

De Regiebehandelaar

Een onderzoek naar het effect van de regiebehandelaar op de
verantwoordelijkheidsverdeling tussen managers en
behandelaars



Thesis MHBA 12

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, Rotterdam

Nelien Pannekoek

Thesisbegeleider: dr. Marlies Ott

April 2016

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Samenvatting.....	5
Management Summary	7
Hoofdstuk 1: De regiebehandelaar	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Doelstelling regiebehandelaar bij Raamwerk	11
1.3 KNMG-richtlijn over samenwerken in de zorg als basis	11
1.4 Inleiding op doelstelling van het onderzoek	12
1.4.1 Integraal management versus professionele autonomie	12
1.4.2 Wet- en regelgeving	12
1.5 Doelstelling onderzoek	14
1.6 Het onderzoekmodel: de belangrijkste stappen van het onderzoek	14
1.7 Vraagstelling onderzoek en bijbehorende deelvragen	15
1.8 Leeswijzer	16
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	17
2.1 Wat is integrale behandelverantwoordelijkheid?	17
2.1.1 Integrale behandelverantwoordelijkheid door multidisciplinaire samenwerking.....	17
2.2 Wat is behandelregie en -coördinatie?	18
2.2.1 Organisatie en aansturing van behandelaars of specialisten	18
2.2.2 Hoe wordt regie gevoerd?	20
2.2.3 Drie relevante elementen van leiderschap	20
2.3 Wat zijn de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar?	22
2.3.1 De regiebehandelaar bij Raamwerk	22
2.3.2 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden regiebehandelaar bij Raamwerk	22
2.3.3 Advies commissie Meurs over regiebehandelaar in de GGZ	23
2.3.4 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden regiebehandelaar in de GGZ.....	24
2.4 Wat is integraal management en welke verantwoordelijkheden horen daarbij?	25
2.4.1 De achtergrond van integraal management	25
2.4.2 Integraal management binnen Raamwerk	25
2.4.3 Integraal management zonder regiebehandelaar, 's Heeren Loo	26
2.5 Welke modellen van verantwoordelijkheidsverdeling zijn er om behandelregie en -coördinatie te organiseren?	27
2.5.1 Duaal management	27

2.5.2 De behandel dienst.....	27
Hoofdstuk 3: Methodologie van het onderzoek.....	29
3.1 Inleiding.....	29
3.2 Onderzoeksdesign.....	29
3.2.1 Praktijkcase met regiebehandelaar.....	29
3.2.2 Praktijkcase zonder regiebehandelaar.....	30
3.3 Dataverzameling middels interviews.....	31
3.4 Analyse van de data.....	32
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid.....	32
Hoofdstuk 4: Resultaten van het onderzoek in de case met regiebehandelaar.....	34
4.1 Integrale behandelverantwoordelijkheid.....	34
4.2 Regie en coördinatie.....	35
4.3 Taken van de regiebehandelaar.....	37
4.4 Organisatiemodellen: integraal management, duaal management en de behandel dienst.....	37
Hoofdstuk 5: Resultaten van het onderzoek in de case zonder regiebehandelaar.....	39
5.1 Integrale behandelverantwoordelijkheid.....	39
5.2 Regie en coördinatie.....	40
5.3 Taken van de regiebehandelaar.....	41
5.4 Organisatiemodellen: integraal management, duaal management en de behandel dienst.....	42
Hoofdstuk 6: Overeenkomsten en verschillen uit beide cases en conclusies.....	44
6.1 Overeenkomsten en verschillen op het thema integrale behandelverantwoordelijkheid.....	44
6.2 Overeenkomsten en verschillen op het thema regie en coördinatie.....	45
6.3 Overeenkomsten en verschillen op het thema verantwoordelijkheden regiebehandelaar.....	47
6.4 Overeenkomsten en verschillen op het thema organisatiemodellen.....	48
6.5 Bijvangst.....	49
6.6 Conclusies en discussie.....	49
Hoofdstuk 7: Aanbevelingen.....	53
Slotwoord.....	55
Literatuurlijst.....	56
Bijlage 1 KNMG richtlijn samenwerking in de zorg.....	58
Bijlage 2 Samenvatting externe reacties.....	59
Bijlage 3 TFO regiebehandelaar Raamwerk.....	61
Bijlage 4 Topiclijst.....	65

Voorwoord

Het schrijven van een thesis naar aanleiding van praktijkonderzoek is de laatste stap van mijn MHBA opleiding. Na het doorlopen van verschillende modules zoals externe analyses, optimaliseren van bedrijfsprocessen, cultuur, financiën, strategische positionering en verandermanagement, heb ik door middel van praktijkonderzoek een thesis geschreven. En wat kwam het goed uit dat ik precies in die maanden 'in between jobs' was! Ik heb als onderwerp voor deze thesis gekozen om de functie regiebehandelaar nader te bezien. De regiebehandelaar is een nieuwe functie binnen Raamwerk die tot doel heeft om de regie en coördinatie van multidisciplinaire behandelinzet te voeren en daarmee verantwoordelijkheidsverdeling tussen management en behandelaars en behandelaars onderling te verduidelijken. Dat was inmiddels al mijn derde onderwerp; ik had wat moeite met kiezen zeg maar.... Uiteindelijk gaven praktische redenen de doorslag. De evaluatie van die nieuwe functie moest toch gebeuren, ik was als dossiereigenaar volledig op de hoogte van de inhoud, en ik had makkelijk en snel toegang tot informatie en tot de respondenten, dus leek me dit de meest efficiënte keuze. En uiteraard heb ik een grote affiniteit met behandelaars en de wijze waarop zij hun werk organiseren. Tijdens de opleiding werd herhaaldelijk gezegd dat het handig is als je een thesisonderwerp kiest dat in lijn ligt met je ambitie, bijvoorbeeld een volgende stap in je carrière. Ik hechtte daar op dat moment niet zo'n waarde aan en zocht een onderwerp waarover ik snel en efficiënt een thesis kon produceren. Hoe toevallig (!?) is het nu dat ik direct na de afronding van deze thesis start in mijn nieuwe baan als manager behandelzaken bij een grote ouderenzorgorganisatie? Kortom: thesis bedankt! En natuurlijk ook alle dank aan Marlies die me echt geholpen heeft om op mijn manier deze thesis tot een goed einde te brengen. Als laatste een tegeltjeswijsheid die ik op de eerste dag van de MHBA-opleiding (september 2014) cadeau kreeg van Aad de Roo. Een wijsheid die ik nu, in het licht van deze thesis en mijn nieuwe baan, nog meer betekenis kan geven ☺.



Samenvatting

In dit onderzoek is de, voor de Verstandelijk Gehandicapten sector, nieuwe functie van regiebehandelaar nader onderzocht. De functie heeft tot doel de multidisciplinaire samenwerking te verbeteren, coördinatie en regie te voeren op de verschillende behandel disciplines en duidelijkheid te verschaffen in wat tot de verantwoordelijkheid van de manager behoort. En wat tot de behandelverantwoordelijkheid van een behandelaar behoort.

Dat elke behandelaar een eigen individuele behandelverantwoordelijkheid heeft, staat niet ter discussie. Maar wie draagt de verantwoordelijkheid voor de afstemming tussen betrokken behandelaren?

Om te onderzoeken of de functie van regiebehandelaar effect heeft op de verantwoordelijkheidsverdeling tussen manager en behandelaren enerzijds en behandelaren onderling anderzijds, zijn in twee praktijksituaties interviews afgenomen. Het betreft de praktijk van Raamwerk, een Verstandelijk Gehandicapten-instelling (VG) in de Duin- en Bollenstreek. En de praktijk van 's Heeren Loo, locatie Willem van den Bergh, een VG-instelling in Noordwijk. De interviews zijn gehouden met managers en met behandelaren, te weten artsen, gedragskundigen (of gedragswetenschappers) en een verpleegkundig specialist.

Bij de interviews is onder andere ingegaan op de leiderschapskubus van professor dr. Jo Caris die hij in een gesprek bij de start van dit onderzoek (januari 2016) toelichtte. In dit onderzoek is behandelregie en – coördinatie gezien als een vorm van leiderschap. Volgens de leiderschapskubus zijn er drie assen relevant: doelgerichtheid, jezelf competent voelen en het sturen op cohesie. De respondenten is gevraagd in hoeverre deze drie vaardigheden volgens hen een rol spelen in het voeren van regie of multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast zijn tijdens de interviews verschillende organisatiemodellen besproken (integraal management, duaal management, management van een behandel dienst) vanuit de vraag welke organisatiewijze de voorkeur geniet. Evenzo zijn verschillende wijzen van aansturing besproken (middels hiërarchie, heterarchie of middels de vorming van netwerken).

De cases verschillen op twee punten: bij Raamwerk is de functie van regiebehandelaar van kracht. Bij 's Heeren Loo bestaat deze functie niet. En ten tweede zijn bij 's Heeren Loo de behandelaren gepositioneerd in een behandel dienst (expertisecentrum Advisium), terwijl bij Raamwerk de behandelaren direct onder de integraal verantwoordelijke RVE (Resultaat Verantwoordelijke Eenheid) manager gepositioneerd zijn.

De meest opvallende conclusies uit het onderzoek zijn:

- ✚ Multidisciplinaire samenwerking is in beide cases een verbeterpunt, er wordt nog voornamelijk vanuit de eigen vakgroep gedacht;
- ✚ De functie van regiebehandelaar draagt positief bij aan de multidisciplinaire samenwerking, omdat regie en coördinatie op behandelinzet als onderwerp door deze nieuwe functie meer op de agenda staat en een besprekspunt is;
- ✚ De functie regiebehandelaar maakt de verantwoordelijkheidsverdeling tussen manager en behandelaren duidelijker. Dit geldt ook voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen behandelaren onderling.
- ✚ Vanuit de historische context van het medisch model die in beide organisaties aanwezig is, draagt de regiebehandelaar bij aan het steviger, centraler positioneren van de gedragskundige;
- ✚ Regie en coördinatie voeren vraagt vaardigheden die niet per se gerelateerd zijn aan inhoudelijke kennis of opleidingsniveau. Het vraagt vaardigheden zoals doelgerichtheid, sturen op cohesie en jezelf competent voelen in de samenwerkingsrelatie;
- ✚ In beide cases is het geven van feedback een verbeterpunt. Dit wordt tot op heden voornamelijk gezien als een taak van de manager. Het is zinvol om te investeren in de ontwikkeling van een feedbackcultuur, waarbij de drie eerder genoemde vaardigheden zeker van pas komen.

Overall kan gesteld worden dat de functie van regiebehandelaar aanbevelenswaardig is. Het benoemen van een regiebehandelaar is een goede eerste stap om regie op de behandelinzet te agenderen en beleggen. Het is zaak om door te pakken op de ontwikkeling van leiderschapsvaardigheden en een feedbackcultuur om te voorkomen dat de regiebehandelaar als een cosmetische oplossing ervaren wordt. Wanneer de regiebehandelaar gezien wordt als een middel om een beweging of verandering te initiëren, en niet als doel op zich, is het een effectief instrument. De beweging of verandering die gemaakt moet worden betreft het feit dat het sturen op resultaten, onderlinge afstemming op behandelinzet en feedback geven aan elkaar niet meer als taak van de manager alleen wordt gezien, maar door ieder lid van het multidisciplinaire team als een verantwoordelijkheid wordt gevoeld en gedragen.

Management Summary

This research is about a new position in the Mentally Handicapped sector; the control practitioner. The function aims to improve multidisciplinary collaboration, conduct coordination and direction to different treatment disciplines and clarify what is the responsibility of the manager. And what belongs to the treatment responsibility of a practitioner.

That each practitioner has its own individual treatment responsibility is not in question. But who is responsible for the coordination between practitioners involved?

To investigate whether the function of control practitioner has an effect on the responsibilities between managers and practitioners on the one hand and practitioners themselves on the other hand, interviews were taken in two cases. It concerns the case of Raamwerk, a Mentally Handicapped setting in Noordwijkerhout. And the case of 's Heeren Loo, location Willem van den Bergh, a setting in Noordwijk. The interviews were held with managers and practitioners, namely doctors, behavioral scientists and a nurse specialist.

In the interviews the leadershipcube of Professor Dr. Jo Caris is addressed. Professor Dr. Jo Caris explained this leadershipcube in an interview at the start of the study (January 2016). In this study, coordination and direction of treatment disciplines is seen as a form of leadership. According to the leadershipcube there are three relevant axes: purpose, feel yourself competent and steering on cohesion. The respondents were asked to what extent these three skills play a role in conducting or directing multidisciplinary cooperation. In addition, different organizational models (integrated management, dual management, management of a treatment service) were discussed during the interviews from the viewpoint of what legal form is preferable. Similarly, discussed various ways of control (using hierarchy, heterarchy or through networking).

The cases differ in two aspects: at Raamwerk the function of control practitioner was started in January 2016. At 's Heeren Loo this function does not exist. And secondly, 's Heeren Loo positioned the practitioners in a treatment service (Advisium expertise), while at Raamwerk practitioners are positioned directly under the overall responsible manager.

The most notable conclusions from the study are:

- ✚ Multidisciplinary collaboration is in both cases in need of improvement, practitioners are mainly focussed on their own discipline;
- ✚ The control practitioner function contributes positively to the multidisciplinary collaboration because the coordination of treatment disciplines is more on the agenda and is a point of discussion since the start of this new function;
- ✚ The function control practitioner makes the division of responsibility between managers and practitioners clearer. This also applies to the division of responsibilities between practitioners themselves;
- ✚ From the historical context of the medical model that is present in both organizations, the control practitioner contributes to firmer, more central positioning of the behavioural scientists;
- ✚ Direction and coordination requires skills that are not necessarily related to specific knowledge or training. It requires skills such as focus, cohesion and a feeling of competence in the partnership;
- ✚ In both cases a point of improvement is to give feedback. This is until now mainly seen as a responsibility of the manager. It makes sense to invest in the development of a feedback culture, the three aforementioned skills certainly come in handy.

Overall it can be said that the function of control practitioner is recommended. The appointment of a control practitioner is a good first step for scheduling investments directed at multidisciplinary collaboration. It is important to develop the leadership skills and feedback culture to make sure that the function of control practitioner is not just a cosmetic solution. When the control practitioner as function is seen as a means to initiate change, and not as an end in itself, it is an effective instrument. The improvement or change that must be made concerns the fact that the focus on results,

alignment on treatment efforts and the giving of feedback to each other is no longer exclusively the responsibility of the manager, but is a responsibility of each member of the multidisciplinary team.

Hoofdstuk 1: De regiebehandelaar

1.1 Inleiding

De regiebehandelaar is een nieuwe functie in Raamwerk die tot doel heeft om de regie en coördinatie van multidisciplinaire behandelinzet te voeren en daarmee verantwoordelijkheidsverdeling tussen management en behandelaars en behandelaars onderling te verduidelijken.

Ik werkte tot voor kort bij Raamwerk als RVE manager en daar is mijn belangstelling voor dit onderwerp ontstaan. Het was voor mij als manager de eerste keer dat ik integrale verantwoordelijkheid ging dragen. Tot dan had ik altijd in een duale leiderschapsstructuur gewerkt. Ik was benieuwd hoe deze integrale verantwoordelijkheid zich verhoudt tot behandelinhoudelijke verantwoordelijkheid. Ik vroeg mij bijvoorbeeld af hoe ik, als integraal verantwoordelijke manager, de coördinatie en regie op de behandelinzet kon organiseren, zonder aan de professionele autonomie voorbij te gaan. Dat coördinatie en regie nodig was, stond voor mij buiten kijf. Zeker gezien het feit dat de cliëntpopulatie in de Verstandelijke Gehandicaptensector (VG) nog niet heel kritisch of mondig is en we te maken hebben met steeds zwaarder wordende zorg van meer multidisciplinaire inzet.

De verantwoordelijkheid voor de zorg, begeleiding en behandeling van de cliënt is bij veel VG-instellingen belegd bij de integraal verantwoordelijke manager. Met name wooninstellingen die begeleiding en verblijf bieden aan verstandelijk beperkte mensen gaan uit van het model van integraal management. In tegenstelling tot duaal management draagt de integraal verantwoordelijke manager zowel voor de kwaliteit van de zorg als voor de bedrijfsvoering de verantwoordelijkheid.

In Raamwerk ligt daarmee de nadruk op de verantwoordelijkheid van de manager. In mijn optiek stonden de behandelaren daardoor wat ‘aan de zijlijn’. Juist omdat de zorgvraag van cliënten steeds zwaarder, ingewikkelder wordt en een multidisciplinaire aanpak vergt, vond ik het van belang om de behandelaren meer in positie te brengen. Hiermee wilde ik vier zaken bereiken:

- ✓ Dat behandelaren meer kritisch kijken naar de eigen kwaliteit van behandeling en die van collega behandelaars. Zeker omdat cliënten in de Gehandicaptensector doorgaans kwetsbare mensen zijn die niet of weinig in staat zijn hun eigen belang te dienen;
- ✓ Het efficiënt en transparant inzetten van behandelcapaciteit, om verspilling tegen te gaan, om doeltreffend te handelen en om zichtbaar te maken wat gedaan wordt en waarom (je kunnen verantwoorden). Het betreft immers gemeenschapsgeld waar efficiënt mee omgegaan moet worden;
- ✓ De coördinatie tussen de behandelaren organiseren;
- ✓ In lijn van het laatste duidelijk beleggen wie ik als manager kan aanspreken wanneer er zaken niet goed gaan.

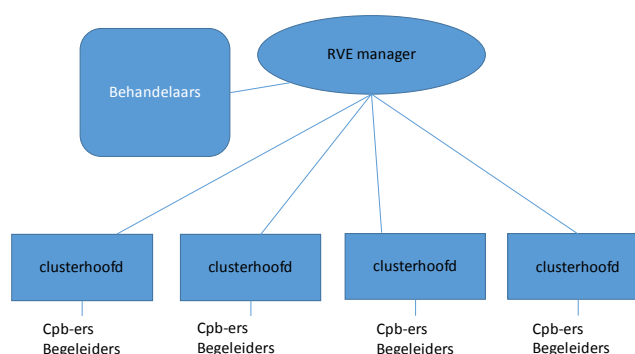
Tijdens de jaarlijkse ‘dag voor behandelaars’ van Raamwerk in 2013 is met alle behandelaars stil gestaan bij deze verantwoordelijkheidsverdeling. Wie heeft het op de inhoud voor het zeggen? Welke inhoudelijke kaders hanteren we daarbij? Wie stuurt op onderlinge samenwerking? En is er zoiets als een professioneel statuut van kracht? Per vakgroep of is er een multidisciplinaire richtlijn? De uitkomst van deze dag was dat een werkgroep, bestaande uit verschillende behandel functies, heeft uitgewerkt welke richtlijnen leidend zijn en op welke manier Raamwerk aan deze richtlijnen invulling kan geven. Ik was namens het MT de opdrachtgever van deze werkgroep. We zijn aan het werk gegaan door allereerst een richtlijn vast te stellen dat als inhoudelijk kader voor multidisciplinaire samenwerking kon dienen. Dat is de handreiking van de KNMG uit 2010 geworden die gaat over verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Deze handreiking is opgenomen in bijlage 1. Het eerste punt uit de handreiking is als volgt omschreven:

Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- Het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- De inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- Belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.

Raamwerk heeft op basis van dit punt uit de handreiking gekozen voor de introductie van een nieuwe functie; de regiebehandelaar. In Raamwerk is, net zoals bij veel andere VG-aanbieders, de cpb-er (cluster persoonlijk begeleider) belast met de coördinatie van de begeleiding aan de cliënt. Deze cpb-er is minimaal niveau 4 opgeleid en valt hiërarchisch onder het clusterhoofd. Een clusterhoofd is integraal verantwoordelijk voor de zorg aan de cliënten in zijn/haar cluster. De behandelaars zijn hiërarchisch gepositioneerd onder de RVE-manager. De RVE-manager is de leidinggevende laag boven het clusterhoofd. Onderstaand figuur illustreert het organogram.



Door deze wijze van positioneren heeft de cpb-er geen directe invloed op betrokken behandelaars. Daarbij bleek het in praktijk veel gevraagd van een cpb-er om bijvoorbeeld een arts of een gedragskundige aan te spreken. Hierin is de (ongeschreven) hiërarchische verhouding tot een behandelaar een drempel voor cpb-ers om hen functioneel aan te sturen. In praktijk bestond daarmee de vraag: wie coördineert de behandelinzet rondom de cliënt?

Zonder eerst antwoord te vinden op alle open vragen geschetst in deze inleiding, is de werkgroep gestart met een oplossing: de regiebehandelaar. Deze functionaris draagt de eindverantwoordelijkheid voor de integrale behandeling en ziet erop toe dat de multidisciplinaire behandeling in belang van de cliënt wordt uitgevoerd, en dat de behandeling in lijn is met het perspectief dat beschreven is in het ondersteuningsplan. Sinds juli 2015 is gestart met de implementatie van deze nieuwe functie. Met ingang van 1 januari 2016 heeft elke cliënt een regiebehandelaar toegewezen gekregen.

Met dit onderzoek ga ik op een aantal van die open vragen in en ga ik na of de verantwoordelijkheidsverdeling inderdaad helderder is geworden door invoering van de regiebehandelaar. Tevens wordt beschreven of er voortgang is geboekt op de vier doelen rondom positionering van behandelaars. Dit doe ik door middel van literatuur onderzoek en een onderzoek in de praktijk op basis van interviews in twee VG-instellingen.

Raamwerk

Raamwerk is een zorgorganisatie in de Duin- en Bollenstreek. Er werken zo'n 800 medewerkers en 400 vrijwilligers. Raamwerk biedt ondersteuning aan kinderen en volwassenen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking. Deze ondersteuning bevordert de kwaliteit van leven van de cliënten en bevordert een zo gewoon mogelijk leven. Volgens de visie van Raamwerk leven mensen met beperkingen hun eigen leven 'gewoon' met hulp van flexibele, individuele ondersteuning bij het

dagelijks functioneren. ‘Gewoon’ betekent zélf regie hebben over je leven, zélf keuzes maken, rechten en plichten hebben, autonoom zijn, vrienden hebben, je kunnen ontplooien, naar vermogen bijdragen aan de samenleving, een zinvol leven leiden. Dit is wat Raamwerk onder kwaliteit van leven verstaat. ‘Gewoon waar mogelijk en speciaal waar nodig’.

’s Heeren Loo

’s Heeren Loo Zorg Groep is de grootste en landelijke speler in de Gehandicaptensector. De zorggroep is opgedeeld in regio’s. De regio Noordwijk, locatie Willem van den Bergh, is een woonwijk in Noordwijk waar 475 cliënten met een verstandelijke beperking wonen. Tussen deze locatie van ’s Heeren Loo en Raamwerk zijn verschillende samenwerkingsverbanden van kracht. ’s Heeren Loo heeft naast deze intramurale zorg nog tal van andere initiatieven opgezet. Elke regio beschikt over een eigen team behandelaars die in een landelijke werkmaatschappij, genaamd Advisium, gepositioneerd zijn.

1.2 Doelstelling regiebehandelaar bij Raamwerk

De doelstelling van de inzet van een regiebehandelaar in Raamwerk is destijds als volgt omschreven: “Verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking in Raamwerk zodat de kwaliteit van zorg voor de cliënt toeneemt en geborgd wordt.” Raamwerk beoogt dit te bereiken door de integrale behandelverantwoordelijkheid bij één persoon te beleggen, de regiebehandelaar, om te voorkomen dat elke behandelaar zonder onderlinge afstemming eigen behandeldoelen nastreeft. De verschillende behandelaars in Raamwerk gaven onafhankelijk van elkaar aan dat de multidisciplinaire samenwerking kon verbeteren. Men vond het wenselijk om elkaar eerder op te zoeken en te informeren over de ingezette behandelactiviteiten. Ook was er onvoldoende bekendheid met elkaars deskundigheid en expertise.

Daarnaast bracht het besturingsmodel van integraal management de vraag met zich mee wie integrale behandelverantwoordelijkheid draagt. Zeker gezien het feit dat wet- en regelgeving aangeven dat de coördinatie van de behandeling georganiseerd moet worden. In Raamwerk betekent integraal management dat een clusterhoofd eindverantwoordelijk is voor de zorg en begeleiding aan de cliënt in zijn/haar cluster en de bedrijfsvoering. Op papier betreft dit ook de inzet van behandeling, oftewel de activiteiten van behandelaars. Daarin liep het besturingsmodel op twee onderdelen ‘vast’. Enerzijds waren behandelaars hiërarchisch gepositioneerd onder de RVE-manager en niet onder de clusterhoofden. Anderzijds loop je als clusterhoofd, en overigens ook als RVE-manager, aan tegen de professionele autonomie van een arts of een gedragskundige of verpleegkundig specialist. Hoe draag je in deze context de eindverantwoordelijkheid? De functie regiebehandelaar moet een aanvulling zijn op het besturingsmodel van integraal management om daarmee de verantwoordelijkheid voor de coördinatie en regie op de behandeling duidelijk te beleggen.

1.3 KNMG-richtlijn over samenwerken in de zorg als basis

Vanuit de uitgesproken ambitie, verbeteren multidisciplinaire samenwerking, en ter aanvulling op het besturingsmodel van integraal management is in 2014 in Raamwerk een werkgroep Multidisciplinaire Samenwerking gestart die invulling geeft aan de KNMG-richtlijn zoals beschreven in paragraaf 1.1. De handreiking wordt door verschillende vakorganisatie (waaronder GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) onderschreven. De VGN heeft in 2013 aan Raamwerk laten weten zelf een dergelijk kader op te willen stellen specifiek voor de Gehandicaptensector. Raamwerk heeft ervoor gekozen om tot die tijd de handreiking van de KNMG aan te houden. Door het aanstellen van een regiebehandelaar voor elke cliënt, voldoet Raamwerk alvast aan één van de aandachtspunten uit de handreiking.

De werkgroep Multidisciplinaire Samenwerking heeft onder andere bij verschillende Gehandicaptensorganisaties opgevraagd hoe zij de integrale behandelverantwoordelijkheid beleggen. Daaruit blijkt dat veel organisaties werken met het model van integraal management en dat het

beleggen van de integrale behandelverantwoordelijkheid nog niet overal uitgekristalliseerd is¹. In die zin is dit een onderwerp en functie die nog nader onderzoek en aandacht vragen in de Gehandicaptensector.

1.4 Inleiding op doelstelling van het onderzoek

De uitvraag bij andere zorgorganisaties in de Gehandicaptensector leert dat meer organisaties worstelen met dit thema. Hoe borg je de multidisciplinaire samenwerking in een besturingsmodel van integraal management? Dat dit een thema is, is te verklaren door de historische context van de Gehandicaptenzorg. In deze sector lag de focus tot voor kort op wonen en begeleiden bij achteruitgang. Er werd gedacht in termen van beperkingen en zeker niet in mogelijkheden of ontwikkelperspectief. Daarmee is de functie van behandeling niet per se heel actief gevraagd geweest. Sinds een jaar of tien gaat er een ander geluid op. De maatschappelijke opvatting dat cliënten met een beperking volwaardige burgers zijn die recht hebben op deelname in de samenleving brengt met zich mee dat er oog komt voor de mogelijkheden en ontplooiingsbehoefte van mensen met een beperking. Met deze beweging verandert ook de rol en de inbreng van verschillende behandel disciplines. Hoe organiseer je de afstemming tussen al deze behandel disciplines zodat uiteindelijk iedereen in het belang van de cliënt handelt? Daarin zijn enkele onderwerpen relevant: de professionele autonomie en integraal management, maar ook wet- en regelgeving zoals de wet BIG² en de WGBO³.

