

EEN SPIN IN HET WEB

Het overbruggen van interprofessionele
grenzen in het ziekenhuis

ALIEKE JANSEN



Universiteit Utrecht
Universitair Medisch Centrum Utrecht

Een spin in het web

Het overbruggen van interprofessionele
grenzen in het ziekenhuis

Alieke Jansen
Studentnummer 3791076
Master Publiek Management 2011-2012

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap
Universitair Medisch Centrum Utrecht

Prof. Dr. M. Noordegraaf, Universiteit Utrecht
Mr. Drs. M. Mulders, Universiteit Utrecht
Drs. B. ter Horst, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Juli 2012

SAMENVATTING

In dit onderzoek zijn overbruggingsmechanismen bestudeerd die interprofessionele grenzen tussen artsen binnen multidisciplinaire teams overbruggen. Daarnaast is gekeken naar de verschillende factoren die dit overbruggingsproces beïnvloeden. In het Universitair Medisch Centrum Utrecht is sinds een aantal jaren een nieuwe strategie ingevoerd. Binnen deze strategie concentreert het ziekenhuis zich op zes aandoeninggebieden, waardoor hoogcomplexere, gespecialiseerde zorg binnen deze aandoeninggebieden gerealiseerd kan worden. De speerpuntenstructuur heeft als gevolg dat artsen van verschillende disciplines samen in multidisciplinaire teams werkzaam zullen zijn rondom één ziektebeeld. Dit betekent dat een matrixstructuur ontstaat van divisies en speerpunten. Het UMC Utrecht speelt door de invoering van de nieuwe strategie in op huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Patiënten veranderen: de levensverwachting van Nederlanders stijgt snel waardoor ook de zorgvraag stijgt. Daarnaast groeit het aantal patiënten dat aan meerdere, vaak chronische ziekten tegelijk lijdt. Ook verandert de rol van de patiënt, zij worden steeds mondiger en men gaat zorg steeds meer zien als recht en dienst. Door deze ontwikkelingen neemt het belang toe van grote, laagdrempelige eerstelijnszorgnetwerken, waardoor er minder patiënten doorverwezen hoeven te worden naar de tweede- en derdelijnszorg. Ziekenhuizen kunnen zich concentreren op hoogcomplexere zorg in een beperkt aantal aandoeninggebieden.

Artsen zijn klassieke professionals, dit betekent dat zij handelen in een eigen professioneel domein dat door de exclusieve inhoud en de aard van het werk is afgeschermd voor de buitenwereld en andere professionals. Ook artsen kunnen worden verdeeld in kleinere gespecialiseerde domeinen. Tussen deze domeinen bestaan interprofessionele grenzen. Deze grenzen kunnen samenwerking tussen deze verschillende artsen blokkeren, terwijl van artsen verlangd wordt dat zij effectief samenwerken in multidisciplinaire teams. De organisatie kan om de grenzen te overbruggen, overbruggingsmechanismen inzetten. Deze mechanismen zijn hulpmiddelen die er voor zorgen dat de samenwerking effectief zijn. Dit zijn fysieke middelen, zoals vergaderruimtes, maar ook financiële middelen stimuleren samenwerking tussen artsen. Ook mensen fungeren als overbruggingsmechanisme, zo kan een arts of manager andere artsen stimuleren tot meer samenwerking. Het blijkt dat in het UMC Utrecht het multidisciplinaire overleg het knooppunt van overbruggingsmechanismen is, dat via het speerpuntenbeleid van de nieuwe strategie is opgezet. In dit overleg vergaderen artsen op frequente basis over de behandelopties van die patiënten die in het ziektebeeld passen van het speerpunt. In dit overleg zijn alle artsen aanwezig die betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt.

Het blijkt dat in deze multidisciplinaire overleggen een duidelijke overlegstructuur te herkennen is, waarbinnen elke arts een vaste rol in het overleg inneemt. Deze rollen worden per specialisme ingericht, artsen uit hetzelfde professionele domein nemen in alle multidisciplinaire overleggen dezelfde sociale en cognitieve rol aan. Hieruit blijkt dat interprofessionele grenzen zichtbaar zijn binnen het knooppunt van overbruggingsmechanismen: het multidisciplinaire overleg. Het blijkt dat mede door deze overbruggingsmechanismen subtiele grensversterking kan ontstaan. Een oorzaak is dat tijdens de implementatie van de nieuwe strategie onzichtbare spanningen ontstaan zijn, doordat de matrixstructuur onduidelijkheid heeft gebracht hoe middelen, financiën en capaciteit over de organisatie verdeeld kan worden. Artsen reageren op deze conflicten door zich terug te trekken in hun eigen professionele domein. Dit bestendigt de interprofessionele grenzen in de multidisciplinaire overleggen. Wanneer artsen het belang in zien van multidisciplinaire samenwerking, leidinggevend de spanningen managen en goede ondersteuning bieden tijdens multidisciplinaire samenwerking en bestuurders de tijd nemen om de nieuwe strategie uit te dragen, kan het overbruggingsproces bevorderd worden en kunnen artsen effectief samenwerken.

VOORWOORD

Als neerlandica stapte ik vorig jaar een hele nieuwe wereld binnen. Wellicht iets minder poëtisch, maar zeker erg verfrissend en dynamisch. Ook over de gezondheidszorg kan dat gezegd worden: een sector die continu in beweging is en waar heel veel uiteenlopende types samen werken aan een essentieel onderdeel van de samenleving. Een paar maanden heb ik mij onder mogen dompelen in het UMC Utrecht en ben ik er achter gekomen dat het ziekenhuis een wereld op zich is. Er huizen landen, steden en dorpjes binnen de muren van één gebouw, maar toch wordt overal hetzelfde doel voor ogen gehouden: de gezondheid van de patiënt. Deze patiënt maakt een stevig web van artsen en behandelingen om zich heen, waardoor zij met allerlei draadjes aan elkaar verbonden worden.

Ook ik voel mij een spin in het web. Als onderzoeker kom je op verschillende plekken en ontmoet je allerlei mensen die je vervolgens aan je onderzoek verbindt. Deze mensen bieden je andere inzichten en nieuwe ideeën waardoor je je web stap voor stap kan vergroten en verrijken. Erg leuk en leerzaam vond ik het om te praten met artsen over hun werk en hun eigen ervaringen met de wereld van het UMC Utrecht, maar ook om daarnaast met eigen ogen te mogen zien hoe zij hun werkzaamheden verrichten. Door de erg open en enthousiaste houding van de artsen, maar ook van de managers en bestuurders, naar mij en mijn onderzoek toe, heb ik veel mogen en kunnen leren. Hiervoor ben ik hen erg dankbaar.

Het analyseren en structureren van deze indrukken tot een concreet onderzoek, vergt veel geduld en doorzettingsvermogen. Zonder de praktische, maar vooral ook morele steun van een aantal mensen, was dit onderzoek er echter nooit gekomen. In de eerste plaats wil ik Mirko bedanken, door zijn kritische, maar vooral ook inspirerende inzichten heb ik gedurende het onderzoeksproces heel veel van hem geleerd. Ook het constructieve commentaar van Monique heeft mij erg geholpen. Daarnaast bedank ik Bart voor zijn goede begeleiding in het UMC Utrecht en de dames van het secretariaat van de beleidsstaf, die altijd voor mij klaar stonden wanneer ik praktische hulp nodig had en ervoor zorgden dat ik nooit zonder koffie zat. Met mijn tutorgroepgenoten Michelle, Rosanne, Sophie en Jenny heb ik veel ideeën en onderzoekservaringen uit kunnen wisselen. Daarnaast is de support van Rosanne, Annelies, Roos, Tamarah en Eva voor mij van onschatbare waarde geweest. De vele uren die wij samen in de UB hebben doorgebracht, de ontelbare *whatsappjes* die wij naar elkaar verstuurd en vooral ook de erg gezellige, soms iets te late avondjes, zorgden ervoor dat ik altijd opgewekt aan mijn onderzoek heb kunnen werken.

Ten slotte wil ik mijn ouders bedanken, die mij hebben aangemoedigd en gesteund, voor en tijdens het onderzoeksproces.

Alieke Jansen

Juli 2012

TABELLENLIJST	8
1. INLEIDING.....	9
1.1 AANLEIDING	9
1.2 PROBLEEMSTELLING	13
1.3 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	16
1.4 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	16
1.5 LEESWIJZER	17
2. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR	18
2.1 DE VERANDERENDE PATIËNT	18
2.2 IMPLICATIES VOOR DE GEZONDHEIDSZORG	21
2.3 IMPLICATIES VOOR HET ZIEKENHUIS	23
2.4 KORTOM	25
3. SAMENWERKENDE PROFESSIONALS.....	26
3.1 INNOVATIES.....	26
3.2 SAMENWERKING	28
3.3 DE PROFESSIONAL EN INTERPROFESSIELE GRENZEN	32
3.4 HET OVERBRUGGEN VAN GRENZEN	37
3.5 KORTOM	40
4. ONDERZOEKSAANPAK	41
4.1 TYPE ONDERZOEK.....	41
4.2 OPERATIONALISATIE	42
4.3 ONDERZOEKSPROCES	42
4.4 METHODEN EN TECHNIEKEN.....	45
4.5 KWALITEIT VAN ONDERZOEK.....	48
4.5 KORTOM	48
5. CASUS EN ACHTERGROND	50
5.1 DE ORGANISATIE	50
5.2 ONTWIKKELINGEN	53
5.3 DE SPEERPUNTEN.....	56
6. RESULTATEN.....	58
6.1 SAMENWERKING	58
6.2 INTERPROFESSIELE GRENZEN	60
6.3 HET OVERBRUGGEN VAN GRENZEN	65
6.4 BOUNDARY OBJECTS.....	66
6.5 BROKERING	69
6.6 MULTIDISCIPLINAIRE OVERLEGGEN	72
6.7 DE INVLOED VAN OVERBRUGGINGSMECHANISMEN	76
6.8 DE INVLOED VAN MULTIDISCIPLINAIRE OVERLEGGEN.....	80
6.9 KORTOM	86
7. CONCLUSIE	87
7.1 BEANTWOORDING THEORETISCHE DEELVRAGEN	88
7.2 BEANTWOORDING EMPIRISCHE DEELVRAGEN	91

7.3 BEANTWOORDING HOOFDVRAAG	93
7.4 PRAKTISCHE AANBEVELINGEN	94
7.5 THEORETISCHE IMPLICATIES	97
7.5 DISCUSSIE EN REFLECTIE	101
7.6 KORTOM	102
8. LITERATUURLIJST.....	103
BIJLAGE I: OPERATIONALISATIE.....	106
BIJLAGE II : INTERVIEWGUIDE ARTSEN	107
BIJLAGE III: INTERVIEWGUIDE MANAGERS.....	109
BIJLAGE IV: INTERVIEWGUIDE BESTUURDERS	111
BIJLAGE V: CODEBOOM.....	112



TABELLENLIJST

Tabel 2.1	<i>De veranderende patiënt</i>	20
Tabel 2.2	<i>Ontwikkeling eerstelijnszorg – tweedelijnszorg</i>	22
Tabel 2.3	<i>Vormen van samenwerking</i>	25
Tabel 3.1	<i>Kenmerken multidisciplinair team</i>	30
Tabel 3.2	<i>Kenmerken klassiek professionalisme</i>	33
Tabel 3.3	<i>Interprofessionele grenzen</i>	36
Tabel 3.4	<i>Overbruggingsmechanismen</i>	40
Tabel 4.1	<i>Documentanalyse</i>	45
Tabel 4.2	<i>Observaties</i>	46
Tabel 4.3	<i>Interviews artsen</i>	47
Tabel 4.4	<i>Interviews managers/bestuurders</i>	47
Tabel 6.1	<i>Ervaringen interprofessionele grenzen</i>	64
Tabel 6.2	<i>Overbruggingsmechanismen in het UMC Utrecht</i>	71

1. INLEIDING

‘Het hele goede van onze besturingsfilosofie is decentrale verantwoordelijkheid. Mooie kleine ziekenhuizen, die het allemaal afzonderlijk buitengewoon goed doen, maar die de ramen tussen elkaar dicht hebben. De nieuwe strategie, met de speerpunten daartussen, moet de gelegenheid geven aan divisies om te zeggen: ‘Ik ga aansluiten of niet. Als ik niet aansluit dan hoor ik er niet meer bij, dan verpieter ik hier. Als ik wel aansluit, dan is het aansluiten in mensen, middelen, keuzes en inzet. Dan hoor ik plots bij de strategie van het UMC Utrecht.’ Dus er is een heel groot belang, impliciet ingebouwd in de strategie, om mee te doen en te gaan praten’
(Jan Kimpfen, voorzitter Raad van Bestuur Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2011).

Het Universitair Medisch Centrum Utrecht heeft in 2009 gekozen voor een nieuwe strategie. De divisiestructuur, waarbinnen artsen en wetenschappers een platform vormen binnen hun expertisegebied, zal worden doorbroken door een nieuwe structuur, zogenaamde speerpunten. Met deze nieuwe strategie speelt het ziekenhuis in op ontwikkelingen die op dit moment in de gezondheidszorg spelen. Dit betekent dat er dingen zullen veranderen, in de organisatie van het UMC Utrecht, maar ook voor artsen zelf, die hun werk op een andere manier zullen moeten inrichten.

1.1 AANLEIDING

De patiënt verandert, doordat er in de toekomst meer ouderen leven die zorgbehoevend zijn, maar ook de rol van de patiënt verandert, zij worden mondiger en eisen optimale zorg. Dit heeft gevolgen voor de gezondheidszorg en daarbinnen voor de organisatiestructuur van de ziekenhuizen. Grenzen tussen artsen blijken deze veranderingen te kunnen blokkeren: overbruggingsmechanismen die ingezet worden kunnen deze grenzen wellicht doorbreken, waardoor multidisciplinaire samenwerking mogelijk wordt.

1.1.1 VERANDERINGEN IN DE ZORG

In de zorgsector is op dit moment sprake van veel beweging. Zo ontstaat er door vergrijzing en ontgroening krapte op de arbeidsmarkt. Er wordt daarom ook wel gesproken van een kwantitatieve ‘zorgkloof’ (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2006). Mensen leven gemiddeld langer waardoor er in de toekomst meer zorgbehoevendenden zullen zijn, terwijl het geboortecijfer daalt. Deze daling heeft gevolgen voor de kosten van de zorg, die voor de beroepsbevolking steeds hoger zullen worden. Daarnaast zal het dalende geboortecijfer gevolgen hebben voor de beschikbaarheid van zorgverleners (WRR, 2006). De potentiële beroepsbevolking in de zorg neemt hierdoor af (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011). Er blijkt echter ook sprake te zijn van een kwalitatieve ‘zorgkloof’ (WRR, 2006). Het cliëntenbestand wordt steeds diverser waardoor wensen en behoeften van cliënten uiteenlopen. Deze toenemende diversiteit versterkt de trend van individualisering die al een aantal jaren zichtbaar is (RVZ, 2011). Burgers zijn, mede door scholing en werkervaring, mondiger geworden (Noordegraaf, 2008). Men verwacht nu een bepaalde kwaliteitsstandaard en burgers zien zorg, anders dan vroeger, niet meer als een gunst, maar als een recht (WRR, 2006). Om te kunnen voldoen aan de stijgende kwaliteitsnorm en de roep om meer onderhandelingsruimte van de cliënt zal het zorgaanbod meer afgestemd moeten worden op de persoonlijke wensen van cliënten (WRR, 2006).

Deze ontwikkelingen leiden tot een toenemende druk op de ziekenhuizen. Zij zullen hun financiële stabiliteit moeten versterken en een bijdrage moeten leveren aan het beheersbaar houden van de zorgkosten. Daarnaast stijgen de verwachtingen vanuit de samenleving over de kwaliteit en transparantie van de zorg, waardoor ook de prestatiedruk verhoogt (RVZ, 2011). De zorgsector is in een zogenoemde interventiefuik terecht gekomen:

'Er moet veel, maar er kan weinig. Collectief handelen is nodig, maar de mogelijkheden van collectief handelen zijn beperkt. De verwachtingen zijn hoog, maar nauwelijks waar te maken'(Noordegraaf, 2008, p. 24).

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011) zal het ziekenhuislandschap er in 2020 anders uit zien dan op dit moment. Eén van die ontwikkelingen is het feit dat ziekenhuisvoorzieningen zich zullen spreiden en concentreren. Minder complexe zorg zal dichterbij de burger worden gesitueerd, terwijl hoogcomplexere zorg op locaties geconcentreerd wordt. Buurtgezondheidscentra zullen een steeds grotere rol krijgen binnen de lokaal georganiseerde anderhalvelijnszorg, waarin de expertise van medisch specialisten wordt geïntegreerd met eerstelijns functies, zoals huisartsensprekken. Een van de verwachte gevolgen van de concentratiebeweging is dat ziekenhuizen scherpe keuzes zullen maken in hun zorgportfolio, de focus zal op bepaalde specialismen of typen zorg gelegd worden (RVZ, 2011).

