzoeksinstituten op het gebied van beleid en management in de gezondheidszorg.

4. De Onderzoeksagenda

Uit de interviews komt naar voren dat tussen de instellingen grote verschillen bestaan hoe de onderzoeks agenda wordt ingevuld. Deze agenda lijkt een resultante te zijn van meerdere (organisatie)factoren. Zo kan de agenda een resultante zijn van de strategie, bijv. voortvloeiend uit de keuze voor een generieke strategie, zoals het product-leader-ship. Culturelementen kunnen een rol spelen. Zoals de autonomie van de onderzoeker versus de vragen van de zorgdivisie. Of hobby's van de professional. Of een eilanden-cultuur waar 1000-onderzoeksbloemen bloeien. De ambitie TOP-divisie te worden en het invullen van de agenda op geleide eisen certificering. De externe verantwoordingsdruk die eisen oplegt en kansen biedt aan de onderzoeks agenda. De externe verbindingen met universiteiten. Universiteiten die verwachtingen hebben van de instellingen. Wellicht dat dit alles iets verklaart van de diversiteit van de publicatielijsten op websites. En mogelijk ook verklaart waarom de manager slechts een beperkte invloed op de agenda lijkt te hebben en, door middel van een faciliterende managementstijl, een plaatsje op de agenda moet bevechten.

5. Paradigma shift noodzakelijk?

Walshe en Rundall (2001) stellen, in hun vaak geciteerde artikel , dat om wetenschappelijk onderzoek onderdeel te laten zijn van de management praktijk een paradigma-shift noodzakelijk is. Een

paradigma-shift is noodzakelijk, stellen zij, gezien de complexiteit van de hedendaagse gezondheidszorg-organisaties en de complexiteit van de context van deze organisaties. En vanwege de vele praktische problemen die er komen kijken bij het onderzoeken van en veranderingen aanbrengen in de praktijk. Ook vanwege de enorme hoeveelheid reeds bestaande wetenschappelijke uitkomsten en de voortdurende aanwas van research. Om deze paradigmashift mogelijk te maken is, volgens Walshe en Rundall, hervorming nodig van het kennismanagement van de gezondheidszorg; een hervorming die van invloed zal zijn op wetenschapper en professional werkzaam binnen de gezondheidszorgorganisaties. En die ook hervorming zal vragen van de wetenschap en hun instituties, wellicht zelfs hervorming van het nationaal wetenschapsbeleid. Van de oorspronkelijke elf factoren die Walshe en Rundall (2001) noemen wil ik er een aantal in deze discussie weergeven. Ten eerste wordt genoemd dat de research strategie meer op nationaal niveau aangestuurd moet gaan worden, in samenhang met onderzoekssubsidies. Dit moet resulteren in een landelijke onderzoeksagenda waarover goede communicatie en coördinatie plaatsvindt. Dit in plaats van de sterke versnippering die het gezondheidszorgonderzoek kenmerkt. Daarnaast moet de researchrichting veel meer bepaald gaan worden door de behoeften van de instellingen, met een focus op een beperkt aantal onderzoeksgebieden in plaats van dat de agenda bepaald wordt door de onderzoeker, universiteiten. Voorts streven zij een ontwikkeling na waarin de gebruikte onderzoeksmethoden meer aansluiten op de onderzoeksvragen. En een ontwikkeling waarbij in de praktijk door de manager meer actief deelgenomen wordt aan wetenschappelijk onderzoek en dat de manager de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek ook in de praktijk toepast. Ook noemen zij dat het van belang is dat niet meer het aantal publicaties maar veranderingen in de praktijk het primaire doel van onderzoek zijn. (Zie ook par. 2.2.3 van deze thesis waar dit ook genoemd wordt). Op landelijk niveau lijkt er een beweging gaande richting een landelijke kennisagenda, zie de inleiding van deze thesis. In hoeverre die agenda wordt gevolgd is in deze thesis niet onderzocht. Er zijn vier instellingen bezocht en alle vier de instellingen hebben de wetenschap op een eigen wijze vorm gegeven binnen hun organisatie en de agenda wordt op geheel verschillende wijze ingevuld. Een gevoelde noodzaak tot paradigma-shift komt in de interviews niet naar voren. De Roo (2003) merkt op: "paradigma's behoren tot de niet-rationele kant van de organisaties. Zij reflecteren gestapelde kennis, gebouwd op collectieve ervaringen over lange perioden. De meeste van die kennis is "tacit knowledge" niet overgedragen door onderwijs maar door socialisatie. Paradigma's ontwikkelen zich geleidelijk en zij zijn op die manier stevig verankerd in de culturele en structurele dimensies van de organisaties". Wellicht geldt dit ook met betrekking tot het wetenschappelijk onderzoek binnen de GGZ-in Nederland.

Organisatie-inrichting.

De volgende subvragen komen hier met name aan de orde:

Hoe is de huidige organisatie ingericht en hoe draagt dit bij, of belemmert dit juist, de samenwerking tussen R&D Afdelingen en Zorgdivisies ten behoeve van een meer EBMgt? En hoe zou dit beter vorm gegeven kunnen worden? Is er door middel van onderzoek van websites inzicht te verkrijgen in samenwerkingsverbanden en organisatie-inrichting van deze GGZ-instellingen.

In deze discussie wordt ingegaan op die factoren die als meest prominent in het onderzoek naar voren kwamen.

Cultuur en Managementstijl

Cultuurfactoren kunnen het samenwerken frustreren maar ook bevorderen. Zo kan een te sterke autonomie het samenwerken bemoeilijken; want voor samenwerken moet een deel van de autonomie opgegeven worden. Cultuurfactoren kunnen ook verbindend werken tussen wetenschapper en manager. Bijvoorbeeld het gezamenlijk streven van R&D en BV om “tot de TOP” te behoren. Wellicht hangt dit streven ook samen met een sterke intrinsieke motivatie van een academisch-wetenschapper en ambitieuze manager. Dit “de beste willen zijn!” speelt in meer thema’s bijv. rond ROM en externe verantwoording. Dit lijkt ook te spelen wanneer directeur van organisatie 4 opmerkt dat de GGZ niet in de verdediging moet blijven maar in de aanval moet gaan. Een andere verbindende cultuurfactor lijkt te spreken uit de wens tot samenwerken ten behoeve van verbetering van de zorg (EBM), kennisontwikkeling en professionaliseren van de medewerkers, om op die manier de organisatie te verbeteren. In het empirisch onderzoek komen genoeg cultuurelementen naar voren die kunnen bijdragen aan het verbeteren van de moeizame relatie tussen manager en wetenschapper.

De gehanteerde managementstijl kwam gedurende de interviews als wezenlijk andere factor dan de cultuurfactor naar voren. En dit pleit ervoor om deze, conform Weggeman(2007), apart te blijven benoemen. Genoemd worden: een actieve bevragende houding, goede communicatieve vermogens, en oprechte betrokkenheid op de organisatie; een EBMindset- een wetenschappelijke instelling. Eigenschappen zoals ook genoemd in hoofdstuk 3. De juiste managementstijl lijkt dus bruggen te kunnen slaan en het is van belang aan de managementstijl gericht aandacht te geven.

Strategie

Voorts wordt nog een belangrijke brug genoemd, ook wel benoemd als de belangrijkste brug: de strategie. Wetenschap moet verwoordt worden in de strategie. Het moet duidelijk zijn wat de organisatie er mee aan wil en dat moet centraal uitgezet worden. En, hierop aansluitend, de rol van de Bestuurders wordt expliciet genoemd. Deze worden ten eerste gezien als diegenen die een belangrijke stem in het kapittel hebben met betrekking tot de strategie en de daarin begrepen plaatsbepaling van R&D. Bij twee instellingen hebben de RvB recent laten horen dat EBMgt-zorglogistiek- rationaliseren van zorgprocessen, een onderwerp van R&D moet worden; en dat klinkt door. In lijn met het theoretisch kader kan de RvB ook gezien worden als degene die de partijen aan tafel kan krijgen; als aanjager van het proces en agenda bepaler. Het belang van de bestuurder met betrekking tot het bouwen aan een evidence based cultuur wordt ook in de literatuur expliciet genoemd. (Shortell, 2006). De vraag is in hoeverre de raden van Bestuur rekening houden met deze verwachte rol. Zij zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

Met betrekking tot de strategie wordt nog een bevinding gedaan. Opvallend anders is de positie die R&D binnen organisatie 4 inneemt en hoe deze positie van R&D consequent verankerd is in de organisatie-inrichting. Dit lijkt samen te hangen met de strategische positionering van deze

organisatie die gekozen heeft voor het productleiderschap. Zoals weergegeven in hoofdstuk 3, Treacy en Wiersema (2010) onderscheiden drie verschillende waardedisciplines die elk voor zich de klant een ander soort waarde biedt. Zij onderscheiden kostenleiderschap, tegen de laagste prijs producten bieden aan een breed publiek. Ten tweede: productleiderschap: zij beloven de klanten impliciet de beste, allernieuwste producten. R&D, innovatie, speelt bij deze waardediscipline een centrale rol. Bij de customer intimacy staat de relatie centraal, er wordt maatwerk geleverd voor een specifieke, geselecteerde groep cliënten. Geen van de andere organisaties noemt de waardediscipline als van belang bij de inzet van R&D. Toch kan men verwachten dat een keuze gevolgen heeft voor R&D. Zo kan men voorstellen dat de keuze voor customer-intimacy, in het kader van maatwerk, de aandacht gaat naar ketenzorg onderzoek en onderzoek naar transsectorale samenwerking, klantwaardering, quality of life, inzet van ervaringsdeskundigheid. Terwijl bij de keuze voor het kostenleiderschap wellicht de focus moet zijn op onderzoek naar zorglogistieke bedrijfsvoering. Hierop voortredenerend kan dit inhouden dat organisaties, zorgdivisies, hun wetenschappelijk beleid moeten koppelen aan de klantwaarde die zij willen bieden. En dat R&D wellicht een onderzoeksagenda moet inrichten in lijn met de gekozen klantwaarde van de divisie. Overigens valt nog iets op aan organisatie 4: het is verreweg de kleinste van de organisaties. Er wordt wel gesteld dat organisaties voldoende kritische massa moeten hebben om toegepast wetenschappelijk onderzoek te verrichten. (Kovner, 2000). Organisatie 4 lijkt deze stelling te bestrijden. Wel met meer investering dan de andere organisaties: 3-4 % van de omzet. Wellicht moet onderzocht worden of er een kritisch budget noodzakelijk is voor wetenschappelijk onderzoek.