1.4.1 Integraal management versus professionele autonomie

Integraal management is een besturingsmodel waarmee de totale verantwoordelijkheid voor het primair proces bij een manager wordt belegd. Daarmee is hij verantwoordelijk voor de kwaliteit, medewerkers, financiën (productie en kosten), communicatie, beheer, enzovoort. In Raamwerk is gekozen voor dit model vanuit de volgende invulling en betekenis:

“Integraal management heeft betrekking op de RVE-managers en de clusterhoofden. Dit vraagt om speelruimte op RVE- en op clusterniveau. Speelruimte houdt in: zoveel mogelijk verantwoordelijkheden en bevoegdheden op deze leidinggevende niveaus⁴.” In Raamwerk betekent integraal management ook dat de manager (of clusterhoofd) verantwoordelijk is voor de behandelinzet. Hoe verhoudt zich dit tot de zogenaamde professionele autonomie van een behandelaar? Onder professionele autonomie wordt het volgende verstaan: het vermogen van een behandelaar om zelfstandig en onafhankelijk tot oordeelsvorming te komen; vrijheid in gebondenheid.

Critici op het besturingsmodel van integraal management vragen zich af in hoeverre de dynamiek tussen (vak)inhoud en beheer in stand blijft.

In de GGZ werd al langer gesproken over *hoofdbehandelaar* als zijnde de behandelaar die de eindregie voert over het totale behandelplan en de uitvoering ervan. Binnen Raamwerk is gekozen voor de functie van *regiebehandelaar*. Met de invoering van deze functie is één persoon verantwoordelijk voor de regie en afstemming van de totale behandelinzet. Deze persoon is inhoudelijk leider en ziet toe op het bereiken van het gezamenlijk vastgestelde (toekomst) perspectief van de cliënt. Hierbij wordt nog steeds multidisciplinair gewerkt en blijft elke behandelaar verantwoordelijk voor zijn eigen behandelinzet (vanuit de wet BIG en de WGBO).

1.4.2 Wet- en regelgeving

Kijkend naar (toekomstige) wet- en regelgeving dan is hierin de volgende onderbouwing te vinden voor het multidisciplinair werken en het aanstellen van een eindverantwoordelijke behandelaar (regiebehandelaar) per cliënt:

¹ Zie document 2015 10 16 Samenvatting externe reacties op verantwoordelijkheden behandelaren bij OP opgenomen in bijlage 2

² Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg

³ Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

⁴ Besturingsnotitie Het Raamwerk 2012

Europees Manifest Adequate Gezondheidszorg voor Mensen met een Verstandelijk Handicap, november 2003

In dit manifest staan de Basisregels en uitgangspunten voor Gelijke Kansen voor Mensen met een Handicap zoals aangenomen in de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (1993). Het wordt beschouwd als het politieke en morele grondvest. Eén van de 5 Basisregels is: ‘Gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijk handicap heeft vaak een multidisciplinaire benadering’. Hiertoe behoort het uitgangspunt dat specifieke onderzoeken en/of behandelingen vragen om coördinatie tussen verschillende disciplines in de gezondheidszorg. De vraag die dat oproept is: in hoeverre kan een integraal verantwoordelijke manager, niet zijnde een behandelaar, deze coördinatie oppakken?

Wet Langdurige Zorg (WLZ)

In de WLZ is het opstellen van het zorgplan en de zorgplanbespreking wettelijk verankerd. Ook het systematisch evalueren, bij voorkeur met alle betrokken disciplines, is vastgelegd in de wet. De verzekerde cliënt heeft recht op een zorgplanbespreking om afspraken te maken over o.a. de zorgverlener(s) die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken.

De WLZ spreekt daarnaast over zogenaamde CSLM-zorg: Continue, Systematische, Langdurige en Multidisciplinaire zorg. Dit omvat behandeling bij complexe (multi-)problematiek waarvoor specifieke kennis en deskundigheid van bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde, gedragswetenschapper of arts verstandelijk gehandicapten nodig is. Het behandel doel is meestal niet herstel, maar het voorkomen van gevolgen en complicaties of het ontstaan van een gerelateerde stoornis. De problematiek is zo complex dat langdurige coördinatie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk is. Er is voortdurend afstemming nodig over wat de verschillende disciplines doen. In hoeverre draagt de functie van regiebehandelaar hieraan bij?

Wet BIG en WGBO

De Gehandicaptensector kent een bijzondere functie onder de groep behandelaars; de gedragskundige of gedragswetenschapper. Dit is in veel gevallen een orthopedagoog, een beroep dat niet onder de wet BIG valt. De Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen kent een eigen kwaliteitsregister. Ook komt het voor dat de gedragskundige een GZ-psycholoog is. In dit geval valt de gedragskundige wel onder de wet BIG. Welke consequenties heeft deze verschillende (juridische) inbedding voor de kwaliteit van behandelinzet? Naast de gedragskundige behandel discipline wordt in de Gehandicaptensector gewerkt met een medische discipline in de vorm van basisartsen, huisartsen of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG-er). Voor iedereen die medische zorg ontvangt, is de WGBO van toepassing. Deze wet regelt de rechten en plichten van cliënten in de zorg. Onder andere het recht op privacy en geheimhouding van medische informatie wordt geregeld via deze wet. Niet alleen artsen hebben te maken met de WGBO, maar ook alle paramedici en psychologen. Zorgverleners mogen medisch informatie delen met andere zorgverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling. Dit mag alleen als de uitwisseling van informatie noodzakelijk is voor hun werkzaamheden. De toestemming daarvoor van de cliënt wordt verondersteld. Cliënten kunnen bezwaar maken tegen de uitwisseling van gegevens: dan mag de zorgverlener geen informatie doorgeven. Dit beroepsgeheim kan volgens behandelaars nog wel eens op gespannen voet staan met het meer multidisciplinair samenwerken. Bijvoorbeeld wanneer er met één multidisciplinair ondersteuningsplan wordt gewerkt. Welke informatie is noodzakelijk om te delen met andere behandel disciplines en wat valt onder je beroepsgeheim? En heeft een regiebehandelaar daar dan andere rechten in? Hoe verhouden de behandel disciplines, gedragskundige en arts, zich tot elkaar? En hoe verhoudt de behandelverantwoordelijkheid zich tot de verantwoordelijkheid van de integraal verantwoordelijke manager? Deze vragen komen aan bod in de interviews en zullen (gedeeltelijk) behandeld worden in hoofdstuk 4 en 5.

1.5 Doelstelling onderzoek

In bovenstaande aanleiding en toelichting op de functie regiebehandelaar is beschreven dat het een onderwerp betreft dat nog nader onderzoek vraagt. Zowel voor de functie van regiebehandelaar zelf in Raamwerk als voor de sector als geheel op het vraagstuk van verantwoordelijkheidsverdeling tussen behandelaars en managers voor de coördinatie en regie van behandeling. Dit onderzoek en deze thesis richten zich met name op het laatste aspect.

Door middel van *exploratief onderzoek* wordt bekeken of het inzetten van de regiebehandelaar bijgedragen heeft aan de vooraf gestelde doelstelling, namelijk het beleggen van de integrale behandelverantwoordelijkheid en daarmee het verduidelijken van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen betrokken behandelaars onderling enerzijds en tussen management en behandelaars anderzijds.

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek is gelegen in het feit dat de inzet van een regiebehandelaar moet bijdragen aan kwaliteit van zorg. De cliënt is erbij gebaat om ten alle tijden te weten wie de regie op de behandeling voert. Daarnaast is het maatschappelijk relevant om te beschrijven of er andere manieren van verantwoordelijkheidsverdeling zijn en om de kennis die dit onderzoek oplevert te beschrijven voor de Gehandicaptensector als geheel.

Het doel van dit onderzoek is als volgt te omschrijven:

1. Inzicht geven of de functie van regiebehandelaar bijdraagt aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen manager en behandelaars enerzijds en tussen behandelaars onderling ten aanzien van de integrale behandelverantwoordelijkheid;
2. Bijdragen aan (theorie of praktijk) kennis over integrale behandelverantwoordelijkheid in de Gehandicaptensector.

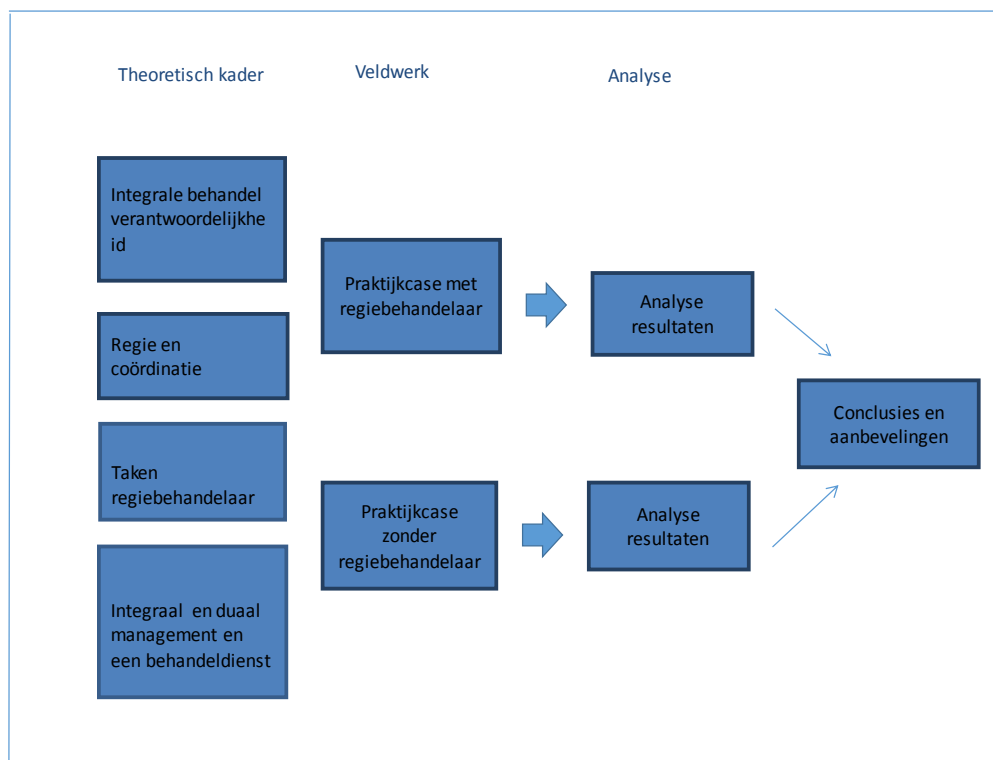
1.6 Het onderzoekmodel: de belangrijkste stappen van het onderzoek

De eerste stap bij dit onderzoek is een literatuurstudie. Hierbij worden zowel een aantal wetenschappelijke publicaties als meer praktische documenten geanalyseerd gericht op de volgende vragen:

1. Wat is integrale behandelverantwoordelijkheid?
2. Wat is behandelregie en –coördinatie?
3. Wat zijn de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar?
4. Wat is integraal management en welke verantwoordelijkheden horen daarbij?
5. Welke modellen van verantwoordelijkheidsverdeling zijn er om behandelregie en -coördinatie te organiseren?

De verworven inzichten bieden een kader voor de volgende stap in het onderzoek: de praktijkstudie. Middels een multi casestudy waarin twee gehandicaptenzorgorganisaties met elkaar vergeleken worden, wordt inzichtelijk gemaakt of en in welke mate de regiebehandelaar bijdraagt aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling.

Het onderzoekmodel ziet er schematisch als volgt uit:



1.7 Vraagstelling onderzoek en bijbehorende deelvragen

Op basis van het onderzoekskader, de doelstelling en het onderzoekmodel kan de volgende vraagstelling geformuleerd worden:

“Draagt de functie van regiebehandelaar bij aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen management en behandelers enerzijds en anderzijds behandelers onderling?”

Relevante deelvragen voor het theoretisch kader zijn eerder vermeld in paragraaf 1.6.

Relevante deelvragen voor de multi casestudy zijn onder andere:

- 1) Wat zijn de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar in de praktijk?
- 2) Wat doet de regiebehandelaar?
- 3) Waar voelt de regiebehandelaar zich verantwoordelijk voor?
- 4) Verschilt dit van (eind)behandelverantwoordelijkheid?
- 5) Wat verstaat men onder behandelregie en -coördinatie?
- 6) Wordt er gewerkt met het begrip integrale behandelverantwoordelijkheid, en zo ja wat verstaat men daar onder?

- 7) Wordt er gewerkt, en zo ja hoe, volgens een professioneel statuut dat door zowel management als behandelaars onderschreven wordt?
- 8) Wat verstaat men onder integraal verantwoordelijk management?
- 9) Welke verantwoordelijkheden heeft een integraal verantwoordelijke manager (clusterhoofd, RVE-manager, locatiedirecteur, manager zorg) op het thema regie en coördinatie van de behandelinzet?
- 10) Wat doet de integraal verantwoordelijke manager op het gebied van regie en coördinatie op de behandelinzet?
- 11) Hoe weet je of er regie en coördinatie op de behandelinzet plaatsvindt?

In het volgende hoofdstuk worden de deelvragen van het theoretisch kader beantwoord. De uitwerking van de deelvragen voor de multi casestudy worden in hoofdstuk 4 en 5 beantwoord.

1.8 Leeswijzer

In dit eerste hoofdstuk is een introductie op het onderwerp regiebehandelaar gegeven. Deze thesis bestaat uit zeven hoofdstukken. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader beschreven. Specifiek wordt ingegaan op de thema's: integrale behandelverantwoordelijkheid, behandelregie en –coördinatie, de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar, integraal management en andere modellen van verantwoordelijkheidsverdeling. Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de onderzoeksopzet. In hoofdstuk 4 en 5, het empirisch onderzoek, worden de resultaten beschreven. Hoofdstuk 4 behandelt de uitkomsten van de case bij Raamwerk en hoofdstuk 5 geeft de uitkomsten van de interviews bij 's Heeren Loo weer. In hoofdstuk 6 worden de conclusies gegeven en wordt teruggeblikt op de centrale vraagstelling. Tot slot geeft hoofdstuk 7 een aantal aanbevelingen op het onderwerp regiebehandelaar en multidisciplinaire samenwerking.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Om antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling in dit onderzoek is het van belang om enkele begrippen nader te duiden. Het theoretisch kader heeft als doel om te achterhalen en beschrijven welke theorieën en ideeën er achter de begrippen in de vraagstelling bestaan. De vraagstelling van dit onderzoek luidt: Draagt de functie van regiebehandelaar bij aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen management en behandelaars enerzijds en behandelaars onderling anderzijds?

In deze literatuurstudie worden verschillende thema's uitgewerkt die te maken hebben met de vraagstelling. Het gaat om de volgende thema's:

1. Wat is integrale behandelverantwoordelijkheid?
2. Wat is behandelregie en –coördinatie?
3. Wat zijn de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar?
4. Wat is integraal management en welke verantwoordelijkheden horen daarbij?
5. Welke modellen van verantwoordelijkheidsverdeling zijn er om behandelregie en -coördinatie te organiseren?

Het theoretisch kader geeft hiermee vervolgens handvatten voor de interviews die gehouden worden in het kader van het onderzoek. De literatuur is gevonden op Google en Google Scholar. In de online bibliotheek van de Erasmus Universiteit zijn relevante artikelen gevonden en er is gebruik gemaakt van managementliteratuur. Tevens heeft in januari een gesprek plaatsgevonden met prof. dr. Jo Caris. Hij is verbonden aan TIAS en heeft veel geschreven over samenwerking in de zorg en de organisatie van hoog opgeleide professionals. Een van zijn modellen, de leiderschapskubus, is gebruikt als handvat om het onderwerp regie en coördinatie te duiden tijdens de interviews.

2.1 Wat is integrale behandelverantwoordelijkheid?

2.1.1 Integrale behandelverantwoordelijkheid door multidisciplinaire samenwerking

Over het begrip behandelverantwoordelijkheid is al veel geschreven. Verschillende wetgeving ligt ten grondslag aan dit begrip waaronder de wet BIG, de WGBO en de WLZ. Echter, deze wetten gaan allemaal over de behandelverantwoordelijkheid van een individuele behandelaar. Wanneer er meer behandel disciplines bij de zorg voor een cliënt betrokken zijn, ontstaat de vraag wie de verantwoordelijkheid heeft voor de onderlinge afstemming tussen betrokken behandelaars. Die onderlinge afstemming, ook wel regie of coördinatie genoemd, is wat in deze thesis bedoeld wordt met integrale behandelverantwoordelijkheid. Wat zegt de literatuur over integrale behandelverantwoordelijkheid? Integraal betekent volgens de dikke van Dale: voltallig, geheel. De Nederlandse encyclopedie geeft als betekenis: als iets alles omvat, in zijn geheel. Dat zou betekenen dat in de context van behandelverantwoordelijkheid de betekenis van integraliteit wordt: de verantwoordelijkheid voor de gehele behandeling. Dat is lastig gezien het feit dat elke behandelaar altijd verantwoordelijkheid draagt voor zijn eigen (deel van de) behandeling.

Over het begrip integrale behandelverantwoordelijkheid is nog niet veel geschreven. Er is veel bekend over de informatieoverdracht van de ene naar de andere behandelaar, maar dat is nog geen integrale behandelverantwoordelijkheid. Een andere term die aan dit onderwerp raakt is die van 'hoofdbehandelaar'. In de GGZ is deze term al langer van kracht. In eerste instantie was de hoofdbehandelaar inhoudelijk eindverantwoordelijk voor de gehele behandeling. Eigenlijk dus in lijn met de letterlijke betekenis van het woord integraal. Uit een brief van de minister van VWS van mei 2015 naar aanleiding van het advies van de commissie Meurs over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ blijkt dat juist deze inhoudelijke eindverantwoordelijkheid in de praktijk op bezwaren stuit. De visie van de commissie Meurs is dat een hoofdbehandelaar niet de eindverantwoordelijkheid kan nemen voor behandelaars die buiten hun zichtveld werken en buiten het eigen deskundigheidsgebied. De conclusie van deze commissie is dat elke betrokken behandelaar een eigen verantwoordelijkheid

heeft maar dat er wel zoiets nodig is als een regisseur. Volgens de commissie Meurs is het daarom beter om te spreken over een ‘regiebehandelaar’. En om de taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar vast te leggen in een kwaliteitsstatuut, evenals de eisen waaraan de regiebehandelaar moet voldoen. Dit zogenaamde kwaliteitsstatuut zal door betrokken behandelaars opgesteld moeten worden.

Prof. Dr. Jo Caris schetst dat een professional gekenmerkt wordt door drie zaken: hoogwaardige kennis en kunde, unieke klantrelaties en een eigen beroepscode. Die eigen beroepscode reikt niet verder dan de eigen beroepsgroep, terwijl bij het opstellen van een kwaliteitsstatuut meerdere beroepen betrokken zijn. In de gehandicaptenzorg zijn dat bijvoorbeeld de arts, de gedragskundige en de verpleegkundig specialist. In de GGZ zijn het de BIG geregistreerde academisch geschoolde behandel disciplines, zoals de psychiater en psycholoog. Deze verschillende beroeps codes zullen tot een gemeenschappelijke kwaliteitsstatuut moeten komen. Eigenlijk wordt hiermee een proef op de som genomen voor de praktijk van nu. Een kwaliteitsstatuut betekent dat er een resultaat nagestreefd wordt dat over de grenzen van de eigen disciplines of beroepsgroep heen gaat. Hetgeen exact het geval is wanneer we spreken over integrale behandelverantwoordelijkheid.

Een ander document dat in gaat op integrale behandelverantwoordelijkheid is een handreiking van de KNMG uit 2010 die gaat over verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Deze handreiking beschrijft 13 aandachtspunten die van belang zijn bij samenwerking in de zorg. De uitgangspunten gaan onder andere over een duidelijke rol- en taakverdeling, onderlinge communicatie en afstemming van werkzaamheden en informatie. De handreiking beoogt de randvoorwaarden te expliciteren en verduidelijken die nodig zijn voor het bieden van verantwoorde zorg. De handreiking wordt onderschreven door tal van beroepsverenigingen zoals GGZ Nederland, NFU ⁵ en de V&VN⁶. Raamwerk heeft bij de ontwikkeling van de functie regiebehandelaar gebruik gemaakt van de uitgangspunten in deze handreiking. De handreiking is opgenomen in bijlage 1.

In dit onderzoek is op basis van literatuurstudie integrale behandelverantwoordelijkheid als volgt te omschrijven: het betreft de verantwoordelijkheid voor regie van en coördinatie op de multidisciplinaire behandelinzet. Het resultaat van integrale behandelverantwoordelijkheid is goede multidisciplinaire samenwerking tussen behandel disciplines waarbij de betrokken behandelaars (geregisseerd en gecoördineerd) werken aan een gemeenschappelijk (behandel)doel. Zonder dat daarbij de professionele autonomie van iedere betrokken behandelaar aangetast wordt, de betrokken behandelaars behouden verantwoordelijkheid voor hun deel van de behandeling.

2.2 Wat is behandelregie en -coördinatie?

2.2.1 Organisatie en aansturing van behandelaars of specialisten

In de literatuur is niet veel geschreven over behandelregie in zijn algemeenheid. Wel zijn er gericht op specifieke aandoeningen artikelen verschenen over wie behandelregie moet voeren en wat dat inhoudt. Bijvoorbeeld in geval van dementerende ouderen die thuis wonen waarin de huisarts als regisseur van de betrokken behandelaars moet optreden. Of in geval van re-integratie op de werkplek waarin stevast wordt aangegeven dat de patiënt zelf de regie moet voeren over deze re-integratie.

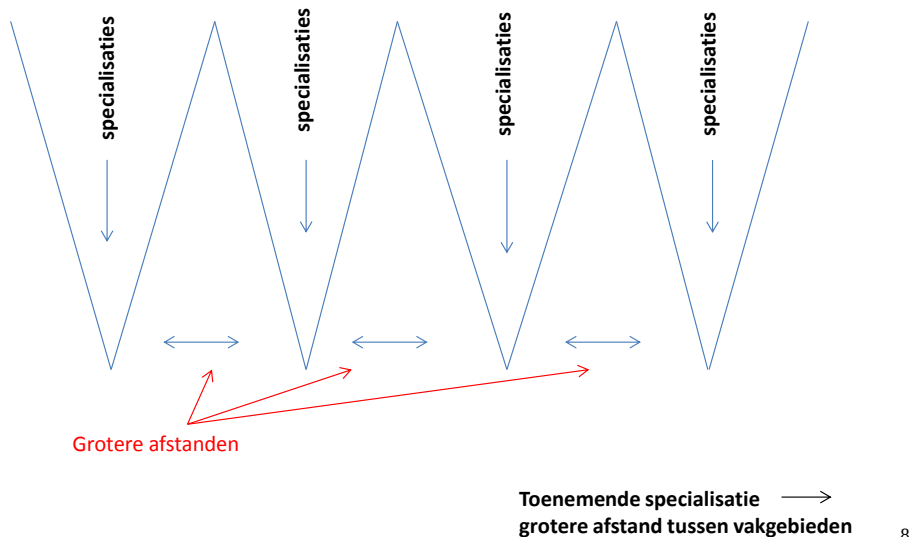
Behandelregie en -coördinatie zijn wellicht beter te duiden vanuit organisatie theorieën. Mintzberg ⁷ stelt dat regie gezien kan worden als een vorm van leiderschap. Mathieu Weggeman gaat in zijn boek “Leidinggeven aan professionals? Niet doen!” in op manieren van leidinggeven aan hoog opgeleide professionals. Daarin citeert hij een uitspraak van Mintzberg uit 1979. “Het ‘slechte’ nieuws: Kenniswerkers zijn niet te managen door het opleggen van regels en procedures of door het toepassen van informatiesystemen.” In hoeverre is het sturen op behandelregie en -coördinatie een vorm van regels en procedures? Prof. Dr. Jo Caris schetst de behoefte aan (behandel)coördinatie en

⁵ Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

⁶ Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

⁷ Organisatiestructuren, Henry Mintzberg, 2006

regie als volgt. De voortdurende ontwikkeling van de expertise in verschillende vakgebieden is noodzakelijk, het leidt echter ook tot grotere afstand tussen experts. Door toenemende specialisatie in de zorg ontstaat er grotere afstand tussen vakgebieden. Onderstaand figuur uit de oratie van Jo Caris in september 2013 waarin hij tot bijzonder hoogleraar benoemd werd aan TiasNimbas (Universiteit Tilburg) illustreert dit.



Daarnaast schetst Caris een andere relevant fenomeen; het zogenaamde ingroup-outgroup gevoel. Wanneer specialisten op een manier georganiseerd of gegroepeerd worden, hetzij in afdelingen, diensten of andere vormen van clustering, geeft dat dynamiek binnen en tussen de groepen. Over het algemeen verlenen mensen positief emotionele betekenis aan de groep waartoe zij zelf behoren. Door dit zogenaamde ingroup-gevoel wordt de onderlinge afstand met andere groepen (outgroup) nog groter en wordt de competitie tussen groepen versterkt. Als juist onderlinge afstemming en samenwerking tussen verschillende behandelgroepen wordt gevraagd, hetgeen het geval is wanneer men spreekt over behandelregie of – coördinatie, werkt dit fenomeen contraproductief. In dit geval betreft dit alleen nog maar een effect binnen een organisatie. In de gezondheidszorg wordt de zorg voor een cliënt zelden beperkt door de grenzen van de organisatie. Familie of andere betrokken van de cliënt (systeem), zorgverleners van andere instanties of de maatschappij hebben allemaal invloed op de situatie van de cliënt en daarmee het resultaat van de behandeling.

De contingentietheorie gaat in op de samenhang tussen de organisatie en diens omgeving. Zuurbier en Hartmann beschrijven het in hun boek ‘ Integraal besturen in de zorg’ als volgt: de managementcontrolsystemen moeten worden ontworpen in samenhang met de omgeving waarin ze opereren. Fred Fiedler⁹ heeft deze contingentietheorie verder vertaald naar leiderschap doordat hij stelt dat de mate waarin een leider invloed kan hebben op een groep afhankelijk is van de situatie (omgeving). Drie factoren zijn hierop van invloed:

- De aard van de relaties in de groep. Dit verklaart dat het verschil maakt of bijvoorbeeld een behandelaar leider is van de groep behandelaars (heterarchie) of wanneer een manager dat is;
- De structuur van de taak die door de groep moet worden gedaan. Leiderschap is minder eenvoudig wanneer het doel en de route minder duidelijk zijn vast te stellen;
- Positionele macht; waarbij deze macht uit verschillende bronnen afkomstig kan zijn (persoonlijkheid, competenties en formele positie (hiërarchie)).

⁸ Prof. Dr. G.J. Caris, De organisatie van professionele gezondheidszorg, 6 september 2013

⁹ Prof. F. E. Fiedler, A theory of leadership effectiveness, 1967

Het inspelen op deze specifieke omgevingskenmerken vraagt specialistische kennis. En om deze specialistische kennis optimaal te benutten is groeperen van deze specialisten gewenst. Daarmee zijn we weer terug bij de kritische punten van verdergaande specialisatie, namelijk de afstand tussen de specialismen wordt vergroot. Het is dus zaak om voortdurend de balans te managen tussen externe relaties en context enerzijds en belangen en interne samenwerkingsverbanden anderzijds. Dat vraagt om andere vormen van organisatiestructuren (Caris) en andere vormen van managementcontrolsystemen (Zuurbier). Minder (hiërarchische) structuur en meer netwerken en verbinding. Volgens Caris gaat het erom de functionele verschillen tussen medewerkers die corresponderen met de externe belangen (contingent zijn met) scherp te krijgen en te coördineren. Wanneer een manager de verantwoordelijkheid voor deze coördinatie krijgt, blijkt dat hij onmogelijk de samenhang tussen interne specialismen en externe belangen kan overzien. Waardoor een hiërarchische positie ontoereikend is om deze coördinatie te bereiken. Dit pleit voor het beleggen van de coördinatietaak bij een regiebehandelaar die zelf onderdeel van het behandelteam is.