Innovatie geeft mogelijkheden om als ziekenhuis te kunnen voldoen aan de veranderingen in de zorg en tegelijkertijd de kosten beheersbaar te kunnen houden (RVZ, 2011). Niet alleen het ziekenhuis als organisatie zal veranderingen doormaken, ook zullen er verscheidene ontwikkelingen moeten plaatsvinden die betrekking hebben op de professionals die werkzaam zijn in het ziekenhuis (RVZ, 2011). Het ziekenhuis zal moeten innoveren door de ontwikkelingen die zich nu afspelen binnen de zorg en binnen dit veranderproces spelen artsen en andere zorgprofessionals een erg belangrijke rol. De slagingskans van deze innovaties zal groter zijn wanneer de artsen mee 'innoveren'. De veranderingen zullen zich dan over de gehele organisatie verspreiden. Niet alleen managers zullen op een andere manier gaan werken, maar ook de zorgprofessionals die werkzaam zijn in het ziekenhuis.

1.1.2 DE PROFESSIONAL EN ZIJN GRENZEN

De geneeskunde wordt gewoonlijk beschouwd als het prototype professe. Zo'n professe bestaat uit instituties, organisaties, zoals het ziekenhuis, eigen standaarden en codes maar vooral uit professioneel personeel, zoals artsen (Bucher en Strauss, 1961). Er blijken verschillende kenmerken te bestaan waaraan je kunt zien of een beroepsgroep uit professionals bestaat, Wilensky (1964) noemt er twee. Ten eerste moet het werk een technische basis bezitten: medewerkers hebben specifieke kennis nodig om het werk uit te kunnen voeren en zij delen deze kennis met elkaar. Ten tweede bestaat een beroepsgroep uit professionals wanneer er gebruik wordt gemaakt van professionele normen. Vanuit dit licht gezien zijn klassieke professionals diegenen die zich over de inhoud van het werk ontfemen. Ze bepalen zelf hoe deze inhoud er uit ziet, wat relevant is voor hun vakgebied en wie ze toelaten in hun beroepskring. Ze zijn autonoom in hun handelen, zij maken de inhoudelijke beslissingen. De professionals behoren tot een professionele gemeenschap die de professionele waarden waarborgt (Wilensky, 1964).

Professionals hechten veel belang aan hun autonomie. Ook binnen de beroepsdomeinen bestaat deze autonomie, wat zorgt voor het ontstaan van segmenten binnen deze domeinen. Professies blijken niet homogeen te zijn, vaak bestaan er kleine coalities binnen een professe die verschillende identiteiten, belangen, waarden en normen bezitten (Bucher en Strauss, 1961). Zo behoren zowel een huisarts als een medisch specialist tot het domein van de medisch professional, maar hebben zij toch elk weer hun eigen specifieke domein. Ook bestaan er onder de medisch specialisten aparte domeinen (Bucher en Strauss, 1961). Hierdoor zijn er sterke verschillen tussen de verschillende typen zorgverleners. De grenzen tussen de verschillende domeinen staan veranderingen in de weg, omdat zij gericht zijn op het behoud van professionele domeinen (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011). Deze *interprofessionele grenzen* zijn niet alleen technisch van aard, maar ook cognitief en sociaal bepaald. Deze onderliggende sociale en cognitieve grenzen bepalen vaak wie bij een specifiek domein hoort en hoe de leden van verschillende domeinen zich tot elkaar verhouden (Ferlie et al, 2005). De grenzen die de verschillende segmenten van elkaar gescheiden houden, blijken ook kennisuitwisseling en interactie tussen de domeinen tegen te houden, waardoor leren en ontwikkelen binnen het segment belemmerd worden. Innovaties die vanuit de organisatie worden doorgevoerd bereiken de

professionals slecht (Ferlie et al, 2005). Hoe sterker de door professionals georganiseerde beroepsgroep is, hoe lastiger het is om veranderingen door te voeren (Ackroyd et al, 2007).

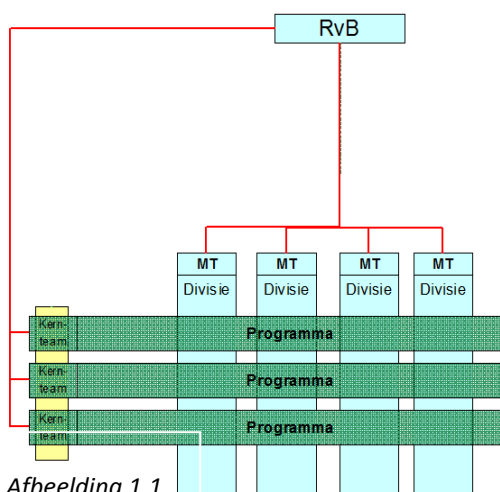
1.1.3 HET UMC UTRECHT

Ook voor het UMC Utrecht gelden bovengenoemde maatschappelijke ontwikkelingen. De Raad van Bestuur van het UMC Utrecht heeft daarom in 2009 het strategisch meerjarenplan 2010-2015 ontwikkeld, dat intern de naam 'Strategie 3.0' heeft gekregen, waarmee het ziekenhuis een nieuwe koers wil varen. De naam '3.0' staat voor de derde strategienota die het UMC Utrecht heeft gemaakt, maar ook voor de drie taken van het UMC Utrecht, namelijk zorg, onderwijs en onderzoek.¹

In de nieuwe strategie van het UMC Utrecht is iedere patiënt aan de poort welkom. Acute zorg, zoals spoedeisende hulp, en flankerende zorg, zoals de second opinion-functie, is hiervoor beschikbaar. De kern van de strategie is echter de zes aandoeninggebieden (zie kader), waar het UMC Utrecht zich op wil concentreren. Door scherp te kiezen kan het ziekenhuis zich duidelijk profileren, in het binnenland, maar vooral ook in het buitenland. Binnen deze zes speerpunten zal geïnvesteerd worden, in andere gebieden die hier buiten vallen zal minder geld gestopt worden. In 2009 werden onderzoekers van het UMC Utrecht uitgenodigd onderzoeken voor te dragen als mogelijk speerpunt. Door onder andere de Wetenschapscommissie zijn deze onderzoeken beoordeeld, geselecteerd en geclusterd. Uiteindelijk zijn zo zes grote multidisciplinaire speerpunten ontstaan. Binnen deze speerpunten is een kernteam ingesteld met één onderzoeker als voorzitter. Ook bij het benoemen van nieuwe hoogleraren zal gekeken worden of deze benoeming een versterking is voor de programma's. Divisies en afdelingen hebben de opdracht hun activiteiten zo veel mogelijk af te stemmen op de programma's. Deze specialisatie zal volgens Jan Kimpen, bestuursvoorzitter UMC Utrecht, leiden tot meer efficiency, maar ook tot betere zorg en innovatie, aangezien alle kennis en investeringen gericht ingezet worden.²

De speerpunten:

- *Healthy Brain
- *Dysfunctional Immunity
- *Circular Health
- *Personalized Cancer Care
- *Stem Cells
- *Child Health



Afbeelding 1.1

Op dit moment bestaat de organisatiestructuur van het UMC Utrecht uit verschillende medische divisies. De zes speerpuntprogramma's worden onder leiding van het kernteam horizontaal geïntegreerd in alle divisies (zie afbeelding 1.1). De programma's omvatten een dynamisch proces van innovatie dat tot nieuwe vormen van zorg zal leiden. Volgens het UMC Utrecht zal de nieuwe strategienota tot drie zaken leiden. Ten eerste zal de kennis die wordt opgedaan omgezet kunnen worden in een verbetering voor mens en maatschappij. Daarnaast zullen multidisciplinaire teams grote klinische vraagstukken oplossen en zal er een dynamische interactie ontstaan tussen het UMC Utrecht, haar patiënten en de samenleving.³

Binnen de programma's is innovatie de centrale opdracht. Door topzorg en toponderzoek aan elkaar te koppelen zal de reguliere zorg hier uiteindelijk weer van kunnen profiteren. Er wordt gefocust op een beperkt

¹ Documenten Strategie 3.0 via Intranet UMC Utrecht

² *Ibidem*

³ *Ibidem*

aantal ziektebeelden. Zorgprofessionals zullen uit de verschillende divisies in multidisciplinaire teams in deze specifieke programma's samenwerken.

1.1.4 OVERBRUGGINGSMECHANISMEN

Strategie 3.0 van het UMC Utrecht is een voorbeeld van een innovatie die binnen het ziekenhuis ontwikkeld wordt en vervolgens geïmplementeerd wordt in de gehele organisatie. De artsen die werkzaam zijn in het ziekenhuis zijn niet alleen zelf de voornaamste bron van innovatie, maar zijn ook 'lijdend voorwerp' van innovatie. De slagingskans van deze innovaties zal groter zijn wanneer de artsen mee 'innoveren'. Binnen het UMC Utrecht wordt getracht innovatie door te voeren door middel van multidisciplinaire teams. Zo wordt er verwacht dat door multidisciplinaire interactie innovatie gemakkelijker verspreid en opgenomen wordt binnen de organisatie.⁴ Samenwerking tussen professionals uit verschillende professionele domeinen wordt in het ziekenhuis dus als middel ingezet om innovatie binnen zorg en onderzoek te bewerkstelligen.

Het blijkt dat wanneer een organisatie uit diverse professionele groepen bestaat en wanneer binnen deze professionele groepen verschillende domeinen zijn te onderscheiden, de verspreiding van veranderingen binnen de organisatie vertraagt (Ferlie et al., 2005). Naast een complexe organisatiestructuur zijn er ook andere factoren die van invloed kunnen zijn op de verspreiding van innovatie onder professionals. Zo speelt de beschikbaarheid van (financiële) middelen een belangrijke rol. Wanneer er weinig geld beschikbaar is om veranderingen door te voeren, terwijl dit wel om extra werk vraagt van professionals, zal men zich minder gestimuleerd voelen om de innovaties verder te verspreiden naar andere domeinen. Ook de verschillen in cultuur en geschiedenis van de professionals en cliëntengroepen van de verschillende domeinen kunnen blokkades vormen voor veranderingen (Fitzgerald et al., 2002).

Om de interprofessionele grenzen tussen deze verschillende domeinen te overbruggen, kunnen verschillende mechanismen ingezet worden die overbruggingsprocessen in gang zetten. Uit de literatuur blijken fysieke en abstracte middelen gebruikt te kunnen worden in het overbruggingsproces, maar ook mensen binnen de organisatie, zoals managers, projectleiders of professionals zelf, kunnen het overbruggen van interprofessionele grenzen stimuleren (Wenger, 2000). Voorbeelden van overbruggingsmechanismen zijn het organiseren van gezamenlijke activiteiten, databanken waar professionals dezelfde informatie uit kunnen putten en vergaderruimtes, waar professionals bij elkaar kunnen komen om effectief samen te werken (Wenger, 2000; Carlile, 2002).

⁴ Documenten Strategie 3.0 via Intranet UMC Utrecht

1.2 PROBLEEMSTELLING

Door ontwikkelingen in de zorgsector zullen ziekenhuizen en hun professionals op andere manieren het werk moeten organiseren. Er blijkt steeds meer vraag te zijn naar verandering en ziekenhuizen spelen op deze veranderingen in door innovaties als Strategie 3.0 van het UMC Utrecht in te voeren. Doordat deze zes speerpuntprogramma's zullen worden verweven met de al bestaande divisies zullen professionals uit de verschillende divisies nu met elkaar multidisciplinaire teams vormen, die binnen de speerpuntprogramma's werkzaam zullen zijn, maar tegelijkertijd in dienst zullen blijven van de divisies. Het blijkt dat artsen van oudsher werken binnen verschillende segmenten, die samen de professie vormen. Tussen deze segmenten bestaan interprofessionele grenzen. De artsen die samen zo'n segment vormen delen dezelfde kennis, normen en waarden, interesses en belangen. Deze kenmerken verschillen tussen de verscheidene segmenten die binnen de professie bestaan en blijken onderling met elkaar tot een hiërarchische verhouding te staan.

Deze interprofessionele grenzen kunnen samenwerking tussen professionals en innovatie binnen de organisatie blokkeren. Of dit gebeurt en in welke mate hangt af van de overbruggingsmechanismen die worden ingezet in de organisatie. Dit kunnen fysieke en abstracte middelen zijn, maar ook personen kunnen zich inzetten om samenwerking te stimuleren, zoals managers of professionals. Er zal worden gekeken in hoeverre Strategie 3.0 van het UMC Utrecht een manier is om overbruggingsmechanismen in de organisatie in te zetten, om zo multidisciplinaire samenwerking tot stand te brengen. waardoor innovatie in zorg en onderzoek mogelijk wordt. Interessant is om te kijken in hoeverre deze mechanismen van invloed zijn op de overbruggingsprocessen tussen professionals en in welke vormen deze mechanismen verschijnen om de processen te beïnvloeden.

1.2.1 DOELSTELLING

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de manier waarop de samenwerking tussen professionals verloopt binnen multidisciplinaire teams in het UMC Utrecht. Daarnaast wordt gekeken naar de invloed van intentionele overbruggingsmechanismen op deze samenwerking. De doelstelling van dit onderzoek is:

Het bestuderen van de mechanismen die interprofessionele grenzen binnen multidisciplinaire teams van het UMC Utrecht overbruggen en de factoren die dit overbruggingsproces beïnvloeden.

Het doel van het onderzoek bestaat uit drie lagen: ten eerste zal de samenwerking tussen professionals worden beschreven, de grenzen die tussen deze artsen kunnen voorkomen en de overbruggingsmechanismen die ingezet worden om samenwerking te bevorderen. Bij samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen zullen overbruggingsmechanismen op verschillende manieren en in verschillende mate een rol spelen. Interessant is te kijken naar de processen die nu spelen tussen de professionals in het UMC Utrecht. In de tweede laag zal de invloed die overbruggingsmechanismen hebben op de samenwerking tussen artsen verklaard worden. In de derde laag zullen de overbruggingsmechanismen die ingezet worden om samenwerking tussen artsen van verschillende disciplines beoordeeld worden. Daardoor kan er ingegaan worden op de manieren waarop de organisatie mechanismen in de toekomst kan inzetten om overbruggingen tussen interprofessionele grenzen te bewerkstelligen. Wanneer de eerste twee lagen worden blootgelegd, kan onderzocht worden wat de verhouding is tussen multidisciplinaire samenwerking en de overbruggingsmechanismen die het ziekenhuis inzet. Vervolgens kan worden bepaald in hoeverre deze overbruggingsmechanismen effect hebben op de samenwerking tussen professionals. Ten slotte kan een advies uitgebracht worden aan het UMC Utrecht welke overbruggingsmechanismen het ziekenhuis kan inzetten om samenwerking te bevorderen en daarnaast de voorwaarden om dit te kunnen doen bloot te leggen.

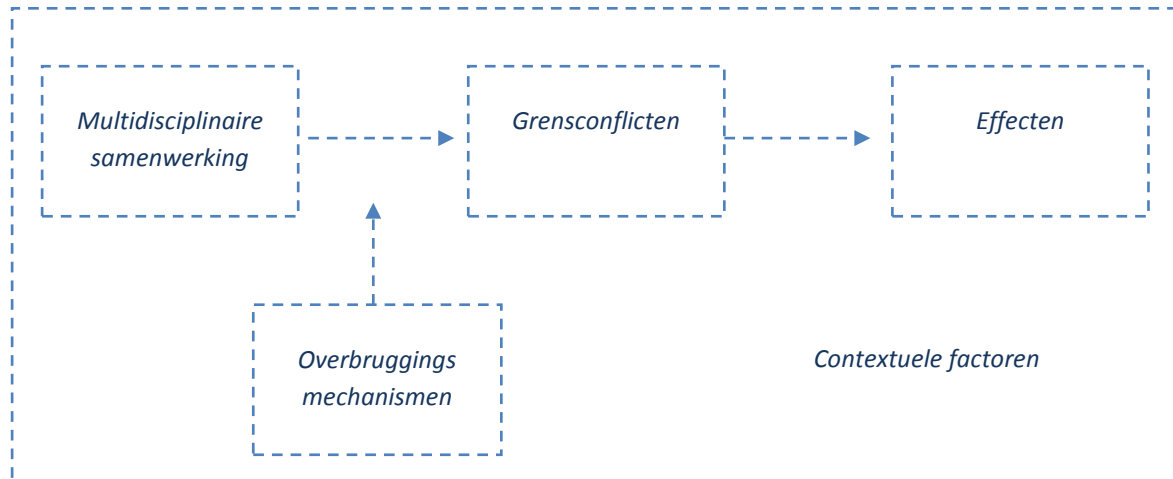
Uit deze doelstelling kan een vraagstelling geformuleerd worden, die hieronder zal worden weergegeven.

1.2.2 VRAAGSTELLING

De vraag die in dit onderzoek centraal zal staan is:

Via welke mechanismen worden interprofessionele grenzen binnen multidisciplinaire teams van het UMC Utrecht overbrugd en welke factoren beïnvloeden dit overbruggingsproces?