Structuren

Het lijkt erop dat de hiërarchische structuur geworteld is in de traditie. Die structuur stond bij alle vier de organisaties. Maar ook blijkt uit de interviews dat er meer nodig is dan de officiële hiërarchische structuur. Genoemd wordt, met name door organisatie 4, de meest succesvolle wat betreft de integratie wetenschap en praktijk, het belang van de drie partijen met elkaar aan tafel: beleid- de praktijk- de wetenschapper. Het netwerk denken klinkt hierin door en is conform de beschreven literatuur. In de bredere praktijk lijkt er minimaal op gestuurd te worden om deze drie partijen consequent, ten behoeve van de wetenschapsdoeleinden, en niet in het kader van managementvergaderingen, met elkaar aan tafel te krijgen. Een mogelijk aandachtspunt voor de toekomst. Voorts wordt het belang van korte lijnen en informele contacten genoemd. Tenslotte: paradigma's kunnen stevig verankerd zijn in de structuren van een organisatie. (Roo De, 2003). Die vraag komt naar voren of de vaak op websites, in interviews, in documenten, genoemde Wetenschappelijke Commissies Onderzoek een uitdrukking kunnen zijn van het heersend paradigma binnen de organisatie wat betreft de relatie tussen wetenschap en praktijk. Dit onderzoek leent zich er niet toe hier uitspraken over te doen. Daarvoor is dit niet systematisch onderzocht. Wel valt op de grote verschillen in de samenstelling. Van breed samengesteld, tot een samenstelling bestaande uit alleen onderzoekers. In het kader van -3-partijen aan tafel- zou het te overwegen kunnen zijn om deze samenstelling ook in deze commissie te laten terugkomen. Wellicht zelfs met

inbreng vanuit het cliëntenperspectief zoals een GGZ-instelling op zijn site beschrijft. (www.ggzoostbrabant.nl).

De Persoonlijke Factor

De persoonlijke factor wordt genoemd als een factor van belang in de literatuur. Wordt ook in alle interviews genoemd als factor van belang bij het tot stand komen van succesvolle verbindingen tussen onderzoekers, praktijk, universiteiten. Echter het bleek tegelijkertijd een ongrijpbare factor tijdens de interviews. De factor wordt genoemd – maar er wordt niet over gesproken. Het blijft op die manier ook de meest verborgen factor. De persoonlijke factor nodigt uit tot vrijuit fantaseren. Maar daarvoor is deze plaats niet geschikt.

Beperkingen van het onderzoek

Een oriënterend kwalitatief onderzoek als dit waarbij uit een oorspronkelijk- 100-tal- GGZ-organisaties vier organisaties worden geselecteerd en vervolgens van elke organisatie twee- tot vier personen worden geïnterviewd kan slechts leiden tot globale indrukken en voorzichtige conclusies. De bevindingen verkregen bij slechts vier organisaties en bij een selecte groep directeuren, zijn niet verantwoord te generaliseren naar alle GGZ-organisaties in Nederland. Maar de adviezen en gedachten die in de vier instellingen naar voren werden gebracht vertoonden onderling overeenkomsten en ook belangrijke overeenkomsten met datgene wat beschreven is in het theoretisch kader. De combinatie van inzichten uit de literatuur, website onderzoek in combinatie met analyse van interviews en documentenonderzoek levert op die manier in de praktijk wel kennis op die te gebruiken is voor het doen van aanbevelingen aan directeuren bedrijfsvoering en directeuren R&D zoals beschreven in de doelstelling van deze thesis.

Een opmerking behoeft de selectie van directeuren bedrijfsvoering. Wij hebben de directeuren R&D hun collega's Bedrijfsvoering laten selecteren. Dit heeft vermoedelijk een bias ten gevolge. Voorstelbaar is dat R&D –directeuren juist die bedrijfsvoerders hebben uitgekozen met de beste persoonlijke fit en mogelijke met de "optimale cognitieve afstand". Is deze mogelijke bias ernstig? We zijn op zoek naar de adviezen en tips die ons verder kunnen helpen op weg naar een EBMgt waarvoor samenwerken noodzakelijk is. En wellicht geven de succesvolle samenwerkers betere tips dan de minder -succesvolle.....

6.3. Aanbevelingen

In hoofdstuk 1 is de volgende doelstelling voor dit onderzoek geformuleerd:

Doelstelling:

Het doen van aanbevelingen aan directeuren (managers) bedrijfsvoering van zorgdivisies en directeuren (wetenschappers) van R&D afdelingen, van GGZ-instellingen, voor randvoorwaarden met betrekking tot samenwerken en organisatie-inrichting. Zodat zij kunnen bijdragen aan het overbruggen van de kloof tussen Wetenschap (R&D- afdelingen) en managementpraktijk (Zorgdivisies) van GGZ-instellingen. En daarmee bij dragen aan Evidence Based Management binnen de GGZ.

Bestudering van de literatuur, onderzoek en analyse van websites, inzichten verkregen door middel van interviews afgenomen van directeuren van R&D afdelingen en Zorgdivisies maken het mogelijk de volgende aanbevelingen te formuleren:

Benoem Evidence Based Management als strategisch speerpunt.

Om te kunnen bijdragen aan EbMgt binnen GGZ-instellingen is het van belang dat EbMgt onderdeel van de strategie van GGZ-instellingen wordt. De noodzaak hiertoe wordt wellicht het beste verwoordt in het volgende citaat, zoal ook vermeldt in hoofdstuk 2: *“Zonder onderbouwing met het best beschikbare bewijs zijn innovaties van voorwaarden scheppende processen niet verantwoord. De risico's die verbonden zijn aan de plank mis slaan zijn groot in de sterk veranderlijke omgeving van de GGZ. De plank mis slaan kan directe gevolgen hebben voor het primaire proces van diagnose, behandeling en ondersteuning van zeer kwetsbare mensen Bij het doorvoeren van dergelijke veranderingen mogen alleen verantwoorde risico's genomen worden.”* (Bongers, 2011) Een beter pleidooi voor het benoemen van Evidence Based Management tot strategisch speerpunt kan er niet zijn. Het brengt ook directe voordelen voor R&D met zich mee. In de vorm van nieuwe, boeiende onderzoeksvelden en onderzoeksvragen, contacten met nieuwe onderzoekers en leidt tot nieuwe kennis binnen het netwerk. Voor de Geestelijke Gezondheidszorg kan het, uitgedrukt in managementtermen, bijdragen aan een hogere behandel & servicekwaliteit en productiviteitswinst, oftewel: hoogwaardige zorg tegen lagere kosten. Dat is ook wat er van wetenschapper en manager in het huidige tijdsgewricht wordt verwacht en is een doel van de samenwerking.

Verwoordt de strategie in samenwerkingstermen.

Verwoordt de strategie, waarin wetenschap verankerd is als een belangrijk instrument om de gestelde doelen te behalen, in samenwerkingstermen. Het is een gezamenlijke strategie van wetenschappers en management. En formuleer vanuit een collectieve ambitie. De collectieve ambitie kan bij de verbinding tussen de partijen een essentiële rol spelen. Juist in een roerig maatschappelijk krachtenveld, waarin wantrouwen overheerst en het vertrouwen in het getal groot is, moeten de krachten van wetenschap en management verenigd worden. Wetenschap bedrijven kan je niet alleen.

Management bedrijven kan je niet alleen. Wetenschap bedrijven ten behoeve van het Management kan je alleen samen.

Samenwerken betekent een deel van de autonomie opgeven.

Besef dat een van de kenmerken van samenwerken is dat een deel van de autonomie moet worden opgegeven. Maar dat in ruil daarvoor ook iets teruggekregen wordt. Waarvan wellicht de belangrijkste is: de inbreng van wederzijdse kennis en creatieve ideeën.

De rol van de bestuurder.

Uit de interviews, ondersteunt door de literatuur, blijkt dat de bestuurder een cruciale rol kan spelen bij het opstellen van de strategische agenda en de plaatsbepaling van de wetenschap binnen de organisatie. Hij of zij is bij uitstek de actor die partijen bij elkaar aan tafel kan brengen, een rol kan spelen bij het verbinden van de wetenschaps- en managementkaders waarbinnen het wetenschappelijk onderzoek zich afspeelt. (Bremekamp, 2010. Putters, 2012) Maar ook kan helpen bij het aanjagen van het proces en het knopen doorhakken. Hiërarchisch geformuleerd : gun de bestuurder die macht en vraag om die macht.(Maar de literatuur maakt het de bestuurder niet eenvoudig. Een belangrijke norm in netwerken is dat de machtigste actor zijn macht terughoudend inzet; dit is de zgn machtsparadox. (Bruijn, de 1999).

Aanbevelingen met betrekking tot structuren en samenwerken

Juist de horizontale samenwerking tussen R&D en management vraagt om een aanvulling op de voornamelijk verticale structuren van de hiërarchie.