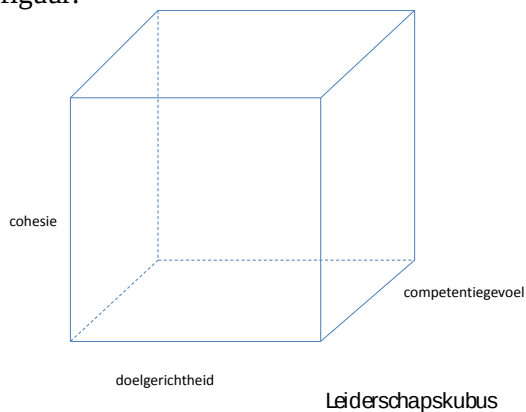
2.2.2 Hoe wordt regie gevoerd?

In managementliteratuur is te lezen dat afstemming van de doelen en taken bijdraagt aan een groter eindresultaat. Eén plus één is drie, zeg maar. Zoals in de vorige paragraaf beschreven is, gaat die afstemming (coördinatie of regie) niet vanzelf en moet georganiseerd worden. Wanneer je spreekt over behandelregie gaat het dus om de afstemming en coördinatie van de werkzaamheden en doelen van de behandelaars. Verschillende schrijvers van managementliteratuur geven aan dat formele autoriteit een zeer beperkte bron van macht is om de professional te beïnvloeden. Zoals Fred Fiedler al in 1967 schreef is de mate van invloed op een groep door een leider afhankelijk van verschillende machtsbronnen, te weten persoonlijkheid, competenties en formele positie. Caris onderscheidt derhalve naast hiërarchie nog twee andere vormen van sturing en coördinatie van professionals, namelijk invloed via heterarchie en via interne netwerken. Er is sprake van heterarchie wanneer via inhoudelijke kennis en vaardigheden en anciënniteit beïnvloeding plaatsvindt. De professional met de oudste staat van dienst als de (informele) leider. Dit is een veel toegepast model in maatschappen en andere vormen van behandelorganisaties. In praktijk is vaak sprake van een combinatie van beide vormen van beïnvloeding. Er is een manager aangesteld die wordt geacht te sturen op coördinatie en er is een ‘nestor’ onder de groep behandelaars die, naast de hiërarchische lijn, invloed heeft. Een derde vorm van beïnvloeding die Caris onderscheidt is die via interne netwerken. Er is in dat geval sprake van referentiemacht. Bij deze vorm van macht wordt de leider gezien als voorbeeld, er is sprake van een combinatie van aardig gevonden worden en sociale vaardigheden (competenties). Dus niet de staat van dienst is leidend in de mate van invloed, maar de (sociale) vaardigheid om een groep te kunnen beïnvloeden. Hoewel netwerken in de literatuur steeds meer beschreven worden als effectief middel om teamprestaties te verhogen, is ook bekend dat het sturen op deze interne netwerken lastig is. Zij ontstaan in de regel informeel. In de literatuur is te lezen dat behandelregie en -coördinatie noodzakelijk is door de verdergaande specialisatie van behandelaars en daarmee de groeiende afstand tussen behandelaars. Er zijn verschillende vormen om deze regie te organiseren, waarbij een combinatie van hiërarchie en heterarchie en de vorming van netwerken het meest effectief lijkt.

2.2.3 Drie relevante elementen van leiderschap

Wanneer regie en coördinatie als een vorm van leiderschap gezien worden, kan de theorie van verandermanagement toepasselijk zijn. Marco de Witte en Jan Jonker onderscheiden drie dilemma's die relevant zijn bij verandermanagement, namelijk deel versus geheel, inhoud versus betekenis en ratio versus emotie. Het eerste dilemma geeft weer dat de eigen veranderopgave altijd onderdeel is van een groter geheel. In termen van behandelaars; de eigen behandelinterventies of doelen zijn altijd onderdeel van een groter behandelplan of doel dat de gehele cliënt betreft. Het tweede dilemma is die van inhoud versus betekenis. Het gaat er hierbij om dat een idee, plan of een doel door alle betrokkenen anders vertaald of ingevuld kan worden. Zonder dat er met elkaar betekenis wordt gegeven aan de woorden die het doel beschrijven, is er nog geen sprake van een gemeenschappelijke

richting. Wanneer er sprake is van behandelregie, betekent dat de verschillende behandeldoelen (deel) en het gewenste eindresultaat door alle betrokken disciplines van betekenis moeten worden voorzien. Tot slot het laatste dilemma dat gaat over ratio versus emotie. Het is bekend dat er veel vanuit de ratio gewerkt wordt. De mens is geneigd om vanuit allerlei analyses te willen begrijpen en verklaren wat de situatie is. Aan de andere kant is ook bekend dat het handelen meestal ingegeven wordt vanuit de emotie. Dat betekent dat dit dilemma gaat over in hoeverre mensen in staat zijn om de emoties te duiden en in lijn te brengen met de ratio. In termen van behandelregie gaat dit over 'ja zeggen en nee doen'. Wanneer een van de betrokken behandelaars gevoelsmatig enkele interventies wil inzetten, maar dit nog niet in lijn heeft gebracht met de ratio en dus nog niet is afgestemd met de andere betrokken disciplines, is er al geen sprake meer van regie. Een andere, weliswaar soortgelijke indeling, hanteert Caris in zijn leiderschapskubus. Zie onderstaand figuur.



Caris schetst dat het bij leiderschap in feite gaat over drie zaken (de x, y en z assen van de kubus). Doelgerichtheid, competentiegevoel en cohesie. Doelgerichtheid raakt aan het dilemma deel versus geheel. Doelgerichtheid in de leiderschapskubus betekent dat de teamleden gestuurd worden op het werken aan een gemeenschappelijk doel. Waarbij men zich realiseert dat het 'eigen' behandelgoal altijd onderdeel is van een groter geheel. Behandelmogelijkheid gaat over het in lijn van het doel laten handelen door de betrokken behandelaars. Competentiegevoel betreft de mate waarin de leider zich zeker of competent voelt om het geheel te kunnen overzien en aansturen. Dit is context en omgevingsafhankelijk, immers een andere context kan betekenen dat de leider niet meer het geheel overziet en zich dus ook niet competent zal voelen. Competentiegevoel gaat over de balans tussen ratio en emotie. Wanneer een leider in staat is om de relationele onzekerheid, die in veel samenwerkingsverbanden aanwezig is, voor zichzelf te reduceren (ratio en emotie) zal dat bijdragen aan het gevoel van competentie. En competente leiders geven de waardering aan de medewerkers waardoor de sociale samenhang in de groep wordt versterkt. De laatste as van de kubus gaat over cohesie. In hoeverre is de leider in staat om te sturen op sociale samenhang in de groep, 'wij gevoel'? Het dilemma inhoud versus betekenis raakt hieraan. Is de leider in staat om betekenis te geven aan de taak (inhoud) zodat er samenhang in de groep ontstaat? Het kunnen sturen op cohesie vraagt een bepaalde mate van emotionele balans en ontwikkeling.

Behandelregie en -coördinatie is op basis van dit literatuuronderzoek een vorm van leiderschap van een behandelaar ten opzichte van collega behandelaren uit andere disciplines gericht op een gemeenschappelijk gedragen doel. Dit leiderschap kan gelegitimeerd zijn op basis van hiërarchie (macht), heterarchie (kennis, anciënniteit) en netwerken (charisma).

Samenvattend

Wanneer de begrippen behandelregie en –coördinatie nadere uitgewerkt worden, bieden verschillende managementtheorieën goede handvaten. Fiedler (1967) geeft aan in de zogenaamde

contingentietheorie dat de effectiviteit van leiderschap afhankelijk is van de kenmerken van de leider en de situatie waarin de leider optreedt (omgeving). Caris legt vervolgens het verband dat andere omgevingskenmerken vragen om het clusteren van disciplines naar de samenhang met deze omgevingskenmerken. Deze clustering en de verdergaande specialisatie van behandel disciplines maakt dat de afstand tussen specialisten steeds groter wordt. Terwijl behandelregie en – coördinatie juist vragen om afstemming intern en met de externe omgeving. Een netwerk structuur zou meer passend kunnen zijn dan formele hiërarchische structuren om deze afstemming te organiseren. En dan zegt Caris ook nog iets over leiderschap in zijn leiderschapskubus. Drie elementen zijn van invloed op de effectiviteit van de leider, te weten doelgerichtheid, competentiegevoel en cohesie. Hierin is verband te leggen met de theorie over verandermanagement waarin de leider voor de opgave staat van drie dilemma's: *deel versus geheel, ratio versus emotie en inhoud versus betekenis*. Uit deze theorieën is af te leiden dat er niet één juiste manier van organiseren is, zowel de context als de interne dynamiek en de samenhang tussen beiden moet gefaciliteerd worden met de gekozen structuur. Van groter invloed is de kwaliteit van de leider. Dit betekent dat in geval van de regiebehandelaar van hem als regisseur gevraagd wordt om de drie dilemma's en de drie assen (doelgerichtheid, cohesie en competentiegevoel) te leiden. Een interessante vraag is dan of de regiebehandelaar geselecteerd moet worden op ervaring in deze drie assen, of dat de door Raamwerk gestelde selectiecriteria (academisch geschoolde behandelaar) de meest effectieve is. Ook de minister van VWS stelt voor om opleidingsniveau (minimaal master) en BIG registratie leidend te laten zijn in de selectie. Terwijl de commissie Meurs adviseert om het ontbreken van het juiste opleidingsniveau (master) te compenseren met werkervaring. In hoeverre is het voldoen aan een bepaald opleidingsniveau (ratio versus emotie?) een garantie voor goede regievoering wanneer we dit aan de hand van de leiderschaps- en verandermanagementtheorieën uitleggen? De beantwoording van die vraag is mede afhankelijk van de verantwoordelijkheden die een regiebehandelaar krijgt. Met andere woorden: wat is zijn/haar opdracht?

2.3 Wat zijn de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar?

2.3.1 De regiebehandelaar bij Raamwerk

In Raamwerk is gekozen voor de functie van regiebehandelaar om daarmee de regie en coördinatie van verschillende behandelactiviteiten bij één betrokken behandelaar te beleggen. Er is in de Gehandicaptensector nog geen andere casus bekend waarin op deze manier de integrale behandelverantwoordelijkheid belegd wordt. In de GGZ is het onderwerp actueel nadat de commissie Meurs geadviseerd heeft aan de minister van VWS om de term hoofdbehandelaar te vervangen door regiebehandelaar. Het begrip hoofdbehandelaar zou teveel verbonden zijn aan degene die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de gehele behandeling. Terwijl het in de multidisciplinaire zorg vooral draait om afstemming van die zorg, oftewel regie en coördinatie tussen betrokken behandelaren.

Kijkend naar de vormen van sturing of leiderschap is met het benoemen van een regiebehandelaar in Raamwerk gekozen voor een combinatie van hiërarchie en heterarchie. Hiërarchie omdat de regiebehandelaar over enkele bevoegdheden beschikt. Zo heeft bijvoorbeeld de regiebehandelaar de beslissende stem wanneer betrokken behandelaren het niet eens worden over de behandelinzet. En heterarchie omdat alleen de academisch geschoolde behandelaren te weten de arts, gedragskundige en verpleegkundig specialist, in aanmerking komen voor de functie van regiebehandelaar. Hiermee is bedoeld om op basis van inhoudelijke kennis en vaardigheden en anciënniteit beïnvloeding te laten plaatsvinden.

2.3.2 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden regiebehandelaar bij Raamwerk

Om te verduidelijken wat de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van een regiebehandelaar zijn, is een (intern) document opgesteld. Dat document is tot stand gekomen na veelvuldig overleg met de betrokken behandel disciplines.

In het document is onder andere beschreven wat de achtergrond en het doel van de functie is. Zo staat er:

“De problematiek van de meeste cliënten, woonachtig bij Raamwerk, is complex, waardoor vaak specifieke deskundigheid van meer dan één behandelaar nodig is. De verschillende disciplines vormen samen het multidisciplinaire team. Een goede coördinatie, regie en supervisie van dit multidisciplinair team is vereist. Er is gestructureerd overleg nodig, zodat men op de hoogte is van wat elke discipline doet en waardoor samenhang ontstaat. Op basis van de dialoog worden multidisciplinair besluiten genomen, waarbij één behandelaar, de zogenaamde regiebehandelaar, de inhoudelijke regie heeft. Met de invoering van deze functie is één persoon verantwoordelijk voor de regie en afstemming van de totale behandeling en ondersteuning. Deze persoon is inhoudelijk leider en ziet toe op het bereiken van het gezamenlijk vastgestelde (toekomst) perspectief. Hierbij wordt nog steeds multidisciplinair gewerkt en elke behandelaar is verantwoordelijk voor zijn eigen behandelinzet (BIG en WGBO). Het doel van de zorg en ondersteuning is blijvend te werken aan het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van het bestaan van de cliënt.”

Daarnaast beschrijft het document twee argumenten ter onderbouwing van het besluit om voor elke cliënt een regiebehandelaar aan te stellen:

- De regievoering op begeleiding is wel geregeld, echter de regie op behandeling nog onvoldoende;
- Positieversteviging van de behandelaars bij een besturingsmodel dat uitgaat van integraal management, zodat de focus op de inhoud geborgd is.

Wat betreft de functieomschrijving van deze nieuwe functie staat het volgende verwoord in het document. Het document is als bijlage 2 opgenomen.

“Een regiebehandelaar gaat, samen met de cluster persoonlijk begeleider, in gesprek met de cliënt en/of (wettelijk) vertegenwoordiger over het vormgeven van de ondersteuning en behandeling. Uitgangspunt hierbij is de vraag van de cliënt en de toegewezen indicatie van het CIZ. Er wordt bekeken uit welke onderdelen de behandeling en ondersteuning het beste kan bestaan, waarbij het toekomstperspectief van de cliënt richtinggevend is. De regiebehandelaar ziet toe op de inhoud van de behandeling en ondersteuning en is het aanspreekpunt voor inhoudelijke vragen van of inhoudelijke verduidelijking aan de cliënt en/of diens (wettelijk) vertegenwoordiger. In veel gevallen zal middels de dialoog een bepaalde beleidslijn van begeleiding en behandeling afgesproken worden. Bij verschillende meningen beslist de regiebehandelaar en zorgt dat de beslissing in lijn is met het toekomstperspectief en de beeldvorming van de cliënt en met de afgesproken beleidslijn.”

2.3.3 Advies commissie Meurs over regiebehandelaar in de GGZ

Zoals gezegd is het onderwerp regiebehandelaar in de GGZ actueel. De commissie Meurs adviseert om de regiebehandelaar in de GGZ in te bedden in een goede multidisciplinaire samenwerking. De borging hiervan zou middels een kwaliteitsstatuut geregeld kunnen worden. In een dergelijk kwaliteitsstatuut wordt beschreven wat de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar en de andere teamleden zijn. De commissie adviseert bijvoorbeeld om in het kwaliteitsstatuut te beschrijven welk mandaat de regiebehandelaar heeft om andere zorgverleners aan te sturen. En op welke manier de behandeling op- of afgeschaald kan worden en specifieke deskundigheid ingeroepen wordt. Volgens planning zou in januari 2016 een modelstatuut vastgesteld moeten worden door betrokken (GGZ)partijen. Een definitieve versie is nog niet verschenen. Het kwaliteitsstatuut zou tevens als voorwaarde moeten fungeren voor de toelating van zorgaanbieders en voor de vergoeding van zorg. Hiermee legt de GGZ nadrukkelijk de verbinding met de contractering door zorgverzekeraars en dus de financiering van zorg. Iets dat in de gehandicaptensector op dit onderwerp nog niet aan de orde is. Het interne document dat Raamwerk heeft opgesteld ten behoeve van de nieuwe functie regiebehandelaar gaat in op de, door de commissie Meurs, voorgestelde onderwerpen voor het kwaliteitsstatuut. De commissie Meurs adviseert daarnaast

om de functie van orthopedagoog-generalist toe te voegen aan het BIG-register. De commissie adviseert dat de regiebehandelaar een BIG-geregistreerde behandelaar is. Toevoegen van de orthopedagoog-generalist aan het BIG register brengt de rol van regiebehandelaar ook voor die functiegroep binnen bereik. Voor de Gehandicaptensector zou de toevoeging van de orthopedagoog-generalist aan het BIG-register een meerwaarde kunnen hebben. Gedragskundigen hebben een achtergrond als orthopedagoog of GZ-psycholoog. Vanuit wetgevend perspectief is dit een ongelukkige constructie, omdat de GZ-psycholoog een behandelverantwoordelijkheid heeft vanuit de wet BIG en de orthopedagoog niet. Hierdoor kan er onduidelijkheid bestaan over de behandelverantwoordelijkheid van de gedragskundige wanneer dit een orthopedagoog is. Daarbij zou opname in het BIG-register van deze functie ook in het licht van de regiebehandelaar een gunstige ontwikkeling betekenen. De andere betrokken disciplines die in de Gehandicaptensector betrokken zijn bij behandeling zijn BIG-geregistreerd. Denk hierbij aan de fysiotherapeut, tandarts, praktijkverpleegkundige en apotheker.

Gezien de taken en verantwoordelijkheden van een regiebehandelaar in relatie tot de andere betrokken behandel disciplines is het wenselijk dat de regiebehandelaar, en dus ook de ‘gedragskundige’ BIG-geregistreerd is. In Raamwerk is vooralsnog niet gesteld dat de regiebehandelaar BIG geregistreerd moet zijn.

2.3.4 Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden regiebehandelaar in de GGZ

De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar in de GGZ zijn als volgt omschreven¹⁰:

- Zorgt ervoor dat door hemzelf of door een andere deskundige een werkdiagnose wordt gesteld (voor zover nog niet beschikbaar);
- Zorgt ervoor dat op basis van de werkdiagnose een behandelplan wordt opgesteld, zoveel mogelijk in overleg met de patiënt en/of diens naaste betrekkingen;
- Zorgt ervoor dat het behandelplan wordt vastgesteld in een overleg met alle disciplines die een aandeel nemen in de uitvoering van het behandelplan;
- Staat er garant voor dat het team beschikt over de benodigde competenties;
- Ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controverciële) besluiten niet eerder dan nadat alle betrokken inhoudelijke deskundigheden zijn geconsulteerd;
- Staat er garant voor dat alle teamleden over voldoende deskundigheid beschikken voor het uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject;
- Schept de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan;
- Initieert de uitvoering van het behandelplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan;
- Toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan en intervenueert zo nodig;
- Evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit;
- Ziet erop toe dat in alle fasen van het behandelingstraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
- Is aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en diens eventuele wettelijke vertegenwoordiger, is beschikbaar en bereikbaar.

Opvallend verschil in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar tussen de beide sectoren is dat in de GGZ de regiebehandelaar ook garant moet staan dat het team beschikt over benodigde competenties en over deskundigheid voor het uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject. En de regiebehandelaar schept de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan. In het document van Raamwerk zijn deze taken belegd bij de integraal verantwoordelijke manager.

¹⁰ <http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2015/06/Presentatie-Walraven-Regiebehandelaar-en-Kwaliteitsstatuut-Joost-Walraven-NVGzP-25-juni-2015.pdf>

Samenvattend

Het onderwerp regiebehandelaar is actueel. De GGZ heeft net de shift gemaakt van het beleggen van de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid via de hoofdbehandelaar naar het beleggen van de regie en coördinatie op de multidisciplinaire behandelinzet middels de regiebehandelaar. Dit naar aanleiding van een advies van de commissie Meurs. Deze commissie adviseert daarnaast om een kwaliteitsstatuut op te stellen waarin ook de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar omschreven zijn.

In de Gehandicaptensector lijkt men nog zoekende. Feit is dat de zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking steeds complexer wordt en er meer verschillende disciplines betrokken zijn. Om te borgen dat elke betrokken discipline in lijn van het toekomstperspectief van de cliënt handelt, is het aanstellen van een regiebehandelaar een mogelijkheid.

Opvallend verschil in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar tussen de beide sectoren is dat de regiebehandelaar in de GGZ meer verantwoordelijkheden krijgt toegewezen. Hij is namelijk ook verantwoordelijk voor de inhoudelijke deskundigheid van betrokken behandelaars (kwaliteit) en dat de gewenste randvoorwaarden gecreëerd worden voor verantwoorde zorg (kwantiteit). Bij Raamwerk zijn deze verantwoordelijkheden belegd bij de integraal verantwoordelijke manager. Dit roept de vraag op wat er eigenlijk onder integraal verantwoordelijk management wordt verstaan? In de volgende paragraaf wordt dat begrip verder uitgediept.

2.4 Wat is integraal management en welke verantwoordelijkheden horen daarbij?

2.4.1 De achtergrond van integraal management

Integraal management is een organisatieprincipe dat sinds de jaren 80 van de twintigste eeuw zijn intrede deed. Er zijn organisaties die centraal werken en die decentraal werken. Integraal management past bij het decentraal werken. De organisatie als geheel wordt opgedeeld in afzonderlijke bedrijfseenheden die een eigen integrale verantwoordelijkheid kennen. Dat betekent dat er sprake is van aparte, zelfstandige ‘winkels’ in het gehele bedrijf. Een nadeel van deze manier van organiseren kan zijn dat het de onderlinge afstand tussen de bedrijfseenheden vergroot, ook wel eilandjes-cultuur genoemd. Integraal management betekent dat elke afdeling of eenheid volledig verantwoordelijk is voor zijn eigen taak, mensen en middelen. Het is zaak dat het centrale bestuur ook de benodigde bevoegdheden decentraal belegt. In veel gevallen betekent dit dat ook ondersteunende afdelingen decentraal georganiseerd zijn. Elke eenheid heeft dan zijn eigen staf op het gebied van HR, financiën en ICT.

2.4.2 Integraal management binnen Raamwerk

In Raamwerk is de besturingsfilosofie integraal management, tenzij.... In de besturingsnotitie die dateert van juli 2012 staat beschreven wat integraal management in zijn algemeenheid in Raamwerk betekent en meer specifiek voor de leidinggevende functies van het primair proces (RVE-manager en clusterhoofd). In de besturingsnotitie wordt de volgende definitie van integraal management gehanteerd: “het integreren van sturen op resultaat, en het daarbij kunnen inzetten van de benodigde productiemiddelen. Dit betekent dat managers niet alleen op resultaat sturen, maar ook zeggenschap hebben over de middelen, met name personeel en financieel budget.” Deze definitie is gebaseerd op het boek van Hans Buurma over integraal management in de publieke sector. Raamwerk zet in op de volgende kenmerken van integraal management:

- Het delegeren van passende verantwoordelijkheden en bevoegdheden op elk leidinggevende niveau in de organisatie;
- Het verbinden van medewerkers met de doelen van de organisatie;
- Het elkaar aanspreken op het nakomen van managementafspraken (“resultaten”) in het kader van de doelen en ambities van de organisatie.

Met het delegeren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden schept Raamwerk de voorwaarden om flexibel te kunnen zijn en zodoende in te kunnen spelen op (maatwerk)behoeften van cliënten of

andere stakeholders per eenheid. Integraal management betekent bij Raamwerk niet de integratie van uitvoering, beleid en strategie. Daarom wordt de besturingsfilosofie tekstueel aangevuld tot het volgende uitgangspunt: ‘zoveel mogelijk verantwoordelijkheden en bevoegdheden op elk niveau (integraal management), tenzij...’. Er is sprake van een tenzij als:

- Er sterke afhankelijkheden zijn met andere organisatieonderdelen (bijvoorbeeld personeelsbeleid);
- Er verstoringen optreden in het behoud van eenheid in de bedrijfsvoering, hiervan is sprake wanneer een bedrijfsvoering aspect het betreffende bedrijfsonderdeel overstijgt (bijvoorbeeld in de keuze voor ICT-systemen);
- Er grote risico's zijn, bijvoorbeeld in geval van investeringen of veiligheidsaspecten.

De integraal verantwoordelijke managers (RVE-managers en clusterhoofden) sturen op resultaten en op de productiemiddelen die worden ingezet (en dan met name personeel en financieel budget). Dit impliceert dat integraal managers ook binnen afgesproken kaders zeggenschap hebben over de ondersteuning door personeelsadviseurs en financieel adviseurs van de beleidsstaf. Verder zijn bevoegdheden gedelegeerd voor het inzetten van operationele ondersteuning zoals de behandelaars (gedragskundigen, artsen, (para)medici) en het facilitair bedrijf.

In de besturingsnotitie van Raamwerk is ook uitgewerkt wat de gedelegeerde bevoegdheid voor het inzetten van behandelaars (operationele ondersteuning) betekent. Zo blijft onder de integrale verantwoordelijkheid de eigen professionele verantwoordelijkheid van de (para)medici en de beroepsverantwoordelijkheid van de gedragskundige behandelaar in tact. De integraal manager maakt (niet vrijblijvende) afspraken met de behandelaars over:

- Kwaliteit van de expertise die wordt ingezet;
- Kwantiteit (duur van de behandeling volgens de ZZP van de cliënt);
- Kenmerken van de dienstverlening zoals responstijd, plaats, continuïteit van de behandeling, registratie en verantwoording).

Dit betekent dat binnen Raamwerk de integrale manager niet verantwoordelijk is voor de behandeling op zichzelf, maar wel voor het niveau (kwaliteit) van de behandelaars die ingezet worden. Evenals voor de kwantiteit van beschikbare behandelaars. Of de behandelaars daadwerkelijk worden ingezet is sinds de intrede van de regiebehandelaar diens verantwoordelijkheid.

2.4.3 Integraal management zonder regiebehandelaar, 's Heeren Loo

Hoe werkt integraal management wanneer er geen regiebehandelaar is aangesteld? Volgens de theorie is de integraal manager dan verantwoordelijk voor het geheel, dus ook voor de behandelinzet, kwaliteit van de inzet en coördinatie en afstemming van de behandelinzet. De vraag voor de integrale manager is op welke manier te sturen op deze elementen, wetende dat behandelinzet buiten het zichtveld en deskundigheid van de manager plaatsvindt. Zoals ook de argumentatie van de commissie Meurs is om de term hoofdbehandelaar te vervangen door regiebehandelaar. Een hoofdbehandelaar kan niet verantwoordelijk zijn voor de inhoudelijke resultaten van elke betrokken behandelaar omdat een deel van diens werkzaamheden buiten het eigen zichtveld en de eigen deskundigheid vallen. Datzelfde geldt natuurlijk voor de integraal verantwoordelijke manager. Tot op heden leek het voldoende te zijn om in een model van integraal management elke behandelaar verantwoordelijkheid te laten nemen voor zijn eigen behandelinzet. Daarmee is de kwaliteit van de behandeling gegarandeerd. En elke behandelaar rapporteert aan de integraal verantwoordelijke manager, zodat hij indien gewenst tijdig kan bijsturen. Nu de zorgvraag in de Gehandicaptensector steeds complexer wordt en er meer disciplines bij de cliënt betrokken zijn, rijst de vraag wie stuurt op coördinatie van die behandelinzet. Zoals in de theorie veelal omschreven wordt is een van de keerzijden van integraal management, zeker wanneer dit ondersteund wordt middels RVE's of andere aparte bedrijfskolommen, dat de onderlinge concurrentie versterkt wordt en juist de verbinding en samenhang op organisatieniveau onder druk komt te staan. Datzelfde lijkt te spelen wanneer iedere behandelaar op zich verantwoordelijk is voor zijn eigen behandelinzet, en de verantwoordelijkheid voor afstemming en regie belegd is bij een manager die geen onderdeel uitmaakt van het behandelteam. Elke behandelaar heeft eigen verantwoording af te leggen aan de manager en dit zou

onderlinge concurrentie kunnen oproepen waarbij de vraag gesteld moet worden of dat in het belang van de cliënt is en of dat de effecten van de totale behandeling ten goede komt.