Deze vraag is op de volgende manier schematisch weergegeven in figuur 1.1:



Figuur 1.1

De deelvragen bij deze hoofdvraag zijn opgedeeld in theoretische vragen en empirische vragen. De theorie kan op deze manier getoetst worden met de praktijk en zijn daarnaast een onderbouwing en aanleiding voor de empirische vragen.

THEORETISCHE DEELVRAGEN:

1. Wat zijn interprofessionele grenzen?

In de inleiding is uiteengezet dat een element van klassiek professionalisme interprofessionele grenzen bedraagt. In dit onderzoek zullen de kenmerken van deze grenzen worden blootgelegd.

2. Welke ontwikkelingen maken deze grenzen problematisch?

Het blijkt dat door allerlei ontwikkelingen in de zorgsector de arts meer moet samenwerken. Door het bestaan van interprofessionele grenzen kan deze samenwerking echter problematisch zijn. In dit onderzoek zullen de ontwikkelingen die multidisciplinaire samenwerking noodzakelijk maakt van dichtbij bestudeerd worden.

3. Via welke mechanismen kunnen grenzen overbrugd worden?

Om multidisciplinaire samenwerking tot stand te kunnen brengen, zullen de interprofessionele grenzen overbrugd moeten worden. Dit blijkt op verschillende manieren mogelijk te zijn. Deze overbruggingsmechanismen zullen gecategoriseerd worden en gekeken zal worden in hoeverre deze mechanismen bewust ingezet kunnen worden.

4. Welke factoren beïnvloeden de effectiviteit van deze overbruggingsmechanismen?

Het blijkt dat bepaalde factoren van invloed zijn op de effectiviteit van overbruggingsmechanismen.

EMPIRISCHE DEELVRAGEN:

5. Ervaren professionals in het UMC Utrecht interprofessionele grenzen en zo ja, op welke wijze ervaren ze dit?

Gevraagd zal worden aan artsen of zij technische, sociale of cognitieve interprofessionele grenzen ervaren wanneer zij met andere artsen in contact komen en op welke manieren zij dit ervaren.

6. Uiten interprofessionele grenzen zich in het UMC Utrecht en zo ja, op welke wijze gebeurt dit?

Door middel van interviews en observaties zal worden onderzocht of technische, sociale of cognitieve interprofessionele grenzen zich uiten tussen artsen van het UMC Utrecht die werkzaam zijn in multidisciplinaire teams. Ook zal worden gekeken hoe deze grenzen gestalte krijgen in het multidisciplinaire overleg.

7. Via welke mechanismen worden grenzen in het UMC Utrecht overbrugd?

Er zal gekeken worden of er al overbruggingsmechanismen worden ingezet in het UMC Utrecht en met name binnen de multidisciplinaire overleggen en welke overbruggingsmechanismen dit zijn. Vervolgens zal gekeken worden naar de effectiviteit van deze mechanismen.

8. Welke factoren spelen een rol binnen de grensoverbrugging in het UMC Utrecht?

De factoren die van invloed zijn op de effectiviteit van de overbruggingsmechanismen zullen in dit onderzoek bloot worden gelegd.

1.2.3 ONDERZOEKSAANPAK

Voor dit onderzoek is gekozen voor een interpretatieve wetenschapsbenadering, dat inhoudt dat de onderzoeker er van uit gaat dat mensen op verschillende manieren verschijnselen in de wereld interpreteren. Ieder mens kijkt op zijn eigen manier naar de wereld en maakt daar de werkelijkheid van. De onderzoeker probeert er achter te komen hoe mensen de werkelijkheid interpreteren en beseft daarnaast dat ook de blik van de onderzoeker een interpretatieve weergave is (Van Thiel, 2010; Boeije, 2005). In dit onderzoek zal gekeken worden naar de interpretaties die de arts geeft aan multidisciplinaire samenwerking en wordt vanuit een cultureel perspectief de focus gelegd op de relaties die artsen onderhouden met elkaar en de manier waarop interacties tot stand komen.

Interpretatief onderzoek wordt uitgevoerd op basis van een kwalitatieve benadering. Dit betekent dat er geen gebruik wordt gemaakt van cijfers, maar van uitspraken, bepaald gedrag en verzamelde documenten. In dit onderzoek is eerst een onderzoeksontwerp opgesteld aan de hand van wetenschappelijke literatuur. Hier uit is een theoretisch kader opgezet, dat het theoretische onderzoeksmodel vormt voor het empirische gedeelte van het onderzoek. Er is gekozen voor een drietal methoden om de data te verzamelen, namelijk documentanalyse, observaties en interviews. Vervolgens kan een data-analyse worden uitgevoerd en kunnen hier conclusies aan verbonden worden.

1.3 WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Dit onderzoek draagt op verschillende manieren bij aan de al bestaande theorieën rondom professionals, interprofessionele grenzen en samenwerking in de zorg. Er is al veel bekend over de *professional boundaries* die aanwezig zijn binnen de medische professie (o.a. Bucher en Strauss, 1961, Abbott, 1995, Ferlie et al, 2005), maar dit onderzoek laat een licht schijnen op de manieren waarop deze grenzen, met behulp van verschillende mechanismen, overbrugd kunnen worden. Door middel van empirisch onderzoek naar de samenwerking binnen multidisciplinaire teams tussen zorgprofessionals zullen de bestaande theorieën rondom deze samenwerking getoetst worden. De verhouding tussen de theorieën over professionals, interprofessionele grenzen en multidisciplinaire samenwerking en de wijzen waarop artsen in het UMC Utrecht met elkaar samenwerken zullen bloot gelegd worden.

Daarnaast wordt in dit onderzoek gekeken naar de manieren waarop grensoverbrugging plaatsvindt en de factoren die op deze grensoverbrugging van invloed zijn. Het blijkt dat er vaak hoge verwachtingen zijn dat managers en bestuurders kunnen sturen op meer samenwerking tussen artsen. In dit onderzoek zal onderzocht worden in hoeverre deze sturingsmechanismen nu bijdragen aan de mate van multidisciplinaire samenwerking en welke overbruggingsmechanismen effect hebben op de cognitieve, sociale en technische grenzen. Ferlie et al. (2005) noemen de noodzaak te onderzoeken *'which preconditions and mechanisms were effective for bridging the social and cognitive boundaries indentified in positive (rapidly adopting) outlying sites'* (Ferlie et al., 2005, p. 132).

1.4 MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Naast wetenschappelijke relevantie heeft dit onderzoek ook praktische relevantie voor het UMC Utrecht en wellicht ook andere ziekenhuizen of zorgorganisaties. Uit een evaluatie in 2011 door het UMC Utrecht is naar voren gekomen dat Strategie 3.0 leeft in het ziekenhuis en is doorgedrongen tot alle lagen van de organisatie, maar het bleek ook dat het vertalen van afspraken naar concrete maatregelen, tussen de divisies en speerpunten, een lastige opgave is.⁵ Omdat de kern van de strategie de integratie is van de speerpuntprogramma's met de divisies zijn door middel van multidisciplinaire teams, is het ontzettend belangrijk dat juist daar de transitie door middel van concrete maatregelen doorgevoerd wordt.

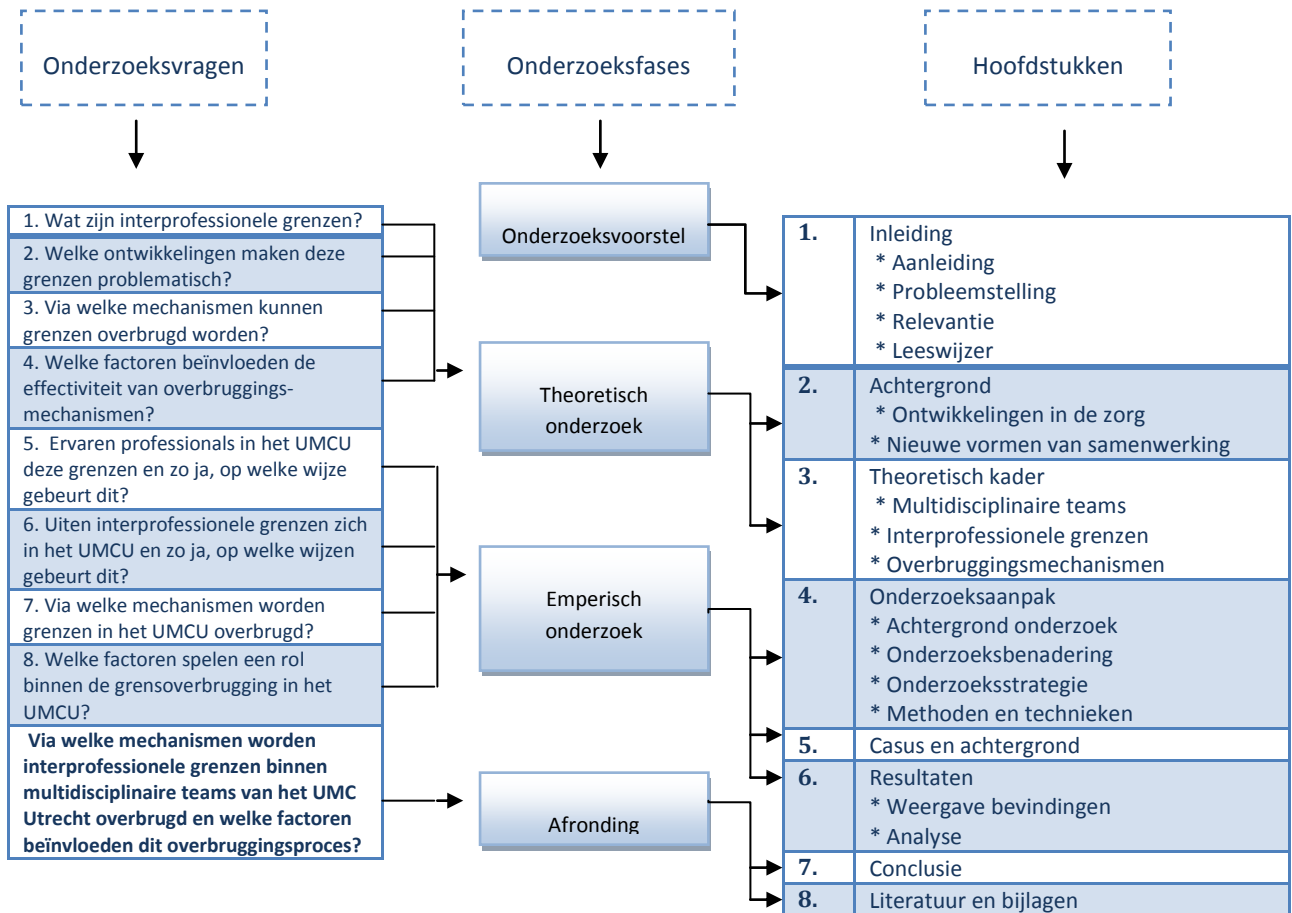
Uit het stakeholderonderzoek dat in december 2011 is uitgevoerd door TNS NIPO in het UMC Utrecht met onder andere 100 patiënten, 500 bezoekers en 93 studenten / AIOS van het UMC Utrecht komt de interne samenwerking van het UMC Utrecht meerdere malen in negatieve zin naar voren. Men ervaart dat er weinig afstemming is tussen de verschillende afdelingen, divisies blijken zich te gedragen als 'koninkrijkjes' op zich en er is veel onderlinge strijd tussen deze afdelingen. Deze moeizame interne samenwerking kan een probleem vormen voor de zorg die artsen in samenwerking met artsen van andere divisies moeten leveren aan patiënten. In tegenstelling tot het stakeholderonderzoek zal dit onderzoek deze interne samenwerking bestuderen vanuit het perspectief van artsen. Op die manier kan een effectieve bijdrage geleverd worden aan de verbetering van het handelen van artsen.

Dit onderzoek zal een bijdrage kunnen leveren bij het ontwerpen van instrumenten die kunnen helpen om interprofessionele grenzen tussen professionals te overbruggen. Het onderzoek draagt daarnaast ook bij aan de verbetering van zorg doordat het onderzoek placht handvaten aan te reiken voor de verbetering van de werkwijzen van professionals om uiteindelijk de patiëntenzorg te optimaliseren.

⁵ Documenten Strategie 3.0 via Intranet UMC Utrecht

1.5 LEESWIJZER

Figuur 1.2 presenteert de structuur van dit onderzoek. In dit schematisch overzicht wordt getoond hoe de onderzoeksvragen gerelateerd zijn aan de verschillende fases in het onderzoeksproces en hoe dit gekoppeld is aan de hoofdstukken van het onderzoek.



Figuur 1.2

2. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR

Er doen zich op dit moment verschillende ontwikkelingen en trends voor die betrekking hebben op de gezondheid van de samenleving en, daarmee samenhangend, de gezondheidszorg in de samenleving. Organisaties binnen de zorgsector, zoals ziekenhuizen, kunnen deze ontwikkelingen niet negeren: het heeft een directe invloed op het functioneren van een organisatie. De ziekenhuizen zullen daarom maatregelen nemen om in te kunnen spelen op de ontwikkelingen en trends die zich voordoen, men zal innoveren en vernieuwen. Nieuwe manieren van samenwerking, binnen de muren van het ziekenhuis en buiten deze muren, zal een belangrijk middel zijn om deze innovaties en vernieuwingen te laten slagen. In dit onderzoek zal de focus op interne samenwerking gelegd worden.

In dit hoofdstuk wordt eerst de veranderende patiënt maar ook de veranderende rol van de patiënt in de samenleving besproken. Vervolgens zal worden ingegaan op de gevolgen die door deze ontwikkelingen in de gezondheidszorg ontstaan. Om de druk die op ziekenhuizen wordt gelegd door deze ontwikkelingen te verminderen, zal zorg verspreid en geconcentreerd worden, door middel van gezondheidscentra dicht bij de patiënt en hoogcomplexen, gespecialiseerde ziekenhuizen op een beperkt aantal locaties. Dit vraagt veel van ziekenhuizen, zij zullen een veranderproces in gang moeten zetten. Ten slotte wordt in dit hoofdstuk besproken wat de gevolgen voor de zorgprofessionals zullen zijn, die de spil in innovaties zijn.

2.1 DE VERANDERENDE PATIËNT

De patiëntenpopulatie lijkt te veranderen. Mensen worden steeds ouder, waardoor de samenleving vergrijsd. Ouderen hebben over het algemeen meer zorg nodig, waardoor de vraag naar gezondheidszorg ook stijgt. Ook groeit het aantal patiënten die aan meerdere, vaak complexe, ziekten tegelijk lijdt. Niet alleen de zorgvraag van de patiënten verandert, ook de ideeën die patiënten over gezondheidszorg hebben veranderen. Men beschouwt het krijgen van zorg als een recht en men komt ook op voor deze rechten. Deze zorg moet daarnaast ook 'passen' bij de patiënt, de zorg moet worden aangepast aan de wensen en behoeften van de individuele patiënt. De ontwikkeling die hier bij aansluit is het feit dat patiënten steeds meer inspraak hebben in hun eigen zorgproces, bijvoorbeeld door middel van *social media* en andere ICT mogelijkheden.

2.1.1 GEZONDER, MAAR MEER ZIEKTEN

Sinds 2002 stijgt de levensverwachting van Nederlanders opvallend snel. Tussen 2003 en 2008 zijn er twee extra levensjaren bijgekomen, waardoor nu de gemiddelde levensverwachting van mannen 78,3 is, vrouwen leven gemiddeld 82,3 jaar (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010). Het is niet helemaal zeker hoe het komt dat men steeds ouder wordt. De mildere winters en zomers kunnen hier een rol bij spelen, maar ook toegenomen welvaart en meer en betere gezondheidszorg bieden verklaringen voor de stijging van de levensverwachting. Achter deze stijging gaat een veranderd sterfjepatroon schuil. In de twintigste eeuw kwamen welvaartsziekten steeds meer op. De ontwikkeling van hart- en vaatziekten en kanker heeft het sterfjepatroon sterk beïnvloed en in 2010 is kanker doodsoorzaak nummer één. Volgens het kernrapport van de Volksgezondheid toekomstverkenning 2010, in opdracht van de RIVM, is voor de volksgezondheid belangrijk dat de jaren die bij de levensverwachting komen gezonde jaren zijn. *'Gezond ouder worden is de uitdaging die de vergrijzing aan de samenleving stelt'* (RIVM, 2010, p. 22). Er zullen dus steeds meer ouderen komen, waardoor de zorgvraag zal stijgen en veranderen.