Met betrekking tot structuren en samenwerken ten behoeve van Evidence Based Werken (M + Mgt) kan het volgende opgemerkt worden. Wees bewust van het bestaan van de formele hiërarchische structuren. En maak er zo nodig –bewust- gebruik van. Maar denk vooral in structuren die als basis de netwerklogica hebben, met kenmerken als interdependentie, pluriformiteit, dynamiek, onvoorspelbaarheid. Uit de interviews en literatuur komt met name het belang van pluriformiteit binnen de structuren naar voren. Waarbij pluriformiteit divers kan worden ingevuld. Een belangrijke aanbeveling vanuit de praktijk is: zorg voor de volgende 3-partijen aan tafel: management-wetenschap-praktijk. Het lijkt bij te dragen aan de optimale cognitieve afstand (WRR, 2008) en -vrij naar -Weggeman (1997) deze samenstelling kan ertoe bijdragen dat “het gevaar van hobbyisme bezworen wordt dat snel de kop opsteekt zodra er geen duidelijke relatie bestaat tussen de wetenschappers en degene die de kosten draagt en later de eventuele revenuen ontvangt”. En gebaseerd op document onderzoek, interviews en –eigen-praktijkervaring: voor het bedenken en beschrijven van goede structuren ten behoeve van het samenwerken tussen wetenschap en praktijk is samenwerken tussen wetenschappers en directeuren bedrijfsvoering noodzakelijk. Waarbij wel opgemerkt dat het beschrijven bij uitstek een deskundigheidsgebied van managers is: zij hebben kennis hierover opgedaan in de praktijk en hier voor geleerd. Hun kijk op de praktijk is breder; zij zijn

gewend met verschillende krachten in het veld rekening te houden. Plus het maken van beleidsdocumenten wordt niet gezien als prioriteit van de wetenschapper .(Bevinding interviews; Weggeman (1997)).

Let op de gehanteerde managementstijl en voorkomende cultuurfactoren.

De harde factoren zoals strategie en structuur zijn belangrijk voor de samenwerking tussen wetenschap en management. Maar de zachte factoren kunnen zorgen voor de verbinding; zij zijn de lijm binnen de relatie tussen wetenschapper en manager. Zeker wanneer er ook nog sprake is van de juiste cognitieve afstand.

Meer wetenschap voor managers. Meer management voor wetenschappers-medisch specialisten .

Zodat zij elkaars speelveld leren kennen, benutten en waarderen.

Literatuurlijst

Artikelen

1. Banaszak-Hol, J., Zheng, K. Critical next steps in developing evidence-based management of health care organizations. *Health Care Management Review*, 2009, 34(3), 219-221.
2. Barends E., S. ten Have. Op weg naar een evidence-based verandermanagement. *Holland Man. Review* 2008; 120: 45 -51.
3. Beernink, H.A. (2007). Professionalisering. Afstudeerverslag. Enschede, Universiteit Twente, Toegepaste onderwijskunde.
4. Berden, J.J.M. Kwaliteit van Zorg, intensiveren, geen nieuw beleid. *Ned. Tijdschrift Geneesk.* 2011; 155: A3699.
5. Bremekamp, R., Kaats, E., Opheij W. Een nieuw kijkglas voor een heldere blik op samenwerken. *Holland Management Review*, 2009, 127,2-9.
6. Bremekamp, R., Kaats, E., Opheij W. Succesvol samenwerken; een kompas en aanbevelingen voor betekinsvolle interactie. *Holland Management Review*, 2010, 130, 8 -15.
7. Bongers, I.M.B. Dromen, Denken, Durven, Doen en Vernieuwen. Oratie. Universiteit van Tilburg. 2011. ISBN: 978 94 61670 33 5
8. Borghoff, H., Staa, A. van, Vos, J. van der. Kennis in context. Onderzoek aan hogescholen. *TH&MA. –Tijdschrift voor Hoger Onderwijs & Management*, 2007, 5,
9. Bruinsma, C.L. Transparantie in GGZ gebaat bij ROM en benchmarking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (3) 2012.
10. Curry, L.A. e.a. what Distinguishes Top-Performing Hospitals in Acute Myocardial Infarction Mortality Rates ? *Annals of Internal Medicine*, 2011, 154 (6),384-391.
11. Damore, J.F. Making-Evidence –Based Management Usable in Practice. *Frontiers of Health Services Management* 2006; 22(3) 37-39
12. Garretsen, H.F.L., Bongers, I.M.B., Roo, A.A.de, Goor, I.A.M. van de. Bridiging the Gap between Science and Practice: Do Applied Academic Centres Contribute to a Solution ? A Plea for International Comparative Research. *Journal of Comparative Social Welfare*. vol 23, No.1, April 2007, 49-59.
13. Garretsen, H., Bongers, I., Rodenburg, G. Evidence Based Work in the Dutch Welfare Sector. *British Journal of Social Work* 2005;35, 655-665.
14. Graaf, Y. van der. Haastige Spoed. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2011;155:B713
15. Hamers, H.J.F.R. Naar duurzame Zorg. De restauratie van onze kathedraal. Intreerede lector Management van zorg en Dienstverlening, HAN. 10 november 2011.
16. Horstman, K. Wetenschap en praktijk: de pathologie van een relatie. *Ned. Tijdschrift Geneesk.* 2011; 155: C1148.
17. Hout E. van, Scheer W. van der, Putters K. Managers en Professionals in de Zorg. *Thema Bestuurskunde* 2007; 4, 16-24.
18. Hutschemakers, G. "Wetten in de weg en praktische bezwaren" Oratie. Universiteit Nijmegen. 17 december 2009.

19. Kovner, A.R., J.J.Elton, J. Billings. Evidence-Based Management. *Frontiers of Health Services Management* 2000; 16(4):3-24.
20. Kovner, A.R., T.G. Rundall. Evidence-Based Management Reconsidered. *Frontiers of Health services Management* 2006; 22(3):3-22.
21. Langelaan, M. In GGZ is fundamentele omslag nodig. *Psy.* 2011, 15, 9, 4-5.
22. Leroy, P. Controverses, kennissociologie en wetenschapsproductie: zoeken naar legitimiteit. Een historische rondgang met Helga Nowotny. *Tijdschrift voor Sociologie* 1, 5-31 (2009).
23. Levi M. Organisatie van het ziekenhuis maakt verschil bij de sterfte na een acuut myocardinfarct. *N.T.v.G.* 2011;155,41: 1858
24. Mercier, C. Bordeleau, M. Caron, J. Garcia, A. Latimer, E. Conditions facilitating knowledge exchange between rehabilitation and research teams – a study. *Psychiatric Rehabilitation Journal* . 2004, 28, 1,55-62.
25. Noordegraaf M., P.L. Meurs. Verwarde Managers. *Professionalisering van Managers in de Zorg. M & O* 2002; 3: 22-39.
26. Noordergraaf M., Steijn B. Professionalisme en “Managerisme”in perspectief. *Thema Bestuurskunde*, 4: 49-52 (2007).
27. H. Nowotny. P. Leroy: *Natures Sciences Sociétés* 200917, 57-64 (2009).
28. J.van Os, e., 2012;3. ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel?. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2012;Volume 54, pp. 245-253.
29. Peul, W.C. Spiegel der Rationele Zorg. Oratie uitgesproken op 12 maart 2010. Universiteit van Leiden.
30. Pullin, A.K.T., 2003. Support for decision making in conservation practice: an evidence-based approach. *Journal for nature conservation*, 11, 83-90 (2003)
31. Putters, K., Janssen, M., Wel, T.van der, Kelder, M. E-Health: Face-to-Facebook. iBMG. www.bmg.eur.nl/onderzoek/publicaties. Januari 2012
32. Roo, A.A. Updating Paradigms of Health Care Professionals. *Speech European Healthcare Management Association*. 2003. Annual Conference Sicily. Italy.
33. Roo, A.A. de. The EHMA Agora for seeking new paradigms. *Journal of Management & Marketing in Healthcare* 2011; 4(1): 1-3
34. Roo, A.A. de. Denkwerelden bijeen brengen. *ZM Magazine* 2010; 11, 17.
35. Rousseau, D. M. Is there such a thing as “Evidence Based Management“?. *Academy of Management Review* 2006; 31, 2:256 -269.
36. Rousseau, M. Mc Carthy, S. Educating Managers from an evidence-based perspective. *Academy of Management Learning & Educatio*, 2007, bol.8.1, 84 -101.
37. Sacket L., W.M.C. Rosenberg, J.A.M.Gray, R.b.Haynes, W.S. Richardson. Evidence Based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
38. Shortell S.M. Promoting evidence-based management. *Front Health Serv Manage*,2006, 22(3):3-22 .
39. Shortell S.M. Improving patient care by linking evidence-based medicine and evidence based management. *JAMA* 2007; 298: 673-676.

40. Swinkels, J.A., Everdingen, J.J.E.van. De Geschiedenis van Evidence Based Psychiatrie en Richtlijnontwikkeling. Tijdschrift voor Psychiatrie 2008; 6; 317 -323.
41. Trendrapportage GGZ 2010 Deel 1: Organisatie, Structuur en financiering. Trimbos-instituut. ISBN 978-90-5253-687-3.
42. Trendrapportage GGZ 2010 Deel 3. Kwaliteit en effectiviteit. Trimbos-instituut. ISBN 978-90-5253-686-6
43. Visser, J. 2012. *meer management in specialistenopleiding*. [Online] Available at: <http://medischcontact.artsennet.nl/web/file?uuid=bc046eb2-8aa5-49d1-901f-bf618eacc566&owner=00b5dbd4-458d-47db-8b4e-500753fadd96> [Geopend 15 03 2012].
44. Walshe K., T.G. Rundall. Evidence-based Management: from Theory to Practice in Health Care. The Milbank Quarterly 2001; 79, 3: 429 – 457.
45. Zaat, J., Graaf Y van der. Houd de kustlijn in het vizier. Ned. Tijdschrift Geneesk. 2011; 155: C1147.