Integraal management betekent op basis van dit literatuuronderzoek dat elke afdeling of eenheid volledig verantwoordelijk is voor zijn eigen taak, mensen en middelen. Het is zaak dat het centrale bestuur ook de benodigde bevoegdheden decentraal belegt. In veel gevallen betekent dit dat ook ondersteunende afdelingen decentraal georganiseerd zijn. Elke eenheid heeft dan zijn eigen staf op het gebied van HR, financiën en ICT.

Samenvattend

Integraal management kent zijn oorsprong in de jaren '80 van de vorige eeuw waarin decentralisatie het leidend motief was om managers verantwoordelijk te maken voor het geheel. Een nadeel van integraal management kan zijn dat het onderlinge concurrentie binnen de eigen organisatie versterkt (eilandjesvorming). In Raamwerk is, net als in veel andere VG-instellingen, gekozen voor integraal management om de verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het juiste leidinggevende niveau te beleggen. Met het steeds complexer worden van de zorgvraag van de cliënt en nu er meer disciplines bij de cliënt betrokken zijn, wordt het voor de integraal verantwoordelijke manager steeds lastiger om de multidisciplinaire zorg aan te sturen. Het lijkt zinvol om in het kader van deze opgave te bezien welke andere, dan integraal management, organisatieprincipes in de zorg worden toegepast om de regie en coördinatie op de behandelinzet te organiseren.

2.5 Welke modellen van verantwoordelijkheidsverdeling zijn er om behandelregie en -coördinatie te organiseren?

In voorgaande paragrafen is geschreven over integraal management als besturingsmodel. In de zorgsector worden twee andere besturingsmodellen veel toegepast; dual management en het organiseren van de behandel functie middels een aparte dienst of organisatorische eenheid. In deze paragraaf worden beide modellen kort toegelicht.

2.5.1 Duaal management

Bij dual management is er sprake van een tweehoofdige leiding van de betreffende organisatie eenheid. De onderwerpen bedrijfsvoering en zorginhoud worden gescheiden en elk onderdeel wordt door een manager vertegenwoordigd. De zorginhoudelijke kant valt onder verantwoordelijkheid van een manager zorg, een behandelaar. Deze draagt daarmee de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de behandeling. Het ontwikkelen van zorginhoudelijk beleid en sturen op juiste naleving daarvan behoort in de regel tot zijn verantwoordelijkheid. De manager bedrijfsvoering is verantwoordelijk voor alle bedrijfsvoeringsaspecten zoals personeel, financiën, ict, vastgoed, organisatieontwikkeling, communicatie, enzovoort. Dual management wordt met name toegepast in de cure sector, daar waar de behandel functie centraal staat. In de care sector, waar de nadruk meer ligt op stabiliseren of begeleiden bij achteruitgang, wordt dit besturingsmodel niet of nauwelijks toegepast.

2.5.2 De behandel dienst

Een tweede veelvoorkomend model in de zorgsector is die waarbij de behandelaars apart van het primair proces gepositioneerd worden in een behandel dienst. Feitelijk is er dan sprake van integraal management op het primair proces exclusief de behandeling. De behandelaars vormen samen een eigen kolom of organisatorische eenheid en worden door een eigen manager aangestuurd. Deze manager is verantwoordelijk voor het creëren van de juiste randvoorwaarden voor de behandelaars om hun werk te kunnen doen. En in veel gevallen voor de verbinding tussen organisatie en behandel dienst. De inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de behandelinzet ligt bij de behandelaars zelf.

In dit onderzoek is middels een multi casestudy bekeken of de functie van regiebehandelaar bijdraagt aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen behandelaars onderling en tussen management en behandelaars. In het onderzoek is sprake van een case die werkt volgens de principes van integraal management en een case waarin er gewerkt wordt met een aparte behandeldienst. In hoofdstuk 4 en 5 van deze thesis worden de uitkomsten van het onderzoek per case beschreven. In het nu volgende hoofdstuk wordt uitgewerkt op welke manier het onderzoek is uitgevoerd (methodologie).

Hoofdstuk 3: Methodologie van het onderzoek

3.1 Inleiding

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek waarbij middels bestudering van relevante literatuur en theorieën en een praktijkgerichte multi casestudy gegevens worden verzameld. Op basis van die gegevens wordt antwoord gezocht op de centrale vraagstelling.

Het betreft een exploratief onderzoek dat erop gericht is om inzichten te krijgen op het centrale thema integrale behandelverantwoordelijkheid. In dit hoofdstuk wordt het technisch ontwerp, ook wel de methodologie van het onderzoek, beschreven. Dat betekent dat wordt toegelicht hoe het design eruit ziet en hoe de dataverzameling en data analyse is gedaan.

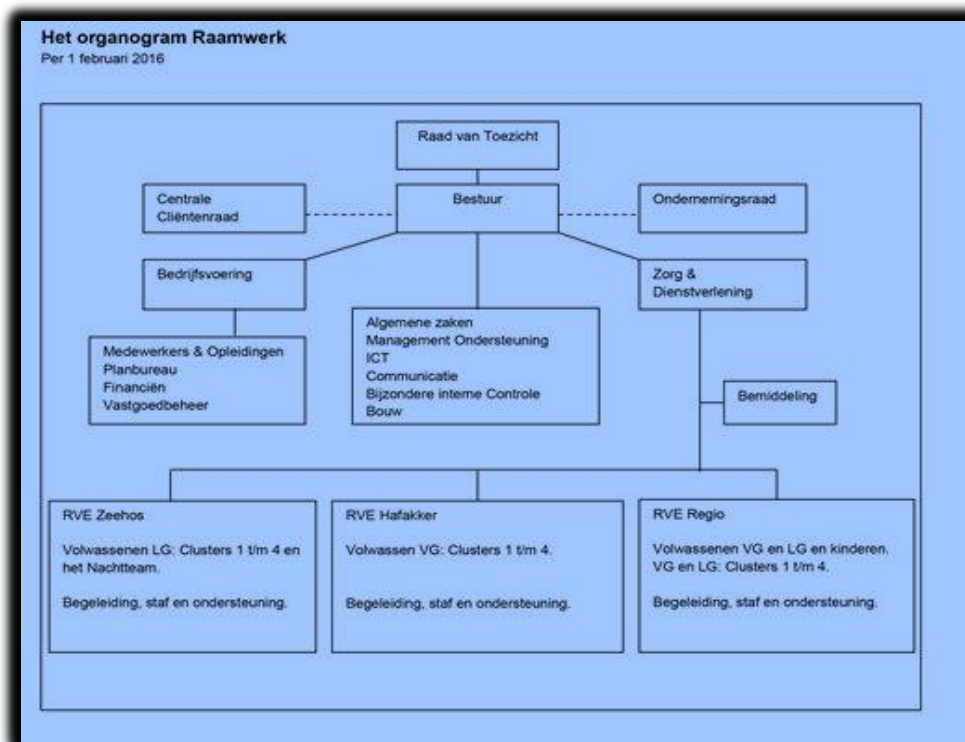
3.2 Onderzoeksdesign

Het onderzoek bestaat uit een theoretische studie op de thema's integraal management en integrale behandelverantwoordelijkheid, ook wel regie en coördinatie op behandeling genoemd. De belangrijkste inzichten van deze theoretische studie zijn in hoofdstuk 2 beschreven.

Het praktijkgerichte onderzoek betreft een multi casestudy die bestaat uit twee cases. Omdat over het centrale thema in de Gehandicaptensector nog niet veel bekend is, is er gekozen voor cases die verschillen op het centrale thema (wel/geen regiebehandelaar aangesteld), maar verder qua organisatie van zorg minimaal verschillen (minimale variatie). Op die manier wordt de kans vergroot om tot uitspraken te komen en verbanden tussen verschijnselen te kunnen leggen.

3.2.1 Praktijkcase met regiebehandelaar

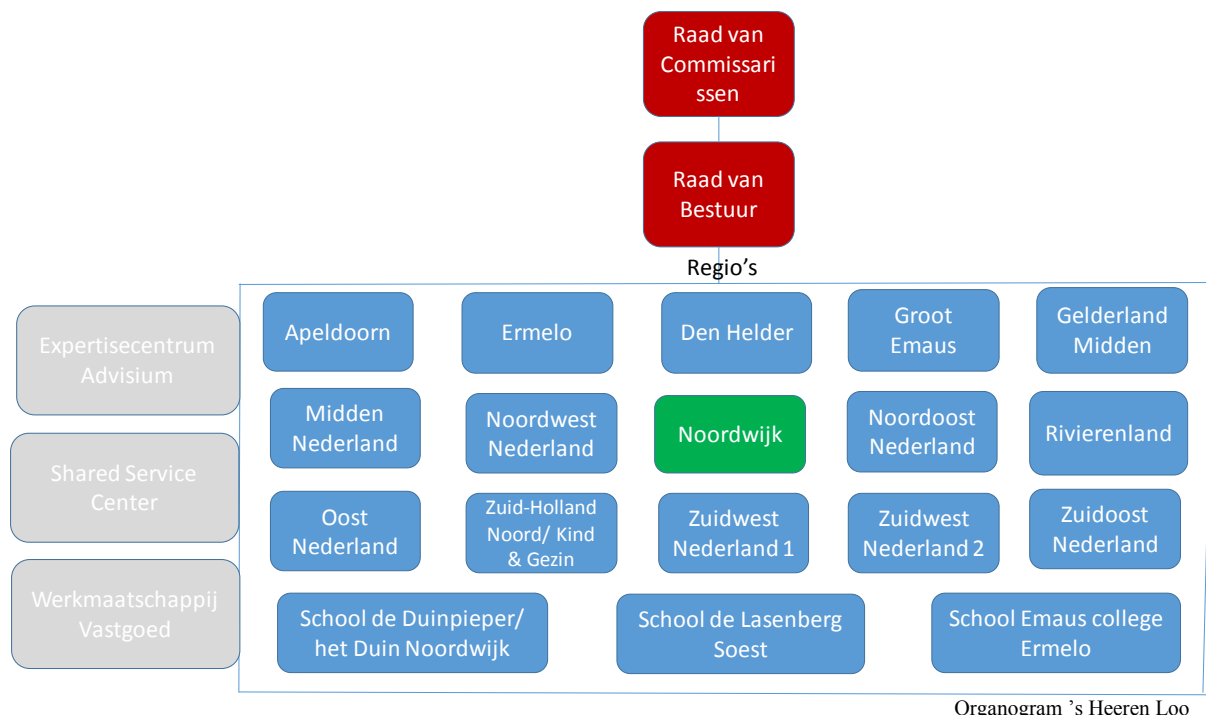
Voor de praktijkcase *met* regiebehandelaar is de case van Raamwerk gebruikt. Raamwerk is een organisatie in de Duin- en Bollenstreek die begeleiding biedt aan mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking. Raamwerk heeft de functie van regiebehandelaar ingevoerd om daarmee de multidisciplinaire samenwerking te verbeteren. Met andere woorden, om de coördinatie en regie op de multidisciplinaire behandelinzet te borgen. In onderstaand organogram is de structuur van Raamwerk weergegeven.



In dit organogram vertegenwoordigt RVE Hafakker de intramurale cliëntenzorg voor mensen met een VG-indicatie. De mensen die geïnterviewd zijn, zijn allen werkzaam in deze RVE.

3.2.2 Praktijkcase zonder regiebehandelaar

De praktijkcase *zonder* regiebehandelaar richt zich op een VG-organisatie die een zo goed als dezelfde organisatiestructuur kent als die van Raamwerk. Dat betekent integraal management, cliëntenzorg op een locatie waar enkel intramurale begeleiding aan cliënten met een VG-indicatie wordt geboden. De praktijkcase zonder regiebehandelaar is locatie Willem van den Bergh in de regio Noordwijk van 's Heeren Loo. Het is een locatie in dezelfde regio als waar Raamwerk actief is, beide organisaties werken geregeld intensief samen. Onder andere omdat de cliëntenpopulatie vergelijkbaar is. Er zijn ook verschillen tussen de cases, naast de aanwezigheid van de functie van regiebehandelaar, te weten: bij 's Heeren Loo zijn de behandelaars apart georganiseerd in een werkmaatschappij die Advisium heet. Dit is een landelijke werkmaatschappij waarbij er aan elke regio een vestiging van Advisium verbonden is. Onderstaand figuur illustreert de structuur van 's Heeren Loo.



De behandelaars in het Advisium worden hiërarchisch niet aangestuurd door de integraal verantwoordelijke manager van die locatie (regiodirecteur). Zij worden aangestuurd door de manager van Advisium, die verder geen (eind)verantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit van begeleiding of financieel resultaat van een regio. Een ander verschil is dat op de locatie Willem van den Bergh van 's Heeren Loo geen verpleegkundig specialisten werkzaam zijn. Raamwerk kent deze functie wel en deze functie komt ook in aanmerking voor het regiebehandelaarschap en de verpleegkundig specialist van de Hafakker is daarmee ook betrokken bij de interviews.

3.3 Dataverzameling middels interviews

Om in deze multi casestudy informatie te verzamelen is gebruik gemaakt van face-to-face interviews. Aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst in de vorm van vragen, hebben semi gestructureerde interviews plaatsgevonden. De topiclijst diende als leidraad tijdens de interviews en is als bijlage bij deze thesis opgenomen (bijlage 4). Het interview bestaat uit open vragen om op die manier tot een zo'n integraal mogelijk beeld te komen van beide praktijkcases. Gezien de arbeidsintensieve manier van informatie verkrijgen (interviews) en de beperkte onderzoektijd (4 maanden) is er onderzoek gedaan naar twee cases. Om in die twee cases zo'n diep mogelijk beeld te krijgen, is er gewerkt met bronnentriangulatie. Dat betekent dat er vanuit meerdere bronnen (functionarissen) informatie verkregen is.

In elke praktijkcase zijn (integraal verantwoordelijke) managers¹¹ geïnterviewd evenals behandelaars¹². Er is ervoor gekozen om alleen de behandelaars te interviewen die de rol van regiebehandelaar kunnen vervullen. Dit zijn de arts, gedragskundige en verpleegkundig specialist. De interviews zijn in een tijdsbestek van drie weken gehouden. Hierdoor was de focus op de relevante topics geborgd. Ook is er gekozen voor afwisseling tussen de interviews. Dat wil zeggen dat zowel in beide cases als in functiegroepen interviews door elkaar gepland zijn. Op deze manier is voorkomen dat er een bepaalde 'routine' zou ontstaan per case of per functiegroep waardoor de interviewer minder objectief informatie zou verzamelen. In totaal zijn 10 interviews gehouden, 5 per case.

¹¹ Managers Raamwerk: manager Zorg & Dienstverlening, Hoofd Cluster Intensieve Begeleiding. Managers 's Heeren Loo: Regiodirecteur Noordwijk, Manager Zorg, Manager Advisium Noordwijk.

¹² Behandelaars Raamwerk: Arts, Gedragskundige, Verpleegkundig specialist. Behandelaars 's Heeren Loo: AVG, Gedragwetenschapper.

3.4 Analyse van de data

De interviews zijn opgenomen middels een voicerecorder en vervolgens uitgeschreven, niet letterlijk wel chronologisch volgens het verloop van het interview. De respondenten hebben deze uitwerking ontvangen en gelegenheid gekregen om eventueel aanvullingen te doen. Daarna zijn deze uitwerkingen open gecodeerd, dat wil zeggen dat de gegevens gethematiseerd zijn.

De interviews zijn in lijn met het theoretisch kader op vier thema's gecodeerd, te weten:

1. Integrale behandelverantwoordelijkheid:
 - multidisciplinaire samenwerking;
 - kwaliteitskader.
2. Regie en coördinatie:
 - hiërarchie, heterarchie, netwerken;
 - leiderschapskubus met drie vaardigheden: doelgerichtheid, sturen op cohesie, je competent voelen.
3. Taken regiebehandelaar;
4. Organisatiemodellen als integraal management, duaal management en een behandeldienst.

De deelvragen (thema's) die in de literatuurstudie uitgewerkt zijn, en als basis diende voor de vragenlijst, vormden het uitgangspunt voor de codering. Dit is fase 1 van de data analyse.

In de volgende fase zijn de gegevens axiaal gecodeerd. Dat betekent dat antwoorden met dezelfde codes vergeleken worden op verschillen en overeenkomsten. Hierin is gekeken naar verschillen en overeenkomsten tussen de cases, wel of geen regiebehandelaar. En naar de verschillen tussen de functies; manager of behandelaar.

Tot slot volgt in fase 3 het structureren oftewel het selectief coderen. In deze fase zijn de verschillen en overeenkomsten weer bij elkaar gebracht om te komen tot onderlinge verbanden. Het gaat hierbij om het vinden van verklaringen voor de waargenomen verschijnselen.

In hoofdstuk 4 zijn de uitkomsten van het coderen voor de case van Raamwerk beschreven. Per thema wordt beschreven wat de feitelijke uitkomsten zijn. In hoofdstuk 5 is hetzelfde beschreven, maar dan voor de case van 's Heeren Loo. In hoofdstuk 6 wordt beschreven wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen de cases waarmee ook de conclusies verwoord worden.

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

De validiteit en betrouwbaarheid zeggen iets over de kwaliteit van het onderzoek. De validiteit van het onderzoek zegt iets over de opzet van het onderzoek, namelijk of deze deugdelijk is. Vanuit de centrale vraagstelling is gekeken welke thema's van invloed zijn op het vinden van een antwoord. Vervolgens is in de literatuur gekeken welke informatie te vinden is die deze thema's 'body' geven. Het theoretische kader bracht de interviewer inzichten en kennis die vervolgens tijdens interviews getoetst zijn bij mensen in de praktijk. Er is een selectie gemaakt van relevante respondenten vanuit de centrale vraagstelling bezien; dus managers enerzijds en behandelaars anderzijds. Om te beoordelen of de regiebehandelaar effect heeft op de rolverdeling tussen manager en behandelaars is in twee praktijksituaties onderzoek gedaan. Alle respondenten hebben dezelfde vragen beantwoord, die gebaseerd waren op de inzichten en kennis uit het theoretisch kader. Doordat er gekozen is voor face-to-face interviews op locatie en zogenaamde bronnentriangulatie is toegepast, is op die manier aandacht besteed aan de validiteit van het onderzoek. De wijze van coderen maakt dat de uitkomsten per case in de volgende twee hoofdstukken gepresenteerd kunnen worden.

Betrouwbaarheid, in onderzoek termen, gaat over de herhaalbaarheid van het onderzoek. Stel dat een andere onderzoeker het zelfde onderzoek opnieuw zou doen, kom je dan op dezelfde resultaten uit? Bij kwalitatief onderzoek is dat een lastig begrip. In kwantitatief onderzoek gaat betrouwbaarheid over het minimaliseren van de rol van de onderzoeker. Bij kwalitatief onderzoek is de rol van de onderzoeker juist sterk aanwezig en moeilijk uit te schakelen. De waarneming, communicatie en interpretatie door de onderzoeker zijn bij interviews nu eenmaal sterk aanwezig. In dat geval gaat het

er volgens Myra van Zwieten en Dick Willems¹³ om de rol van de onderzoeker zo zichtbaar mogelijk te maken. Dit doe je door te beschrijven of de opzet van het onderzoek deugdelijk is uitgevoerd.

Er zijn per case 5 respondenten geïnterviewd, zowel managers als behandelaars (bronnen). De interviews zijn opgenomen middels een voicerecorder en vervolgens uitgewerkt. De respondenten hebben meegelezen met de uitwerking van de interviews om te toetsen of er aanvullingen of correcties gewenst waren. Hiermee is getoetst of de interpretatie van de interviewer overeenkomt met de informatie die de respondent gegeven heeft. Voor elk interview was ruim de tijd gepland, anderhalf uur. Door de open vragen en de beschikbare tijd was het mogelijk om goed door te vragen. Op die manier is door de interviewer getoetst of er geen verkeerde aannames werden gedaan of misverstanden bestonden bij de antwoorden van de respondent(en). Tijdens het onderzoek bleek één van de opnames spoorloos verdwenen te zijn, voordat de uitwerking van het interview was gedaan. Deze respondent is gevraagd om extra kritisch mee te lezen of er aanvullingen waren op de uitwerking van het interview. Ook bleek van een ander interview de opname niet geslaagd, in dit geval is direct na afloop het interview uitgewerkt en voorgelegd aan de respondent. In slechts twee gevallen is door de respondent een inhoudelijke aanvulling gedaan op de uitwerking, een daarvan was de respondent van wie de geluidsopname was verdwenen. Eén van de respondenten heeft ondanks herhaaldelijke verzoeken geen inhoudelijke reactie gegeven op de uitwerking. In de laatste herinnering is aangegeven dat wanneer zij niet zou reageren haar akkoord op de uitwerking verondersteld werd.

Doordat gewerkt is met een vooraf opgestelde vragenlijst, zijn tijdens elk interview alle zelfde onderwerpen aan bod geweest. De ervaring leerde dat de eerste drie interviews een rijke bron aan informatie vormden. Immers, alle informatie was nieuw en in deze fase van onderzoek werden de meeste inzichten gevormd. De kunst is, om in het kader van betrouwbaarheid, niet in de volgende interviews voor te sorteren op mogelijke uitkomsten. De vooraf opgestelde vragenlijst heeft erin bijgedragen dit 'voorsorteer-effect' tegen te gaan. Tevens zijn de verschillende bronnen, case met en case zonder regiebehandelaar en functionarissen (managers versus behandelaars), door elkaar geïnterviewd. Hierdoor is voorkomen dat er een bepaalde mate van herhaling optrad waardoor de onderzoeker in elk interview weer met frisse, open blik kon (en moest) starten. En hiermee werd voorkomen dat te snel interpretaties per case of per functiegroep gedaan werden. De interpretaties van de gegevens is pas gestart in de fase van codering. In paragraaf 3.4 is beschreven hoe deze codering (open, axiaal en selectief) heeft plaatsgevonden.

De uitkomsten van het praktijkonderzoek worden in de volgende twee hoofdstukken beschreven.

¹³ Myra van Zwieten en Dick Willems, Methodologie van kwalitatief onderzoek: Waardering van kwalitatief onderzoek, Huisarts en Wetenschap 2004

Hoofdstuk 4: Resultaten van het onderzoek in de case met regiebehandelaar

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek van de praktijksituatie bij Raamwerk beschreven. Er zijn bij Raamwerk twee managers geïnterviewd; een clusterhoofd en een RVE manager. Daarnaast zijn er drie behandelaars geïnterviewd; een arts, een gedragskundige en een verpleegkundig specialist. Zij vervullen ook allemaal de rol van regiebehandelaar voor een of meer cliënten. In het volgende hoofdstuk worden de uitkomsten van de case bij 's Heeren Loo verwoord. De centrale vraagstelling die wordt onderzocht is: 'Draagt de functie van regiebehandelaar bij aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen managers en behandelaars enerzijds en anderzijds behandelaars onderling?'

De uitkomsten worden per thema beschreven.

4.1 Integrale behandelverantwoordelijkheid

In dit thema zijn vragen gesteld die gaan over multidisciplinaire samenwerking, inhoudelijke eindverantwoordelijkheid en individuele behandelverantwoordelijkheid. Ook is stil gestaan bij een professioneel statuut of kwaliteitsstandaard.

Multidisciplinaire samenwerking

Tijdens de interviews bij Raamwerk hebben de managers (clusterhoofd en RVE-manager) aangegeven zich verantwoordelijk te voelen voor het eindresultaat van de cliëntenzorg. Daarmee bedoelen zij ook de eindverantwoordelijkheid over de behandelinzet.

De cpb-er is aangesteld als regisseur van de begeleiding. De samenwerking tussen regiebehandelaar en cpb-er, beide regisseurs, moet nog vorm en inhoud krijgen, vinden de managers bij Raamwerk. De behandelaars geven aan dat deze (intensieve) samenwerking er al wel is. Als mogelijke verklaring voor dit verschil in inzicht wordt gegeven dat managers niet altijd overal zicht op hebben. En zij worden meestal pas geïnformeerd als er zaken niet goed lopen. De keren dat de samenwerking tussen cpb-er en regiebehandelaar goed gaat worden niet vermeld. Wel wordt de manager geïnformeerd als deze samenwerking niet goed verloopt. Op die manier kan de manager een vertekend beeld krijgen. Navraag bij de managers leert dat zij vinden dat de samenwerking nog altijd intensiever kan dan nu het geval is. Direct wordt ook vermeld dat het nog te kort geleden is dat gestart is met de functie van regiebehandelaar (januari 2016 pas echt volledig operationeel), waardoor er nog weinig structurele bevindingen gedaan kunnen worden. De interviews zijn gehouden in de maand februari.

Kwaliteitsstandaard of professioneel statuut

De managers denken dat het cliëntbelang meer centraal komt te staan nu er iemand is aangewezen die stuurt op de behandelinzet. Op de vraag of deze functie ook is ingebed in een kwaliteitsstatuut wordt wisselend geantwoord. Er is in elk geval in Raamwerk nog geen breed gedragen of geïmplementeerd kwaliteitskader aanwezig. Een onderliggende verklaring hiervoor is volgens de managers dat er nog teveel eilanden zijn tussen de verschillende vakgroepen, dus nog geen sprake van integraliteit. De regiebehandelaars denken nog voornamelijk vanuit hun eigen vakgebied. De behandelaars daarentegen geven opvallend genoeg allemaal aan niet per se de meerwaarde te zien van een kwaliteitsstatuut. Het is volgens hen meer van belang om goed samen te werken (doen) dan op papier vastleggen wat de kaders zijn. Het kan zijn dat hier de verschillende verantwoordelijkheden zichtbaar worden. Met het (eind)verantwoordelijk zijn voor de zorg aan de cliënt (managers), ontstaat ook de behoefte om kaders vast te stellen waarop concreet bij te sturen is. Het feit dat behandelaars tot voor kort niet verantwoordelijk werden gehouden voor het integrale eindresultaat, dat was immers het terrein van de integraal verantwoordelijke manager, kan een reden zijn waarom behandelaars collectief weinig belang hechten aan een kwaliteitsstatuut. Uit de interviews bleek ook dat behandelaars dicht op de resultaten zitten en dus eerder zien of het goed of fout gaat. Dat kan ook een reden zijn waarom de behandelaars minder behoefte hebben aan een kwaliteitskader.

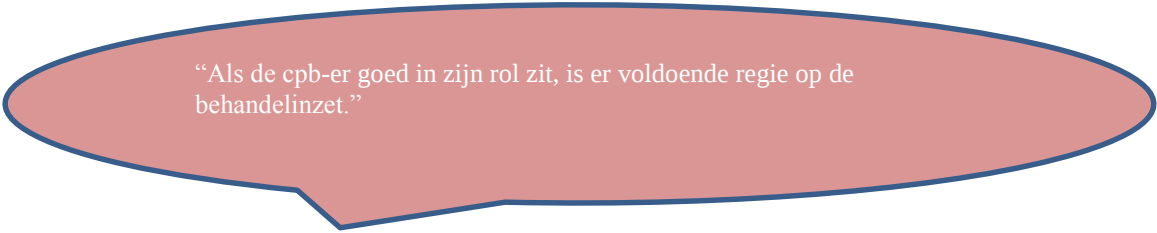
Integrale behandelverantwoordelijkheid

Met de komst van de regiebehandelaar is volgens de behandelaars de integrale verantwoordelijkheid voor behandeling duidelijk belegd. Er is volgens hen een organisatiestructuur nodig die multidisciplinair werken faciliteert. En aanvullend daarop regels en richtlijnen die multidisciplinair samenwerken en verantwoordelijkheid nemen faciliteren. Behandelaars geven aan dat een (integraal verantwoordelijke) manager niet verantwoordelijk kan zijn voor de regie op de behandelinzet. Wel kan een manager verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van een individuele behandelaar, met name op meetbare feiten (op tijd werken, volgens afspraak, rapportage op orde, beschikbaarheid, enzovoort).