Uit het rapport van de RIVM (2010) blijkt dat de gezondheid van Nederlanders toeneemt, maar dat tegelijkertijd mensen meer ziekten hebben. Aan de ene kant komt dit door de vooruitgang in de medische wetenschap. Doordat er steeds meer kennis over ziekten is, worden ziekten meer en sneller opgespoord. Dit betekent dat mensen eerder behandeld worden, maar hierdoor neemt het aantal ziekten wel toe. Ook het aantal patiënten met meerdere ziekten tegelijkertijd (comorbiditeit of multimorbiditeit) neemt de aankomende

jaren sterk toe (RVZ, 2011). Aan de andere kant geven steeds meer Nederlanders aan dat ze 'iets' hebben (RIVM, 2010, p. 29). De eisen die in de veranderende samenleving gesteld worden, worden steeds hoger, men accepteert minder gemakkelijk ongemak en tegenslag. Medische professionals worden daarom steeds vaker ingeschakeld. Ook de farmaceutische industrie speelt een rol in de toename van het aantal zieken in het land. Door reclame te maken voor geneesmiddelen voor alledaagse ongemakken werken de producenten van geneesmiddelen medicalisering in de hand (RIVM, 2010). Door deze ontwikkelingen worden in Nederland steeds meer diagnoses gesteld, terwijl de gezondheid niet verslechterd.

2.1.2 MONDIGE PATIËNT

Niet alleen de gezondheid van de samenleving verandert, ook de mensen zelf die in die samenleving leven veranderen. Zo is visie van mensen over gezondheidszorg anders dan vroeger, waardoor de positie van deze mensen in de gezondheidszorg zich ook wijzigt. Volgens de WRR (2006) is één van deze ontwikkelingen de opkomst van een *'algemene middenklassenorm voor dienstverlening'*, dat samenhangt met de verandering van zorgvragers (WRR, 2006, p. 125). Waar voorheen de zorg door veel mensen als een gunst werd beschouwd, is dit nu veranderd naar visie op zorg als recht. Men gaat zorg steeds meer als een dienst zien, *'een activiteit die beschikbaar is op een markt en daar tegen een bepaalde prijs ingekocht kan worden'* (WRR, 2006, p. 126). Doordat ouderen steeds rijker worden, stijgen daarmee ook de verwachtingen van professionele zorg. Zorgvragende burgers worden steeds assertiever en mondiger. Noordegraaf (2008) spreekt in dit verband over *'eigenwijze burgers'* (Noordegraaf, 2008, p. 55). Doordat burgers tegenwoordig vaak goed zijn opgeleid komen zij sneller op voor hun eigen rechten en leggen zij zich minder snel neer bij beslissingen (Noordegraaf, 2008, p. 57).

Een ontwikkeling die hierbij aansluit is het feit dat patiënten steeds vaker 'zorg op maat' verlangen. Er blijkt vaak ruimte te zijn voor verschillende invullingen van een behandeling, waarbij patiënten beter denken te weten wat goed voor hen is dan de betreffende zorgverleners. *'Goede professionele zorg wordt dan ook steeds meer een coproductie met de zorgbehoefte'* (WRR, 2006, p. 126). Deze ontwikkeling leidt ertoe dat 'de' patiënt niet meer bestaat (RVZ, 2011). De trend van individualisering is hier een oorzaak van. De geïndividualiseerde burgers zijn minder aan traditionele kaders als kerk, familie of politieke partij verbonden dan vroeger, men bepaalt zelf hoe men zijn of haar leven inricht en welke sociale verbanden men aangaat (Noordegraaf, 2008). Men maakt steeds vaker zelfstandige beslissingen en schikt zich niet zo gemakkelijk meer in collectieve verbanden (RVZ, 2011). Deze individualisering wordt versterkt, en versterkt zelf ook weer, de ontwikkeling van toenemende diversiteit. In de samenleving ontstaat een grote verscheidenheid aan samenlevingsvormen, leefwijzen en behoeften (RVZ, 2011). Deze ontwikkelingen zouden als gevolg kunnen hebben dat burgers verschillende eisen kunnen stellen aan de verzorgingsstaat en meer keuzeopties willen hebben in hun sociale voorzieningenpakket (WRR, 2006, p. 71). De wensen van de burger eisen daardoor een steeds belangrijker rol op binnen de samenleving en de verschillende vormen van dienstverlening hierbinnen (RVZ, 2011).

Ook technologische ontwikkelingen maken dat de positie van de patiënt verandert. Zo staat de term 'Gezondheid 2.0' voor een advies van de RVZ uit 2010 over gezondheid, waarbij de burger een participerende rol krijgt toebedeeld. Door middel van *social media* kan de patiënt en professional participeren met andere patiënten en professionals in (online) *communities* over gezond worden of blijven (RVZ, 2010a). Ook de intrede van *telehealth* en *Healthbuddy*, waardoor patiënten thuis in contact staan met zorgprofessionals en zo zelf controles kunnen uitvoeren, zijn voorbeelden van deze ontwikkelingen (RVZ, 2011). Patiënten krijgen op deze manier steeds meer inspraak in hun eigen ziekte- en genezingsproces.

De veranderende patiënt en de veranderende rol van de patiënt in de gezondheidszorg is in tabel 2.1 schematisch samenvat:

De veranderende patiënt	De veranderende rol van de patiënt
Hogere levensverwachting	Veeleisender
Meer ziekten	Verlangen naar zorg op maat
Multimorbiditeit	Participerend

Tabel 2.1

2.2 IMPLICATIES VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

De ontwikkeling van meer zieken betekent een grotere zorgvraag. De kosten van deze zorg zullen daarom stijgen, niet alleen voor de patiënten zelf, maar ook voor het ziekenhuis. Door de hogere verwachtingen van de mondige patiënt over de gezondheidszorg en de inmenging van de patiënt in zijn eigen zorgproces, wordt de (prestatie)druk verhoogd. Het blijkt dat de gezondheidszorg in een zogenaamd interventiefuik terecht is gekomen: *'Er moet veel, maar er kan weinig. Collectief handelen is nodig, maar de mogelijkheden van collectief handelen zijn beperkt. De verwachtingen zijn hoog, maar nauwelijks waar te maken'* (Noordegraaf, 2008, p. 24).

2.2.1 MEER PATIËNTEN, MINDER MIDDELEN

Door de stijgende levensverwachting zal een steeds groter deel van de bevolking uit ouderen bestaan. Ook wanneer deze ouderen gezond zijn neemt ook voor hen de totale zorgvraag toe, omdat zij langer leven (RIVM, 2010). Door de ontwikkelingen in de medische technologie zullen mensen daarnaast steeds vaker gebruik willen maken van het zorgaanbod (RVZ, 2011). In de komende decennia zullen daarom de zorguitgaven verder stijgen (RIVM, 2010, p. 86). Op dit moment groeien de zorgkosten jaarlijks met vier procent (CBS, 2011; Zorgvisie, 2011c, in: RVZ, 2011, p. 28). Door deze toename in het zorgvolume zullen er veel banen in de zorg bij moeten komen. Tot 2030 zijn er een kleine 300.000 extra arbeidsjaren nodig (RIVM, 2010, p. 86). Door veranderingen in vruchtbaarheid en relatievorming en -ontbinding zal het geboortecijfer in Nederland verder dalen (WRR, 2006, p. 120). Tegelijkertijd zal de beroepsbevolking met een half miljoen personen krimpen (RIVM, 2010, p. 86). Hierdoor zullen de kosten van de AOW en de gezondheidszorg verdeeld moeten worden over minder mensen.

De stijgende kosten en de krapte op de arbeidsmarkt leiden tot dilemma's. De zorgvraag stijgt, terwijl de middelen beperkt zijn. In het rapport van de RIVM (2010) wordt dan ook gezegd dat: *'De zorg voor de toekomst dus met recht een zorg is'* (RIVM, 2010, p. 90). Er zal gekeken moeten worden naar bezuinigingsmaatregelen binnen de gezondheidszorg, maar deze bezuinigingen mogen de volksgezondheid geen schade opleveren (RIVM, 2010). Een andere optie is innovatie, waar de zorg op dit moment al mee te maken heeft. Er zal rekening mee gehouden moeten worden dat innovaties juist tot meer vraag naar zorg zal leiden, aangezien technologische ontwikkelingen bijvoorbeeld nieuwe en andere ziekten kan opsporen (RIVM, 2010).

Omdat er in de aankomende jaren minder zorgpersoneel beschikbaar zal zijn en ziekenhuizen minder geld kunnen uitgeven, zal de verantwoordelijkheid voor goede zorg steeds meer bij de burger en de patiënt zelf komen te liggen. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid geeft in zijn advies (2006) aan dat *'de fase waarin bijna de gehele verantwoordelijkheid voor de organisatie en uitvoering bij de overheid ligt, echter wel achter de rug lijkt'* (WRR, 2006, p. 252). Ook de professional en de zorgaanbieder zullen meer verantwoordelijkheden krijgen rondom het zorgaanbod. Deze ontwikkeling zal leiden tot een meer patiëntgerichte zorg (WRR, 2006).

2.2.2 DE PATIËNT CENTRAAL

Volgens het advies 'Gezondheid 2.0' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010a), waarin een toekomstscenario wordt geschetst waarin de patiënt centraal staat en zorg, door middel van onder andere internet, vraaggestuurd is, zal het accent vooral liggen op de regierol van de patiënt. Dit zal leiden tot een andere relatie tussen de arts en de patiënt. Doordat de patiënt zijn of haar ziekte zelf gaat 'managen' zal werk uit handen worden genomen van de zorgprofessional (RVZ, 2010a). De overheid zal de participatie van patiënten in hun zorgproces moeten faciliteren. Wanneer de overheid wet- en regelgeving rondom de toetreding van nieuwe partijen tot de zorgmarkt zou aanpassen, waardoor deze partijen gemakkelijker tot de zorgmarkt zouden kunnen toetreden, kan de patiënt zelf zijn zorgverlener bepalen (RVZ, 2010a). Of dit scenario ook realiteit zal worden, is lastig te voorspellen, zo zullen er in ieder geval een aantal belemmeringen, die

veroorzaakt worden door de organisatiestructuur en financieringsstructuur van de zorg, weggenomen moeten worden (RVZ, 2010a, p. 46). Op dit moment blijken zorgaanbieders nog onvoldoende bereid om te vernieuwen en te innoveren, aangezien deze vernieuwingen zouden kunnen raken aan hun status of inkomen. Daarnaast blijkt dat aan de kant van de zorgvragers de mogelijkheden en bedreigingen van het internet voor hun zorgproces nog onvoldoende bekend is (RVZ, 2010a).

Ook in het advies 'Perspectief op gezondheid' van de RVZ (2010b) wordt aangegeven dat de overheid randvoorwaarden zal moeten creëren voor de patiënt en de zorgverlener, maar dat de patiënt zelf ook een eigen verantwoordelijkheid zal hebben als het gaat om de gezondheidszorg. Om de kosten beheersbaar te houden zal een deel van de collectieve lasten terug moeten worden gelegd bij de individuele burger (RVZ, 2010b). Ook de zorgprofessional zal een belangrijke rol spelen bij de veranderingen in de zorg. Om de patiënt te kunnen laten participeren in zijn eigen ziekteproces zal de professional transparant moeten werken en moeten gaan samenwerken met andere professionals uit andere domeinen. De professional en de patiënt zullen coproductent worden binnen het zorgteam (RVZ, 2010b).

Een ontwikkeling die hier bij aansluit is het oprichten van buurtgezondheidscentra, waar de huisarts een centrale rol speelt en ook niet-medische voorzieningen zich kunnen aansluiten, zoals jeugdzorg en maatschappelijk werk. Door de vorming van deze eerstelijnszorgnetwerken zal er waarschijnlijk minder door verwezen hoeven te worden naar de tweedelijnszorg, waardoor wellicht de druk op de ziekenhuizen verminderd zal worden (RVZ, 2011, p. 61). De gezondheidszorg in ziekenhuizen kan zich zo concentreren op hoogcomplexere zorg. Het ziekenhuis organiseert op deze manier de zorg rondom de aandoening van de patiënt, de aandoening zal het uitgangspunt van handelen zijn. *'Het ziekenhuis ontwikkelt zich tot een verzamelgebouw van allerlei aparte 'winkeltjes' waar geshopt kan worden voor verschillende medische interventies'* (RVZ, 2011, p. 62). De verschillen tussen de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg zoals de RVZ dat voorstelt worden hieronder schematisch weergegeven:

Eerstelijnszorg – buurtcentra	Tweedelijnszorg - ziekenhuizen
Patiënt centraal	Interventie centraal
Patiënt is gezond tenzij	Patiënt is ziek tenzij
Laagcomplex	Hoogcomplex
Geïntegreerd	Specialistisch
Medisch, welzijn, maatschappelijk	Medisch
Zorg dichtbij	Zorg verder weg
Buurtsuper	Bijenkorf

Tabel 2.2 via RVZ, 2011, p. 62

Doordat ziekenhuizen zich op de hoogcomplexere zorg richten, kunnen zij zich focussen op een beperkt aantal ziektebeelden, wat de financiële robuustheid van het ziekenhuis ten goede zal komen: de minder winstgevendere behandelingen kunnen zo afgestoten worden (RVZ, 2011). Wanneer ziekenhuizen overgaan tot meer specialisatie, is het van belang dat er een stevig zorgnetwerk is ontworpen, waarin zorg goed op elkaar is afgestemd en patiënten met alle zorgvragen terecht kunnen (RVZ, 2011). De verschillende ziekenhuizen in de regio zullen in nauw contact met elkaar staan, waardoor de breedte van het zorgaanbod niet verloren zal gaan.

2.3 IMPLICATIES VOOR HET ZIEKENHUIS

Organisaties in de zorgsector zullen een weg moeten vinden binnen de trends waar de patiënt een steeds grotere rol krijgt toebedeeld in het zorgproces, waardoor ook de financiële structuur verandert. Deze ontwikkelingen zullen implicaties hebben voor de ziekenhuizen. Er zullen veel organisatorische en structurele veranderingen plaatsvinden binnen de ziekenhuizen, maar ook in het netwerk waar het ziekenhuis een plaats in heeft. In dit onderzoek gaat de aandacht uit naar de interne veranderingen binnen de organisatie. Verregaande innovaties die betrekking hebben op de traditionele structuur van de gezondheidszorg zullen hier van invloed zijn. Wanneer zorgprofessionals bijvoorbeeld deel gaan nemen aan multidisciplinaire diensten zal men de kosten kunnen verlagen en de kwaliteit kunnen verhogen (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 3).

2.3.1 ORGANISATORISCHE VERNIEUWINGEN

De hierboven genoemde ontwikkelingen van spreiding van laagcomplexe zorg, waar de patiënt als persoon en zijn relatie met de arts centraal staat, en daarnaast de concentratie van hoogcomplexe zorg, waar ziekenhuizen zich specialiseren in een beperkt aantal ziektebeelden, spelen een belangrijke rol voor het ziekenhuis als organisatie. De RVZ verwoordt dat in hun adviesrapport over medisch-specialistische zorg als volgt: *‘Wij zien en zullen blijven zien twee ogenschijnlijk tegengestelde bewegingen. Enerzijds deconcentratie, taakdifferentiatie, schaalverkleining. Anderzijds concentratie, standaardisatie, schaalvergroting’* (RVZ, 2011a, p. 39). De taak is dus, volgens de RVZ, deze twee bewegingen met elkaar te verenigen. Het ziekenhuis speelt hier onmisbare rol in, zij zullen hun organisatie op zo’n manier structureren dat zij in een (voor hoogcomplexe zorg) geconcentreerd zorglandschap de beste zorg kunnen blijven bieden.

Op dit moment leveren ziekenhuizen nog een breed palet aan zorg, veel behandelingen worden in veel verschillende ziekenhuizen uitgevoerd (RVZ, 2011a). Er zijn al veranderingen zichtbaar in dit zorgaanbod. Zo is in de loop der jaren het aantal algemene ziekenhuizen langzaam gedaald, dit is vooral door fusie tot stand gekomen. Het aantal zelfstandige behandelcentra (ZBC) en privéklinieken, die vooral specialistisch en aandoeninggericht behandelen, blijken te zijn gestegen (RVZ, 2011a). Ziekenhuizen zullen deze trend in de toekomst steeds meer volgen. Wanneer deze organisaties zich zullen focussen op een beperkt aantal ziektebeelden, zal een stevig zorgnetwerk onontbeerlijk zijn. Binnen deze netwerken werken verschillende zorgprofessionals met elkaar en met de patiënten samen om goede integrale zorg aan te kunnen bieden. De patiënt kan op deze manier gebruik maken van zorg dichtbij, in gezondheidscentra of buurtcentra, maar kan voor de hoogcomplexe zorg terecht in een specialistisch ziekenhuis.