Websites

46. <http://www.cebma.org/frequently-asked-questions/what-is-evidence-based-management/>
47. <http://www.ggzbeleid.nl/pdfggz/belvisie.pdf>
48. http://www.ggznederland.nl/publiek-nieuws/2008/folder_kennisag
49. http://www.ggzoostbrabant.nl/ggz-oost-brabant/wetenschappelijk-onderzoek/commissie-wetenschappelijk-onderzoek_15_maart_2012.
50. www.ggznederland.nl
51. <http://www.guardian.co.uk/artanddesign/jonathanjonesblog/2011/mar/30/tate-modern-mark-rothko-room>
52. <http://www.hks.harvard.edu/m-rcbg/hcdp/readings/Integrated%20Health%20Systems%20-%20Promise%20and%20Performance.pdf>
53. Rob Giel Onderzoekcentrum <http://www.rgoc.ggz.edu>. Datum: 25 december 2011.
54. <http://www.rpmplatform.nl/watisrpm/structuurmodel> datum 17 april 2012
55. <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/09/20/goede-en-betalbare-zorg.html>

Boeken

56. Boonstra, J. Ondernemen in allianties en Netwerken. Deventer, Kluwer. 2007. ISBN 978 90 13 049190
57. Bremekamp, R. (red). Eerste Hulp bij Samenwerken. Amsterdam: Reed Business, 2010. ISBN 978 90 352 3218 1 pag.
58. Bruijn, J.A., Heuvelhof, E.F. ten. Management in Netwerken. Utrecht. Lemma, 1999. ISBN 90-5189-795-2.

59. Bruijn, J.A.,de Heuvelhof, E.F.ten, Veld, R.J. in. Procesmanagement. Over procesontwerp en besluitvorming. Den Haag. SDU Uitgevers, 2008. p.13, p. 53 e.v., p.153 e.v. ISBN 978 9052 616 780.
60. E.v.Hout. *Zorg in Spagaat*. Den Haag : Lemma, 2007. p. 23 e.v. ISBN 978-90-5931-062-9.
61. D Keuning, DJ Eppink, Management & Organisatie, negende druk, Wolters-Noordhoff Groningen/Houten, 2008.
62. Kloosterboer, P.P. expeditie naar Waarde. Den Haag, SDU Uitgevers. 2011. ISBN 9789052618739
63. Klopper, H.A.H.J., Mind the Gap. Proefschrift. 2011. ISBN: 978-90-365-3190-0
64. Man, A.P. de. Alliantiebesturing: Samenwerking als precisie-instrument. – Assen: Van Gorcum, 2006. ISBN 978 90 232 4267 3
65. Mintzberg, H. Mintzberg over Management. p.197. Amsterdam: Business Contact. 1989. ISBN 978 90 254 0495 6
66. Page, A. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. blz. 108 -161. The National Academies Press. ISBN-10: 0-309-18736-2. Pub.Year: 2004
67. Porter, Theodore M. trust in Numbers. Princeton. Princeton University Press. 1995. ISBN 0-691-03776-0
68. Pfeffer, J. Sutton, R.I. hard Facts, Dangerous Half Truths & Total Nonsense . Harvard business Press. 2006. ISBN 978-1-59139-862-2.
69. Treacy, M. Wiersema, F. De Discipline van Marktleiders. Scriptum Managemnt. 2010. ISBN 90 5594 0348.
70. Vermeulen, F. Business Exposed. een no-nonsense analyse van de wereld van CEO's. Den Haag, 2011. ISBN 978 90 5261 871 5
71. Verschuren, P. Doorecwaard, H. Het ontwerpen van een onderzoek. Den Haag. Lemma, 2007. ISBN 978-90-5931-496-2
72. Weggeman, M. *Leidinggeven aan professionals? Niet doen!* sl : Scriptum Management, 2007. p. 259. ISBN 978 90 5594 352 4.
73. Weggeman,M. Kennismangement. Inrichting en besturing van Kennisintensieve organisaties. Schiedam: Scriptum Management,1997.
74. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Innovatie vernieuwd. 2008. Amsterdam University Press. ISBN: 978 90 5356 5773

Bijlage 1 Het GGZ-werkveld

De Ggz richt zich op vier zaken:

- Het voorkomen van psychische aandoeningen;
- Het behandelen en genezen van psychische aandoeningen;
- Het zo goed mogelijk laten deelnemen van mensen met een chronische psychische aandoening aan de samenleving;
- Het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken.

Makkelijk toegankelijk

Binnen deze vier domeinen kan onderscheid gemaakt worden naar de zwaarte van de zorg. In de eerste lijn wordt zorg verleend door onder meer de huisarts, het maatschappelijk werk en de eerstelijnspsychologen. Deze eerstelijnszorg is generalistisch, snel en gemakkelijk toegankelijk. De eerstelijns hulpverleners kunnen advies inwinnen bij gespecialiseerde ggz-instellingen.

Gespecialiseerde zorg

Is meer specialistische behandeling noodzakelijk, dan verwijst de huisarts de patiënt door naar de tweede lijn, de gespecialiseerde ggz. In 2007 werden hier ruim 840.000 mensen behandeld. Ggz-instellingen hebben vaak aparte circuits voor volwassenen (18-65 jaar), ouderen en kinderen en jeugd. Bijna 90% procent van de patiënten wordt ambulante behandeld. Dat betekent dat de patiënt tijdens de behandeling thuis blijft wonen en aan het werk blijft. Is er meer zorg nodig, dan kan iemand voor kortere of langere tijd deeltijdbehandeling krijgen. In dat geval gaat iemand een aantal dagen per week naar de ggz-instelling toe (anderhalf procent). In drie procent van de gevallen krijgt een patiënt gemengd residentiële zorg, een combinatie van klinische en ambulante behandeling. Tenslotte ontvangt bijna negen procent van de patiënten residentiële zorg. Hierbij gaat het om klinische behandeling of het wonen in een beschermde woonomgeving.

Crisisopvang

Een belangrijke functie van de ggz is acute of spoedeisende hulp, ook wel crisisopvang genoemd. Patiënten kunnen zich vrijwillig aanmelden voor opname, maar kunnen ook gedwongen worden opgenomen. De rechter toetst aan de hand van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) of er reden is voor gedwongen opname.

Complexe aandoeningen

Patiënten met een zeldzame of zeer complexe psychische aandoening (circa twee à drie procent) kunnen terecht bij een beperkt aantal gespecialiseerde instellingen die meestal een landelijk bereik hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om depressie, eetstoornissen, persoonlijkheidsproblematiek en verslaving. Deze topklinische zorg is sterk in ontwikkeling.

Bron: www.ggz nederland.nl/nl

Bijlage 2 Beschrijving Academische Werkplaats TRANZO en een voorbeeld van een Academische Werkplaats op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Academische werkplaatsen:

Een brugfunctie tussen wetenschap en praktijk

De academische werkplaats: wat is het?

In het onderzoeksprogramma Tranzo werkt de Universiteit van Tilburg (UvT) structureel samen met instellingen uit het veld welke willen fungeren als koploper in hun sector op het gebied van innovatie en academisering. Als samenwerkingsvorm is gekozen voor de academische werkplaats formule, analoog aan de situatie m.b.t. academische ziekenhuizen.

Een academische werkplaats is een duurzaam samenwerkingsverband met als doel om te komen tot wetenschappelijke kennisontwikkeling en tot innovatie van het zorgaanbod in de betrokken sector. Het betreft een geformaliseerde, langdurige samenwerking waarin zowel universiteit als instellingen investeren. De samenwerking vindt plaats op basis van een gemeenschappelijk door de UvT en betrokken instellingen overeengekomen langlopend onderzoeksprogramma. Een dergelijk programma omvat innovatieprojecten waarin wetenschappelijke inzichten worden (door)ontwikkeld, toegepast en bijgesteld op basis van evaluatie. Het betreft zowel meer fundamenteel als meer toegepast onderzoek.

Naast de uitvoering van het onderzoeksprogramma wordt gezamenlijk gewerkt aan de kennisinfrastructuur binnen de betrokken instellingen. Op deze wijze wordt gewerkt aan de academisering van een instelling. De professionele vaardigheden van medewerkers worden vergroot en evidence based werken wordt beter mogelijk gemaakt. Kennis, ervaringen en initiatieven worden uitgewisseld. Voorbeelden van activiteiten zijn het verrichten van (promotie)onderzoek door science practitioners, afstudeerstages van UvT studenten, het organiseren van symposia en studiedagen en het uitwisselen van sprekers voor lezingen, referaten en gastcolleges, het publiceren van rapporten en wetenschappelijke artikelen, het wederzijds gebruik van databases en bibliotheken en het samenwerken m.b.t. opleidingen.

Vaak is een centrale rol weggelegd voor science practitioners, onderzoekers die deels werken in de praktijk, deels werken aan (promotie)onderzoek binnen de universiteit.

Voorbeeld van een Academische Werkplaats op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg:

Geestdrift: samenwerken op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg.

De Academische Werkplaats "Geestdrift" is opgericht in 2003. In dat jaar spraken GGz Eindhoven & de Kempen, GGz Midden Brabant en de Universiteit van Tilburg af om structureel samen te gaan

werken aan academisering en verbetering van de kwaliteit van zorg. In 2005 is de GGz Regio Breda toegetreden tot Geestdrift, als vierde samenwerkingspartner binnen de academische werkplaats. (Inmiddels zijn GGz Midden Brabant en GGz Regio Breda gefuseerd in GGz Breburg).