Een enkele behandelaar geeft aan dat er sprake moet zijn van een gezamenlijke verantwoordelijkheid in plaats van dat je één persoon integrale verantwoordelijkheid moet geven. Deze behandelaar geeft er de voorkeur aan om rondom elke cliënt een multidisciplinair team te formeren en dit team als geheel verantwoordelijk te maken voor de kwaliteit en onderlinge afstemming. Het gaat er volgens deze behandelaar met name om dat de onderlinge rolinvulling duidelijk en expliciet wordt gemaakt en afgestemd. Zodat daarna de onderlinge samenwerking op gang komt en blijft.

Positie gedragskundigen

Raamwerk kent een historie die van invloed is op dit onderwerp. Eerst is, zo'n vijftien jaar geleden, jarenlang sprake geweest van (informele) leiding door de gedragskundigen. Zij maakten als het ware de dienst uit in de organisatie. Daarmee werd de cultuur sterk door inhoud gedreven. Dat tijt keerde, mede door een wisseling op bestuursniveau, en er werd voelbaar geïnvesteerd en gestuurd op de bedrijfsvoeringsaspecten (inzet van personeel en middelen). De gedragskundigen hadden geen formele lijnpositie, dus verdwenen door deze verandering wat van het toneel. Feitelijk onzichtbaar doordat ze in het verste hoekje van de wijk gehuisvest zijn. Een opgave waar Raamwerk voor staat volgens een aantal behandelaars is om de functie van gedragskundige weer stevig te positioneren. De behandelaars geven aan dat met name 'de organisatie' hierin iets moet doen. Meerwaarde van deze stevigere positionering moet zijn dat de helicopterview per cliënt over de te leveren zorg weer actief aanwezig is. Dat is volgens alle betrokken respondenten de rol van de gedragskundige, maar komt door de historische context en het huidige klimaat nog niet voldoende van de grond. De meeste respondenten geven aan dat de invoering van de regiebehandelaar een positieve impuls gaat geven in de richting van deze herpositionering van gedragskundigen. Een enkeling is van mening dat de cpb-er ook in staat moet zijn en aangesteld is om deze helicopterview in te brengen.



“Als de cpb-er goed in zijn rol zit, is er voldoende regie op de behandelinzet.”

4.2 Regie en coördinatie

Bij de vragen die betrekking hebben op dit thema is gesproken over regie en coördinatie als vorm van leiderschap. Aan de hand van de leiderschapskubus is gevraagd aan de respondenten in hoeverre de vaardigheden uit die kubus relevant bevonden worden. Ook is gevraagd welke vorm van samenwerken de voorkeur geniet en waarom.

Regie voeren vraagt bepaalde vaardigheden

Zo werd bij Raamwerk benoemd dat met name een generalistische blik nodig is om goede regie te kunnen voeren. De mate van 'je competent voelen' als behandelaar draagt volgens de respondenten bij aan de kwaliteit van de regievoering. Er is een verschil merkbaar tussen de jongere/nieuwere gedragskundigen die deze helicopterview of generalistische blik tot hun takenpakket zien en de oudere generatie die zich minder centraal positioneert. Dat heeft wellicht ook te maken met de

historische context van Raamwerk waarin de gedragskundigen wat waren ‘weggezet’ door de integraal verantwoordelijke manager.

Regievoeren betekent het systeem als geheel kunnen bekijken, volgens een enkeling betreft dat niet alleen de interne organisatie of betrokkenen maar ook de buitenwereld. Regie kunnen voeren vraagt bepaalde kwaliteiten die met leiderschap te maken hebben. Alle respondenten kunnen zich vinden in de leiderschapskubus en de vaardigheden die volgens dat model gevraagd worden om regie te kunnen voeren. Bij Raamwerk is met de functie van regiebehandelaar nog niet gekeken naar (deze) vaardigheden, maar is meer een oplossing in de structuur gezocht, concluderen alle respondenten. Een enkeling vindt daarnaast dat met name inhoudelijke kennis nodig is om goed regie te kunnen voeren. Terwijl een ruime meerderheid juist tekent voor de vaardigheden volgens de leiderschapskubus. Iedereen geeft aan dat hierop niet geselecteerd is en er wordt ook onvoldoende op gestuurd vinden zowel de managers als de behandelaars.

De cpb-er is verantwoordelijk voor de regievoering, in elk geval van de begeleiding aldus alle respondenten. De regiebehandelaar zou een aanvulling hierop moeten zijn. De cpb-ers zijn echter onvoldoende getraind, ontwikkeld of geselecteerd op de leiderschapskwaliteiten waardoor de regie op behandelinzet nog onvoldoende gepakt wordt, een uitzondering daargelaten. De competentie doelgerichtheid is met name een verbeterpunt voor cpb-ers volgens enkele respondenten. Allen geven aan dat het jezelf competent voelen van cruciaal belang is in de relatie tussen cpb-ers en behandelaars.



“Regie kunnen voeren vraagt bepaalde kwaliteiten die met leiderschap te maken hebben.”

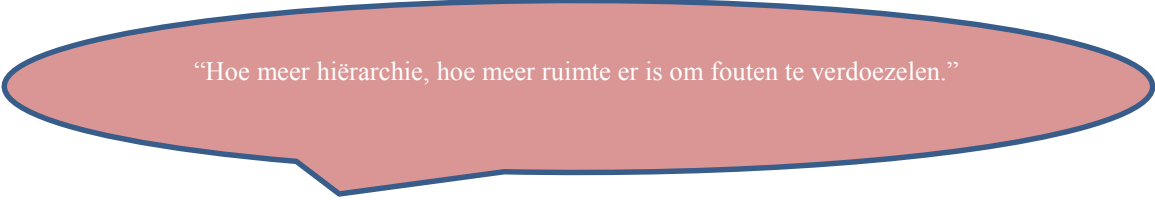
Hiërarchie, heterarchie of netwerkstructuur

Op de vraag welke manier van organiseren of samenwerken de voorkeur geniet is het opvallend dat naast de managers slechts één behandelaar ervoor kiest om middels het sturen op netwerken de gewenste multidisciplinaire samenwerking te bereiken. Zij zijn het erover eens dat in elk geval niet middels hiërarchie de oplossing gezocht moet worden. Twee van de drie behandelaars geeft er juist de voorkeur aan om middels hiërarchische structuren de rollen te verdelen. De huidige hiërarchische structuur (en cultuur) van Raamwerk, volgens alle respondenten, maakt dat er minder ruimte voor en door behandelaars gevoeld of gepakt wordt om de kwaliteit en integraliteit van zorg te verbeteren. In Raamwerk is de hiërarchische cultuur sterk voelbaar waardoor alle respondenten aangeven dat veel invloed en initiatief bij de manager ligt. Er zijn daarom twee verbeterrichtingen wenselijk volgens de respondenten; meer invloed dichterbij de cliënt (bij clusterhoofd in plaats van bij de RVE manager) en meer onderling durven aanspreken en minder in de ‘lijn’ of middels hiërarchie willen oplossen. Hoewel op dit laatste twee behandelaars aangeven juist een hiërarchische structuur wenselijk te vinden. Iedereen benoemt dat het ontbreken van een feedbackcultuur een belemmering is in het verbeteren van de multi disciplinaire samenwerking. Op de vraag waardoor dit blijft bestaan is geen concreet antwoord op tafel gekomen. Opvallend is wel dat ‘het aanspreken’ door alle behandelaars als een taak van de manager wordt gezien.

De enige behandelaar die de voorkeur uitspreekt voor een netwerkstructuur vindt ook dat het sturen op cohesie een verantwoordelijkheid van ieder teamlid is. “Pas wanneer mensen er heel eigengereid in zitten ontstaan er problemen”. Iemand aanwijzen die meer mandaat of bevoegdheden heeft, lost dat probleem niet op. Daarbij draagt volgens deze behandelaar een hiërarchische structuur bij aan het ‘verdoezelen’ van fouten en misstanden. Het meer met elkaar meekijken vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid (netwerk) werkt dan juist kwaliteit verhogend.

De rol van regiebehandelaar zou volgens enkele respondenten ook alleen bij de gedragskundige belegd kunnen worden, zij hebben de taak om het gehele systeem rondom een cliënt in beeld te

houden. Een enkeling vindt namelijk dat een meer specialistische opleiding, zoals die tot arts of verpleegkundig specialist, minder voor de hand liggend is om die helicopterview en generalistische blik te hebben.



“Hoe meer hiërarchie, hoe meer ruimte er is om fouten te verdoezelen.”

4.3 Taken van de regiebehandelaar

De vragen in dit thema hebben betrekking op de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar.

In Raamwerk is elke respondent op de hoogte dat de functie van regiebehandelaar actueel is. Niet iedereen weet of de taken uitgewerkt zijn en waar deze te vinden zijn. Alle respondenten geven aan dat de implementatie nog te kort geleden en daardoor niet afgerond is om effecten te zien. Alle respondenten zijn het erover eens dat de regiebehandelaar niet verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de behandelaars. Een deel geeft aan dat dit een eigen verantwoordelijkheid van elke individuele behandelaar is. En een ander deel wijst hiervoor de manager aan als verantwoordelijke.

Alle respondenten zijn van mening dat de manager niet de rol van regievoerder kan vervullen. Hij staat er te ver vanaf, is geen onderdeel van het speelveld en het gaat over de grenzen van de eigen deskundigheid heen. Een deel van de respondenten benoemt nadrukkelijk dat het bepaalde vaardigheden en persoonskenmerken vraagt die maken dat de regiebehandelaar als functie succesvol wordt. Het gaat dan met name om grenzen stellen aan het gedrag van alle betrokkenen, inhoudelijke kaders stellen en mensen daarop aanspreken.

De regiebehandelaar stuurt op coördinatie en onderlinge afstemming. De managers zijn van mening dat dit ingebed moet zijn in een kwaliteitsstatuut (inhoudelijk kader). De behandelaars zien geen meerwaarde om de kwaliteit in kaders vast te leggen op papier. Wel geeft een enkeling aan dat het beschrijven van criteria waaraan het toekomstperspectief in een ondersteuningsplan moet voldoen, wenselijk zou zijn.

De managers geven aan dat de regiebehandelaar nog voornamelijk vanuit de eigen vakinhoud en discipline redeneert en dat de samenwerking met de andere regievoerder, cpb-er, nog niet intensief genoeg is. De behandelaars geven aan dat zij, sinds de start van de functie, meer en bewuster omgaan met informatievoorziening over de cliënt (meer rapportages lezen en eerder of vaker overleg met cpb-er). Het lijkt erop dat deze verandering in gedrag nog niet expliciet is gemaakt en daarmee nog onvoldoende waarneembaar is voor managers.

De introductie van de regiebehandelaar heeft volgens behandelaars met name geholpen om de gedragkundigen meer te positioneren. De vraag die het aan de andere kant oproept is: hoe ziet de taakverdeling eruit voor de gedragkundige als hij niet de regiebehandelaar is. Onderlinge rolverdeling tussen regiebehandelaar (wanneer dit een arts of verpleegkundig specialist is) en gedragkundige dient nog verhelderd te worden.

Managers geven allemaal aan dat het wel prettig werkt nu ze weten wie aan te spreken als er misstanden zijn in de onderlinge afstemming. Het helpt ze om gericht te toetsen wat de stand van zaken is in de samenwerking of de inhoud van de cliëntenzorg.

4.4 Organisatiemodellen: integraal management, duaal management en de behandeldienst

In dit laatste thema is respondenten gevraagd of zij naast de veelvoorkomende modellen van integraal en duaal management en het werken met een behandeldienst nog andere organisatiemodellen kennen. En er is gevraagd welk model de voorkeur heeft en wat voor- en nadelen van het besturingsmodel in de eigen organisatie zijn.

In Raamwerk wordt gewerkt volgens integraal management waarbij dit volgens de respondenten twee verbeterpunten met zich meebrengt: de ruimte voor behandelaars voor het nemen van behandelverantwoordelijk is klein door aanwezigheid van de integrale manager die overal verantwoordelijk voor is. En de integraliteit lijkt te stoppen bij de RVE-manager en ontbreekt bij de clusterhoofden. Hoewel zij op papier ook integraal verantwoordelijk zijn, ervaart het clusterhoofd onvoldoende directe invloed op de behandelaars.

Alle managers en één van de behandelaars geven de voorkeur aan het model van integraal management, omdat alles zo dichtbij de cliënt georganiseerd wordt en daarmee de cliënt echt centraal staat. Korte lijnen, bekende kleine teams dragen bij aan de ontwikkeling van de aanspreekcultuur. De overige behandelaars geven de voorkeur aan het werken in een behandeldienst.

Als mogelijk voordeel van een behandeldienst geven de respondenten aan dat de inhoudelijke denkkraft gebundeld wordt waardoor de ontwikkeling van expertises en aandachtsgebieden sneller van de grond komt. Ook lijkt het een enkeling makkelijker om een gezamenlijke inhoudelijke visie te ontwikkelen en een vertegenwoordiger van de behandelaars te hebben. Een nadeel kan zijn dat de vakgroepen teveel in eilanden georganiseerd blijven en multidisciplinaire samenwerking minder snel van de grond komt.

Alle behandelaren vinden dat de integrale behandelverantwoordelijkheid niet onder integraal management valt en dus apart belegd of georganiseerd moet worden. Het gaat daarbij niet om de structuur (regiebehandelaar of via cpb-er of in duaal management of een behandeldienst) maar om het creëren van voorwaarden zoals waardering, timing, proactieve houding van behandelaars en hen de kans geven deze te ontwikkelen en zoeken naar verbinding.

Samenvatting en discussie

De meest opvallende zaken uit de case van Raamwerk zijn dat alle respondenten aangeven dat het nog te kort geleden is om de effecten van de regiebehandelaar te kunnen beoordelen. Terwijl uit de interviews wel degelijk blijkt dat er zaken veranderd zijn. Zo is iedereen positief over de functie omdat het bijdraagt aan een duidelijke taak- en rolverdeling. En de behandelaars geven aan meer of beter geïnformeerd te zijn over de cliënten dan voorheen het geval was. Enkele details moeten in de werkwijze nog ingevuld worden. De 'twijfel' die bij alle respondenten aanwezig is gaat over de vraag of het nu het instrument (regiebehandelaar) is dat voor een duidelijke rolverdeling zorgt of dat het andere cultuur- of randvoorwaardelijke zaken zijn zoals: expliciet maken van rolverdeling, elkaar (willen, kunnen en durven) aanspreken, vertrekken vanuit gemeenschappelijke perspectief (cohesie). Deze randvoorwaardelijke zaken vragen bepaalde vaardigheden en vakvolwassenheid, die maakt dat je jezelf competent voelt, waarop nu te weinig gestuurd, geselecteerd of ontwikkeld wordt. Opvallend is ook dat iedereen benoemt dat het nog ontbreekt aan een feedbackcultuur, terwijl dat wel als een van de belangrijkste randvoorwaarden voor multidisciplinaire samenwerking wordt genoemd. En nog opvallender hierin is dat behandelaars aangeven dat de managers verantwoordelijk zijn voor de sturing op een feedbackcultuur.

De hiërarchische cultuur die Raamwerk kent lijkt hier aan bij te dragen. Er wordt gesteld dat het hebben van deze hiërarchie de ruimte voor de professional ontnemt. Aan de andere kant is opvallend dat twee van de drie behandelaars de voorkeur geven aan een hiërarchische structuur wanneer ze mogen kiezen hoe behandelaars te organiseren (maak één persoon formeel de leider is de wens).

Tot slot lijkt er sprake van een gewenste (en benodigde) ontwikkeling van de beroepsgroep van gedragskundigen (als functie en in hun rol en positionering). Die gewenste ontwikkeling is expliciet zichtbaar geworden nu de regiebehandelaar is geïntroduceerd en draagt hier volgens iedereen aan bij. In dat opzicht zou dit 'instrument' ook gezien kunnen worden als een aanjaag-instrument voor de herpositionering van de gedragskundigen in een besturingsmodel van integraal management.

Hoofdstuk 5: Resultaten van het onderzoek in de case zonder regiebehandelaar

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek van de praktijksituatie bij 's Heeren Loo, locatie Willem van den Bergh in Noordwijk beschreven. In deze case zijn drie managers geïnterviewd; een manager zorg, een regiodirecteur en de manager van de behandelaars (expertisecentrum Advisium). Ook zijn er twee behandelaars geïnterviewd; een Arts Verstandelijk Gehandicaptenzorg (AVG) en een gedragswetenschapper. In 's Heeren Loo gebruikt men de term gedragswetenschapper, bij Raamwerk heet deze functie gedragskundige. Het betreft dezelfde functie en vanaf nu zullen beide functiebenamingen gebruikt worden in de tekst. In het vorige hoofdstuk zijn de uitkomsten van de case bij Raamwerk verwoord. De centrale vraagstelling die wordt onderzocht is: 'Draagt de functie van regiebehandelaar bij aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen managers en behandelaars enerzijds en anderzijds behandelaars onderling?' De uitkomsten worden per thema beschreven.

5.1 Integrale behandelverantwoordelijkheid

In dit thema zijn vragen gesteld die gaan over multidisciplinaire samenwerking, inhoudelijke eindverantwoordelijkheid en individuele behandelverantwoordelijkheid. Ook is stil gestaan bij een professioneel statuut of kwaliteitsstandaard.

Multidisciplinaire samenwerking

In de case van 's Heeren Loo geven alle respondenten aan dat er sprake is van een multidisciplinair team rondom elke cliënt. Zo'n team bestaat in elk geval uit de persoonlijk begeleider (pb-er), de gedragswetenschapper en de arts. Soms wordt de manager zorg erbij gebracht. De regierol ligt voornamelijk bij de gedragswetenschapper (sturend behandelaarschap wordt dat genoemd in 's Heeren Loo) en de pb-er. De cliënt krijgt een steeds nadrukkelijker stem in zijn zorgproces, bijvoorbeeld in de bepaling welke doelen er gesteld worden en dus welke disciplines betrokken moeten worden.

's Heeren Loo kent een historie van het medisch model waardoor de onderlinge rolverdeling tussen arts en gedragswetenschapper zich soms nog moet zetten. De grootste opgave ligt in het doen wat er is afgesproken door elke betrokken discipline en elkaar daarop aan te spreken. Alle respondenten geven aan dat een feedbackcultuur nog ontbreekt. De managers laten weten een functie als regiebehandelaar niet de oplossing te vinden voor het verbeteren van multidisciplinaire samenwerking, omdat er beter geïnvesteerd kan worden in het ontwikkelen van de feedback (en leer- en ontwikkelcultuur). De behandelaars zien wel meer heil in een oplossingsrichting als een regiebehandelaar. De onderlinge afstemming van (behandel)activiteiten is een verbeterpunt volgens de meeste respondenten. Ook is er winst te behalen in het beter faciliteren van multidisciplinaire samenwerking bijvoorbeeld middels systemen als het ECD en overlegvormen.

Volgens de meeste respondenten is de manager van de behandel dienst (Advisium) verantwoordelijk voor integrale behandelinzet, oftewel de onderlinge afstemming en coördinatie tussen behandelaars rondom een cliënt.

Kwaliteitsstandaard of professioneel statuut

Elke vakgroep heeft een kwaliteitskader ontwikkeld waarin beschreven is waaraan de behandeling minimaal moet voldoen. Er is in het kwaliteitskader van de gedragswetenschappers expliciet beschreven dat zij behandelverantwoordelijkheid hebben. Elke vakgroep heeft een eerste verantwoordelijke (voor de inhoud) en een coördinator (voor de organisatie).

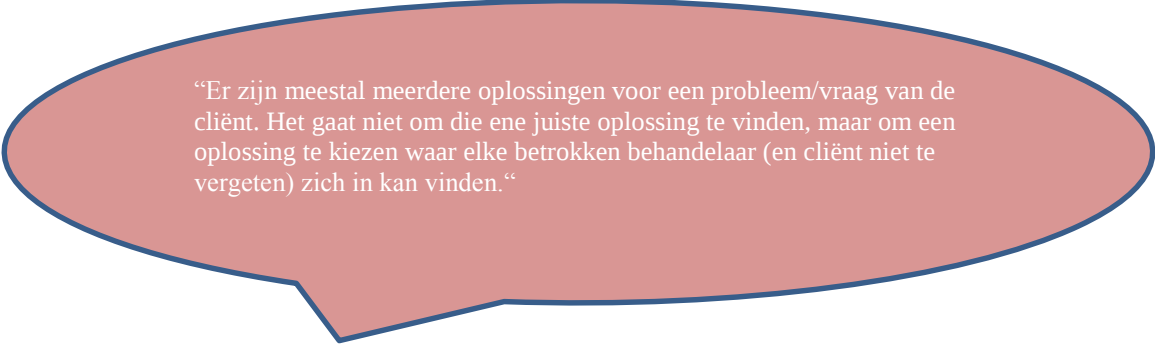
De afstemming en samenwerking tussen behandel dienst en primair proces is een verbeterpunt. Aanspreek-, feedback- en leercultuur is een tweede verbeterpunt. Zowel binnen een vakgroep, binnen Advisium als tussen primair proces en Advisium. Vanuit primair proces gezien kan met name de samenwerking tussen vakgroepen beter.

Integrale behandelverantwoordelijkheid

Vanuit het management gezien wordt er momenteel in praktijk samengewerkt met (te) veel verschillende behandelaars. Vaak wordt genoemd dat het van persoon tot persoon verschilt hoe de behandelverantwoordelijkheid of de rolverdeling wordt ingevuld door betreffende behandelaars. De managers van primair proces (regiodirecteur en manager zorg) geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor het eindresultaat van de totale zorg, dat is inclusief behandeling. De manager zorg geeft daarbij aan weinig invloed te hebben op de behandelinzet, gesprekken over de kwaliteit en integraliteit van behandelinzet worden met name op het niveau van regiodirecteur en manager Advisium gevoerd.

Positie gedragswetenschappers

De rol van gedragswetenschapper is zich aan het ontwikkelen. Zij zijn meer nadrukkelijk gepositioneerd als ‘sturend behandelaar’. Daarbij is zichtbaar dat de beroepsgroep als geheel in beweging lijkt. Daar waar de oudere generatie gedragswetenschappers minder gewend is om behandelverantwoordelijkheid te pakken, en zich met name als adviseur op stelt, is zichtbaar dat de nieuwe generatie gedragswetenschappers veel meer in de behandelrol duikt en een regierol wil vervullen.



“Er zijn meestal meerdere oplossingen voor een probleem/vraag van de cliënt. Het gaat niet om die ene juiste oplossing te vinden, maar om een oplossing te kiezen waar elke betrokken behandelaar (en cliënt niet te vergeten) zich in kan vinden.”

5.2 Regie en coördinatie

Bij de vragen die betrekking hebben op dit thema is gesproken over regie en coördinatie als vorm van leiderschap. Aan de hand van de leiderschapskubus is gevraagd aan de respondenten in hoeverre de vaardigheden uit die kubus relevant bevonden worden. Ook is gevraagd welke vorm van samenwerken de voorkeur geniet en waarom.

Hiërarchie, heterarchie of netwerkstructuur

Bij 's Heeren Loo geeft men aan dat persoonlijk begeleiders (pb-ers) de regierol moeten vervullen, samen met de gedragswetenschapper. Nog niet veel pb-ers spreken leden van het behandelteam aan wanneer zij zich niet aan de afspraken houden.

Er is niet expliciet iemand aangewezen die de coördinatie op de behandelinzet voert. De behandelaars geven allemaal de voorkeur aan een hiërarchische structuur als het om regievoeren gaat. Met name het sturen op resultaten en elkaar aanspreken is de verantwoordelijkheid van die ene hiërarchische leider vindt men. De huidige structuur met een coördinator of eerste verantwoordelijke per vakgroep (heterarchie) geeft niet de bevoegdheden om aan deze voorkeur voor hiërarchie te voldoen. Men ervaart het als een ‘tussenoplossing’. Daarbij coördineert het de zaken binnen een vakgroep en niet de samenwerking tussen de vakgroepen (multidisciplinair).

Regie voeren vraagt bepaalde vaardigheden

De historische context waarin het medische model leidend was, maakt volgens de respondenten dat gedragswetenschappers nog onvoldoende regie pakken. Terwijl dat volgens alle respondenten wel hun domein is. Het meer sturen en selecteren op de vaardigheden volgens de leiderschapskubus zou zeker toegevoegde waarde hebben, zo geeft men aan. Gedragswetenschappers worden hier onvoldoende op aangesproken volgens de meeste respondenten. Het feit dat de behandelaars door een andere manager

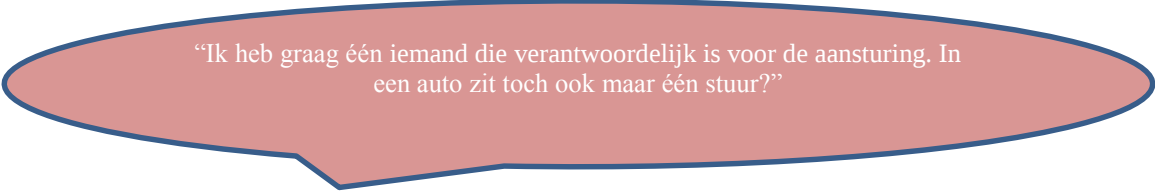
worden aangestuurd dan de (integraal) verantwoordelijke manager voor de cliëntenzorg, draagt volgens alle respondenten niet bij aan de integratie van wonen en behandelen. Het gevaar ligt op de loer dat er een kloof ontstaat tussen inhoud (behandelaars) en uitvoering (begeleiders).

Het feit dat gedragswetenschappers als beroepsgroep niet collectief georganiseerd zijn; een deel heeft een achtergrond als gz-psycholoog en een deel is orthopedagoog, draagt volgens de meeste respondenten niet bij aan de ontwikkeling van deze beroepsgroep als geheel. Zo is de orthopedagoog niet BIG geregistreerd en is 's Heeren Loo bezig om, om die reden, meer GZ-psychologen aan te trekken. Deze 'interne dynamiek' binnen een vakgroep geeft minder ruimte voor de ontwikkeling van samenwerking met andere vakgroepen.

Van de drie vaardigheden uit de leiderschapskubus is volgens de respondenten binnen 's Heeren Loo doelgerichtheid het meest ontwikkeld en dit wordt ook ondersteund door de opzet van het ondersteuningsplan. Het sturen op cohesie en jezelf competent voelen in een samenwerkingsrelatie verdient volgens de respondenten meer aandacht en sturing. Jezelf competent voelen is nodig om de ander aan te (kunnen en durven) spreken. Dat gebeurt te weinig, zeker tussen Advisium en primair proces (en vice versa) geeft men aan. Daarbij zijn nu niet alle pb-ers stevig genoeg om de regierol te pakken.

Houding, rolopvatting, manier van vragen stellen en de wijze van luisteren zijn van invloed op de kwaliteit van de regie. Niet elke behandelaar beheerst deze vaardigheden vinden de managers. Zo geeft een manager aan dat de samenwerking centraal zou moeten staan in plaats van de inhoud van het probleem. Er zijn namelijk meerdere oplossingen voor een probleem of zorgvraag van de cliënt. Het gaat niet om die ene juiste oplossing te vinden, maar om een oplossing te kiezen waar elke betrokken behandelaar (en cliënt niet te vergeten) zich in kan vinden.

De managers geven aan dat een oplossing in de hiërarchie niet wenselijk is, het gaat om verandering van gedrag. Sturen op relaties die samenwerking bevorderen is wat er te doen is.