De zorgnetwerken kunnen op verschillende manieren worden vormgegeven. Zo kunnen ze een landelijke of een regionale organisatieschaal hebben en zowel multidisciplinair of monodisciplinair van samenstelling zijn (RVZ, 2011a, p. 27). In ‘Het ziekenhuis voorbij’ (2011), een adviesrapport waarin onderzocht is hoe bestuurders binnen de gezondheidszorg denken over de toekomst van het ziekenhuis, wordt gezegd dat de ziekenhuisbestuurders overtuigd zijn dat men vaker en intensiever zal gaan opereren binnen deze zorgnetwerken. Hoe dit netwerk er volgens hen uit zal zien verschilt. Zo noemen sommigen horizontale samenwerking, samenwerking met collega-ziekenhuizen, maar ook verticale samenwerking, samenwerking met andere zorgpartners in de keten, zoals huisartsen en verpleegtehuizen, worden genoemd (Van Amersfoort et. al, 2011). Binnen deze verschillende netwerken zal specialisatie voor ziekenhuizen steeds meer vorm krijgen. Een voorbeeld van een visie van een bestuurder is de *medical mall*, een medische supermarkt waar de systemische functies van een ziekenhuis, zoals verloskunde en spoedeisende hulp, gecombineerd worden met planbare zorg in kleine, specialistische klinieken (Van Amersfoort et. al, 2011, p. 12). Bestuurders menen dat er in het ziekenhuis steeds specifiekere aandachtsgebieden zullen ontstaan, zo kan bijvoorbeeld zelfs de algemene ziekenhuisarts een eigen specialisatie gaan vormen. De artsen uit hetzelfde specialisme zullen intensiever met dezelfde specialismen in de regio met elkaar samenwerken. Daardoor zullen artsen flexibeler

moeten worden en bijvoorbeeld meer open moeten staan voor langere reistijden (Van Amersfoort et. al, 2011).

2.3.2 INTERNE AFSTEMMING

De vernieuwingen die het ziekenhuis zal ondergaan zullen plaatsvinden in de 'buitenwereld' van het ziekenhuis en in de 'binnenwereld' (Van Amersfoort et. al, 2011). Er worden gesprekken gevoerd met andere zorgpartners uit de regio, waarmee vervolgens samenwerkingsovereenkomsten kunnen worden gesloten. Met deze partners zal externe afstemming moeten worden gerealiseerd, wanneer deze er niet is zal samenwerking lastig zijn (Van Amersfoort et. al, 2011). Minstens zo belangrijk is echter de interne afstemming in het ziekenhuis. Volgens Noordegraaf en Van der Klauw (2011) spelen de professionals die werkzaam zijn binnen een organisatie, zoals het ziekenhuis, een erg belangrijke rol bij het implementeren van vernieuwingen of innovaties binnen een organisatie. Professionals moeten niet alleen achter de innovatie staan, maar helpen zelf ook mee om de innovatie vorm te geven. Zij interpreteren, vormen, testen en veranderen het framework waarbinnen zij werken (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 4). In hoofdstuk drie zal verder ingegaan worden op deze interne afstemming.

De ziekenhuisbestuurders in 'Het ziekenhuis voorbij' (2011) geven aan dat er waarschijnlijk een cultuuromslag binnen het ziekenhuis nodig zal zijn om de veranderingen die binnen en buiten het ziekenhuis plaats zullen gaan vinden ruimte te kunnen geven (Van Amersfoort et. al, 2011). Bestuurders denken dat niet alle medisch-specialisten de ontwikkelingen 'met gejuich zullen ontvangen', vooral ook omdat juist voor deze professionals veel zal gaan veranderen (Van Amersfoort et. al, 2011, p. 27). De bestuurders menen dat de mate waarin de vernieuwingen doorgang zullen vinden in het ziekenhuis afhangt van de manier waarop wordt uitgedragen wat het nut en de noodzaak zal zijn van de veranderingen. Het is belangrijk dat een gezamenlijke toekomstvisie wordt uitgedragen in de organisatie (Van Amersfoort et. al, 2011). Sommige bestuurders denken dat het *commitment* van medisch-specialisten groter zal zijn bij een veranderaanpak wanneer daar een financiële vergoeding tegenover staat (Van Amersfoort et. al, 2011, p. 30). 'Verbinden' is in het veranderproces een belangrijk begrip. *'Het kunnen verbinden van artsen wordt intern gezien als de belangrijkste uitdaging. Dat vergt geduld, luisteren, uitleggen etc.'* (Van Amersfoort et. al, 2011, p. 31).

2.3.2 NIEUWE MANIEREN VAN SAMENWERKEN

Zoals het bovenstaande al laat zien zal door het ontstaan van zorgnetwerken met verschillende zorginstellingen en zorgprofessionals nieuwe manieren van samenwerking ontstaan. Artsen uit ziekenhuizen zullen in landelijke of regionale netwerken gaan samenwerken met andere artsen uit andere ziekenhuizen, maar zij zullen ook meer gaan samenwerken met andere zorgprofessionals uit de zorgketen, zoals huisartsen of maatschappelijke ondersteuning. Een voorbeeld hiervan is het *Healthy Ageing Network Northern Netherlands*, een kenniscluster tussen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) en de hogescholen, overheden en het bedrijfsleven in de drie noordelijke provincies van Nederland. Door samenwerking tussen onderzoekers uit de kennisinstellingen en professionals uit de zorginstellingen en het bedrijfsleven wordt ingezet op kennisontwikkeling en de overdracht van kennis op het gebied van gezond ouder worden.⁶

Samenwerking binnen een ziekenhuis tussen artsen van verschillende disciplines is een voorbeeld van steeds intensievere manier van samenwerking. Dit komt onder andere tot stand door middel van innovaties die ingevoerd worden in het ziekenhuis. Een voorbeeld hiervan is het slaap-waakcentrum van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch, dat in 2003 is opgericht. Hier werken neurologen, KNO-artsen en longartsen multidisciplinair samen om patiënten te helpen die slaapklasten hebben. Ook laboranten en speciale

⁶ www.hannn.eu, geraadpleegd op 24 april 2012

slaapverpleegkundigen zijn werkzaam binnen dit multidisciplinaire team.⁷ Door het ontstaan van multidisciplinaire teams binnen een ziekenhuis wordt er meer aandoeninggericht gewerkt, één ziektebeeld staat centraal en alle facetten die bij dit ziektebeeld komen kijken worden op een integrale en efficiënte manier meegenomen. De RVZ denkt dat in de toekomst de concentratie van zorg twee vormen aanneemt. Een beperkt aantal ziekenhuizen zal nog alle medische-specialistische zorg aanbieden, echter een groot aantal ziekenhuizen zal focusvoorzieningen aanbieden, in de vorm van zorgstraten, zelfstandige behandelcentra of themaklinieken (RVZ, 2011a, p. 40). De verschillende vormen van samenwerking wordt in tabel 2.3 schematisch weergegeven:

	Intern	Extern (regionaal/landelijk)
Horizontaal	Medisch-specialisten	Collega-specialisten in andere ziekenhuizen
Verticaal	Medisch-specialist en verpleegkundige	Medisch-specialist en huisarts

tabel 2.3

2.4 KORTOM

De gezondheidszorg staat op dit moment veel veranderingen te wachten. Dit komt door verschillende ontwikkelingen in de samenleving en specifiek de ontwikkelingen die de patiënt doormaakt. De samenleving vergrijs, mensen worden steeds ouder en daardoor komen er voor de gezondheidszorg meer patiënten bij. De mensen blijken vaak niet één ziekte te hebben, maar zij hebben meerdere, ook niet-medische problemen waar de gezondheidszorg op in moet spelen. Ook de rol van de patiënt in de gezondheidszorg verandert. De patiënt wordt mondiger en veeleisender en neemt sneller een regierol aan in zijn eigen zorgproces. De gezondheidszorg kan hier op inspelen door zorg te spreiden en concentreren: de eerstelijnszorg komt dicht bij de patiënt te staan en vormt samen met maatschappelijke instellingen integrale centra. De tweedelijnszorg concentreert zich, men gaat meer aandoeninggericht en specialistisch werken in ziekenhuizen waar men zich op een beperkt aantal ziektebeelden richt. Daardoor zullen professionals meer gaan samenwerken met andere professionals, binnen en buiten de ziekenhuizen. In zorgnetwerken en multidisciplinaire teams zullen deze professionals zich met elkaar verbinden, waardoor kennis, vaardigheden en innovatiekracht zullen worden verhoogd. In dit onderzoek zal de focus gelegd worden op de interne samenwerking. In het volgende hoofdstuk zal ingezoomd worden op de manieren waarop professionals binnen het ziekenhuis samenwerken, welke problemen samenwerking zou kunnen opleveren en hoe deze problemen vervolgens opgelost kunnen worden.

⁷ www.jeroenboschziekenhuis.nl, geraadpleegd op 24 april 2012

3. SAMENWERKENDE PROFESSIONALS

In hoofdstuk twee is gebleken dat door ontwikkelingen in de zorgsector de gezondheidszorg veranderingen door zal gaan maken. Deze veranderingen hebben invloed op de professionals die hier werkzaam zijn. Zo zullen zij waarschijnlijk meer met elkaar moeten gaan samenwerken om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven leveren. Maar wat betekent dat nu eigenlijk voor de professional?

In dit hoofdstuk zal onderzocht worden hoe professionals kunnen samenwerken binnen een organisatie en welke obstakels overwonnen moeten worden om deze samenwerking ook daadwerkelijk te kunnen realiseren. Ten eerste zal worden gekeken naar innovaties, die zich het snelst door de organisatie verspreiden wanneer professionals samenwerken. Deze verschillende soorten samenwerking zullen in paragraaf twee aan bod komen. Eén samenwerkingsverband zal hier worden uitgelicht, namelijk het multidisciplinaire team. Om te onderzoeken wat samenwerking nu precies betekent voor de professional, zal eerst gekeken worden naar de eigenschappen van de professional. Professionals blijken zich te specialiseren, de grenzen die deze kleine beroepsdomeinen omheinen kunnen voor problemen zorgen wanneer er moet worden samengewerkt. Om deze grenzen te doorbreken, kunnen overbruggingsmechanismen ingezet worden. Deze mechanismen zullen in de laatste paragraaf besproken worden.

3.1 INNOVATIES

Om als organisatie staande te kunnen blijven in haar omgeving waarin allerlei ontwikkelingen en veranderingen van invloed zijn, zal de organisatie zelf ook moeten kunnen vernieuwen. Innovatiekracht is daarom een belangrijke waarde voor organisaties. Om innovaties te kunnen implementeren zullen professionals die in de betreffende organisatie werkzaam zijn daar aan bij moeten dragen. Wanneer dit professionals uit verschillende beroepsdomeinen zijn en de innovaties zich afspelen in verschillende arena's, wordt gesproken van multidisciplinaire innovatie.

3.1.1 VERSCHILLENDE BETEKENISSEN

Tegenwoordig lijkt 'innovatie' een steeds populairdere term te worden binnen organisaties om intern, maar ook aan de buitenwereld te laten zien dat de organisatie met de tijd mee gaat en open staat voor verandering. Ook in de wetenschap wordt veel onderzoek gedaan naar innovatie, Noordegraaf en Van der Klauw spreken daarom ook wel van de opkomst van '*innovation logic*' (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 3). Er zijn verschillende benaderingen en definities van het begrip innovatie. Sommige wetenschappers benaderen het begrip als een concreet product of programma, terwijl anderen innovatie beschouwen als een proces (Rye en Kimberly, 2007). In het klassieke en invloedrijke werk van Rogers wordt gesproken over innovatie als: '*An idea, practice, or object that is perceived as new by an individual or other unit of adoption*' (Rogers, 2003, p. 12, in: Rye en Kimberly, 2007, p. 238). Innovatie is volgens hem een discontinuïteit van gevestigde praktijken. In Rogers werk worden vijf fases van innovatie onderscheiden, namelijk kennis, overtuiging, besluitvorming, implementatie en bevestiging (Rogers, 1995, p. 12, in: Ferlie et. al, 2005, p. 118). Deze fases worden gepresenteerd als een lineaire stroom.

Deze definitie blijkt echter vragen op te roepen, want wanneer is iets 'nieuw'? En hoe 'nieuw' moet iets zijn om als innovatie te kunnen worden bestempeld? Daarnaast is zo nog niet duidelijk of het een plotselinge breuk is met het voorafgaande (*discontinious change*) of een langzamere, stapsgewijze verandering (*incremental change*) (Osborne en Brown, 2005, p. 116). Volgens Ferlie et. al is innovatie juist chaotisch en dynamisch. Innovatie processen verlopen niet op een ordelijke en stapsgewijze manier, maar zijn ambigu en vinden plaats in verscheidene arena's (Ferlie et. al, 2005). Rye en Kimberly komen daarom met een eigen definitie, namelijk: '*Any discrete material artifact or practice that represents a significant departure from currently embodied*

knowledge content, as determined by the collective judgment of knowledgeable persons in the field at the time it first appears' (Rye en Kimberly, 2007, p. 240).

Innovaties kunnen verwijzen naar technische veranderingen, zoals het gebruik van nieuwe medische instrumenten om patiënten te behandelen. Daarnaast bestaan er organisatorische innovaties, zoals het veranderen van de structuur van een organisatie, bijvoorbeeld door de organisatie te plaatsen in een nieuw, groter netwerk (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 6). Opvallend is de belangrijke rol die sommige onderzoekers toedichten aan professionals bij de spreiding van innovatieprocessen. Wanneer er grenzen tussen professionals bestaan, blijkt het lastig te zijn een innovatie door te voeren in de gehele organisatie (Ferlie et. al, 2005). Wanneer daarnaast meerdere innovatieprocessen in één organisatie op hetzelfde moment doorgang proberen te krijgen, kan dit tegen elkaar werken. Een voorbeeld hiervan is een ingewikkelde technische innovatie die blijkt te botsen met een meer algemene organisatorische verandering. Multidisciplinaire innovaties kunnen hier een oplossing voor bieden (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011).

3.1.2 MULTIDISCIPLINAIRE INNOVATIE

Er wordt over multidisciplinaire innovatie gesproken wanneer het een innovatie betreft waar verschillende groepen actoren van verschillende disciplines in veelzijdige settings bij betrokken zijn (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 6). Sommige innovaties zijn erg gericht op één bepaald aspect in de organisatie, buiten het onderwerp van de innovatie verandert er niets. Multidisciplinaire innovaties echter zijn veel complexer. Deze innovaties kunnen verschillende samenhangende veranderingen omvatten, zoals een organisatorische innovatie, waar een technisch component wordt gemixt met sociale componenten (Ferlie et. al, 2005). Noordegraaf en Van der Klauw onderscheiden deze multidisciplinaire innovaties op basis van twee dimensies. De eerste dimensie is het doel van de innovatie, dit kan de ontwikkeling zijn van een nieuw product of dienst, maar ook de verbetering van een proces of dienstverlening. De tweede dimensie is de structuur van de innovatie, dat benadrukt hoe de multidisciplinariteit is georganiseerd en gecoördineerd. Dit kan opeenvolgende coördinatie zijn, waar iedereen in zijn eigen stukje van de keten werkt, of parallelle coördinatie, waar verschillende verbindingen ontstaan tussen de verschillende actoren (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011).

Om multidisciplinaire innovaties te verspreiden door een organisatie zijn professionals nodig. Wanneer deze professionals samenwerken, bijvoorbeeld in een multidisciplinair team, worden innovaties verspreid, maar ook gecreëerd. Hoe meer verschillende disciplines worden vertegenwoordigd in zo'n team, hoe meer kennis en vaardigheden beschikbaar zijn in het team. Dit kan vervolgens de prestaties en kwaliteiten van het team verhogen, en ook het vermogen om innoverend te zijn (Fay et. al, 2006). Dit hoeven geen teams te zijn die vooral gericht zijn op het ontwikkelen van innovaties, ook teams waar bijvoorbeeld de primaire taak het behandelen van patiënten is, kunnen erg innoverend zijn (Fay et. al, 2006, p. 554). Binnen de multidisciplinaire teams ontstaan relaties, waardoor samenwerking mogelijk wordt gemaakt. Hoe beter de samenwerking tussen de professionals wordt georganiseerd, hoe groter de innovatiekracht in de hele organisatie is.

3.2 SAMENWERKING

Professionals zijn een bron van innovatie, maar tegelijkertijd zijn zij lijdend voorwerp wanneer het om vernieuwingen in een organisatie of in de omgeving van de organisatie gaat. Het blijkt dat de mate van samenwerking tussen professionals van invloed is op de mate waarop innovaties worden gecreëerd en worden verspreid in de organisatie. Professionals kunnen op verschillende manieren samenwerken. In dit onderzoek wordt de focus op multidisciplinaire samenwerking gelegd, samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines. Dit kan onder andere plaatsvinden in multidisciplinaire teams. Deze samenwerking zal bestudeerd worden vanuit een cultureel perspectief.

3.2.1 SAMENWERKING VANUIT EEN CULTUREEL PERSPECTIEF

Wanneer de zorg zich rondom de patiënt zal verzamelen zal dit gevolgen hebben voor de artsen in het ziekenhuis. Mintzberg (1983) en Mintzberg en Glouberman (2001) beschrijven deze gevolgen vanuit een cultureel perspectief. Binnen ziekenhuizen is het werk van oudsher gestandaardiseerd, waardoor het werk effectief gecoördineerd, gecontroleerd en gecommuniceerd kan worden (Mintzberg, 1983). Standaardisatie kan op verschillende manieren gebeuren, zo kan de inhoud van het werk gestandaardiseerd worden, maar ook de resultaten van het werk of de vaardigheden en kennis die medewerkers bezitten rondom het werk kan op een bepaalde manier gestandaardiseerd worden, bijvoorbeeld door middel van het geven van trainingen (Mintzberg, 1983). Medewerkers hebben daardoor bepaalde verwachtingen hoe men met elkaar om gaat en wat men voor taken heeft binnen de organisatie. Coördinatie door middel van standaardisatie heeft als groot voordeel dat werk bijna automatisch gedaan wordt. Zo hoeft in de operatiekamer niet gediscussieerd te worden, men heeft aan een paar woorden genoeg (Glouberman en Mintzberg, 2001). De zwakke plek van deze standaardisatie van werk is dat het gewoonten creëert, terwijl in de zorg niet altijd alles te voorspellen is. *'This is the model that drives medicine, but it works only when the patient and his or her condition cooperate fully,'* (Glouberman en Mintzberg, 2001, p.71). Door deze standaardisatie is het voor medewerkers verleidelijk om binnen hun eigen werk- en denkkaders te blijven, 'hokjesdenken' is dan het gevolg (Glouberman en Mintzberg, 2001).