Ook maakt sinds 2005 de bijzondere leerstoel 'Forensische Geestelijke Gezondheidszorg' deel uit van Geestdrift. Deze leerstoel wordt gefinancierd door de GGz Eindhoven en de Kempen en bezet door prof. dr. Chijs van Nieuwenhuizen. De leerstoel is primair gericht op de theoretische modelvorming, ontwikkeling en evaluatie van behandeling binnen de forensische psychiatrie.

Sinds september 2009 maakt de bijzondere leerstoel 'Rehabilitatie en maatschappelijke participatie van mensen met een ernstige psychische aandoening' deel uit van de AW Geestdrift. Deze leerstoel wordt gefinancierd door de Parnassia Bavo Groep en wordt bezet door Prof. dr. Jaap van Weeghel. De leerstoel richt zich vooral op onderzoek naar rehabilitatieprogramma's en -methodieken, predictoren/determinanten van maatschappelijke participatie en onderzoek naar de implementatie van evidence-based interventies in de rehabilitatiepraktijk.

Per 1 januari 2010 is de bijzondere leerstoel Evidence-based management in de geestelijke gezondheidszorg toegevoegd aan de AW Geestdrift. Deze leerstoel wordt gefinancierd door de GGZ Eindhoven en de Kempen en het IVA en bezet door prof. dr. Inge Bongers. De leerstoel is gericht op het ontwikkelen en toepassen van methoden en instrumenten ten behoeve van innovatieve voorwaarde scheppende processen in de GGZ.

<http://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/academischewerkplaatsen/> 19 maart 2012.

Bijlage 3: Voorbeelden van een 3-tal onderzoekcentra

Het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc)

Het Rob Giel Onderzoekcentrum maakt deel uit van het Universitair Centrum Psychiatrie van het UMCG. De oprichting van het RGOc op 1 december 2000 sloot aan bij de oproep van zowel de Raad voor Gezondheidsonderzoek als van het ministerie van VWS om het wetenschappelijk onderzoek naar bepaalde psychiatrische stoornissen te versterken. Dit mede vanwege de hoge maatschappelijke kosten van psychische aandoeningen.

Het onderzoekcentrum draagt de naam van emeritus hoogleraar Sociale Psychiatrie, Rob Giel, die vanaf 1969 tot 1995 het psychiatrisch-epidemiologisch en sociaal-psychiatrisch onderzoek in Nederland stimuleerde.

De dagelijkse leiding van het centrum is in handen van de programmaleider, Durk Wiersma. Een Stuurgroep, bestaande uit een lid van de Raad van Bestuur van iedere GGz-instelling en de hoogleraar Psychiatrie, is belast met het bestuurlijk toezicht op het functioneren van het onderzoekcentrum. Het Wetenschappelijk Beraad draagt zorg voor afstemming, nieuwe initiatieven en informatie-uitwisseling tussen de participerende instellingen.

Achtergrond

De vroegere afdeling Sociale Psychiatrie, van 1969 tot 1994 onder leiding van hoogleraar R. Giel, was door middel van allerlei onderzoeken onder andere gericht op de evaluatie van beleid, organisatie en structuur van de regionale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Belangrijk daarbij was het onderzoek naar het aanbod en het gebruik van de zorginstellingen onder ambulante en poliklinische patiënten in Friesland, onderzoek naar de functie van opnamebedden, de instandhouding van een casusregister en de uitvoering van het substitutieproject in Drenthe, en onderzoek naar het functioneren van chronische patiënten in verschillende woonvoorzieningen in Groningen. Deze ontwikkeling heeft zich voortgezet en leidde er in het jaar 2000 toe dat de drie noordelijke stichtingen voor ggz in Groningen, Friesland en Drenthe samen met de disciplinegroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) een samenwerkingsovereenkomst hebben gesloten met als doel onderzoek blijvend te stimuleren en praktijk en wetenschap dicht bij elkaar te brengen. Dit vormde de aanleiding tot de oprichting van het onderzoekcentrum waaraan de naam van Rob Giel is verbonden.

Samenstelling wetenschappelijk platform

Het wetenschappelijk platform van het RGOc bestaat uit een programmaleider, senior-onderzoekers en behandelaar-onderzoekers, junior-onderzoekers, onderzoeksassistenten en een secretariële ondersteuning. Criterium voor deelname hieraan is het dragen van een substantiële verantwoordelijkheid voor uitvoering van en/of rapportage over een wetenschappelijk

onderzoeksproject, een en ander tot uiting komend in een daadwerkelijke en concrete inzet in tijd van minimaal 0.1 fte. Praktisch betekent het dat men op elkaar beroep kan doen voor steun en advies, en voor realisatie van plannen van onderzoek etc. Indien gewenst en toepasselijk kan een aanvraag voor een 0-aanstelling bij het UMCG worden gedaan, bijvoorbeeld vanwege de faciliteiten van bibliotheek, etc.

Het wetenschappelijk platform omvat thans ruim 90 personen onder wie 25 senior-onderzoekers, 39 behandelaar-onderzoekers en 24 (beoogd) promovendi; de disciplinaire achtergrond is verschillend: psychiater, psycholoog, socioloog, bioloog, bewegingswetenschapper, verpleegkundige.

[http://www.rgoc.ggz.edu/#home/over het rgoc](http://www.rgoc.ggz.edu/#home/over%20het%20rgoc). 19 maart 2012.

ProCES, Pro Persona Centre for Education & Science

ProCES gelooft in de meerwaarde van een nauwe verbinding tussen zorgpraktijk en wetenschap en een voortdurende dialoog tussen hulpverleners en onderzoekers. ProCES staat voor:

- het bevorderen van praktijkgestuurd wetenschappelijk zorgonderzoek;
- een passend scholingsaanbod voor zorgprofessionals;
- het toegankelijk en toepasbaar maken van wetenschappelijke kennis in de zorgpraktijk.

Kernbegrippen daarin zijn het primaire proces, het professionele handelen van hulpverleners en de resultaten van de verleende zorg.

Door intensief samen te werken met universiteiten, hogescholen, ROC's en andere kenniscentra in de GGz beogen wij het onderzoeks- en opleidingswerk uit te (doen) voeren volgens de hoogst mogelijke standaarden van kwaliteit en doelmatigheid.

Onderzoek

- ProCES ontwikkelt, in samenspraak met de Academische Raad, onderzoeksbeleid en adviseert de Raad van Bestuur over de kaders waarbinnen het onderzoek moet worden uitgevoerd. Onderscheid wordt gemaakt tussen diagnose- of (zorg-) programma gerelateerd onderzoek en diagnose- of (zorg-)programma overstijgend onderzoek. Het model van de scientist practitioner, dat wil zeggen de zorgprofessional die naast zijn taken als hulpverlener wetenschappelijk onderzoek doet, is leidend.
- ProCES ondersteunt onderzoekers op het terrein van methodologie en statistiek, dataverzameling, -databeheer en -analyse, projectorganisatie- en coördinatie, onderzoekcoaching en fundraising. Het gaat hier vooral om onderzoekers die werkzaam zijn in een van de zorgprogramma's en dus niet tot de formatie van ProCES behoren.
- ProCES doet zelf onderzoek. Dit onderzoek is veelal (zorg-)programma overstijgend.

- Daarnaast brengt ProCES, door middel van het inzetten van een viertal speerpuntcoördinatoren (voor diagnostiek, cure, care en ROM), samenhang in het programmagerelateerde onderzoek en bevordert dat het onderzoek in de verschillende programma's gebruik maakt van bruikbare bevindingen uit andere programma's.

Opleiding

- ProCES ontwikkelt -in samenspraak met de verschillende monodisciplinaire opleidingscommissies- monodisciplinair opleidingsbeleid en met de Centrale Opleidingscommissie (COC) multidisciplinair opleidingsbeleid en stelt kaders voor waarbinnen het opleidingswerk wordt uitgevoerd.
- ProCES ondersteunt de opleiders bij het vormgeven en (doen) uitvoeren van de initiële en de bij- en nascholing van zorgprofessionals, bij hun (her)registratie en bij het aanvragen van opleidingsplaatsen en het verwerven en verantwoorden van opleidingsgelden van het Opleidingsfonds van VWS. Hetzelfde geldt ten aanzien van stagiaires in de patiëntenzorg.

<http://www.propersona.nl/Home/Over%20Pro%20Persona/Organisatiestructuur/ProCES/>

Tranzo, onderdeel van Universiteit Tilburg.

Onze missie

De **missie** van Tranzo is verbinden van wetenschap en praktijk op het gebied van zorg en welzijn. Hierbij is de interactie tussen drie partijen van wezenlijk belang: onderzoekers, professionals (als zorgverleners en beleidsmedewerkers) en diegenen waar we het allemaal voor doen: de burger, de patiënt of meer algemeen: de vraagzijde. Vaak hebben we het dan over evidence based werken. Wij gaan uit van drie soorten evidence die moeten worden geïntegreerd: wetenschappelijke evidence, de professionele expertise van de zorgverlener/beleidsmedewerker en de kennis, expertise en wensen van de vraagzijde.

Onze doelstelling

De **doelstelling** van Tranzo is het samen met de praktijk via interdisciplinair wetenschappelijk onderzoek verkrijgen, verder ontwikkelen en vervolgens uitwisselen van kennis op het gebied van zorg en welzijn. Zowel academisch excellent presteren als werken aan de waarde voor de praktijk, oftewel valorisatie, maken onderdeel uit van het onderzoeksprogramma.