“Ik heb graag één iemand die verantwoordelijk is voor de aansturing. In een auto zit toch ook maar één stuur?”

5.3 Taken van de regiebehandelaar

De vragen in dit thema hebben betrekking op de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar.

In 's Heeren Loo is de functie van regiebehandelaar niet aanwezig. De gedragswetenschapper heeft de rol van sturend behandelaar. Opvallend is dat niet iedereen deze term noemt waardoor niet door alle respondenten expliciet wordt uitgesproken dat de gedragswetenschapper de regierol heeft. Het is onduidelijk waar dit door komt. Het kan te maken hebben met de historie van het medisch model. De arts had (en heeft) een grote rol in het team. Of met het feit dat de gedragswetenschappers als vakgroep zich nog onvoldoende positioneren. Er is nog enige verdeeldheid in de vakgroep als gevolg van het verschil in orthopedagoog en GZ-psycholoog, maar ook is zichtbaar dat de nieuwe generatie gedragswetenschappers zich anders positioneert dan de oudere generatie. Het sturend behandelaarschap geeft de gedragswetenschapper de verantwoordelijkheid voor de afstemming tussen alle betrokken behandelaars bij de cliënt. Bij cliënten met een hoge ZZP zijn gedragswetenschappers zelfs inhoudelijk eindverantwoordelijk. Het ligt aan de taakvolwassenheid en vaardigheden van de gedragswetenschapper in hoeverre dit als dusdanig in praktijk uitpakt volgens de meeste respondenten. De arts en managers geven aan de rol van de gedragswetenschappers in die hoedanigheid nog onvoldoende aanwezig of stevig te vinden.

5.4 Organisatiemodellen: integraal management, duaal management en de behandeldienst

In dit laatste thema is respondenten gevraagd of zij naast de veel voorkomende modellen van integraal en duaal management en het werken met een behandeldienst nog andere organisatiemodellen kennen. En er is gevraagd welk model de voorkeur heeft en wat voor- en nadelen van het besturingsmodel in de eigen organisatie zijn.

In 's Heeren Loo zijn de behandelaars apart gepositioneerd in een behandeldienst (expertisecentrum Advisium). Volgens de behandelaars heeft dit meerwaarde omdat je elkaar sneller opzoekt en omdat je aanvullende expertise kunt ontwikkelen waardoor een totaalpakket aan kennis en behandeling ontstaat. Op de vraag hoe voorkomen wordt dat er in deelgebieden of aan deelresultaten gewerkt wordt, heeft geen van de respondenten een passend antwoord. Dat wordt nu niet expliciet voorkomen en men onderkent dat er nog teveel in de eigen vakgroep gedacht wordt.

De managers geven aan een afstand te ervaren tussen de vakgroepen onderling enerzijds en tussen Advisium en primair proces (de begeleiders van de cliënt) anderzijds. Er is nog teveel verschil tussen de behandelaars qua rolopvatting. Wat hen betreft hebben zij meer integrale verantwoordelijkheid waarbij ook de behandelaars dichterbij de cliënt gepositioneerd worden. De manager behandeldienst geeft de voorkeur aan het werken met een aparte behandeldienst. Hij pleit er wel voor dat de onderlinge rolverdeling en verhouding met het management van primair proces gelijkwaardig is.

De managers geven eveneens aan dat de structuur minder relevant is, maar dat met name het gedrag (of de persoonlijkheid en vaardigheden) sleutelbegrippen zijn bij het bereiken van multidisciplinaire zorg aan de cliënt. Behandelaars zoeken de oplossing nog wat meer in de structuur. Een aantal keer wordt genoemd dat het in een kleinere organisatie met minder behandelaars makkelijker is om integraal, of multidisciplinair rondom cliënt, te organiseren.

De managers geven aan zich verantwoordelijk te voelen voor het eindresultaat, dat is de zorg aan de cliënt inclusief de behandeling. De gedragswetenschapper vormt een tandem met de manager zorg, het is geen formeel duaal leiderschap maar heeft er wel veel van weg. Nadeel van dit model is volgens een van de behandelaars dat de manager zorg niet altijd de verantwoordelijkheid voelt voor de inhoud van de zorg. Opvallend, aangezien de managers juist aangeven zich verantwoordelijk te voelen voor de totale zorg aan de cliënt inclusief de behandelinzet. Hoewel dat op papier misschien niet eens hun verantwoordelijkheid is maar die van de manager van het Advisium. Als nadeel, volgens een van de behandelaars, van integraal management waarbij de manager zorg verantwoordelijk is voor de inhoud van de zorg, is dat er beheersmatig gestuurd wordt. Vanuit de brede verantwoordelijkheid voor zowel bedrijfsvoering als inhoud, neigt men risico's op inhoud zoveel mogelijk te vermijden aldus deze behandelaar.



“Integraal management vind ik zo’n container begrip. Ik plaats het als eerste in het domein van management waarbij drie thema’s relevant zijn: bedrijfseconomisch, HRM en zorginhoud/innovaties. Als je die thema’s integreert (1/3, 1/3, 1/3) met 10% ‘ik tijd’; investeren in jezelf als manager, je drijfveren en persoonlijkheid is er voor mij sprake van integraal management.”

Samenvatting en discussie

Bij 's Heeren Loo wordt de gedragswetenschapper nadrukkelijk gepositioneerd als de ‘sturend behandelaar’. In praktijk is deze term nog niet overal bekend. En vraagt het nog wat tijd om deze positionering te verstevigen. De historische context waarin het medisch model leidend was, maakt dat

het positioneringsvraagstuk van de gedragswetenschappers nog actueel is. Ook is binnen de vakgroep 'verdeeldheid' in twee type functies; GZ-psycholoog en orthopedagoog. Daarnaast signaleren alle managers een verschil in opstelling of rolinvulling door de oudere generatie gedragswetenschappers (adviserend) en de nieuwe generatie (behandelend).

Op individueel cliëntniveau wordt in multidisciplinaire teams gewerkt, daarbuiten is nog veel afstand tussen de vakgroepen. Het feit dat alle behandelaars in een expertisecentrum Advisium gepositioneerd zijn, maakt de afstand tussen inhoud (behandelaars) en uitvoering (primair proces) groot. Managers van het primair proces ervaren daardoor te weinig invloed op de behandelinzet, terwijl zij zich wel verantwoordelijk voelen voor dit deel van de cliëntenzorg.

Alle respondenten benoemen dat het ontbreken van een aanspreek-, leer- en feedbackcultuur een belemmering is in het multidisciplinair samenwerken. Dat gaat over drie samenwerkingsrelaties, namelijk: behandelaars onderling (tussen en binnen een vakgroep) die elkaar onvoldoende aanspreken. Over de pb-ers die nog onvoldoende in staat zijn om betrokken behandelaars aan te spreken tijdens het zorgproces. En tot slot over het aanspreken van de behandelaars door de verantwoordelijke manager. Dat gebeurt nog onvoldoende volgens de meeste respondenten en het aanspreken is volgens hen voornamelijk een taak van de leidinggevende. Alle respondenten zijn het erover eens dat de vaardigheden uit de leiderschapskubus cruciaal zijn voor het voeren van goede regie. Ook is men het erover eens dat er onvoldoende op ontwikkeld of gestuurd wordt.

Om dit te organiseren geven de behandelaars er de voorkeur aan om één leidinggevende (liefst per vakgroep) aan te stellen (oplossing in de hiërarchie). Terwijl de managers expliciet aangeven niet te geloven in een hiërarchische oplossing om onderlinge samenwerking te verbeteren. Zij kiezen voor netwerksystemen rondom de cliënt en daarnaast investeren in (sturen op) gedrag.

De managers geven de voorkeur aan integraal management, zij ervaren nu (te) weinig invloed op de behandelinzet, dit geldt met name voor de manager zorg omdat de regiodirecteur de gesprekspartner van de manager van het Advisium is. De behandelaars geven de voorkeur aan het werken in een behandeldienst omdat dit bijdraagt aan de inhoudelijke kennisontwikkeling door onderling te kunnen sparren. En het biedt gelegenheid om aanvullende expertise te ontwikkelen waardoor een breed palet aan dienstverlening ontstaat.

Hoofdstuk 6: Overeenkomsten en verschillen uit beide cases en conclusies

In dit hoofdstuk wordt per thema weergegeven wat de overeenkomsten en verschillen zijn. Zowel de overeenkomsten en verschillen tussen de beide cases als overeenkomsten en verschillen tussen functionarissen (managers en behandelaars) worden toegelicht. Paragraaf 6.5 beschrijft de zogenaamde bijvangst. Tijdens de interviews zijn ook inzichten ontstaan of informatie verzameld die niet per se verband houden met de centrale vraagstelling, maar wel relevant zijn voor dit onderwerp en de doelstelling van het onderzoek.

De beschrijving van de overeenkomsten en verschillen behoort tot fase 3 van de codering (selectief coderen) en resulteert in een aantal conclusies. Tot slot wordt teruggeblikt op de centrale vraagstelling en de vragen die bij de inleiding op dit onderwerp leefden en beschreven zijn in het eerste hoofdstuk. In het volgende en tevens laatste hoofdstuk van deze thesis worden de aanbevelingen beschreven die naar aanleiding van dit onderzoek gedaan kunnen worden.

6.1 Overeenkomsten en verschillen op het thema integrale behandelverantwoordelijkheid

In dit thema zijn vragen gesteld die gaan over multidisciplinaire samenwerking, inhoudelijke eindverantwoordelijkheid en individuele behandelverantwoordelijkheid. Ook is stil gestaan bij een professioneel statuut of kwaliteitsstandaard.

Positie gedragskundigen/gedragswetenschappers

De overeenkomsten per casus zijn voornamelijk te vinden in de positie van de gedragskundige. In beide cases is de gedragskundige degene die (op papier) verantwoordelijk is voor het ondersteuningsplan en de vertaling daarvan richting begeleiding(stijl). Daarmee is de gedragskundige de behandelaar die het meest overall beeld heeft van de cliënt, en vanuit die positie de coördinatie en regie zou moeten (kunnen) voeren. In beide cases wordt verwoord dat men in de rolverdeling tussen arts en gedragskundige nog zoekende is. Dit geldt zowel voor de managers als voor de betrokken behandelaars. De historische context van het medisch model dat leidend was in beide organisaties, en misschien wel in de gehele Gehandicaptensector, kan hiervoor een verklaring zijn. In praktijk is nog voelbaar dat de gedragskundigen nog onvoldoende de regierol pakken en zoekende zijn in de afstemming met de arts. Daarbij is in beide cases genoemd dat de beroepsgroep van gedragskundigen in ontwikkeling is. De nieuwere generatie gedragskundigen of gedragswetenschappers nemen meer behandelverantwoordelijkheid op zich, terwijl de oudere generatie zich vooral als adviseur opstelt. Deze meer bescheiden opstelling verdwijnt langzaam. De ontwikkeling van de beroepsgroep als geheel draagt positief bij aan het verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking. Ook omdat dit gaat over één van de drie vaardigheden uit de leiderschapskubus, namelijk jezelf competent voelen in de samenwerkingsrelatie met andere disciplines. Daarover in de volgende paragraaf meer. In beide cases wordt genoemd dat de positionering van gedragskundigen kan (en moet?) verbeteren. Zowel de managers als de behandelaars spreken deze ambitie uit. In de case van Raamwerk komt daar nog een extra factor bij; de functie van verpleegkundig specialist. Bij Raamwerk hebben niet alleen de arts en gedragskundigen zich te verhouden tot elkaar, maar speelt de verpleegkundig specialist ook nog een rol van betekenis. Deze extra dimensie zou wel eens de verklaring kunnen zijn waarom er bij Raamwerk al meer is nagedacht hoe de regie op multidisciplinaire samenwerking te organiseren dan bij 's Heeren Loo. Hetgeen geresulteerd heeft in de functie regiebehandelaar.

Integrale behandelverantwoordelijkheid

Een opvallend verschil in beide cases is dat de gedragswetenschappers bij 's Heeren Loo expliciet behandelverantwoordelijkheid hebben mede vanwege het feit dat hun functie in sommige gevallen niet onder de wet BIG valt en er in die zin geen aansprakelijkheid op de behandeling zou kunnen gelden. Dit is het geval wanneer de gedragswetenschapper een orthopedagoog is. In de casus van Raamwerk is deze behandelverantwoordelijkheid voor de gedragskundigen niet expliciet gemaakt.

Daarbij wordt in de case van Raamwerk genoemd dat de hiërarchische cultuur, mede als gevolg van besturingsmodel van integraal management, maakt dat behandelaars minder ruimte voelen om (eind)verantwoordelijkheid te pakken voor de behandeling. Ook deze twee verschillen kunnen een verklaring zijn waarom de multidisciplinaire samenwerking hoger op de agenda staat bij Raamwerk dan bij 's Heeren Loo.

Multidisciplinaire samenwerking

Een overeenkomst als het om multidisciplinaire samenwerking gaat is dat in beide cases is aangegeven, door alle betrokkenen, dat er nog voornamelijk gedacht en gewerkt wordt vanuit de eigen vakgroep en nog onvoldoende de samenwerking over de grenzen van de vakgroep heen gezocht wordt. Een verklaring voor deze overeenkomst zou kunnen zijn dat in beide cases niet is vastgelegd wat het eindresultaat moet zijn. Bij 's Heeren Loo zijn er weliswaar kwaliteitskaders opgesteld, maar deze zijn per vakgroep vastgelegd en zeggen niet iets over de multidisciplinaire samenwerking. Bij Raamwerk is een dergelijk statuut nog niet aanwezig of uitgedacht.

Kwaliteitsstandaard of professioneel statuut

De meningen zijn verdeeld binnen Raamwerk over de meerwaarde van een kwaliteitsstatuut. Terwijl bij 's Heeren Loo iedereen nut en noodzaak inziet van dergelijke kaders, weliswaar per vakgroep apart opgesteld, en deze bekend zijn en gedragen worden in de organisatie. Op de vraag bij Raamwerk of er een kwaliteitskader is opgesteld waarin beschreven staat wat de eisen zijn die gesteld worden aan multidisciplinaire samenwerking, variëren de antwoorden:

“...zo'n kader is er niet...”,

“...we hebben een inhoudelijke visie die daarop in gaat...”,

“...de beroepsvereniging zegt daar wel iets over...”.

Op zich is het bijzonder dat in Raamwerk nog geen breed gedragen draagvlak is voor het ontwikkelen van een dergelijke professionele standaard of kwaliteitsstatuut. Juist omdat dit in de literatuur wel degelijk wordt aanbevolen om de functie van regiebehandelaar aan op te hangen. Een verklaring voor dit verschil in beide cases zou kunnen zijn dat de wijze van organiseren hierop van invloed is. De voordelen van een behandeldienst zijn dat er meer inhoudelijk gespard kan worden waardoor er ook sneller een breed gedragen visie op zorg kan ontstaan. Het is wellicht daarom dat de behandelaars bij 's Heeren Loo al wel over zo'n professionele standaard beschikken en Raamwerk deze inhoudelijke verdieping nog niet gefaciliteerd is.

6.2 Overeenkomsten en verschillen op het thema regie en coördinatie

Bij de vragen die betrekking hebben op dit thema is gesproken over regie en coördinatie als vorm van leiderschap. Aan de hand van de leiderschapskubus is gevraagd aan de respondenten in hoeverre de vaardigheden uit die kubus relevant bevonden worden. Ook is gevraagd welke vorm van samenwerken de voorkeur geniet en waarom.

Regie voeren vraagt bepaalde vaardigheden

Alle respondenten bevestigden dat regie en coördinatie gezien kan worden als een vorm van leiderschap waarin bepaalde vaardigheden of competenties gevraagd worden. Zie hiervoor ook hoofdstuk 2 waarin de leiderschapskubus van Caris wordt geïntroduceerd. De overeenkomsten tussen beide cases zijn dat iedereen onderschrijft dat het met name om het beheersen van de drie vaardigheden gaat die in de leiderschapskubus geschetst worden: doelgerichtheid, sturen op cohesie en jezelf competent voelen. En dat tegelijkertijd niet geselecteerd wordt op deze vaardigheden noch gestuurd of gericht ontwikkeling gestimuleerd wordt. Overeenkomstig komt in beide cases naar voren dat doelgerichtheid van de drie vaardigheden het meest gefaciliteerd wordt middels het ondersteuningsplan waarin (behandel)doelen verwoord worden. Een 'onvoldoende' op de vaardigheid 'jezelf competent voelen' is in beide cases aan de orde op verschillende niveaus. Managers geven aan zich op behandelinhoud soms incompetent te voelen. Wat op zich begrijpelijk is, zij zijn immers geen inhoudsdeskundige. Waarom vinden de meesten het dan toch heel logisch dat integraal management ook betekent verantwoordelijk zijn voor de behandeling? Daarbij overziet de manager niet het gehele

(behandel)speelveld. De gedragkundigen geven aan dat de vaardigheid je competent voelen in de context van het medisch model te plaatsen is. De arts zette de behandellijn uit en was inhoudelijk eindverantwoordelijk. Pas sinds enkele decennia is de functie van gedragskundige in beeld gekomen. Deze beroepsgroep is toen niet direct gepositioneerd als zijnde de centrale spil in de behandeling en begeleiding van de cliënt. Sterker nog, er werd heel lang gezegd dat er niet behandeld werd in de Gehandicapensector. Inmiddels denkt men daar genuanceerder over. Steeds meer wordt er gekeken naar de (ontwikkel)mogelijkheden van een cliënt in plaats van enkel de beperking te zien. Deze verschuiving vraagt tijd om zich in praktijk te zetten. Zo geven de respondenten aan een verschil te zien tussen de nieuwe generatie gedragskundigen en de oudere generatie. Deze laatste was/is vooral een adviseur van het management en primair proces en vulde zijn rol daarmee met een bepaalde bescheidenheid in. Terwijl de nieuwere generatie spreekt over het hebben van behandelverantwoordelijkheid. Het feit dat de beroepsvereniging verdeeld is over twee functies; enerzijds GZ-psychologen en anderzijds orthopedagogen, draagt niet bij aan meer stevige profilering en positionering van deze beroepsgroep. Groot verschil tussen beide cases is dat 's Heeren Loo de positie van de gedragskundige steviger heeft ingebed als zijnde de sturend behandelaar. Maar dat in praktijk, en hier zit dan weer een overeenkomst, nog niet elke gedragskundige zich competent genoeg voelt om deze centrale regierol te pakken.

De cpb-er/pb-er voelt zich niet competent genoeg om de volledige regierol te vervullen omdat hij, ondanks zijn coördinerende taak, (nog) niet de positie heeft en voelt om de behandelaars aan te spreken of tot de orde te roepen. Tot slot geldt dit onvoldoende competent voelen ook voor de arts en verpleegkundig specialist omdat hij niet (altijd) een integraal beeld heeft van de cliëntenzorg en vooral is opgeleid om het medische deel van de zorg of het deel van de eigen specialisatie te bedienen. Een verklaring voor deze collectieve onvoldoende op de vaardigheid 'jezelf competent voelen' in een samenwerkingsrelatie kan zijn dat organisaties nog voornamelijk vanuit de mechanische gedachte ingericht worden, dat wil zeggen op inhoud gegroepeerd. Zoals in hoofdstuk 2 beschreven is, leidt de toenemende specialisatie ook tot afstand tussen die specialismen. Als organisaties op inhoud zijn georganiseerd (cpbers, versus verschillende vakgroepen versus managers) ontbreekt het aan kennis en inzicht van de ander. Om jezelf competent te voelen in een samenwerkingsrelatie, moet je iets weten van de ander. Anders is niet duidelijk hoe jij je tot die ander kunt verhouden. De mechanische wijze van organiseren, oftewel de zogenaamde harkjesstructuur, is in beide onderzochte cases nog zeer sterk aanwezig. Waardoor de afstand onderling vergroot wordt en er geen klimaat of structuur is die bijdraagt aan onderlinge samenwerking. Zo'n zelfde verklaring geldt voor de vaardigheid 'sturen op cohesie'. Over deze competentie geven respondenten aan dat er niet of nauwelijks op wordt gestuurd. Wanneer je op inhoud gegroepeerd bent en er juist op die inhoudscomponent resultaten gevraagd worden, is de relatie-oriëntatie niet in beeld. Sturen op cohesie betekent verbinding kunnen maken en de relatie leidend laten zijn in plaats van de inhoud. Daarbij gaat het bij behandelaars in dit onderzoek om hoog opgeleide inhoudelijke professionals. De nadruk in hun opleiding ligt voornamelijk op de vakinhoud. Vanuit je eigen vakdiscipline goede zorg kunnen leveren. Terwijl het sturen op cohesie sociale vaardigheden vraagt (interdisciplinair) die in het opleidingscurriculum wellicht te weinig aan bod komen. Zo wordt in beide cases door sommige respondenten uitgesproken dat een specialistische opleiding tot professional (bijvoorbeeld arts of verpleegkundig specialist) niet per se bijdraagt aan de ontwikkeling van deze (regie)vaardigheden. Volgens de respondenten valt of staat het welslagen van de regierol niet bij opleiding(sniveau), maar hangt het af van persoonlijkheidskenmerken.

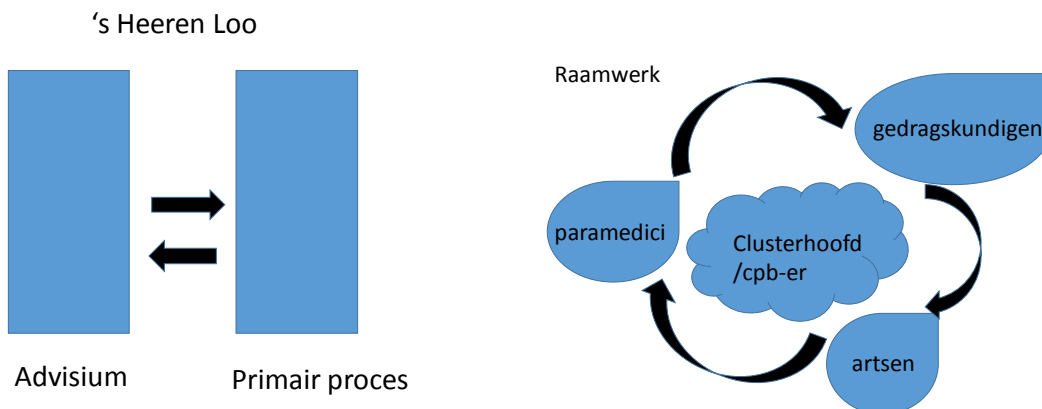
Hiërarchie, heterarchie of netwerkstructuur

Wanneer er gekeken wordt naar de wijze waarop de sturing aan professionals georganiseerd kan worden, is een opvallende overeenkomst in dit thema dat de managers in beide cases nadrukkelijk niet voor de hiërarchie kiezen. Terwijl alle behandelaars, op één na, juist wel kiezen voor een hiërarchische oplossing. Zij zien graag één persoon die middels (beslissings)bevoegdheden regie of coördinatie kan organiseren. Terwijl de managers inzetten op gedragsverandering die juist via de vorming van netwerken gestalte moeten krijgen wat hen betreft. Wat maakt dat inhoudelijke professionals de voorkeur geven aan een machtsverhouding en managers (meestal generalisten) kiezen voor netwerkstructuren en samenwerken? Dat deze beide voorkeuren per functiegroep bestaan, wordt in dit onderzoek nog eens bevestigd doordat alle behandelaars vinden dat het aanspreken van elkaar, of mensen houden aan de afspraken, een taak is van de leidinggevende. En wanneer

behandelaars zelf deze taak op zich willen nemen, zij dit vertalen als: dan heb ik een leidinggevende positie nodig. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het hebben van een focus op de inhoud, als gevolg van een specialistische opleiding en de op inhoud gebaseerde resultaten waarover je moet verantwoorden (in een ondersteuningsplanbespreking staat op de agenda of het doel is behaald en niet of er onderling goed is samengewerkt) het zicht op de (samenwerking)relatie in de weg staat. Dit heeft ook met cultuur te maken. Wanneer je altijd bevraagd bent op je inhoudelijke expertise, is het niet wonderlijk dat je de oplossing in de inhoud zoekt. Zie ook het feit dat behandelaars de voorkeur geven aan werken in een behandeldienst, omdat dan de inhoudelijke expertiseontwikkeling een vlucht neemt. En aan de andere kant het citaat van een manager: “het gaat niet om het vinden van die ene oplossing, maar om de oplossing waarvoor in het multidisciplinaire team het meeste draagvlak is”. Het lijkt of de veranderingen in praktijk nog niet zijn gevolgd door een juiste toerusting van professionals. Daar waar een cliënt nu multidisciplinaire zorg vraagt, wordt de professional monodisciplinair opgeleid. En het vak samenwerken staat niet in het curriculum. Managementopleidingen besteden hier wel steeds meer aandacht aan. Wellicht dat daarom het sturen van collega's tot het domein van de manager wordt gerekend? Een interessante opgave, want niet alleen de vraag van de cliënt verandert. Ook willen organisaties steeds meer regie aan medewerkers geven (zelforganisatie, zelfsturende teams). Vanuit dat licht vraagt de opleiding tot professional nog enige aanvulling op de vaardigheden die met regie, coördineren en samenwerken te maken hebben. Dit beeld wordt nog eens bevestigd door de kennis uit het onderzoek: voor de functie van regiebehandelaar komen alleen de academisch geschoolde professionals in aanmerking. Er wordt geselecteerd op inhoudelijke deskundigheid met daarin het opleidingsniveau als graadmeter. De selectie op competenties uit de leiderschapskubus zou meer passend zijn gezien de doelstelling van de functie regiebehandelaar. Zeker wanneer dit in de organisatiestructuur gefaciliteerd wordt.

6.3 Overeenkomsten en verschillen op het thema verantwoordelijkheden regiebehandelaar

De vragen in dit thema hebben betrekking op de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar. Het grootste verschil tussen beide cases in dit thema is uiteraard dat bij 's Heeren Loo de verantwoordelijkheid voor de regie, ofwel de coördinatie op de behandelinzet, niet expliciet is belegd. Bij Raamwerk is deze verantwoordelijkheid sinds kort belegd bij de regiebehandelaar. De respondenten in de casus van Raamwerk geven allemaal aan dat de functie regiebehandelaar te kort geleden is ingevoerd om al eventuele effecten te zien. Terwijl uit de interviews wel degelijk blijkt dat er zaken veranderd zijn sinds de start van deze nieuwe functie. Opvallend is dat alle behandelaars van Raamwerk aangeven meer informatie over de cliënt tot zich te nemen of deze informatievoorziening te organiseren sinds zij in de rol van regiebehandelaar zijn getreden. Daarbij geven de managers aan dat het duidelijkheid geeft te weten bij wie ze kunnen aankloppen als er afstemmingsproblemen zijn. Opvallend verschil tussen beide cases is dat bijna alle respondenten van 's Heeren Loo aangeven de oplossing van de regiebehandelaar een structuur-oplossing te vinden. Daarmee verander je het gedrag niet, terwijl dat wel gewenst is. Zie daarvoor ook de vaardigheden uit de leiderschapskubus. Aan de andere kant blijkt uit de interviews dat het onderwerp integrale behandelverantwoordelijkheid of verbeteren multidisciplinaire samenwerking bij Raamwerk door de invoering van deze nieuwe functie wel op de agenda staat. Bij 's Heeren Loo neemt de discussie over samenwerking tussen behandeldienst en primair proces de overhand, waardoor de samenwerking tussen de vakgroepen nog niet aan de orde lijkt te komen. Onderstaand figuur illustreert dit verschil waarin de zwarte pijlen de discussierichting weergeven.