Volgens Mintzberg en Glouberman kan dit hokjesdenken verminderd worden door een gezamenlijke organisatiecultuur te creëren, waardoor onderlinge afstemming versterkt wordt. Er zal volgens de onderzoekers een organisatiecultuur moeten ontstaan, waarbinnen begrip voor elkaar en wederzijds respect en vertrouwen bestaat (Glouberman en Mintzberg, 2001). Wanneer binnen de organisatie samengewerkt wordt zal op een effectieve manier gewerkt kunnen worden. Onverwachte zaken kunnen daardoor ook goed afgehandeld worden, aangezien het werk gecoördineerd wordt binnen één organisatiecultuur, door middel van onderlinge afstemming en flexibele communicatie tussen medewerkers (Glouberman en Mintzberg, 2001). Ook Adler (2008) noemt het belang van een sterke organisatiecultuur, waarin vertrouwen en het bundelen van professionele krachten centraal staat. Binnen deze *collaborative communities* zullen daarom niet alleen artsen, maar ook artsen en verpleegkundigen, managers, administratieve medewerkers en patiënten met elkaar moeten samenwerken om effectief te werk te kunnen gaan (Adler, 2008). In dit onderzoek zal vanuit het hierboven beschreven culturele perspectief naar samenwerking gekeken worden. Een definitie van cultuur in organisaties dat door Siebers et. al (2002) wordt gegeven is dat cultuur naar betekenissen en repertoires verwijst. Individuen bezitten bepaalde voorstellingen en ideeën die zij activeren of construeren in interactie met de omgeving (Siebers et. al, 2002). Samenwerking kan vanuit dit perspectief bestudeerd worden aan de hand van de interacties tussen professionals, de relaties die professionals met elkaar aangaan en de rollen die de professionals op zich nemen binnen het samenwerkingsverband.

Door samenwerking zal de organisatie flexibeler zijn en kan men beter omgaan met veranderingen, waardoor het werk efficiënter en effectiever gedaan zal worden. Lawson (2004) noemt daarnaast ook dat men door samenwerking meer middelen en capaciteiten ter beschikking heeft, dat het werk een grotere legitieme basis bezit en dat er voordelen rondom de sociale ontwikkeling van medewerkers aan verbonden worden (Lawson, 2004, p. 225). Er is volgens Lawson sprake van samenwerking wanneer: *'Interdependent, autonomous stakeholders with their respective competency domains mobilize resources, and both harmonize and synchronize their operations to solve shared problems, meet common needs, capitalize on important opportunities, and obtain prized benefits'* (Lawson, 2004, p. 227-228). Organisaties onderling of medewerkers binnen een organisatie, de *stakeholders*, zullen het eens moeten worden over gedeelde verantwoordelijkheden, het beleid dat gevoerd zal worden en de collectieve identiteit die ontwikkeld zal moeten worden in taal, kennis, vaardigheden, normen en waarden (Lawson, 2004).

3.2.2 SOORTEN SAMENWERKING

Samenwerking kan op verschillende manieren plaatsvinden. Zo splitst Lawson (2004) samenwerking binnen een organisatie in samenwerking tussen professionals afkomstig uit hetzelfde domein (intraprofessionele samenwerking) en in samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen of specialisaties (Lawson, 2004). Wanneer wordt samengewerkt tussen professionals uit verschillende domeinen of specialisaties die wel in dezelfde organisatie werken, wordt gesproken over interprofessionele samenwerking. Daarbinnen is nog een kleinere scheiding tussen verschillende professionals op te merken. Professionals kunnen namelijk horen bij een bepaalde discipline, zoals de arts, die bij de medische discipline hoort, en de verpleegkundige die bij de verplegende discipline hoort, maar deze disciplines kunnen vaak weer worden opgedeeld in andere disciplines. Zo behoort de chirurg binnen de medische discipline, maar ook bij het specialisme van chirurgen. De KNO-arts behoort ook bij de medische discipline, maar hoort daarbinnen bij een eigen specialisatie, die van de KNO-artsen. Deze scheiding heeft te maken met de mate waarin het werk gespecialiseerd is, *the division of labor* (Freidson, 2001), dat in hoofdstuk 3.3 aan bod zal komen. Daarnaast wordt ook samenwerking tussen verschillende organisaties genoemd, in het binnenland, maar ook met organisaties uit het buitenland.

In dit onderzoek ligt de focus op de samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen binnen een organisatie, multidisciplinaire samenwerking. Veel definities die van multidisciplinaire samenwerking worden gegeven hebben betrekking op de zorg, zoals de definitie van Kapral (2011) waar wordt gesproken over *interprofessional care: 'The provision of comprehensive health services to patients by multiple health caregivers who work collaboratively to deliver quality care within and across settings'* (Kapral, 2011, p. 77). Wanneer artsen van verschillende disciplines samenwerken, wordt vaak de term 'multidisciplinair team' gebruikt. Een heldere definitie van een multidisciplinair team wordt gegeven door Cohen en Bailey (1997): *'A collection of individuals who are interdependent in their tasks, who share responsibility for outcomes, who see themselves and who are seen by others as an intact social entity embedded in one or more larger social systems), and who manage their relationships across organizational boundaries'* (Cohen en Bailey, 1997, p. 241, in: Lemieux-Charles en McGuire, 2006, p. 265). Deze onderzoekers leggen de nadruk op dat de leden van het multidisciplinaire team verschillende personen zijn, maar dat zij een gezamenlijk doel hebben binnen het multidisciplinaire team. In de gezondheidszorg wordt deze samenwerking binnen multidisciplinaire teams ook wel interprofessionele zorg genoemd, aangezien de zorg aan patiënten wordt geleverd door verschillende zorgverleners die samenwerken om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren (Kapral, 2011). In dit onderzoek zal de term 'multidisciplinaire samenwerking' worden gehandhaafd voor de samenwerking tussen artsen uit verschillende disciplines, waardoor benadrukt wordt dat het gaat om samenwerking tussen professionals die uit verschillende beroepsdomeinen komen. In de volgende paragraaf wordt uiteengezet wat de kenmerken zijn van een multidisciplinair team.

3.2.3 MULTIDISCIPLINAIRE TEAMS

Wanneer professionals binnen één organisatie moeten samenwerken, zoals artsen in een ziekenhuis, blijkt vaak gekozen te worden voor het werken binnen teams van professionals. Deze professionals zijn gespecialiseerd in verschillende werkgebieden, waardoor gesproken kan worden van een 'multidisciplinair team'. Een voorbeeld hiervan is het operatieteam dat een patiënt opereert in de operatiekamer. Uit een onderzoek dat gevoerd is in een academisch ziekenhuis bleek dat er verschillende varianten zijn van manieren van opereren in teamverband (Glouberman en Mintzberg, 2001). Tijdens sommige operaties ging men te werk volgens een bepaald patroon met een vast aantal handelingen. De handelingen van de professionals waren gescheiden. Tegenover deze operatiemethode stond een veel flexibelere methode waarbij professionals ingewikkelde handelingen moesten uitvoeren waarbij aanpassing en verandering onvermijdelijk was. Binnen dit team was het veel eenvoudiger om informatie met elkaar te delen en bleek meer ruimte te zijn voor aanpassing, communicatie en samenwerking, waardoor het uitvoeren van veel ingewikkeldere operaties dan bij de andere methode mogelijk bleek te zijn (Glouberman en Mintzberg, 2001). Deze verschillende teams worden door DiPalma (2004) vergeleken met sportteams. In een basketbal team weet iedereen wat hij of zij moet doen, elke basketballer heeft zijn of haar eigen taken. In een voetbalteam is men al veel afhankelijker van elkaar, en in een tennisteam bestaan er geen vaste plekken. In dat team vangen de leden elkaar op, springen bij wanneer dat nodig is en passen ze zich aan de sterke en zwakke plekken van hun teamleden (DiPalma, 2004). In het tennisteam is de samenwerking dus het krachtigst. Het blijkt dus dat een team op verschillende manieren kan werken en dat de relaties tussen de leden per team kan verschillen.

Er zijn volgens Øvretveit (1996) vijf manieren om een multidisciplinair team te beschrijven. De eerste manier is om te kijken naar de mate van samenwerking. Werkt het team intensief met elkaar samen, of gaan de leden hun eigen gang? De mate van samenwerking kan van een aantal factoren afhangen, wanneer er bijvoorbeeld een teamleider opgenomen is in het team zullen de leden van het team meer geïntegreerd zijn met elkaar en de gezamenlijke afspraken die gemaakt worden dan wanneer er geen teamleider is opgenomen in het team (Øvretveit, 1996). Een tweede manier om een team te beschrijven is de mate waarin de leden hun middelen beschouwen als collectieve middelen. In hoeverre zijn de individuele leden verantwoordelijk voor deze collectieve middelen? Een derde manier om te kijken naar een team is het lidmaatschap van een groep, dat de grenzen van een groep definieert. Het blijkt dat het bepalen van het lidmaatschap meestal de overgang van een informeel netwerk naar een meer formeel team markeert. Bij sommige teams bepaalt het management, door te kijken naar competenties en vaardigheden, wie er lid wordt van een team, maar soms wordt een team gevormd op basis van persoonlijke karaktereigenschappen en hun status of anciënniteit (Øvretveit, 1996). Ook kan er gekeken worden naar de weg dat de cliënt door het team bewandelt en hoe op dit pad beslissingen gemaakt worden. De vijfde en laatste manier is het beschrijven van het management van het team. Hoe wordt het team geleid en hoe worden de leden gemanaged in hun taken? (Øvretveit, 1996) In tabel 3.1 wordt de kenmerken van de multidisciplinaire teams schematisch weergegeven:

Kenmerken multidisciplinair team	
Mate van samenwerking	Intensieve samenwerking
	Weinig samenwerking
Gebruik van middelen	Collectieve middelen
	Eigen professionele middelen
Lidmaatschap	Door competenties/vaardigheden
	Door karaktereigenschappen/status
Behandelpad patiënt	Parallel (per professie)
	Gekruist
Management van het team	Afzonderlijk geleid/gemanaged
	Als groep geleid/gemanaged

Tabel 3.1

Het blijkt dat artsen en verpleegkundigen vaak het prettigste werken wanneer ze samenwerken in een team (DiPalma, 2004). Het is dan echter wel belangrijk dat binnen dit team hun professionele bijdragen ook daadwerkelijk gebruikt worden en worden gewaardeerd (DiPalma, 2004). Doordat verschillende professionals samen moeten werken in één team, zitten er lastige kanten aan teamwerken. Iedere professional brengt zijn of haar eigen kennis, vaardigheden, ervaringen en contacten met zich mee het team in (Payne, 2006). In het volgende hoofdstuk wordt uiteengezet hoe het komt dat samenwerken tussen artsen uit verschillende disciplines problematisch kan zijn.

3.3 DE PROFESSIONAL EN INTERPROFESSIELE GRENZEN

Wanneer professionals met elkaar moeten samenwerken in multidisciplinaire teams, kan dit problematisch zijn. Er wordt aangenomen dat professionals die in een organisatie moeten samenwerken, binnen een bepaald professioneel domein werkzaam zijn. Deze verschillende domeinen bestaan niet alleen tussen verschillende beroepen, maar ook binnen beroepen. De medische beroepsgroep is een voorbeeld van een klassieke professie (Wilensky, 1964, Freidson, 2001) waarbinnen professionals in afzonderlijke, meer specifieke domeinen werkzaam zijn. Tussen deze domeinen kunnen interprofessionele grenzen bestaan, die het lastig maken kennis, vaardigheden en innovatiekracht te verspreiden door de organisatie (Ferlie et. al, 2005). In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de kenmerken van de klassieke professional en de interprofessionele grenzen die zich tussen deze professionals voor kunnen doen.

3.3.1 DE KLASSIEKE PROFESSIONAL

Het begrip 'professional' wordt, net als het begrip 'innovatie', tegenwoordig regelmatig gebruikt door organisaties om aan de buitenwereld te laten zien dat er mensen werkzaam zijn die professioneel werken en dat daardoor de kwaliteit gewaarborgd wordt. Het begrip wordt echter al geruime tijd door wetenschappers onderzocht en zij hebben een aantal gezamenlijke kenmerken van de 'klassieke professional' weten te onderscheiden. Zo noemt Wilensky (1964) dat werknemers professionals zijn wanneer 1) het beroep een technische basis bezit en 2) men professionele normen aanhangt (Wilensky, 1964, p. 138). Hiermee wordt bedoeld dat professionals exclusieve kennis moeten bezitten. Wanneer deze kennis wijdverbreid is en men sterke bewijzen heeft voor deze kennis, zal dit de claim van professionaliteit ten goede komen. Deze technische basis is echter niet voldoende om een professionele status te krijgen. Er zijn ook bepaalde morele normen nodig die de professional karakteriseren. De professional moet streven naar een *service ideal* om de belangen van de cliënten te behartigen. De behoefte om er vooral voor de cliënt te zijn moet boven persoonlijke of commerciële behoeften uitstijgen (Wilensky, 1964). Wanneer deze technische basis en de professionele normen zijn verankerd in de professie, heeft de professional professionele autonomie verworven. Deze autonomie wordt door Wilensky omschreven als: *'The authority and freedom to regulate themselves and act within their spheres of competence. Elaborate social arrangements, formal and informal, sustain this autonomy'* (Wilensky, 1964, p. 146).

Professionele autonomie is een belangrijke voorwaarde voor de professional om zijn beroep uit te kunnen oefenen. Noordegraaf en Van der Klauw (2011) noemen in dit verband *closure processes*: de inhoud en de aard van het werk zijn binnen dit autonome gebied door verschillende elementen vastgelegd (Larson, 1977, in: Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 9). Professionals controleren zichzelf en hun collega's binnen de beroepsgroep, hierdoor beschermen ze de inhoud van de professie en de manier waarop de professie geïnstitutionaliseerd is (*controlled content*) (Freidson, 2001). Dit doen ze op een aantal manieren. Zo worden in de eerste plaats door professionals beroepsverenigingen opgericht die de professie kunnen controleren op lidmaatschap maar ook op inhoud. *'Professional associations determine who is "in" and who is "out" and what professionals ought to do'* (Noordegraaf, 2007, p. 766). Volgens Wilensky (1964) wordt er vaak voor de oprichting van beroepsverenigingen al een eerste, andere stap gezet in de richting van professionaliteit, namelijk het opzetten van een training of school voor studenten die later een bepaalde professie willen gaan uitvoeren (Wilensky, 1964). Daarnaast blijken er bepaalde standaarden te moeten worden ontwikkeld om het werk te kunnen reguleren, door Larson (1977) ook wel *self-administered codes of ethics* genoemd (Larson, 1977, p. x). Niet alleen binnen de beroepsgroep worden afspraken gemaakt over het werk, ook naar buiten toe moet de beroepsgroep een wettelijke verankering krijgen, ook wel *jurisdiction* genoemd (Wilensky, 1964). Daardoor kan de wet de codes en standaarden, maar ook het territorium van de beroepsgroep beschermen. Beroepsbeoefenaars van een bepaalde professie moeten kunnen aantonen dat ze die professie ook

daadwerkelijk mogen beoefenen. In tabel 3.2 worden de kernmerken van een klassieke professional op een rij gezet:

Klassiek professionalisme	
Content	Kennis
	Vaardigheden
	Ervaring
	<i>Ethics</i>
	Verschuiving
Control	Beroepsvereniging
	<i>Jurisdiction</i>
	Kennisoverdracht
	Codes
	Supervisie

Tabel 3.2, via Noordegraaf, 2007, p. 768

Door de *closure processes* zijn professionals binnen hun beroepsgroep beschermd, in de handelingsruimte die zij hebben bezitten zij autonomie. De professionals zijn zo niet alleen afgescheiden van de buitenwereld, maar ook van de professionals uit de andere beroepsgroepen. De jurist handelt bijvoorbeeld in een heel andere ruimte dan de arts. Maar ook binnen de beroepsgroep van de arts zelf zijn verschillende beroepsgroepen te onderscheiden.