Bron: <http://www.tilburguniversity.edu/nl/onderzoek/instituten-en-researchgroepen/tranzo/>

Stichting Topklinische GGZ

Missie:

Topklinische- en topreferente zorg binnen de ggz bevorderen, stimuleren en faciliteren zodat deze voor alle patiënten die dit nodig hebben, transparant, toegankelijk en beschikbaar is en voldoet aan hoogwaardige kwaliteitscriteria.

Visie

De Stichting Topklinische GGz stelt zich als doel om de topreferente en topklinische geestelijke gezondheidszorg (TOPGGz) in Nederland te stimuleren en verder te brengen, opdat aan de behoeften van patiënten en cliënten beter tegemoet gekomen kan worden.

TOPGGz ontwikkelen en uitbreiden

De stichting Topklinische GGz richt zich in eerste instantie op de bundeling van krachten van alle instellingen die werken aan de verdere ontwikkeling, verbetering en verspreiding van topklinische kennis en innovatie. Concreet betekent dit:

- het systematisch in kaart brengen van het bestaande topklinische en topreferente ggz-aanbod en het ontsluiten van deze informatie.
- het verbeteren van de topklinische patiëntenzorg door onderzoek, innovatie en disseminatie te stimuleren en te initiëren.
- het uitbreiden van het topklinische zorgaanbod voor de meest voorkomende psychische stoornissen.
- het verspreiden van kennis en expertise van TOPGGz-instellingen.
- het vinden en aanboren van mogelijke financieringsbronnen voor topklinische patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en innovatie.

Krachtige kwaliteitsimpuls

De activiteiten van de stichting moeten leiden tot een krachtige kwaliteitsimpuls in de geestelijke gezondheidszorg, waarvan alle betrokken partijen profiteren.

- Voor patiënten met zeldzame of complexe stoornissen die in de tweedelij zijn uitbehandeld, ontstaan nieuwe verwijsmogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Bovendien krijgen zij zo een extra mogelijkheid voor een eventuele second opinion.
- Patiënten, verwijzers, verzekeraars en andere stakeholders krijgen overzicht 'wie waar goed in is'. Via deze website kunnen zij zien waar topklinische zorgaanbieders met een bepaald gekwalificeerd aanbod te vinden zijn.

- Professionals met ambitie krijgen de kans om hun kennis te verdiepen en hun loopbaan in de ggz een uitdagende doorstart te geven.
- Hulpverleners in de eerste- en tweedelij kunnen voor een second opinion en deskundig collegiaal advies terecht bij zeer gespecialiseerde collega's. In de toekomst kunnen professionals op de website van de stichting ook informatie inwinnen over lopend en afgerond wetenschappelijk onderzoek en innovaties.
- Voor ggz-aanbieders ontstaan nieuwe perspectieven om gericht te investeren in betere en nieuwe diagnostiek en behandelmogelijkheden voor specifieke patiëntengroepen. Aan de hand van de toetsingscriteria kunnen zij onderzoeken of zij in aanmerking komen voor het Keurmerk TOPGGz en welke inspanningen zij hiervoor nog moeten leveren.

Bron: <http://www.topggz.nl/missie-en-visie.html> 25 maart 2012.

Bijlage 5 Structuur van de interviews en omschrijving van de doelen van de topics

Interviewtopics gerelateerd aan vragen uit topic-lijst.

	Topic	Vraag uit topic-lijst:
1	(Bekend zijn met) EBMgt	1,2,3,4,6,18a,18b,
2	Onderzoeksagenda en prestatie-indicatoren	7, 8, 8a, 12, 12a
3	Strategie	1,4,7,13,14,14a,15a,17b,18a,18b.
4	Structuur	7,8,14,15,17,17a,17b,18,18a,18b,21
5	Systemen	16,16a,18a,18b.
6	Medewerkers	4,9,9a,14a,15,15a,16,16a,17b,18a,18b.
7	Cultuur en Managementstijl	6,9,9a,10, 14a,15,15a,17,17a,17b,18a,18b.
8	Verwachtingen	5,8,8a,10a,11,12,12a,22,
9	Implementatie uitkomsten onderzoek	11, 28.

Structuur van de interviews/ Topic beschrijving

	Topic	Beschrijving
1	EBMgt	Doel van dit Topic is om vast te stellen of EBMgt een gekend begrip is. Of er binnen de instelling onderzoeken lopen met als doel antwoord te geven op managementvragen.
2	Onderzoeksagenda en prestatie-indicatoren	Doel is te bepalen hoe de onderzoeksagenda wordt vastgesteld en wat de invloed van de manager daarop is. Dit kan een beeld geven of R&D bijdraagt aan de vragen van de manager. Dit onderwerp is direct gerelateerd aan strategie van organisatie en divisies. Cultuuraspecten kunnen bepalend zijn bij het opstellen van de agenda. Tevens kan de externe verantwoordingsdruk bij de agenda een grote rol spelen.
3	Strategie	Doel is om vast te stellen of EB-werken (EBMgt) en samenwerken benoemd worden als instrument om de doelen te bereiken.
4	Structuur	Doel is om inzicht te krijgen in huidige structuren die faciliterend dan wel belemmerend werken bij samenwerken tussen wetenschap en praktijk en daarmee EBMgt ondersteunen dan wel belemmeren.
5	Systemen	Doel is om inzicht te krijgen in huidige systemen, die faciliterend dan wel belemmerend werken bij samenwerken tussen wetenschap en praktijk en daarmee EBMgt ondersteunen/belemmeren. Inclusief de middelen die gereserveerd worden ten behoeve van R&D.
6	Medewerkers	Doel is om inzicht te krijgen of er wordt er gestuurd op samenwerkingsvaardigheden tussen wetenschappers en medewerkers en op een Evidence Based –(Wetenschappelijke instelling) .
7	Cultuur en Managementstijl	Doel is om inzicht te krijgen in welke cultuurfactoren en managementstijl bevorderend dan wel belemmerend werken in de praktijk bij het samenwerken en daarmee EBMgt ondersteunen dan wel belemmeren
8	Verwachtingen	Doel is om verwachtingen voor de toekomst te bespreken met betrekking tot EB werken (EBM/EBMgt) en hoe de organisatie inrichting behulpzaam zou kunnen zijn bij het realiseren van die verwachtingen.
9	Implementatie	Doel is om inzicht te krijgen hoe de verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk vormgegeven is met betrekking tot implementatie . (Buiten scope thesis).

Bijlage 6 Documentonderzoek: onderzoekitems en itemdoelen

Org.nr.:	Onderzoekitem:	Doel van item:
1	Onderzoek ten behoeve van EBMgt	Doel is om vast te stellen of onderzoek ten behoeve van een meer evidence based management expliciet als doel binnen de documenten wordt benoemd.
2	Onderzoeksagenda en prestatie-indicatoren	Doel is te bepalen hoe de onderzoeksagenda wordt vastgesteld en wat de invloed van de manager daarop is.
3	Strategie (wetenschappelijk onderzoek en samenwerking)	Doel is om vast te stellen of wetenschappelijk onderzoek, ook ten behoeve van EBMgt, en samenwerken benoemd worden als instrument om de doelen te bereiken.
4	Structuur	Doel is om inzicht te krijgen in bestaande structuren rondom R&D en in hoeverre ze gericht zijn op samenwerkingsrelaties .
5	Systemen	Doel is om inzicht te krijgen in huidige systemen in hoeverre ze ondersteunend zijn aan samenwerken en aan een meer evidence based praktijk.
6	Medewerkers	Doel is om inzicht te krijgen of er wordt er gestuurd op samenwerkingsvaardigheden tussen wetenschappers en medewerkers en op een Evidence Based –(Wetenschappelijke instelling)
7	Cultuur	Doel is om inzicht te verkrijgen of, en welke, cultuurelementen doorspreken in de documenten.
8	Managementstijl	Doel is om inzicht te verkrijgen of, en welke managementstijl doorspreekt in de documenten.

Bijlage 7 Uitkomsten document onderzoek

De uitkomst van het document onderzoek van organisatie 1 tot en met 4 wordt schematisch weergegeven in onderstaande tabellen. Items waarover geen informatie uit de documenten te verkrijgen was zijn weggelaten.