Een verklaring van dit verschil kan zijn dat de regiebehandelaar wel degelijk zorgt voor meer onderlinge afstemming, misschien nu nog in een wat gekunstelde (structuur)vorm. Maar het feit dat het gesprek gevoerd wordt, is een pluspunt. Nog enkele reacties van respondenten uit de case van 's Heeren Loo zijn relevant in dit verband. De behandelaars geven aan dat zij de cliëntgerichte wijze van organiseren, betrokken disciplines rondom de cliënt positioneren, beter toepasbaar vinden in een kleinschalige organisatie dan in een grotere organisatie. In de interviews is geen navraag gedaan of er bewijsvoering is voor deze stelling of dat het een aanname betreft. Interessant vervolgonderzoek zou kunnen zijn om te beoordelen in hoeverre de organisatiegrootte van invloed is op het kunnen vormen van kleinschalige multidisciplinaire teams rondom een cliënt.

6.4 Overeenkomsten en verschillen op het thema organisatiemodellen

In dit thema is aan respondenten gevraagd welke wijze van organiseren zij kennen (naast integraal management, duaal management en werken met een aparte behandeldienst) en aan welke zij de voorkeur geven, gezien de voor- en nadelen van het model in de eigen organisatie. In beide cases geven de managers er de voorkeur aan om integraal management zo ver mogelijk door te voeren. Bij 's Heeren Loo geven de managers aan het liefst meer zeggenschap over de behandelaars te willen hebben. Bij Raamwerk kiezen de managers ook expliciet voor deze wijze van organiseren waarbij de opgave is om de integraliteit zo laag mogelijk in de organisatie te beleggen. Het lijkt nu te stoppen op de laag van de RVE manager, terwijl beide managers aangeven dat het clusterhoofd juist meer invloed zou moeten hebben. Deze zelfde discussie speelt bij 's Heeren Loo. De manager zorg geeft aan te weinig invloed te ervaren op de inzet van de behandelaars. De gesprekken over behandelinzet en -kwaliteit worden op het niveau van de regiodirecteur en manager Adviesium gevoerd. Aangezien alle managers aangegeven hebben zich verantwoordelijk te voelen voor het eindresultaat, goede cliëntenzorg inclusief goede afstemming op multidisciplinaire behandelinzet, is het begrijpelijk dat zij vanuit dit verantwoordelijkheidsgevoel ook over de bevoegdheden en zeggenschap willen beschikken om te sturen op dat resultaat.

De behandelaars kiezen allemaal, op één behandelaar na, voor het organisatiemodel van een behandeldienst. De korte lijnen naar vakgroepleden, het ontwikkelen van een gezamenlijke inhoudelijke visie op zorg en het kunnen ontwikkelen van een breed palet aan expertise worden genoemd als redenen waarom dit model de voorkeur geniet. Die ene behandelaar die niet de voorkeur aan de behandeldienst geeft, verkiest integraal management omdat er dan rondom de cliënt teams gevormd worden en de cliënt echt centraal staat. Overigens is dit ook de behandelaar die kiest voor de netwerkstructuur als het om organiseren van professionals gaat, net zoals de managers deden, in tegenstelling tot alle andere behandelaars die een voorkeur voor sturing middels hiërarchie uitspraken. Een verklaring hiervoor is in paragraaf 6.2 beschreven. De, van oudsher, focus op de inhoud maakt het begrijpelijk dat behandelaars vanuit een inhoudelijk perspectief de voorkeur voor een organisatiemodel uitspreken.

In dit thema is gebleken dat, ondanks de verschillen in het organisatiemodel, de opgaven of veranderambities in beide cases hetzelfde zijn. Zowel bij Raamwerk als bij 's Heeren Loo wordt onderkend dat de samenwerking tussen de vakgroepen nog onvoldoende goed is en onvoldoende tot

stand komt. Dat vraagt sturing van gedrag en ontwikkeling van competenties. Waarvan overigens alle behandelaars aangeven dat die sturing een taak van de manager is. En als je dan naar de organisatiemodellen kijkt, is de manager van de behandeldienst degene die de behandelaars zou moeten aanspreken op gewenst gedrag. Vanuit de cliënt gezien is dat niet de manager die zich (eind)verantwoordelijk voelt voor zijn of haar zorg. En daarmee is wellicht te concluderen dat in de organisaties waar gewerkt wordt met een aparte behandeldienst, de opgave om regie en coördinatie op behandelinzet te voeren nog groter is. Dit vraagt een extra stap en maakt de rolverdeling tussen behandelaar en manager diffuser omdat er in dat model sprake is van twee soorten managers; die van primair proces en die van de behandelaars. Zie ter verduidelijking ook de figuur in paragraaf 6.3 waarin de discussierichtingen in beide organisaties inzichtelijk zijn gemaakt.

6.5 Bijvangst

Tijdens de interviews is gewerkt met een topiclijst waardoor onderwerpen per thema aan bod zijn gekomen. Door deze semi gestructureerde wijze van informatieverzameling is informatie verzameld gericht op de vraagstelling. Toch is er tijdens de interviews een onderwerp veelvuldig aan bod gekomen dat niet direct terugkwam in de topiclijst. Het betreft het onderwerp feedback. Opvallend is dat het in alle interviews is benoemd door de respondenten. Men geeft in beide cases aan dat het ontbreekt aan een feedbackcultuur. De wijze waarop respondenten naar dit onderwerp kijken verschilt wel degelijk. Managers zijn geneigd om te spreken over een aanspreek-, feedback- of zelfs een leercultuur. Behandelaars koppelen het ‘elkaar aanspreken of ‘feedback geven op het houden aan afspraken’ niet altijd aan een cultuur. Zij vinden, in beide cases, dat het aanspreken van betrokkenen een taak is van de leidinggevende (!). Dit kan de manager zijn, maar het kan ook zijn dat één van de behandelaars formeel bevoegdheden krijgt (oplossing in de hiërarchie) om vanuit die rol als leidinggevende anderen aan te spreken. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom behandelaars en masse de voorkeur uitspreken voor de hiërarchische structuur wanneer zij kunnen kiezen uit de modellen hiërarchie, heterarchie en netwerken (Caris 2016).

Daarnaast is door alle respondenten beaamd dat het sturen op de vaardigheden uit de leiderschapskubus ontbreekt. Aanspreken op gedragingen zoals het sturen op cohesie, doelgerichtheid en ervoor zorgen dat je jezelf competent voelt zijn misschien wel de belangrijkste ingrediënten van een feedbackcultuur. Dus als men aangeeft dat daarop niet gestuurd wordt, behandelaars deze sturing buiten zichzelf leggen en managers het wel zien maar niet altijd doen, is het niet vreemd dat de ontwikkeling naar een feedbackcultuur nog in de kinderschoenen staat.

6.6 Conclusies en discussie

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Alle respondenten onderkennen dat het beheersen van de vaardigheden uit de leiderschapskubus relevant is voor goede regievoering, terwijl tegelijkertijd in beide cases niet nadrukkelijk op deze vaardigheden wordt ingezet. Van de drie vaardigheden wordt doelgerichtheid het meest gefaciliteerd bijvoorbeeld door de opzet van het ondersteuningsplan waarin met (behandel)doelen wordt gewerkt. Het sturen op cohesie en jezelf competent voelen vragen nog nadrukkelijk de aandacht. Waarbij jezelf competent voelen op alle niveaus (persoonlijk begeleider (pb-er), managers, gedragskundigen, verpleegkundig specialist en artsen) een ontwikkelpunt is. Het welslagen van de regierol valt of staat niet bij het opleiding(sniveau) van de regiebehandelaar, maar vraagt ontwikkeling van deze drie vaardigheden;
- De gedragskundige is in beide organisaties de behandeldiscipline die de regiefunctie zou moeten vervullen. De historische context van het medisch model in beide organisaties maakt dat de positie van de gedragskundige nog versteviging vraagt. Dit heeft ook te maken met het feit dat gedragskundigen ofwel een achtergrond hebben als GZ-psycholoog of als orthopedagoog. Deze tweedeling draagt niet bij aan een stevige vereniging en positionering van deze beroepsgroep;
- Het verwoorden van een norm voor kwaliteit in een kwaliteitsstandaard is in 's Heeren Loo gemeengoed. Bij Raamwerk zien de behandelaars daar nog niet de meerwaarde van in. De andere wijze van positioneren (behandeldienst versus integraal management) zou hier een verklaring

voor kunnen zijn. Door het werken vanuit een behandeldienst zijn deze behandelaars sterker gegroepeerd. De kwaliteitsstandaard is nog niet multidisciplinair opgesteld maar per vakgroep beschreven;

- De van oudsher mechanische wijze van organiseren, waarin op inhoud een organisatiestructuur wordt gevormd, draagt niet bij aan de ontwikkeling van de multidisciplinaire samenwerking en benodigde competenties (sturen op cohesie en jezelf competent voelen). Regie op behandelinzet met als resultaat multidisciplinaire samenwerking komt sneller van de grond wanneer de organisatiestructuur ook multidisciplinair is opgezet;
- De functie van regiebehandelaar kan gezien worden als een structuuroplossing. Dat wordt met name zo ervaren door de respondenten van 's Heeren Loo, de organisatie waar deze functie niet aanwezig is. De functie regiebehandelaar lijkt een positieve bijdrage te leveren in het verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking, al is het maar omdat het onderwerp 'behandelregie' op de agenda staat door de introductie van deze functie. De discussie gaat over het verbeteren van de samenwerking tussen vakgroepen. Terwijl bij 's Heeren Loo de discussie vooralsnog vooral lijkt te gaan over de samenwerking tussen primair proces en behandeldienst als geheel;
- Managers geven de voorkeur aan het model van integraal management. Dichtbij de cliënt en onder eigen verantwoordelijkheid en beïnvloeding. Behandelaars geven bijna allemaal de voorkeur aan positionering in een behandeldienst zodat onderlinge kennis vergroot kan worden door met elkaar op inhoud van gedachten te wisselen en aanvullende expertise te ontwikkelen;
- De inhoud van de veranderopgave met betrekking tot multidisciplinaire samenwerking of regie op behandelinzet is ongeacht het gekozen organisatie-model gelijk. De veranderopgave lijkt groter, ingewikkelder in de organisatie waar een aparte manager is aangesteld voor de sturing van behandelaars, omdat deze manager geen verantwoordelijkheid draagt voor totale cliëntenzorg;
- Alle respondenten noemen tijdens het interview dat er te weinig feedback wordt gegeven en men elkaar onvoldoende aanspreekt. Doordat de feedbackcultuur ontbreekt, is het nodig om alternatieve (structuur)oplossingen te bedenken om de onderlinge samenwerking te verbeteren. Het lijkt zinvoller om te investeren in de ontwikkeling van een feedbackcultuur. Opvallend is dat iemand aanspreken door de behandelaars in beide cases gezien wordt als een taak van de manager/ leidinggevende. De (structuur)oplossing van een regiebehandelaar lijkt een effectief instrument om de beweging in gang te zetten van de huidige situatie naar de situatie waarin elk lid van het multidisciplinaire team een verantwoordelijkheid heeft en voelt en iedereen elkaar kan aanspreken op resultaten. Dan zal wel geïnvesteerd moeten worden in het ontwikkelen van deze feedbackcultuur en de leiderschapsvaardigheden.

Beantwoording van de centrale vraagstelling

In hoofdstuk 1 van deze thesis is beschreven vanuit welke achtergrond en aanleiding de onderzoeksvraag voor mij is ontstaan. Duidelijk was dat er met een oplossing gestart was, namelijk de regiebehandelaar, zonder dat eerst alle openstaande vragen beantwoord waren. Inmiddels heb ik op basis van dit onderzoek een aantal conclusies beschreven. Het is zinvol om terug te kijken op de vragen die ik voor aanvang van dit onderzoek had en te beoordelen of deze vragen nu beantwoord zijn.

De centrale vraagstelling van het onderzoek luidt:

“Draagt de functie van regiebehandelaar bij aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen management en behandelaars enerzijds en behandelaars onderling anderzijds?”

Op basis van de kennis uit de literatuurstudie en de uitkomsten uit de interviews durf ik te stellen dat de functie van regiebehandelaar wel degelijk bijdraagt aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling.

Allereerst de verantwoordelijkheidsverdeling tussen managers en behandelaars. Uit de interviews blijkt dat elke manager zich verantwoordelijk *voelt* voor het (integrale) eindresultaat. Dat wil zeggen ook de resultaten van de behandelinzet. Terwijl tegelijkertijd zowel managers als behandelaars aangeven dat de behandelinzet buiten het zichtveld van de manager plaatsvindt en buiten de eigen deskundigheid valt waardoor het moeilijk aan te sturen is. Ook geven behandelaars aan zich

verantwoordelijk te voelen voor de resultaten van de *eigen* behandeling. De verantwoordelijkheid voor de afstemming van de behandelinzet door verschillende disciplines is niet belegd. Bij Raamwerk wordt expliciet benoemd dat het met de nieuwe functie van regiebehandelaar voor het eerst is dat deze integrale behandelverantwoordelijkheid aan iemand is toegewezen. De managers bij Raamwerk benoemen dat dit duidelijkheid geeft. De respondenten bij 's Heeren Loo benoemen dat het nu nog onvoldoende duidelijk is wie deze integrale verantwoordelijkheid heeft. In eerste instantie lijkt dit de manager van de behandel dienst. Bij doorvragen blijkt deze niet op cliëntniveau zicht te hebben of de behandel disciplines voldoende afgestemd samenwerken. De rol van gedragswetenschapper als 'sturend behandelaar' moet daar verbetering in brengen. Feitelijk is dat een soort variant op de regiebehandelaar.

De literatuurstudie leverde de kennis op dat het niet van belang is om één behandelaar verantwoordelijk te maken voor het inhoudelijke eindresultaat van de behandeling. Maar wel één behandelaar verantwoordelijk te maken voor de regie en coördinatie van de behandel disciplines. Dit zou in het ideale geval niet een manager moeten zijn, maar een lid van het behandelteam.

Kortom: de regiebehandelaar draagt positief bij aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen managers en behandelaars.

Een tweede deel van de vraagstelling betreft de verantwoordelijkheidsverdeling tussen behandelaars onderling. In de Gehandicaptensector wordt met verschillende behandel disciplines gewerkt die academisch geschoold zijn; arts, gedragskundige en soms ook nog een verpleegkundig specialist. Hoe deze drie zich tot elkaar verhouden en wie de regie- of aanvoedersrol heeft is onduidelijk. Vanuit de historische context in beide cases van het medisch model was de arts de bepalende discipline. Echter, alle respondenten geven aan dat deze rol nu beter past bij de gedragskundige. Houding en gedrag (van zowel artsen als gedragskundigen) zijn nog niet overal in lijn met de mening van de respondenten. In de case van Raamwerk werd nadrukkelijk benoemd dat de functie regiebehandelaar bijdraagt aan een stevigere positionering van de gedragskundige. Ik kan op basis van de uitkomsten van het onderzoek niet stellen dat zonder de functie van regiebehandelaar dit niet gerealiseerd was. **Feit is wel dat de regiebehandelaar een positieve bijdrage levert aan een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling (en rolverdeling) tussen behandelaars.**

In paragraaf 1.1 heb ik als inleiding op de vraagstelling een aantal doelen geschetst die te maken hebben met de introductie van de functie regiebehandelaar, te weten:

- ✓ Dat behandelen meer kritisch kijken naar de eigen kwaliteit van behandeling en die van collega behandelaars. Zeker omdat cliënten in de Gehandicaptensector doorgaans kwetsbare mensen zijn die niet of weinig in staat zijn hun eigen belang te dienen;
- ✓ Het efficiënt en transparant inzetten van behandelcapaciteit, om verspilling tegen te gaan, om doeltreffend te handelen en om zichtbaar te maken wat gedaan wordt en waarom (je kunnen verantwoorden). Het betreft immers gemeenschapsgeld waar efficiënt mee omgegaan moet worden;
- ✓ De coördinatie tussen de behandelaren organiseren;
- ✓ In lijn van het laatste duidelijk beleggen wie ik als manager kan aanspreken wanneer er zaken niet goed gaan.

De twee laatste punten zijn in de voorgaande alinea aan bod geweest. Op beide punten draagt de regiebehandelaar positief bij.

De eerste doelstelling is zeker ook behaald. Tijdens de interviews is aan bod geweest dat het effectiever is wanneer de verantwoordelijkheid belegd wordt bij een lid van het team, dan wanneer dat alleen bij een manager is belegd die op afstand staat. Eén van de citaten uit de interviews luidde: "Hoe meer hiërarchie, hoe meer ruimte er is om fouten te verdoezelen." Ik denk dat de functie regiebehandelaar zeker gaat bijdragen aan een meer kritische houding op de kwaliteit van zorg die je zelf levert of die de andere teamleden leveren.

Voor de tweede doelstelling, efficiënt en transparant inzetten van behandelcapaciteit, is de tijd nog te vroeg om al een uitspraak te doen. De regiebehandelaar is sinds begin 2016 operationeel, waarbij de eerste periode gebruikt is om te wennen aan de nieuwe rolverdeling. Pas in een tweede fase

zal duidelijk worden of ook de vruchten geplukt kunnen worden van transparantie en efficiëntie op de behandelinzet.

Relatie theorie en praktijk

Tijdens de literatuurstudie werd snel duidelijk dat dit een nieuw en nog redelijk onbekend onderwerp is in de Gehandicaptensector. In andere sectoren zoals de GGZ en het algemeen ziekenhuis wordt al langer gesproken over een regie- of aanvoedersrol tussen betrokken specialisten. De adviezen van de commissie Meurs over de hoofdbehandelaar in de GGZ en de literatuur en het interview met prof. Dr. Caris zijn zeer bruikbaar geweest voor dit onderzoek. Doordat ik regie en coördinatie heb benaderd als een vorm van leiderschap boden verschillende leiderschapsboeken relevante inzichten. Het model van Caris, de leiderschapskubus, waarin hij schetst dat regie en coördinatie als een vorm van leiderschap gezien kan worden bracht me op deze aanvliegroute. Tijdens de interviews is getoetst bij alle respondenten in hoeverre de vaardigheden die in de leiderschapskubus geschetst worden ook in de context van de Gehandicaptenzorg relevant zijn. Het bleek een waardevol instrument dat een goed handvat bood om te onderzoeken welke aandachtspunten er in praktijk zijn wanneer het gaat om behandelregie en -coördinatie in de Gehandicaptensector door een regiebehandelaar. Het model, de leiderschapskubus, heeft me geholpen om de (structuur)oplossing van regiebehandelaar ook in het licht van de ‘zachte’ kant te plaatsen en te voorzien van aanbevelingen.

In het volgende en laatste hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven die gedaan kunnen worden op basis van de conclusies uit dit hoofdstuk.

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen

Tijdens dit onderzoek zijn managers en behandelaars geïnterviewd over het onderwerp regiebehandelaar en multidisciplinaire samenwerking. De vragen van het interview zijn gebaseerd op de bevindingen uit het theoretisch kader dat zich onder andere richtte op behandelregie en coördinatie. In het vorige hoofdstuk zijn de conclusies beschreven naar aanleiding van dit onderzoek. Op basis van deze conclusies, kom ik tot een aantal aanbevelingen.

Overall kan ik stellen dat ik de functie van regiebehandelaar aanbevelenswaardig vind. Zeker wanneer het gezien wordt als een middel om een beweging/ verandering te initiëren. Deze verandering betreft het feit dat het sturen op resultaten, onderlinge afstemming en regie op behandelinzet en feedback geven aan elkaar, niet alleen als taak van de manager wordt gezien, maar door ieder lid van het multidisciplinaire team als een verantwoordelijkheid wordt gevoeld. De functie regiebehandelaar lijkt hier een positieve beweging in te brengen, doordat naast de manager nu ook een van de behandelaars eigenaarschap over de regie en coördinatie heeft gekregen.

De verdere aanbevelingen hebben betrekking op verschillende actoren en zijn daarom gegroepeerd. Allereerst de aanbevelingen om de functie van regiebehandelaar te verbeteren in zijn algemeenheid. Ten tweede concreet voor de case van Raamwerk. Als derde de aanbevelingen die gericht zijn op instellingen in de Gehandicaptenzorg die bezig zijn met het thema multidisciplinaire samenwerking.

1. Aanbevelingen rondom de functie van regiebehandelaar:
 - ✓ De van oudsher mechanische wijze van organiseren, waarin op inhoud een organisatiestructuur wordt gevormd, draagt niet bij aan de ontwikkeling van multidisciplinaire samenwerking. Werk daarom in kleine teams waarin zowel management als inhoud (behandelaar) deelnemen en positioneer deze teams dichtbij, naast, rondom de cliënt;
 - ✓ Selecteer en stuur (regie)behandelaars niet op inhoudelijke expertise, maar zie dat als een basisvoorwaarde. Selecteer en stuur op (samenwerking)competenties zoals sturen op cohesie, doelgerichtheid en zichzelf competent voelen;
 - ✓ Zie de functie van regiebehandelaar als middel om een ander doel te bereiken, en niet als doel op zich. De inzet zou moeten zijn om de verantwoordelijkheid voor een multidisciplinair eindresultaat gedragen en gevoeld te krijgen bij alle betrokkenen rondom een cliënt. Liefst in een feedbackcultuur waarin multidisciplinaire teamleden elkaar makkelijk vinden en aanspreken;
 - ✓ Gebruik een kwaliteitskader of professioneel statuut als basis voor de functie van regiebehandelaar en zie erop toe dat dit een multidisciplinair opgesteld kader is;
 - ✓ Vul het professioneel statuut of kwaliteitskader aan met de gevraagde (samenwerking)competenties om ze nog meer onder de aandacht te brengen en houden.
2. Aanbevelingen rondom de regiebehandelaar in Raamwerk:
 - ✓ Maak de beweging richting betere multidisciplinaire samenwerking af door te investeren in de ontwikkeling van leiderschapsvaardigheden van regiebehandelaars en de ontwikkeling van een feedbackcultuur;
 - ✓ Investeer in de kwaliteit van de cpb-er waardoor zij zich competentier zullen voelen in de samenwerkingsrelatie. Daarmee stel je hen meer in staat om, samen met de regiebehandelaar, eigenaarschap voor gecoördineerde zorg te dragen. Waarbij een volgende stap zou kunnen zijn om het team als geheel eigenaarschap voor een goede samenwerking te laten dragen.
3. Aanbevelingen aangaande multidisciplinaire samenwerking
 - ✓ Zet actief in op een feedback-, aanspreek- en leercultuur door meer tijd en training te besteden aan het ontwikkelen van feedbackvaardigheden en minder organisatietijd te besteden aan de ontwikkeling van inhoudelijke vakkennis. Maak voor dit laatste de individuele behandelaar zelf verantwoordelijk;
 - ✓ Start al bij de opleiding voor professionals in de zorg (bijvoorbeeld tot arts, gedragskundige en verpleegkundig specialist) in het ontwikkelen van samenwerkingsvaardigheden zoals de

drie competenties uit de leiderschapskubus. Zeker met het oog op de ontwikkeling richting zelfsturing en zelforganisatie die veel organisaties nu inzetten;

- ✓ Wanneer de functie van orthopedagoog-generalist zou worden toegevoegd aan de wet BIG, draagt dit bij aan gelijkwaardigheid met andere behandel disciplines en zal dit de vereniging en positionering van de gedragskundigen ten goede komen.

Slotwoord

**VROEGER
DACHT IK
DAT
MIJN BEPERKINGEN
MIJN GRENZEN
WAREN**

Loesje

POSTBUS 1045
6801 BA ARNHEM

Literatuurlijst

P. Verschuren, H. Doorewaard (2010), *Het ontwerpen van een onderzoek*, vierde druk, Boom Lemma, Den Haag

H. Boeije (2008), *Analyseren in kwalitatief onderzoek*, Boom Lemma Uitgevers

D.B. Baarda, M.P.M. de Goede (1995), *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Houten, Stenfert Kroeze

Prof. Dr. G.J. Caris, *De organisatie van professionele gezondheidszorg*, Oratie 6 september 2013

P. van Amelsvoort, *Besturingsmodellen in organisaties met professionals*,
<http://www.ulbodesitterkennisinstituut.nl/media/15463/besturinginstellingenpdf.pdf>

Min VWS, kamerbrief over advies commissie Meurs over hoofdbehandelaarschap in de GGZ, 18 mei 2015

K. Grit & P. Meurs, *Verschuivende verantwoordelijkheden, dilemma's van zorgbestuurders*, Koninklijke van Gorkum, 2005, ISBN 9023241142

B. Ahgren, R. Axelsson, *Evaluating integrated health care: a model for measurement*, International Journal of Integrated Care, volume 5, issue 3, 2005

K. B. Kahn, *Interdepartmental integration: A definition with implications for product development performance*, Journal of Product Innovation Management, Volume 13, issue 2, March 1996, pages 137-151

H. Mintzberg (2006), *Organisatiestructuren*, Pearson Benelux B.V.

H. Buurma, C. Jacobs (2007), *Integraal management, inspirerend leiderschap in de publieke sector*, Boom Juridische Uitgevers, 3e druk

J.J. Zuurbier en F.G.H. Hartmann (2010), *Integraal besturen in de zorg, besturingsfilosofie en management control in zorginstellingen*, Reed Business Education Amsterdam

M. van Zwieten en D. Willems (2004), *Methodologie van kwalitatief onderzoek: Waardering van kwalitatief onderzoek*, Huisarts en Wetenschap

Besturingsnotitie Raamwerk 2012

Kwaliteitskaders 's Heeren Loo medisch, paramedisch, geestelijke zorg, mondzorg en gedragswetenschappelijke dienst

Bezochte websites:

www.zorginstituutnederland.nl: pakket wlz behandeling (10 januari 2016)

www.mindtools.com (februari 2016): J. French, B. Raven (1959), The bases of social power (2 februari 2016)

www.bmg.eur.nl/codh/nieuwsbrieven/nieuwsbrief_nr_17_mei_2014/linda_muijsers_onbestuurbaarheid_ziekenhuis_in_perspectief/ (2 februari 2016)

www.damhuiselshoutverschure.nl/files/Artikel_Het_invoeren_van_integraal_management_2.pdf (2 februari 2016)

www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/18042/KNMG-Professionele-autonomie-puur-ideologische-kitsch.htm (2 februari 2016)

www.encyclo.nl/begrip/integraal (2 februari 2016)

www.vandale.nl/opzoeken integraal management (2 februari 2016)

www.ggznederland.nl, voortgangsrapportage kwaliteitsstatuut GGZ en bijlage tijdpad uitwerking kwaliteitsstatuur (2 februari 2016)

www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2015/06/Presentatie-Walraven-Regiebehandelaar-en-Kwaliteitsstatuut-Joost-Walraven-NVGzP-25-juni-2015.pdf (8 februari 2016)

nl.wikipedia.org/wiki/Integraal_management (9 februari 2016)

en.wikipedia.org/wiki/Fiedler_contingency_model Prof. F. E. Fiedler, A theory of leadership effectiveness, 1967 (16 februari 2016)

www.tno.nl/media/2162/trendanalyse_verstandelijk_gehandicaptenzorg.pdf (14 maart 2016)

www.dwangindezorg.nl/rechten/patientenrecht/beroepsgeheim/geheimhoudingsplicht-van-de-zorgverlener (14 maart 2016)

Bijlage 1 KNMG richtlijn samenwerking in de zorg

HANDREIKING VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING BIJ SAMENWERKING IN DE ZORG (2010)

CHECKLIST MET 13 CONCRETE AANDACHTSPUNTEN BIJ AFSPRAKEN OVER VERANTWOORDELIJKHEDEN

Bent u als zorgverlener of manager betrokken bij een zorgverlenings situatie met verschillende zorgverleners, dan is het van belang om te specificeren wie waarvoor verantwoordelijk is. Zo ontstaat duidelijkheid onderling, voor de patiënt en diens familie en voorkomt u risico's op fouten. Kernaspecten van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces:

1 Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator). Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.