De medische beroepsgroep wordt in de ogen van veel wetenschappers gezien als de sterkste professie. Zo zegt Larson (1977): *'The elements that compose the ideal-type of profession appear to be drawn from the practice and from the ideology of the established professions; medicine, therefore, as the most powerful and successful of these'* (Larson, 1977, p. xi). De medische professie heeft, anders dan bijvoorbeeld de juridische beroepsgroep, altijd voorop gelopen als het gaat om de koppeling tussen de professie met wetenschap en technologie, waardoor de medische professie een complex vak is, en zal blijven (Freidson, 1970). *'Indeed, in one way or another, the profession of medicine, not that of law of the ministry or any other, has come to be the prototype upon which occupations seeking a privileged status today are modeling their aspirations'* (Freidson, 1970, p. xvi).

3.3.2 SPECIALISATIE

Freidson (2001) noemt als één van de algemene ideeën over professionalisme dat bepaald werk zo gespecialiseerd is dat het ontoegankelijk is voor anderen die niet de betreffende scholing of training gevolgd hebben. Specialisatie betekent dat één taak is opgedeeld in kleinere taken, elke taak is vervolgens weer deel van een gecoördineerd plan waardoor samen tot één resultaat kan worden gekomen (Freidson, 2001). Binnen een beroepsgroep zullen er altijd minstens twee specialisaties nodig zijn om een gezamenlijke taak uit te kunnen voeren. Deze specialisatie werd begin negentiende eeuw, tijdens de industriële revolutie, in de fabrieken ingezet om op een zo efficiënt mogelijke manier te produceren. Echter bleek specialisatie ook zijn plek te vinden in de klassieke professies, zoals de wetenschap, rechten en de geneeskunde. Ook binnen deze beroepsgroepen werden subdisciplines gevormd. Freidson (2001) onderscheidt twee typen specialisaties, namelijk *mechanical specialization* en *discretionary specialization*. De eerste vorm van specialisatie is werk dat eenvoudig en zonder veel moeite te leren is en simpel is om uit te voeren. De tweede vorm van specialisatie vraagt meer van de professional. In deze kleine taken wordt *fresh judgement* gevraagd, men kan niet op de automatische piloot werken aangezien het werk varieert en de professional een groot aanpassingsvermogen nodig heeft (Freidson, 2001).

Het werk wordt verdeeld in kleinere taken, maar wie deze verdeling maakt, kan verschillen. Freidson (2001) onderscheidt drie modellen, het bureaucratische model, het marktmodel en het *occupational model*, waar werk verdeeld wordt. In het bureaucratische model wordt top-down gestuurd en de top formuleert, verdeelt en controleert de specialistische taken onder de professionals. In het marktmodel blijkt de consument te bepalen hoe het werk verdeeld wordt, de vraaglogica regeert. In het laatste model tenslotte, het *occupational model*, wordt er van uitgegaan dat professionals zelf bepalen welke taken men uitvoert en wat de relatie tussen deze verschillende taken is. Dit laatste model blijkt het beste te passen in een professionele omgeving, omdat hier de autonomie van de professional het meest gerespecteerd wordt. *'Each specialization controls the work for which it is competent, negotiates its boundaries with other specializations, and by that method determines how the entire division of labor is organized and coordinated. This occupationally controlled division of labor is an essential part of professionalism,'* aldus Freidson (Freidson, 2001, p. 55).

Glouberman en Mintzberg (2001) noemen de verschillende specialisaties, die bijvoorbeeld bij artsen bestaan, verticale 'silo's' en vergelijken deze grenzen rondom de subdisciplines met het glazen plafond waar vrouwen in hun carrière tegenaan kunnen lopen (Glouberman en Mintzberg, 2001). Ook Larson (1977), Freidson (2001) en anderen blijken door begrippen als *closure processes* en *occupational closure* de afbakening tussen en in de beroepsgroepen en specialisaties als stevige grenzen te beschouwen, die voor de buitenwereld, maar ook voor andere professionals, niet te omzeilen zijn.

3.3.2 INTERPROFESSIELE GRENZEN

Doordat professionals handelen in afgeschermd, veilige ruimtes op een autonome wijze, bestaan er ook grenzen die deze ruimtes afbakenen. Al lange tijd hebben wetenschappers onderzoek gedaan naar deze ruimtes, maar pas in de jaren zestig van de vorige eeuw werden ook de grenzen tussen deze afgebakende ruimtes onderwerp van onderzoek. Bucher en Straus (1961) hebben het in dit verband over 'segmenten'. Binnen één professie bestaat geen homogeniteit: er zijn verschillende identiteiten, waarden en belangen waarin patronen te ontdekken vallen. Daardoor ontstaan coalities, de segmenten. Een professie wordt in dit licht gezien als losse fusies van segmenten die op verschillende manieren verschillende doelstellingen nastreven (Bucher en Straus, 1961, p. 326). Door het nastreven van verschillende doelstellingen tussen de segmenten ontstaan ook verschillen in werkactiviteiten, methodologie en technieken, de cliënten die men bedient, de cultuur binnen zo'n segment en de belangen van de groep. Het blijkt dat segmenten echter niet statisch zijn, maar dynamisch. Professionals kunnen relaties met elkaar aangaan of verbreken en in meer of mindere mate met elkaar communiceren. Segmenten kunnen zich aanpassen, veranderen of zelfs verdwijnen. Daardoor kunnen weer nieuwe, andere segmenten ontstaan (Bucher en Straus, 1961). Bucher en Straus laten zien dat er dus allerlei verschillen kunnen bestaan tussen de segmenten binnen één professie, maar er wordt niet gezegd wat voor gevolgen deze verschillen kunnen hebben voor het functioneren van de professie als geheel.

Abbott (1995) kijkt op een andere manier dan Bucher en Straus naar grenzen, namelijk door te stellen dat grenzen eerder zijn ontstaan dan de professionele ruimte, de grenzen vormen het professionele domein (Abbott, 1995). Het is dan ook nutteloos om te zoeken naar grenzen rondom professionele domeinen die al bestaan, het startpunt moet juist deze grenzen zijn, waardoor onderzocht kan worden hoe de professionele ruimtes zich ontwikkelen tot echte domeinen (Abbott, 1995). Het begint echter altijd bij de mens zelf, waarover Abbott zegt dat een individu een sociale entiteit is. De relaties tussen de sociale entiteiten bepalen de grenzen, die vooral voorkomen in actiezones: conflictsituaties tussen professies (Abbott, 1995).

Grenzen vormen dus het professionele domein en kunnen gespecificeerd worden. Volgens Fournier (2000) hebben grenzen twee functies, namelijk 1) het vormen van een onafhankelijk kennisgebied als basis waarbinnen professionals hun autoriteit en exclusiviteit opbouwen en 2) het scheiden van werk, waardoor grenzen onderhouden worden en nieuwe grenzen tot stand kunnen komen (Fournier, 2000, in: Noordegraaf en

Van der Klauw, 2011, p. 10). Ferlie et. al (2005) benadrukken dat wanneer over interprofessionele grenzen wordt gesproken, het niet gaat om fysieke, geografische of formele grenzen, maar juist om die grenzen die onder de oppervlakte liggen (Ferlie et. al, 2005). Grenzen hebben te maken met de relaties die mensen met elkaar aangaan, hierdoor kunnen grenzen ook makkelijk verschuiven. De onderzoekers onderscheiden daarom twee soorten grenzen, namelijk cognitieve en sociale grenzen (Ferlie et. al, 2005).

3.3.3 PROBLEMEN MET INTERPROFESSIELE GRENZEN

De hierboven besproken grenzen zijn met name problematisch wanneer professionals uit verschillende professionele domeinen met elkaar moeten samenwerken. Zo noemen Robinson en Cottrell (2005) dat er bijvoorbeeld verschillen tussen professionals in teams kunnen ontstaan doordat deze professionals beiden een andere 'taal' spreken. Ook kunnen professionals het gevoel krijgen dat ze hun eigen professionele identiteit, of autonomie, verliezen omdat ze op moeten gaan in een groter geheel (Robinson en Cottrell, 2005). Daarnaast kunnen de verschillen in status of hiërarchie van professionals leiden tot spanningen. Volgens Fitzgerald et. al (2002) kunnen er ook spanningen ontstaan doordat professionals verschillende waarden hechten aan methodologisch bewijs en kennis (Fitzgerald et. al, 2002). Kennis en ideeën tussen de artsen worden hierdoor maar erg beperkt uitgewisseld. Ferlie et. al (2005) hebben onderzocht dat teams met professionals uit hetzelfde domein sterke groepen vormen waar informatie en ervaringen gedeeld worden door middel van interactie, waardoor de teamleden veel leren van elkaar (Ferlie et. al, 2005). Door grenzen tussen de leden in multidisciplinaire teams blijkt men amper te leren van elkaar, doordat kennis *sticky* is (Ferlie et. al, 2005, p. 131).

Noordegraaf en Van der Klauw (2011) onderscheiden in hun onderzoek naast cognitieve en sociale grenzen ook technische grenzen (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 11). Technische grenzen verwijzen naar de kennis en vaardigheden waar de professional gebruik van maakt om zijn beroep uit te oefenen. Dit houden handelingen en bepaalde methodes in die men heeft opgedaan tijdens scholing of training en door ervaring (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011). Zo halen artsen hun *evidence* voor diagnostiek onder andere uit verscheidene medische tijdschriften, maar de ene arts zal meer waarde hechten aan het ene tijdschrift, terwijl de arts uit een andere discipline meer belang heeft bij een ander tijdschrift (Fitzgerald et. al, 2002, p. 1438). In dit verband wordt in het onderzoek van Robinson en Cottrell (2005) over het verschil in 'taal' tussen de professionals gesproken. De terminologie tussen professionals kan verschillen, waardoor het lastig is met elkaar te communiceren (Robinson en Cottrell, 2005, p.552). Met sociale grenzen wordt het 'sociale programma' rondom relaties bedoeld. Hoe kijken mensen naar andere mensen, hoe voelen ze zich over elkaar en hoe communiceren ze met elkaar? (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011) Sommige theorieën zeggen hierover dat de sociale identiteit van professionals hier een rol bij speelt (Fay et. al, 2006; Payne, 2006). Om de wereld te begrijpen simplificeren mensen bepaalde zaken door te categoriseren. Een professional deelt zichzelf in een bepaalde categorie, bijvoorbeeld op basis van uiterlijk, leeftijd of interesses, en beschouwt vervolgens deze categorie als positief. Mensen die buiten deze categorie vallen, belanden in de *out-group*. De interactie en samenwerking tussen deze twee groepen zal minder sterk blijken te zijn dan de interactie binnen zo'n categorie (Fay et. al, 2006, p. 555). Cognitieve grenzen verwijzen naar het mentale frame waardoor mensen de wereld bekijken. Men interpreteert de wereld op een eigen manier, groepen mensen kunnen dezelfde interpretaties delen (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011). De verschillende grenzen en de kenmerken van deze grenzen worden in tabel 3.3 schematisch uiteengezet:

Grenzen	Kenmerken	Voorbeeld
Technisch	Methoden	Medische technieken
	Richtlijnen	Protocollen en standaarden
Sociaal	Lidmaatschap groep	Dokter – verpleegkundige
	Loyaliteit	Betrokkenheid beroepsvereniging
Cognitief	Wereldbeeld	Klinische blik van artsen
	Morele standaarden	Medische eed

tabel 3.3, naar Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p.12

Zoals hier al eerder is aangehaald zijn professionals diegenen die innovaties door de organisatie verspreiden. Wanneer professionals samenwerken in multidisciplinaire teams, kunnen ze van elkaar leren waardoor kennis van de verschillende leden in het team verhoogd kan worden. Door de cognitieve, sociale en technische grenzen kan deze kennis niet verder doorstromen, waardoor innovatie wellicht niet de kans krijgt om zich verder in de organisatie te verspreiden. Volgens het onderzoek van Fitzgerald et. al (2002) ontstaat deze verspreiding alleen wanneer er een coalitie ontstaat tussen de verschillende actoren. Het is daarom niet voor de hand liggend dat innovaties kunnen worden geïmplementeerd zonder dat er een vertrouwensbasis bestaat tussen de verschillende actoren, waardoor een sterke organisatiecultuur kan ontstaan (Fitzgerald et. al, 2002, p. 1141). Wanneer grenzen overbrugd zullen worden door overbruggingsmechanismen in te zetten die een samenwerkingscultuur bevorderen zal innovatie een grotere kans krijgen binnen een organisatie.

3.4 HET OVERBRUGGEN VAN GRENZEN

Door het bestaan van grenzen tussen professionele domeinen kunnen professionals in hun eigen domeinen effectief werken. Het overschrijden van cognitieve, sociale of technische grenzen kan ervoor zorgen dat professionele domeinen zwakker worden, waardoor professionals bijvoorbeeld minder discretionaire ruimte hebben om te kunnen handelen (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011). Toch zullen, wanneer samenwerking en verandering in de organisatie tot stand moet worden gebracht, deze grenzen overbrugd moeten worden, om interactie en relaties tussen de professionals te bewerkstelligen. Volgens verscheidene wetenschappers kunnen deze grenzen ook overbrugd worden wanneer er bepaalde mechanismen ingezet worden. *'Cognitive, technical and social boundaries can be overcome when new views, methods and loyalties become legitimate,'* aldus Noordegraaf en Van der Klauw (2011, p. 14).

Uit de literatuur (Wenger, 2000; Kimble 2010; Williams, 2002) blijkt dat er verschillende soorten mechanismen een rol spelen bij het overbruggen van interprofessionele grenzen binnen multidisciplinaire teams. Zo noemt Wenger (2000) drie vormen van overbruggingsmechanismen, namelijk *brokering*, *boundary objects* en *boundary interactions*. Met *brokering* worden mensen bedoeld die zich, in meer of mindere mate, bewust inzetten om grenzen tussen professionals te overbruggen en professionals te laten samenwerken (Wenger, 2000, p. 235-236). Met *boundary objects* worden middelen bedoeld die kunnen worden gebruikt om technische, sociale of cognitieve grenzen te overbruggen, zoals de vergaderruimte waar grensoverstijgende overleggen kunnen worden gevoerd en budget voor samenwerkingsverbanden (Wenger, 2000, p. 236). Ten slotte noemt Wenger *boundary interactions*. Dit zijn mechanismen die de interactie tussen de verschillende professionals versterken, door bijvoorbeeld ontmoetingen te organiseren (Wenger, 2000, p. 236-237). Deze verdeling van overbruggingsmechanismen zal in dit hoofdstuk gedeeltelijk worden overgenomen. Doordat in dit onderzoek samenwerking bestudeerd wordt vanuit het culturele perspectief, betekent de mate van samenwerking in dit geval de mate waarin interacties bestaan tussen professionals en welke relaties door professionals worden aangegaan. De overbruggingsmechanismen die ingezet kunnen worden kunnen een cultureel effect hebben op deze interacties en relaties. Vanuit de culturele benadering is daarom het overbruggingsmechanisme 'interactie' dubbel op.

Professionals hebben dus zelf invloed op de mate waarin overbruggingsmechanismen succesvol worden ingezet. In verschillende onderzoeken (Ferlie et. al, 2005; Fitzgerald et. al, 2002) komt naar voren dat het lastig is om innovaties door te voeren in organisaties, doordat professionele domeinen een weerbarstige omgeving veroorzaken. Wanneer managers en leidinggevendenden overbruggingsmechanismen inzetten, wordt verwacht dat professionals meer innovatiekracht bezitten en beter zullen samenwerken, maar door deze weerbarstigheid kunnen overbruggingsmechanismen niet altijd de verwachtingen waarmaken. Vanuit het culturele perspectief bezien is de mate waarin relaties en interacties worden aangegaan bepalend voor de mate waarin wordt samengewerkt. Of overbruggingsmechanismen succesvol zijn, hangt af van de invloed die zij hebben op de interacties en relaties tussen professionals. De professionals zelf zijn daarom de belangrijkste factoren in het samenwerkingsproces.

In dit hoofdstuk zullen verschillende overbruggingsmechanismen besproken worden die van invloed kunnen zijn op het handelen van professionals. Ten eerste worden overbruggingsmechanismen die onder *boundary objects* vallen bestudeerd, dit zijn concrete, maar ook abstracte middelen die ingezet kunnen worden. Vervolgens worden *brokers* besproken, die onderverdeeld kunnen worden in *boundary spanners* en *boundary roles*, dit zijn mensen die het overbruggingsproces kunnen beïnvloeden.

3.4.1 BOUNDARY OBJECTS

Boundary objects zijn middelen die ontwikkeld zijn om interprofessionele grenzen te overbruggen. Deze *boundary objects* zijn vaak fysiek of virtueel aanwezig binnen of rondom een multidisciplinair team (Kimble et.

al, 2010). Carlile (2002) omschrijft deze concrete middelen als '*objects that are shared and shareable across different problem solving, contexts*' (Carlile, 2002, p. 451). In zijn onderzoek hanteert Carlile een categorisering van Star (Star, 1989, in: Carlile, 2002) voor *boundary objects*. In de eerste plaats noemt hij depots voor informatie, zoals databanken en bibliotheken, die een gedeeld referentiekader voor informatie voor professionals kunnen creëren. Ten tweede worden gestandaardiseerde formulieren en methoden genoemd die professionals helpen informatie te categoriseren. Een voorbeeld hiervan is de multidisciplinaire *guideline* voor de professionals van ParkinsonNet, een meer dan 300 pagina's tellende online handleiding waarin de laatste wetenschappelijke informatie met elkaar wordt gedeeld (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 21). Op de derde plaats noemt Star modellen die gebruikt kunnen worden om situaties en problemen te representeren. Ten slotte worden *maps of boundaries* genoemd die de afhankelijkheden tussen verschillende groepen tonen, stroomdiagrammen en computersimulaties (Star, 1989, in: Carlile, 2002, p. 451).