Organisatie	Onderzoekitem:	Gebruikte R& documenten:	Gebruikte Zorgdivisie documenten:
1		<p>1. sectie research: werkdocument-doelstellingen, structuur, werkwijzen van R&D.</p> <p>2.Reglement Commissie Wetenschap</p> <p>.3. R&D: Beleid en Organisatie</p>	<p>1. Onderzoeksplan Divisie.</p> <p>2. Fact sheet commissie Wetenschappelijk Onderzoek en Effectmetingen.</p> <p>3.Bedrijfsplan TOP-divisie</p>
1	Onderzoek ten behoeve van EBMgt	Neen. Patiënt gebonden praktijkgericht.	Ja: kwaliteit per gependeerde euro. doelmatigheidsdoelstellingen. Gerichte aandacht voor logistiek-zorgprocessen. Maar ook : EBM.
2	Onderzoeksagenda en prestatie-indicatoren	<p>Verantwoordelijkheid van de Commissie Wetenschap van R&D voor de gehele instelling,</p> <p>Pl's vastgelegd: publicaties, presentaties, aantal patiënten betrokken bij onderzoek, derde geldstroom. Andere mogelijke indices zijn de hoeveelheid van wetenschappelijke trajecten van individuele medewerkers, het functioneren van de "science clubs", bijdragen aan het halen van certificaten (Topklinische zorg) en het aantal medewerkers dat opgeleid is in geavanceerde, evidence-based methodieken, onderzoeksresultaten, die gebruikt kunnen worden voor kwaliteitsverbetering van het primaire proces</p>	Verantwoordelijkheid van Divisie. en wel van zorgprogramma kernteam
3	Strategie (wetenschappelijk onderzoek en samenwerking)	Wetenschappelijk onderzoek wordt niet expliciet benoemd.	Wetenschap duidelijk verwoordt in visie divisie. Samenwerken met R&D en andere divisies wordt duidelijk benoemd in visie. Externe verantwoording expliciet als strategisch doel.
4	Structuur	<p>Science clubs: Kraamkamer Wetenschap: waarbinnen onderzoeksvragen – en plannen worden ontwikkeld en gevormd. Gekoppeld aan onderzoeklijnen – sleutelfiguren die in zich praktijk en R&D dragen. Met als doel: kennisuitwisseling, draagvlak creëren voor onderzoek, en goede uitvoering van onderzoek waarborgen.</p> <p>Commissie Wetenschap: directie R&D en wetenschappers. Beoordeelt wetenschappelijke initiatieven en kent budget toe. Zwaarwegend advies aan directie R&D.</p> <p>Financiële systemen vastgelegd binnen R&d. Geen relatie met zorgdivisies.</p>	<p>Zorgprogramma Kernteam. Binnen dit Kernteam wordt een Onderzoekscommissie geformeerd ten behoeve van stimuleren, initiëren WO en formuleren onderzoeksvragen, bespreekt aanvragen WO, monitoring voortgang WO. Multidisciplinair- met verbindingen naar achterban te weten samenstellende disciplines. Dynamische context: aan- en aftreden van deelnemers naar gelang de vragen</p> <p>Extern netwerk met uni's en andere organisaties met zelfde doelgroep. TOP-GGZ Netwerk</p>
5	Systemen	Nut van Bibliotheek expliciet benoemd.en ICT-mogelijkheden.	ROM expliciet benoemd in samenhang met R&D. Geautomatiseerde effectmeting
6	Medewerkers	Ontwikkeling en ontplooiingsmogelijkheid medewerkers als doel van R&D wordt expliciet benoemd. Noodzaak dat wetenschappers ook werkzaam zijn in het primaire proces. R&D medewerkers moeten teamspelers zijn en beschikken over goede contactuele	Ontwikkeling medewerkers in kader wetenschap wordt expliciet benoemd en het samenwerken wordt expliciet benoemd

		vaardigheden.	
7	Cultuur		Het is leuk om goed te zijn !
8	Managementstijl	Meer aandacht voor samenwerken met divisiedirecties.	Samenwerken en Wetenschappelijke instelling.

Org.2	Onderzoeksitem:	Organisatie 2 1.Beleidsnota WO –2.Beleidsplan instelling- 3.Oprichtingsdocument R&D.	
1	Onderzoek ten behoeve van EBMgt	Neen. Geen onderzoek ten behoeve van EBM.	
2	Onderzoeksagenda en research-output	Medisch-psychiatrisch onderzoek. 4 onderzoeklijnen.Medisch-psychiatrisch. Publicaties in peer-reviewed tijdschriften. Promoties. organiseren van congressen met vastgestelde evaluatiescore	
3	Strategie (wetenschappelijk onderzoek en samenwerking)	Ja. Wetenschappelijk onderzoek en samenwerking wordt duidelijk verwoordt in visie en missie. Ook ten behoeve van verbetering processen/efficiëntie.	
4	Structuur	Wetenschappelijk Onderzoekscie.: onderzoekers en opleiders. Structuur beschrijving van R&D afdeling. Verbindingen benoemd met: cliëntenraad/afd.PR/externe instellingen. Echter interne verbindingen naar zorgdivisies worden niet genoemd.	
5	Systemen	Bibliotheek = informatie specialist. Centraal plus regionale steunpunten.	
6	Medewerkers	Training onderzoeksvaardigheden. Leren moet. Competenties tbv wetenschappelijk onderzoek.	
7	Cultuur	Autonomie van de onderzoeker wordt expliciet benoemd	
8	Managementstijl	Betrokkenheid; open communicatie; belang van diversiteit en vertrouwen; fouten mogen. Leren moet. Gericht op samenwerking.	

Org.3	Onderzoeksitem:	Organisatie 3.-Jaarverslag CWO – CWO Regelelement – Algemene informatie R&D.	
1	Onderzoek ten behoeve van EBMgt	Neen. Onderzoek gericht op betere behandelmethoden. Effectiviteit van de zorg.	
2	Onderzoeksagenda en research-output	Congressen en publicaties.	
4	Structuur	Intern: Commissie Wetenschappelijk Onderzoek: stimuleren wetenschappelijk onderzoek. Bewaken onderzoeklijnen. Toetsen, monitoren, evalueren van onderzoek. Opleiders/wetenschappers. Onder RvB. Extern:Samenwerken met universiteiten.	
6	Medewerkers	Professionaliteit vergroten. Reflectieve houding. Discussie onder vakgenoten. Enthousiasme en betrokkenheid medewerkers met dagelijks werk bevorderend.	
7	Cultuur	Jaarlijkse prijs voor de beste publicatie	

Org.	Onderzoeksitem:	Organisatie 4. Ontwikkeldocument R&D.
4		
1	Onderzoek ten behoeve van EBMgt	Ja. Kosteneffectiviteit is gekoppeld aan ontwikkeltraject. Politieke, beleidsmatige, financiering aspecten worden in het oog gehouden. Kapitalisatie van efficiency verbeteringen.
2	Onderzoeksagenda en prestatie-indicatoren	. Publicaties. Kosteneffectiviteit . Zelf inkomen genereren.
3	Strategie (wetenschappelijk onderzoek en samenwerking)	Wetenschappelijk onderzoek sterk onderdeel van de strategie. RvB bepaald prioriteiten onderzoek. Deze prioriteiten zijn onderdeel van de strategie. Externe Samenwerking in kader onderzoek; commercialisering; politieke netwerken.
4	Structuur	Eindverantwoordelijkheid Wetenschap sterk verankerd bij RVB. Sterke verankering in Management Team. Veel personele unies: in dienst R&D en Beh.afd. Gericht op samenwerking R&D – behandelaren. Huisvesting wordt expliciet benoemd. Plus fysieke aanwezigheid op een centrale dag voor allen tbv communicatie.
5	Systemen	Financiële doelstellingen in documenten. Streven naar commercialisering. Bibliotheek: streven : via internet en IT -aansluiting op Universiteits-bibliotheek
6	Medewerkers	Academisering. Meerdere hoogleraren. Veel medewerkers doen aan wetenschapp. onderzoek. Gericht op studenten en onderzoekers universiteiten.
7	Cultuur	Wetenschappelijke –commerciële – netwerk vaardigheden. Sterke verankering bij top van organisatie.
8	Managementstijl	Manager R&D: wetenschapskennis- commercieel inzicht- netwerkvaardigheden tbv wetenschap en politiek.

Bijlage 8 Topic List voor Directeuren Bedrijfsvoering Zorgdivisies.

Inleiding.

Kennismaking.

Doel interview : uitleg doelstelling onderzoek. (Hoofdstuk 1 & 2 Thesis; plus model Bongers)

Vragen.

EBMgt/Relatie R&D- Bedrijfsvoering; wederzijdse verwachtingen. (Hoofdstuk 2 Thesis)

**(Organisatie variabelen :Strategie =1 Structuur =2 Systemen =3 Personeel = 4
Managementstijl =5 Cultuur =6)**

1. Bent u bekend met EBMgt ? ja/nee **(1)**
2. Bent u op de hoogte van het bestaan van een leerstoel EBMgt in de GGZ? ja/nee
3. Zo nee: uitleg EBMgt in de GGZ adh van model Bongers
4. Lopen er onderzoeken die passen binnen dit model? **(1)**
5. Wat is uw mening over/ wat zijn uw gedachten over wat ft uw afdeling te bieden heeft aan de managers van de zorgdivisies ? Kan R&D bijdragen aan oplossingen op bedrijfsvoerend gebied ? (servicekwaliteit/kosten/efficiëntie personeelsinzet) **(verwachtingen)**
6. Lopen er onderzoeken tbv EB Psychiatrie? **(6)**
7. Research richting: Hoe wordt de agenda van onderzoek van de R&D bepaald ? Hoe komen de onderzoeksvragen tot stand ? Hebt u inbreng met betrekking tot de onderzoeksvragen ? **(1,2)**
8. De research output: wat zijn de prestatie-indicatoren van de wetenschapper? **(verwachtingen ; 2,3)**
- 8.a zou u daarop aanvullingen willen zien ?
9. De attitude van de manager ten aanzien van research ? (research minded/ goed op de hoogte/ neemt zelf actief deel aan research/ is ook goed bekend met wetenschappelijke methoden/ past ook de wetenschap toe in de management praktijk). **(4,5,6)**
- 9a. Wordt er ook aan bijscholing onderzoeksmethodiek voor managers gedaan ? **(4,5).**
10. Op basis waarvan neemt u, de manager, naar uw indruk, beslissingen ? **(5)**
- 10.a Wat zou daarin verbeterd/veranderd kunnen worden ? (EBMgt- relatie W-P).
11. Wie draagt binnen de organisatie zorg voor de implementatie van wetenschappelijke bevindingen ? Hoe de organisatie van implementatie? Worden de afdelingen R&D daarbij betrokken ? **(buiten het onderzoek) (6).**

Mode 1 – Mode 2 . (tabel wordt getoond).

12. Is onderzoek science based of ook practice-based ? (Concreet betekent dit het vertalen van theorie en resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de dagelijkse (klinische) praktijk en andersom, vertaling van problemen uit de praktijk als vragen naar relevante wetenschappelijke kennis.)