2 Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt.

3 Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.

4 Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

5 Relevante gegevens worden aangegeven in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.

6 Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

7 Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.

8 In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

9 Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtsmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.

10 Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).

11 De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.

12 Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

13 Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:

- naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;
- incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;
- een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.

**'MIJN
PATIËNT
HEEFT BAAT
BIJ ÉÉN
REGISSEUR'**

ARTSEN
VAN NU



Deze aandachtspunten worden nader toegelicht in de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)'. Deze Handreiking wordt onderschreven door de KNMG, de organisaties van algemene en academische ziekenhuizen (MVZ, NFU), verpleegkundigen (V&VN), verloskundigen (KNOV), fysiotherapeuten (KNGF), psychologen (NIP), apothekers (KNMP) en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland). Ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) steunt de Handreiking.

Bekijk het webdossier: www.knmg.nl/dossier/verantwoordelijkheid
Download de Handreiking: www.knmg.nl/publikatie/verantwoordelijkheid

Bijlage 2 Samenvatting externe reacties

2015 10 16 Samenvatting externe reacties mbt (eind)verantwoordelijkheid behandelaars

Uitvraag door werkgroep multidisciplinaire samenwerking Raamwerk

A. Verantwoordelijkheden ingericht naar hoogte ZZP

's Heerenloo:

In 's Heerenloo heeft de gedragskundige behandelverantwoordelijkheid voor cliënten met een ZZP 6 en 7. Voor de overige ZZP's geldt dat de gedragskundige een adviserende rol heeft.

Behandelverantwoordelijkheid is de verantwoordelijkheid voor de inhoud en voor de uitvoering van het behandelplan van een individuele cliënt. De manager primair proces ziet toe op de uitvoering van het ondersteuningsplan. Ieder teamlid is verantwoordelijk voor de feitelijke uitvoering van het eigen aandeel in de behandeling of begeleiding en is daarop ook aanspreekbaar.

Vanuit 's Heerenloo is nog de volgende, aanvullende, reactie gekomen:

Gedragskundigen vallen organisatorisch niet onder het primair proces. Wanneer de 'tandem' (gedragswetenschapper – manager primair proces) er niet uitkomt dan is er voor zowel manager als gedragskundige de mogelijkheid om dit aan te kaarten bij de eigen leidinggevende.

Voorheen spraken we (gedragskundigen) misschien meer in termen van 'wel of niet wenselijk voor cliënt', waar we nu meer en meer vanuit onze verantwoordelijkheid aan kunnen geven wat van belang is. Het kan voorkomen dat we aangeven voor bepaalde situaties of voorgenomen acties geen behandelverantwoordelijkheid te kunnen nemen. Zoals bijvoorbeeld bij plaatsing van nieuwe cliënten. Wij geven onze overwegingen aan de manager maar die is uiteindelijk degene die wel of niet het organisatorische besluit neemt om een cliënt te plaatsen. Ook voor ons nog een zoektocht dus.

Sherpa:

Er ligt een beleidsnotitie over de behandelverantwoordelijkheid bij zzp 5 t/m 8. Bij 5,6 en 7 is de gedragskundige verantwoordelijk, bij 8 de arts. In de praktijk is ook bij 8 de gedragskundige verantwoordelijk, maar dit moet dus volgens de managers veranderen.

ASVZ:

Men is bezig de orthopedagogen de positie van behandelcoördinator te laten innemen. Dit houdt in: behandeldoelen formuleren, evalueren (ook M&M).

Daarnaast zijn de orthopedagogen standaard bij behandelplanbesprekingen en de evaluaties voor hoge ZZP's (vg 6,7, en 8 en meerzorg cliënten).

De orthopedagogen hebben samen met meewerkend teamleider en betrokken sectormanager de verantwoordelijkheid om in de driehoek de kwaliteit van de woning, de samenwerking en alle aspecten van behandeling, teamkwaliteit etc. te volgen.

Voor de KDC thuiswonende kinderen schrijft de orthopedagoog ook voorgeschiedenis en beeld.

Daarnaast is deze aanwezig bij besprekingen MDO, behandelplan en evaluaties.

Wat in de praktijk van nu nog wel een lastige is, is als een fysiotherapie behandeling niet strookt met wat nu in deze fase past, heeft de orthopedagoog dan –in samenspraak- de mogelijkheid om de prioriteit in de behandeling te kunnen aanbrengen.

Juist deze afstemming en integrale behandeling is een kunst die nog niet helemaal vertrouwd voelt in onze werkelijkheid.

Iipse de Bruggen:

Omdat bij onze organisatie een heel grote reorganisatie speelt die alle rollen verandert, kan ik je eigenlijk niet goed antwoord geven. Eerder was voor zzp 6 en 7 de gk behandel coördinator en voor zzp 5 en 8 de AVG, voor de overige zzp's gold de pb-er als spil.

B. Overig

Siza:

Werkt sinds kort met een regiebehandelaar, meestal een orthopedagoog, soms een arts. Samen met de regiebegeleider zijn zij eindverantwoordelijke. Regiebegeleider is voor indicatie stuk begeleiding verantwoordelijk en regiebehandelaar voor indicatie behandeling. Regiebehandelaars zijn elke begeleidings- en behandelingsplanbespreking en MDO aanwezig. Zij draaien daarnaast bereikbaarheidsdiensten. Gedragkundigen in de rol van regiebehandelaar zijn niet automatisch ook als inhoudelijk behandelaar (orthopedagoog) betrokken bij de cliënt.

Pameijer:

De gedragskundigen zijn, volgens de richtlijnen van het VOBC (Orthopedagogisch behandelcentrum) in de KDC's/JDC's verantwoordelijk voor de totstandkoming van het behandelingsplan en voor de adviezen voor de uitvoering ervan. De manager is eindverantwoordelijk voor de realisatie van het behandelingsplan. Dit heeft ermee te maken dat Pameijer de keuze heeft gemaakt voor een staf-lijn organisatie. Pameijer heeft geen integraal management.

Binnen de volwassenenzorg hebben gedragsdeskundigen een consultfunctie. Gedragskundigen draaien hier 24-uurs bereikbaarheidsdiensten.

Als de cliënt een losse indicatie behandeling heeft, dan heb je ook de rol van behandelcoördinator. De arts van Pameijer is binnen de volwassenenzorg slechts heel beperkt betrokken en heeft dan in principe ook een adviserende functie.

De cliënten met een ZZP, die bv bij Pameijer wonen, hebben voor een groot deel natuurlijk ook behandeling in hun ZZP, maar die behandeling kan door Pameijer niet 'verzilverd' worden. Pameijer wordt er dus niet voor betaald, waardoor de gedragsdeskundige in principe een consultfunctie heeft.

Careander:

Het team van orthopedagogen zit in de overgangsfase van adviseur naar behandelverantwoordelijke. Dat hangt grotendeels samen met de veranderende erkenning: sinds kort heeft Careander van het zorgkantoor de functie behandeling toegekend gekregen, waarbij de eis gesteld wordt dat er een behandelverantwoordelijke is, en dat er multidisciplinair gewerkt wordt. Dat betekent o.a. dat de behandelcomponent uit het ZZP nu ook uitbetaald wordt.

Bijlage 3 TFO ¹⁴regiebehandelaar

Raamwerk

De regiebehandelaar

Inleiding

De problematiek van de meeste cliënten, woonachtig bij Het Raamwerk, is complex, waardoor vaak specifieke deskundigheid van meer dan één behandelaar nodig is. De verschillende disciplines vormen samen het multidisciplinaire team. Een goede coördinatie, regie en supervisie van dit multidisciplinair team is vereist. Er is gestructureerd overleg nodig, zodat men op de hoogte is van wat elke discipline doet en waardoor samenhang ontstaat. Op basis van de dialoog worden multidisciplinair besluiten genomen, waarbij één behandelaar, de zgn. regiebehandelaar, de inhoudelijke regie heeft. Met de invoering van deze functie is één persoon verantwoordelijk voor de regie en afstemming van de totale behandeling en ondersteuning. Deze persoon is inhoudelijk leider en ziet toe op het bereiken van het gezamenlijk vastgestelde (toekomst) perspectief. Hierbij wordt nog steeds multidisciplinair gewerkt en elke behandelaar is verantwoordelijk voor zijn eigen behandelinzet (BIG en WGBO). Het doel van de zorg en ondersteuning is blijvend te werken aan het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van het bestaan. Levenslang en levensbreed.

Onderbouwing voor inhoudelijke eindverantwoordelijke behandelaar per cliënt

Het MT heeft besloten dat er voor cliënten met de indicatie verblijf en behandeling en voor alle kinderen van het Cluster Jeugd en Gezin een inhoudelijke eindverantwoordelijke per cliënt moet komen en heeft hiervoor de volgende argumentatie:

- Het Raamwerk (m.n. RVE Hafakker en RVE Zeehos) biedt verblijf met behandeling. Regie en coördinatie zijn geregeld volgens de beleidsnotitie 'Een ondersteuningsplan voor cliënten van Het Raamwerk', door de (c)pb-er onder verantwoordelijkheid van het hoofd. Regievoering op behandeling is niet geregeld. Complexe zorgvragen nemen echter toe, steeds vaker zijn hierdoor meerdere disciplines bij een cliënt betrokken. De noodzaak tot regie in de geboden behandeling(en) teneinde samenhang en afstemming te realiseren, neemt toe. Deze noodzaak overstijgt de regievoering door (c)pb-er.
- Positieversteving van de behandelaars bij een besturingsfilosofie die uitgaat van integraal management, zodat de focus op de inhoud geborgd is, met als uiteindelijk doel het realiseren van kwalitatief goede ondersteuning en behandeling voor onze cliënten met verblijf.

De werkgroep is gevraagd dit besluit van het MT uit te werken.

Kijken we naar (toekomstige) wet- en regelgeving dan vinden we hierin de volgende onderbouwing voor het multidisciplinair werken en het aanstellen van een inhoudelijke eindverantwoordelijke behandelaar (regiebehandelaar) per cliënt:

Europees Manifest Adequate Gezondheidszorg voor Mensen met een Verstandelijk Handicap, november 2003

In dit manifest staan de Basisregels en uitgangspunten voor Gelijke Kansen voor Mensen met een Handicap zoals aangenomen in de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (1993). Het wordt beschouwd als het politieke en morele grondvest. Eén van de 5 Basisregels is: 'Gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijk handicap heeft vaak een multidisciplinaire benadering'. Hiertoe behoort het uitgangspunt dat specifieke onderzoeken en/of behandelingen vragen om coördinatie tussen verschillende disciplines in de gezondheidszorg.

¹⁴ Taak Functie Omschrijving

Wet Langdurige Zorg (WLZ):

In de WLZ is het opstellen van het zorgplan en de zorgplanbespreking wettelijk verankerd. Ook het systematisch evalueren, bij voorkeur met alle betrokken disciplines, is vastgelegd in de wet. De verzekerde cliënt heeft recht op een zorgplanbespreking om afspraken te maken over o.a.: “de zorgverlener of zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken”.

Als we deze regels uit de WLZ doortrekken naar de methodische cyclus van het ondersteuningsplan zoals deze binnen Het Raamwerk gehanteerd wordt, dan kunnen we stellen dat de verantwoordelijke zorgverlener (de regiebehandelaar) erop toe moet zien dat alle betrokken disciplines dienen te handelen in het kader van het toekomstperspectief van de cliënt (zie schema op pagina 4).

Wet Zorg en dwang:

In de wet BOPZ is de eindverantwoordelijkheid voor de toepassing van dwangmaatregelen belegd bij de BOPZ-arts. In de voorgenumen wet Zorg en Dwang spreekt men niet meer van een eindverantwoordelijke BOPZ-arts maar van een ‘zorgverantwoordelijke’. Een zorgverantwoordelijke is “de voor de cliënt door de zorgaanbieder als zodanig aangewezen persoon, die zijn taken namens de zorgaanbieder uitvoert.” Het Raamwerk kan zelf kiezen bij welke behandelaar deze zorgverantwoordelijkheid voor de toepassing van dwang bij een cliënt, wordt belegd. Dit document gaat hier nu niet verder op in.

Omschrijving behandeling zoals het in de AWBZ-functie van toepassing was:

Bij Het Raamwerk maken de huidige AWBZ-cliënten met een zzp-indicatie aanspraak op de functie behandeling. In die zin behandelen we dus. Bij de AWBZ-functie behandeling gaat het om cliënten met complexe problematiek waarbij goede coördinatie, regie en supervisie nodig is. “Er is voortdurend overleg nodig, zodat men op de hoogte is van wat elke behandelaar doet.”

“Bij de AWBZ-functie behandeling gaat het meestal om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg, ofwel de CSLM-zorg. Het doel is vooral gericht op het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening en niet op het herstellen ervan.”

Tot de criteria voor CSLM-behandeling wordt o.a. gerekend: “er is een behandeling in een multidisciplinair team met een coördinerende hoofdbehandelaar”. In Het Raamwerk kiezen we voor de term regiebehandelaar.

Wat is een regiebehandelaar?

Zowel een gedragskundige, arts als verpleegkundig specialist kunnen regiebehandelaar zijn. Een regiebehandelaar gaat, samen met de cluster persoonlijk begeleider, in gesprek met de cliënt en/of (wettelijk) vertegenwoordiger over het vormgeven van de ondersteuning en behandeling. Uitgangspunt is hierbij de vraag van de cliënt en de toegewezen indicatie van het CIZ. Er wordt bekeken uit welke onderdelen de behandeling en ondersteuning het beste kan bestaan, waarbij het toekomstperspectief van de cliënt richtinggevend is. De regiebehandelaar ziet toe op de inhoud van de behandeling en ondersteuning en is het aanspreekpunt voor inhoudelijke vragen van of inhoudelijke verduidelijking aan de cliënt en/of diens (wettelijk) vertegenwoordiger. In veel gevallen zal middels de dialoog een bepaalde beleidslijn van begeleiding en behandeling afgesproken worden. Bij verschillende meningen beslist de regiebehandelaar en zorgt dat de beslissing in lijn is met het toekomstperspectief en de beeldvorming van de cliënt en met de afgesproken beleidslijn.

Hoe verhoudt zich dat tot de (c)pb-er?

In de beleidsnotitie: ‘Een ondersteuningsplan voor cliënten van Het Raamwerk’ is helder omschreven dat de coördinatie en regievoering van de ondersteuning van de cliënt bij de (cluster) persoonlijk begeleider ligt. De regie ligt bij Wonen als een cliënt ook dagbesteding heeft en bij Dagbesteding als de cliënt alleen dagbesteding heeft binnen Het Raamwerk. In het algemeen gaat het bij regievoering en coördinatie om plannen, voorbereiden, verzamelen van informatie, uitnodigen en afspraken bijstellen.

Ook is beschreven dat de ondersteuningsplanbespreking multidisciplinair is. Bij deze bespreking zijn aanwezig alle direct betrokkenen bij de ondersteuningsvraag van de cliënt. Richtlijn voor aanwezigheid is de bijdrage die een discipline levert aan de uitvoering van in het kader van het ondersteuningsplan gemaakte afspraken c.q. acties. De organisatie van een ondersteuningsplanbespreking ligt bij de (c)pb-er die deze richtlijn hanteert bij het uitnodigen.

Samenvattend:

- de (c)pb-er voert de regie en coördinatie over de uitvoering van begeleidingsdoelen;
- de regiebehandelaar heeft een 'helicopterview' over de totale behandeling en ondersteuning en overziet het totale proces van zorg. Hij/zij zorgt voor de afstemming van de inhoud van de begeleiding en behandeling en is daarvoor inhoudelijk eindverantwoordelijk. De regiebehandelaar ziet erop toe dat de beeldvorming en het toekomstperspectief van de cliënt bekend zijn en richtinggevend.

Verhouding lijn - staf

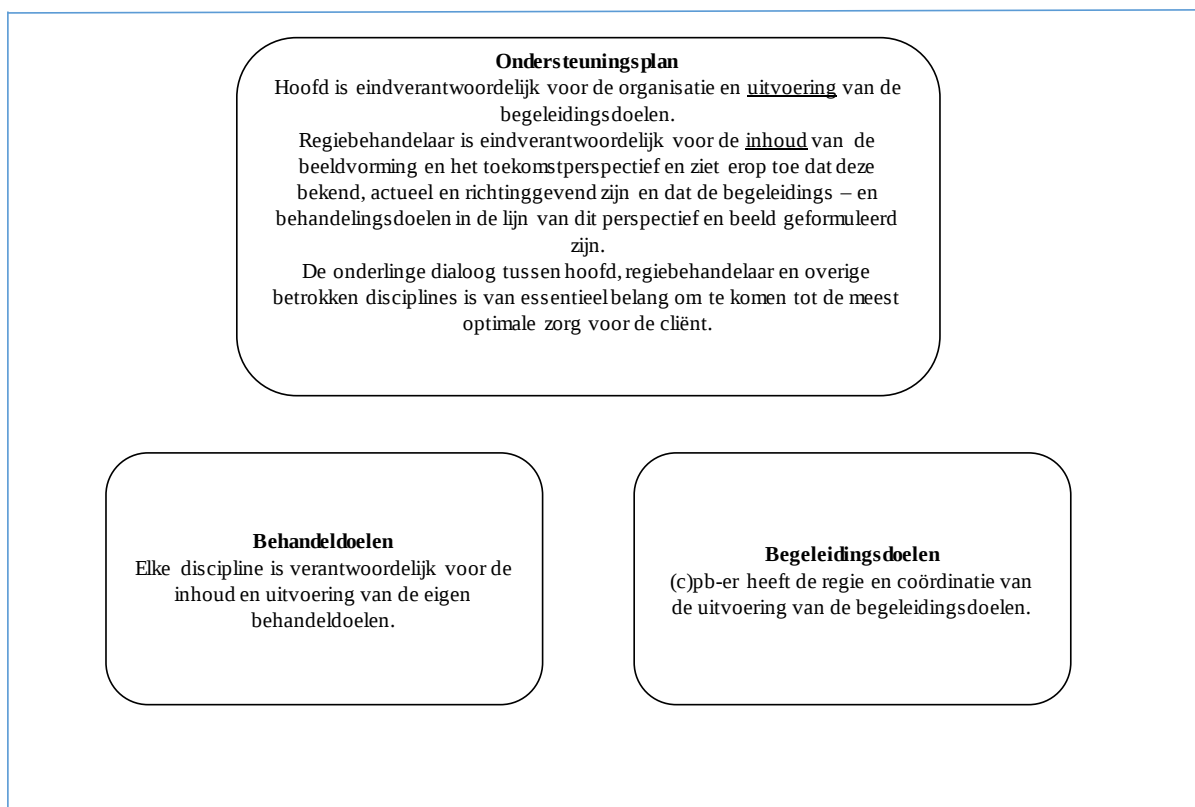
De inzet (kwaliteit en kwantiteit) van de verschillende disciplines komt tot stand middels niet-vrijblijvende afspraken met de clusterhoofden (Besturingsnotitie). Hierbij treedt een hoofd niet in de professionele verantwoordelijkheid en de inhoud van zorg waar de behandelaar voor staat, maar heeft wel de taak de organisatorische mogelijkheden (de kaders van Het Raamwerk) voor de uitvoer van deze inhoud te onderzoeken en te beslissen over de (meest optimale) uitvoering en de haalbaarheid. Wat het meest optimaal is komt in goede dialoog en in diverse overleggen tot stand. Daarbij geldt dat de continuïteit van de organisatie in ieders belang is.

Hoe geven we dit vorm bij Het Raamwerk?

Per cliënt wordt een regiebehandelaar benoemd. Dit kan zijn de arts, de gedragskundige of de verpleegkundig specialist. In onderlinge afstemming tussen in ieder geval deze drie genoemde disciplines wordt bepaald, aan de hand van de problematiek, wie de taak van regiebehandelaar op zich neemt. Bij voorkeur vindt dit overleg plaats voordat de cliënt in zorg komt (bijvoorbeeld in een Plaatsingsoverleg). In ieder geval eens per jaar wordt geëvalueerd (bijvoorbeeld tijdens een OPB) of de aangewezen regiebehandelaar nog de meest passende is.

Hoe verhouden de functies zich tot elkaar in relatie tot het ondersteuningsplan?

Regiebehandelaar



Aan welke voorwaarden moet worden voldaan?

- Binnen het cluster waar de ondersteuning en behandeling plaats vindt wordt een duidelijk omschreven en onderschreven therapeutisch klimaat (eerstegraadstrategie) gehanteerd;
- Bij voorkeur is de meest voorliggende behandelaar, vanuit de zorgvraag van de cliënt gezien, de regiebehandelaar;
- Het ondersteuningsplan wordt altijd i.o.m. de regiebehandelaar voorbereid, voorafgaand aan de ondersteuningsplanbespreking;
- De regiebehandelaar is betrokken bij de cliënt en is in principe aanwezig bij alle directe overlegvormen (OPB's, IE's en MDO's);
- Er moet een duidelijk omschreven taakfunctieomschrijving zijn;
- Er moet een overlegstructuur zijn die ondersteunend is aan de multidisciplinaire samenwerking;
- De regiebehandelaar moet advies kunnen geven over de inhoud van het opleidingsplan;
- De regiebehandelaar adviseert t.a.v. de (her)indicatie (hoofd is aanvrager);
- De regiebehandelaar moet voldoende tijd hebben voor contact met de cliënt en om de taak van regiebehandelaar te kunnen vervullen;
- De regiebehandelaar beschikt over voldoende autorisaties om in het ECD te werken.

Bijlage 4 Topiclijst

Interviewvragen / topiclijst op basis van theoretisch kader

Toelichting

Zwarte vragen zijn relevant voor beide organisaties

Groene vragen zijn relevant voor 's Heeren Loo

Paarse vragen zijn relevant voor Raamwerk

Vragen

1. Wat is integrale behandelverantwoordelijkheid?
 - Wat versta jij onder integrale behandelverantwoordelijkheid?
 - Bestaat dat volgens jou?
 - Bij wie is dat belegd in jouw organisatie?
 - Staat daarover iets op papier? Zo ja, kan je me dat toesturen?
 - Is diegene zich er zelf ook van bewust dat hij deze integrale verantwoordelijkheid draagt?
 - Zo ja, hoe wordt daar in praktijk invulling aan gegeven? Overlegvormen, verslaglegging, toets momenten? Zo nee, wie stuurt daar op?
 - Welke (selectie)criteria stellen jullie aan de integraal behandelverantwoordelijke?
 - Hoe verhoudt dit begrip/deze verantwoordelijkheid zich tot de grenzen van de eigen deskundigheid?
 - Is er zoiets als een kwaliteitsstatuut van kracht in jouw organisatie dat door alle behandel functies onderschreven wordt? Zo ja, kan je me dat toesturen? En wat staat daarin beschreven, wat beoogt het? Of werkt elke discipline volgens de codes van de eigen beroepsvereniging? Zijn hier expliciet afspraken over gemaakt? En wat zou een dergelijk statuut volgens jou moeten opleveren/beschrijven?
2. Wat is behandelregie en –coördinatie?
 - In veel literatuur wordt beschreven dat hoogopgeleide professionals, zoals behandelaren, moeilijk aan te sturen zijn. Als je regie op de behandeling wilt voeren, wat is dat dan volgens jou?
 - Wat levert dat op voor de cliënt? Of anders gezegd: wat gaat er mis als je die regie niet organiseert?
 - Wie/welke functionaris zou volgens jou de meest logische persoon zijn om deze regie te voeren? Is dat een behandelaar of juist een manager, dus iemand die van leidinggeven zijn vak heeft gemaakt?
 - Regie en coördinatie kan gezien worden als een vorm van leiderschap. Ik gebruik ik mijn thesis verschillende modellen die hierop betrekking hebben:
 - o Model van Caris: hiërarchie, heterarchie en netwerken toelichten. Welk model zou het best passend zijn om regie op de behandelinzet te bereiken en waarom? Welke vorm van sturing is bij jullie in praktijk gangbaar?
 - o Leiderschapskubus van Caris: cohesie, doelgerichtheid en competent voelen. Is een behandelaar die voornamelijk vanuit de ratio handelt in staat om op de assen 'cohesie' en competent voelen', die toch voornamelijk over emotie gaan? Beschikt een analyticus over deze sociale vaardigheden? Hoe zie jij dat?
 - In al deze voorbeelden en situaties heeft regie betrekking op de interne organisatiebelangen en samenwerkingsverbanden. In de zorg voor de cliënt is de afstemming met de buitenwereld minstens zo belangrijk (cliëntsysteem, maatschappij). Behoort dit tot het werkgebied van de behandelregie en - coördinatie volgens jou?
 - Wat is volgens jou meer bepalend voor het succes: de kwaliteit van de leider/regisseur of de wijze van organiseren? Kan je dat toelichten?

3. Wat zijn de verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar?
 - Hoe weet je of er regie en coördinatie op de behandelinzet wordt gevoerd?
 - Ken je de verantwoordelijkheden van een regiebehandelaar?
 - Is het voldoende (en duidelijk) vastgelegd en toegankelijk voor iedereen?
 - Wordt er op gestuurd?/ stuur jij erop?
 - Waar voelt een regiebehandelaar zich verantwoordelijk voor? Wat laat hij zien in praktijk?
 - Voelt het veiliger als de regie en coördinatie expliciet is belegd bij iemand?
 - Wat voegt het volgens jou toe aan de kwaliteit van zorg? Wat levert het op voor de cliënt?
 - Indien er niet gewerkt wordt met een regiebehandelaar, wie is dan eerste aanspreekpunt voor de cliënt voor zorginhoudelijke vragen? Wie coördineert de werkzaamheden van verschillende behandel disciplines?
 - Wie toetst inhoudelijk of de juiste behandelinzet wordt gedaan? Is dat expliciet ergens vastgelegd? Zijn behandelaars zich bewust van deze rolverdeling/afspraken?
 - Wie staat garant dat het team beschikt over benodigde competenties en over deskundigheid beschikken voor het uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject? En wie schept de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan? IN de GGZ is dat een taak van de regiebehandelaar. Bij Raamwerk en 's Heeren Loo?
 - Hoe gaan jullie om met behandelverantwoordelijkheid van een gedragskundige als dit een orthopedagoog is? irt wet BIG?
 - Waar zie jij zelf verbeterpotentieel als het gaat om de multidisciplinaire samenwerking?
4. Wat is integraal management en welke verantwoordelijkheden horen daarbij?
 - Is in jouw organisatie gedefinieerd wat integraal verantwoordelijk management inhoudt in relatie tot de verantwoordelijkheid voor behandelinzet en behandelresultaat? Hoe en waar staat dat?
 - Werkt het in praktijk ook zo? Is er sprake van duidelijke rolverdeling tussen manager en behandelaar? Wie draagt verantwoordelijkheid als er iets fout gaat in de behandeling van een cliënt?
5. Welke modellen van verantwoordelijkheidsverdeling zijn er om behandelregie en -coördinatie te organiseren?
 - In de praktijk komen drie organisatievormen vaak voor: duaal management, integraal management en het apart organiseren van de behandelaars in een behandel dienst naast de integrale lijnorganisatie. Wat zijn, gezien hetgeen we allemaal besproken hebben, voor jou de voors en tegens van elk model?
 - Hoe voorkom je dat er gewerkt wordt aan deelresultaten?
 - Hoe voorkom je dat de afstand tussen de specialisten/behandelaars (te) groot wordt?
 - Draagt het groeperen van alle behandelaars in een aparte dienst bij aan multidisciplinaire samenwerking? Waarom?
 - Gaat er nu iets mis waardoor er interventies gevraagd worden om de regie en coördinatie op behandeling te organiseren?
 - Ken je nog andere mogelijkheden?