12.a Worden uw vragen ook vertaald in wetenschappelijk onderzoek ? (Verwachtingen ; relatie W-P).

Overbrugging –Organisatievariabelen (Hoofdstuk 5).

Strategie =1 Structuur =2 Systemen =3 Personeel = 4 Managementstijl =5 Cultuur =6

13. Is wetenschappelijk onderzoek ook uitdrukkelijk onderdeel van de Strategie ? Wordt daarin ook begrepen WO ten behoeve van managementvragen ? **(1)**

14. Met welke kennisnetwerken/academische werkplaatsen/ universiteiten staat de organisatie in verbinding ? **(2)**

14a. Hoe is de keuze voor universiteiten tot stand gekomen ? (dichtstbijzijnde universiteit/ onderzoeksvragen vanuit de medische praktijk/onderzoeksvragen vanuit de management praktijk/persoonlijke connecties.) **(1,4,6)**

15. Wetenschappelijke bijeenkomsten binnen de organisatie : worden er ook managers uitgenodigd ? Komen zij ook regelmatig ? **(2,4,5,6)**

15a. Staan er ook management onderwerpen op de referentie agenda ? **(1,4,5,6)**

16. Bibliotheek: valt de bibliotheek onder R&D ? ja/nee **(3,4)**

16a. Voorziet de bibliotheek in management tijdschriften ? Zo ja welke ? **(3,4)**

17. Hoe vaak per jaar bent u in gesprek met de divisiedirecteuren bedrijfsvoering van zorgeenheden? **(2, 6)**

17a. Zijn dit structurele overleggen ? hoe vaak ? hoeveel tijd ? Persoonlijk contact (Ook informeel!) ? Is dit met alle directeuren bedrijfsvoering gelijk ? **(2,6)**

17b. Wat zijn de gespreksonderwerpen ? Planning & Control /Sturing en beheersing/ Gedeelde medewerkers/ onderzoek in uitvoering/ onderzoek in wording/ latente onderzoeksvragen ? **(1,2,4,5,6 ,)**

18. Bestaan er ook onderzoeksplatforms binnen de organisatie? **(2)**

18a. Zo ja, Wie zitten er in dat platform en wat is het doel? **(1,2,3,4,5,6)**

18b. Zitten er ook deelnemers van "het management" in? Directeuren bedrijfsvoering /teamleiders ? zitten er ook ICT-medewerkers in ? **(3,5,6)**

21. Welke organisatie structuren en samenwerkingsverbanden die bij u in de praktijk zijn ontwikkeld/vormgegeven zijn ondersteunend bij het realiseren van deze verwachtingen ?

22. Hoe zou de organisatie moeten worden vormgegeven (structuren/ samenwerkingsvormen andere punten) om optimaal profijt te hebben van elkaars kwaliteiten en de –veronderstelde- kloof te overbruggen ?

Extra vraag buiten het onderzoek:

23. Wordt de consumer ook actief bij het onderzoek betrokken ?

Tenslotte:

6 Algemene vragen:

Hoe tevreden bent u met (cijfer tussen 1-10):

24. de samenwerking tussen wetenschappers en managers in uw instelling ?

25. de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ?

26. de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ten behoeve van de medische praktijk ?

27. de inhoud van het wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ten behoeve van de management praktijk ?

28. de implementatie van veelbelovende uitkomsten van onderzoek in uw instelling ?

- 29. de hoeveelheid geld die naar uw R&D afdeling gaat ? (hoeveel % van de omzet gaat er naar R&D ?)

Bijlage 9: Topic List voor directeuren R&D afdelingen

Inleiding.

- Kennismaking.
- Doel interview : uitleg doelstelling onderzoek. (Hoofdstuk 1 & 2 Thesis; plus model Bongers).

Vragen.

EBMgt/Relatie R&D-Management; wederzijdse verwachtingen. (Hfdst.2 Thesis)

(Organisatie variabelen: Strategie =1 Structuur =2 Systemen =3 Medewerkers= 4 Managementstijl =5 Cultuur =6).

1. Bent u bekend met EBMgt ? ja/nee **(1)**
2. Bent u op de hoogte van het bestaan van een leerstoel EBMgt in de GGZ? ja/nee
3. Zo nee: uitleg EBMgt in de GGZ adh van model Bongers
4. Lopen er onderzoeken die passen binnen dit model? **(1)**
5. Wat is uw mening over/ wat zijn uw gedachten over wat ft uw afdeling te bieden heeft aan de managers van de zorgdivisies ? Kan R&D bijdragen aan oplossingen op bedrijfsvoerend gebied ? (servicekwaliteit/kosten/efficiëntie personeelsinzet) **(verwachtingen)**
6. Lopen er onderzoeken tbv EB Psychiatri ? **(6)**
7. Research richting: Hoe wordt de agenda van onderzoek van de R&D bepaald ? Hoe komen de onderzoeksvragen tot stand ? **(1,2,)**
8. De research output: wat zijn de prestatie-indicatoren van de wetenschapper? **(2)**
- 8a. zou dat moeten veranderen? **(verwachtingen)**
9. De attitude van de manager ten aanzien van research ? (research minded/ goed op de hoogte/ neemt zelf actief deel aan research/ is ook goed bekend met wetenschappelijke methoden/ past ook de wetenschap toe in de management praktijk). **(4,5,6)**
- 9a. Wordt er ook aan bijscholing onderzoeksmethodiek voor managers gedaan ? **(4,5).**
10. Op basis waarvan neemt de manager, naar uw indruk, beslissingen ? **(5)**
- 10.a Wat zou daarin verbeterd/veranderd kunnen worden ? **(verwachtingen)**
11. Wie draagt binnen de organisatie zorg voor de implementatie van wetenschappelijke bevindingen ? Hoe de organisatie van implementatie?**(buiten het onderzoek, 6).**

Research en Evidence . Mode 1 – Mode 2 . (tabel wordt getoond)

12. Is onderzoek science based of ook practice-based ? (Concreet betekent dit het vertalen van theorie en resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de dagelijkse (klinische) praktijk en andersom, vertaling van problemen uit de praktijk als vragen naar relevante wetenschappelijke kennis.)
- 12a Worden de vragen van de manager ook vertaald in wetenschappelijk onderzoek ? (verwachtingen/relatie wetenschap-praktijk).

Overbrugging –Organisatievariabelen .

Strategie =1 Structuur =2 Systemen =3 Personeel = 4 Managementstijl =5 Cultuur =6

13. Is wetenschappelijk onderzoek ook uitdrukkelijk onderdeel van de Strategie ? Wordt daarin ook begrepen WO ten behoeve van managementvragen ? **(1)**
14. Met welke kennisnetwerken/academische werkplaatsen/ universiteiten staat de organisatie in verbinding ? **(2)**
- 14a.Hoe is de keuze voor universiteiten tot stand gekomen ? (dichtstbijzijnde universiteit/ onderzoeksvragen vanuit de medische praktijk/onderzoeksvragen vanuit de management praktijk/persoonlijke connecties.) **(1,4,6)**
- 15.Wetenschappelijke bijeenkomsten binnen de organisatie : worden er ook managers uitgenodigd ? Komen zij ook regelmatig ? **(2,4,5,6)**
- 15a.Staan er ook management onderwerpen op de referer agenda ? **(1,4,5,6)**
- 16.Bibliotheek: valt de bibliotheek onder R&D ? ja/nee **(3,4,)**
- 16a.Voorziet de bibliotheek in management tijdschriften ? Zo ja welke ? **(3,4)**
- 17.Hoe vaak per jaar bent u in gesprek met de divisiedirecteuren bedrijfsvoering van zorgeenheden? **(2, 6)**
- 17a.Zijn dit structurele overleggen ? hoe vaak ? hoeveel tijd ? Persoonlijk contact (Ook informeel!) ? Is dit met alle directeuren bedrijfsvoering gelijk ? **(2,6)**
- 17b.Wat zijn de gespreksonderwerpen ? Planning & Control /Sturing en beheersing/ Gedeelde medewerkers/ onderzoek in uitvoering/ onderzoek in wording/ latente onderzoeksvragen ? **(1,2,4,5,6 , relatie wetenschap - praktijk)**
18. Bestaan er ook onderzoeksplatforms binnen de organisatie? **(2)**
- 18a. Zo ja,Wie zitten er in dat platform en wat is het doel? **(1,2,3,4,5,6)**
- 18b.Zitten er ook deelnemers van “het management” in? Directeuren bedrijfsvoering /teamleiders ? ICT-medewerkers **(3,5,6)**
- 21.Welke organisatie structuren en samenwerkingsverbanden die bij u in de praktijk zijn ontwikkeld/vormgegeven zijn ondersteunend bij het realiseren van deze verwachtingen ?
- 22.Hoe zou de organisatie moeten worden vormgegeven (structuren/samenwerkingsvormen andere punten) om optimaal profijt te hebben van elkaars kwaliteiten en de –kloof te overbruggen ?
- Extra vraag buiten het onderzoek:**
23. Wordt de consumer ook actief bij het onderzoek betrokken ?

Tenslotte:

6 Algemene vragen:

Hoe tevreden bent u met (cijfer tussen 1-10):

24. de samenwerking tussen wetenschappers en managers in uw instelling ?
25. de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ?
26. de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ten behoeve van de medische praktijk ?
27. de hoeveelheid wetenschappelijk onderzoek in uw instelling ten behoeve van de management praktijk ?
28. de implementatie van innovatie in uw instelling ?
29. de hoeveelheid geld die naar uw R&D afdeling gaat ? (hoeveel geld % van de omzet gaat er naar R&D ?