De *boundary objects* die in deze onderscheiding genoemd worden, lijken voornamelijk technische grenzen te overbruggen. Door informatie voor alle professionals toegankelijk te maken en in protocollen te laten zien hoe er gewerkt wordt, kunnen verschillen in kennis en vaardigheden worden overbrugd. Carlile geeft zelf aan dat deze *boundary objects* zorgen voor een gedeelde taal en een gedeeld referentiekader (Carlile, 2002). In dat opzicht worden ook cognitieve grenzen overbrugd. Overbrugging van sociale grenzen lijken in deze onderscheiding te ontbreken. In Kimble et. al (2010) wordt het belang onderstreept van middelen die op de sociale grenzen van invloed kunnen zijn. Zo zegt hij: '*When a situation is familiar and routine, a simple boundary object, perhaps only a single word, is all that is needed for a group to coordinate its activities*' (Kimble et. al, 2010, p. 438). Deze middelen die als *boundary object* ingezet worden zijn, in tegenstelling tot de concrete middelen die hierboven genoemd worden, abstracter van aard.

Wenger (2000) noemt in zijn onderzoek dat '*discourses*' een belangrijk *boundary object* is om verschillende grenzen te overbruggen. Ontmoetingen tussen professionals kunnen bewust worden ingezet om interprofessionele grenzen te overbruggen. Zo kunnen bijvoorbeeld trainingsprogramma's worden opgezet voor professionals uit verschillende disciplines, waardoor professionals niet alleen meer kennis over hetzelfde onderwerp vergaren, maar ook leren om dezelfde taal te spreken (Robinson en Cotrell, 2005). Ook werkoverleggen, protocoldagen en andere gezamenlijke activiteiten kunnen overbruggingsprocessen in gang brengen. Deze *boundary objects* zijn niet tastbaar, maar wel degelijk een middel om samenwerking te bevorderen. Vaak komen deze twee soorten *boundary objects* in combinatie met elkaar voor en kunnen complementair aan elkaar zijn. Een fysiek middel als een vergaderruimte lijkt niet erg van nut te zijn wanneer een ander, abstracter *boundary object*, namelijk een georganiseerd overleg, niet ingezet wordt.

Een middel dat samenhangt met deze *boundary objects* is het versterken van de administratieve ondersteuning rondom het team. Dit kan in de vorm van een persoon zijn. Deze persoon kan bijvoorbeeld de overleggen plannen, notuleren tijdens de overleggen en informatie onder de teamleden verspreiden (Fleissig et. al, 2006, p. 937). Eén van de middelen die waarschijnlijk de grootste (directe) invloed zal hebben op het overbruggingsproces is het door de organisatie beschikbaar stellen van financiële middelen (Fleissig et. al, 2006). Wanneer geld beschikbaar wordt gesteld aan professionals om multidisciplinair te werken en daarnaast ook de middelen die daarvoor nodig zijn te bekostigen, zoals de fysieke documenten maar ook de gezamenlijke activiteiten die ondernomen worden, toont de organisatie *organisational commitment* (Noordegraaf en Van der Klauw, 2011). Kimble et. al (2010) benadrukken ten slotte dat een *boundary object* flexibel moet kunnen zijn wanneer de situatie binnen een multidisciplinair team daar om vraagt (Kimble et. al, 2010).

Naast deze middelen die in meer of mindere mate concreet zijn, kunnen ook mensen binnen de organisatie overbruggingsprocessen in gang zetten. Deze personen kunnen *boundary roles* aannemen, of worden bestempeld als *boundary spanners*.

3.4.2 BROKERING

Wenger (2000) stelt dat *brokers* tussen twee verschillende groepen actief zijn, waar ze proberen te bemiddelen binnen het grensspel. Hij zegt over deze *brokers* het volgende: *'They love to create connections and engage in 'import-export', and so would rather stay at the boundaries of many practices than move to the core of any one practice'* (Wenger, 2000, p. 235). Hier vallen *boundary spanners* onder, letterlijk een verbinder genoemd, die grenzen probeert te overbruggen. Naast deze verbinder of bemiddelaar bestaan er ook mensen in een organisatie die zich inzetten voor bepaalde projecten of strategieën binnen de organisatie. Dit zijn meestal professionals zelf, die op deze manier laten zien dat er moet worden samengewerkt, waardoor andere professionals deze professional volgen en grenzen overbrugd worden.

Over deze voorhoedefiguren, die een *boundary role* aannemen, wordt in de literatuur nog niet veel gesproken. Leiderschapskwaliteit en innovatiekracht wordt in de literatuur voornamelijk toegedeeld aan managers en bestuurders (Korteland en Bekkers, 2008; Feissig, 2006), terwijl artsen hier een belangrijke rol in kunnen spelen. Zo komt in het onderzoek van Noordegraaf en Van der Klauw (2011) naar voren dat de *captain* van het netwerk veel respect verwierf onder de professionals: *'Their ideas and subsequent initiatives and actions acted as motivational forces that 'infused the network with value'* (Selznick, 1984, in: Noordegraaf en Van der Klauw, 2011, p. 22). Door bepaalde sterke, vaak vernieuwende ideeën van deze persoon volgen mensen hem, waardoor sneller veranderingen doorgevoerd kunnen worden in een groep en interprofessionele grenzen daardoor naar de achtergrond verdwijnen. De verschillende rollen die managers of bestuurders als voorhoedefiguren kunnen aannemen worden door Fitzgerald et. al (2002) besproken. Zij hebben het over drie verschillende soorten *opinion leaders*, namelijk de leider als link tussen de wetenschappelijke wereld en de praktijk, de lokale leider en de politieke leider met veel managementvaardigheden (Fitzgerald et. al, 2002, p. 1442). Zij kunnen veel gedaan krijgen wanneer professionals in hen geloven. Ook Korteland en Bekkers (2008) bespreken deze *brokers*, die speciaal zijn aangenomen om innovaties en interessante ideeën binnen de organisatie op te pakken en te stimuleren, waardoor er mogelijkheden ontstaan om de innovaties ook door te zetten (Korteland en Bekkers, 2008, p. 83).

In het onderzoek van Williams (2002) komt naar voren dat er inderdaad twijfels bestaan wie de taak van voorhoedefiguur op zich neemt: de professional, of de manager. In de eerste plaats meent hij dat het belangrijk is dat de bemiddelaar *on-the-job* is: hij moet veel ervaring hebben en precies weten hoe de relaties zich op dat moment met de context waarin de professionals zich begeven verhoudt. Daarnaast noemt hij dat bemiddelaars veel technische kennis over het onderwerp in het multidisciplinaire team of netwerk moet bezitten om zo legitimiteit bij de professionals te kunnen verwerven. Hij meent echter ook dat bemiddelaars hun objectieve, holistische kijk moeten beschermen: wanneer zij te diep meegaan in de kennis die in het team beschikbaar is, verliezen zij wellicht hun vermogen om analytisch en strategisch te denken en handelen (Williams, 2002, p. 119). In het eerste en tweede criterium kan wellicht een professional als bemiddelaar herkend worden, terwijl in het laatste criterium meer een managerstaak gezien kan worden.

Naast deze *boundary roles* bestaan er, zoals hierboven genoemd is, ook *boundary spanners*, die bemiddelen op de grensvlakken. Kimble et. al (2010) noemen het belang van deze bemiddelaars om teamleden met elkaar te laten samenwerken. Zij gaan vooral in op het cognitieve effect van overbrugging: *'A broker translates knowledge created in one group into the language of another so that the new group can integrate it into its cognitive portfolio'* (Kimble et. al, 2010, p. 438). Williams (2002) bekijkt de bemiddelaar vooral uit een sociale invalshoek. De bemiddelaars zullen speciale karaktereigenschappen nodig hebben, zoals sensitiviteit, eerlijkheid en openheid, waardoor zij goed in staat zijn de verschillende relaties tussen de professionals te begrijpen en de processen die hierbinnen spelen te herkennen (Williams, 2002). Williams noemt hierbij het begrip 'vertrouwen' als het belangrijkste instrument van de bemiddelaar om effectief grenzen te kunnen overbruggen. Wanneer de bemiddelaar vertrouwen kan creëren binnen een samenwerkingsverband zullen

professionals eerder bereid zijn informatie met elkaar te delen en te communiceren (Williams, 2002). In tabel 3.4 worden de verschillende overbruggingsmechanismen schematisch weergegeven:

Overbruggingsmechanismen		Voorbeeld
<i>Boundary object</i>	Concreet middel	Gezamenlijke overlegruimte
	Abstract middel	Gezamenlijke trainingsdag
<i>Brokering</i>	<i>Boundary role</i>	Arts als voorhoedetype
	<i>Boundary spanner</i>	Projectleider als bemiddelaar

Tabel 3.4

Uit de literatuur blijken er verschillende overbruggingsmechanismen te bestaan die onder te verdelen zijn in *boundary objects* en *brokering*. Deze overbruggingsmechanismen blijken direct én indirect hun werk te doen. Managers of bestuurders kunnen bewust inzetten in het sturen op samenwerking, door bijvoorbeeld concrete of abstracte middelen in te zetten die het overbruggingsproces beïnvloeden. Ook de mensen met wie professionals in de organisatie in aanraking komen kunnen van invloed zijn op het overbruggingsproces. Niet altijd hoeven deze personen zich bewust te zijn van hun rol als bemiddelaar of voorhoedefiguur. Professionals kunnen hier ook al met enige mate actief mee bezig zijn zonder dat zij zich bewust inzetten voor een vernieuwing in het handelen van professionals. Deze overbruggingsmechanismen kunnen een cultureel effect sorteren op het handelen van professionals. Zo kunnen zij interacties verbeteren of versterken en relaties tussen verschillende professionals bevorderen. Het is echter geen voldongen feit dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Het zijn de professionals zelf die wel of geen relaties aangaan met andere professionals en in meer of mindere mate met elkaar communiceren.

3.5 KORTOM

In dit hoofdstuk is onderzocht dat innovatie gemakkelijk verspreid kan worden door de organisatie wanneer professionals samenwerken. Deze samenwerking kan tot stand worden gebracht binnen multidisciplinaire teams. In deze teams werken professionals uit verschillende beroepsdisciplines met elkaar samen om een gezamenlijk doel te bereiken. De professionals nemen ieder hun eigen ervaringen, kennis, vaardigheden en normen en waarden mee het team in. Door de gesloten beroepsgroep waarin deze professionals handelen en de grote mate van autonomie die ze bezitten, bestaan er grenzen tussen de verschillende beroepsgroepen die niet bevorderlijk zijn voor samenwerking. Deze grenzen kunnen technisch, sociaal en cognitief van aard zijn.

Om tot samenwerking te komen tussen professionals, waardoor innovatie tot stand kan worden gebracht en verspreid kan worden door de organisatie, zullen deze grenzen overbrugd moeten worden. Dit kan op verschillende manieren plaatsvinden. Zo bestaan er *boundary objects*, concrete en abstracte middelen die samenwerking kunnen bevorderen. Dit zijn bijvoorbeeld protocollen en handleidingen die ten dienste staan van samenwerking en activiteiten die georganiseerd worden waardoor interactie bevorderd kan worden. Daarnaast kunnen ook personen actief zijn in dit overbruggingsproces, dit wordt *brokering* genoemd. Een *boundary spanner* staat aan de grenzen van de professionele domeinen om relaties tussen de professionals te beïnvloeden. Iemand die een *boundary role* aanneemt kan daarnaast door zijn leiderschapskwaliteiten professionals bewegen tot samenwerking. Deze overbruggingsmechanismen kunnen in meer of minder directe vorm ingezet worden en de invloed van deze overbruggingsmechanismen kan meer of minder dwingend zijn.

4. ONDERZOEKSAANPAK

In dit hoofdstuk zal uiteengezet worden hoe het empirische gedeelte van het onderzoek is opgezet. In de eerste paragraaf komt het type onderzoek dat is uitgevoerd aan bod. De operationalisatie die is uitgevoerd zal in de tweede paragraaf worden toegelicht. Vervolgens zal in de derde paragraaf worden uitgelegd welke stappen er in het onderzoek gemaakt zijn om uiteindelijk conclusies te kunnen verbinden aan het onderzochte. De methoden en technieken waar gebruik van is gemaakt in de dataverzamelingsfase zullen worden toegelicht in paragraaf vier. Ten slotte zal uiteengezet worden op welke manier de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek is gewaarborgd.

4.1 TYPE ONDERZOEK

Dit onderzoek wordt uitgevoerd op basis van een kwalitatieve benadering. Kwalitatief onderzoek betekent dat binnen het onderzoek onderzoeksgegevens van niet-numerieke aard worden verzameld (Van Thiel, 2010, p. 194). In vergelijking met kwantitatief onderzoek zijn er minder duidelijke methodologische regels en richtlijnen beschikbaar, al kent kwalitatief onderzoek wel veel principes, zoals theoretische selectie (Boeije, 2005, p. 12). Kenmerken van kwalitatief onderzoek zijn dat 1) er onderwerpen onderzocht worden die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving, 2) onderzoeksmethoden gebruikt worden die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen en 3) het doel van onderzoek is dat het onderwerp te beschrijven en eventueel te verklaren is (Boeije, 2005, p. 27). Er blijken veel verschillende varianten van kwalitatief onderzoek in omloop te zijn (Boeije, 2005). In dit onderzoek is gekozen voor de interpretatieve variant van het kwalitatieve onderzoek.

Volgens de interpretatieve wetenschapsbenadering bestaat er niet één werkelijkheid, er wordt juist vanuit gegaan dat ieder mens een eigen betekenis geeft aan bepaalde verschijnselen in de wereld. Deze betekenissen worden onderling uitgewisseld in interacties, zodat ze een gezamenlijke werkelijkheid construeren (Boeije, 2005, p. 20). De onderzoeker die vanuit deze benadering onderzoek doet, probeert er achter te komen hoe mensen de werkelijkheid interpreteren, dit door Van Thiel aangeduid met het Duitse woord *verstehen* (Van Thiel, 2010, p. 42). Vaak richt het interpretatieve onderzoek zich op één bepaalde gebeurtenis of situatie, waarbinnen alle elementen bestudeerd worden in zijn natuurlijke context (Van Thiel, 2010; Boeije, 2005). Dit wordt ook wel gevalstudie of *case study* genoemd. In een *case study* staat vooral de sociale interactie tussen de deelnemers aan dat sociale proces centraal (Baarda en De Goede, 1992).

Voor dit onderzoek betekent dit dat onderzoek wordt gedaan naar professionals, namelijk artsen, die zich in hun natuurlijke context bewegen, het UMC Utrecht. De factoren die van invloed zijn op dit handelen zullen in dit onderzoek meegenomen worden. De focus ligt echter op de samenwerking tussen artsen uit verschillende disciplines binnen multidisciplinaire teams. De reden waarom gekozen is voor interpretatief onderzoek binnen één specifieke situatie is dat door deze onderzoeksbenadering de situatie waarin het bijzondere van deze situatie en organisatie kan worden beschreven (Boeije, 2005, p. 35). Hierdoor kan ingezoomd worden op de relaties tussen de personen in de situatie. In dit onderzoek wordt samenwerking tussen artsen bestudeerd. Er wordt gestreefd te begrijpen waarom artsen samenwerken, of niet, en welke mechanismen invloed kunnen hebben op het samenwerkingsproces. Vanuit een interpretatieve benadering worden de percepties van deze artsen onderzocht: hoe zij multidisciplinaire samenwerking ervaren en welke betekenis zij daar aan geven. In paragraaf 4.3 volgt een uitgebreidere beschrijving van de *case study*.

4.2 OPERATIONALISATIE

Zoals in de doelstelling is uiteengezet bestaat dit onderzoek uit drie delen, namelijk:

1. Het beschrijven van samenwerking tussen artsen van dezelfde discipline in multidisciplinaire teams in het UMC Utrecht, de grenzen die tussen deze artsen kunnen voorkomen en de overbruggings-mechanismen die ingezet worden om samenwerking te bevorderen.
2. Het verklaren van de invloed die de overbruggingsmechanismen hebben op de samenwerking tussen artsen van verschillende disciplines in het UMC Utrecht.
3. Het beoordelen van de overbruggingsmechanismen die ingezet worden om samenwerking tussen artsen van verschillende disciplines te bevorderen in het UMC Utrecht

De drie delen worden bestudeerd aan de hand van het operationalisatieschema, dat is opgenomen in Bijlage I. Aan de hand van dit operationalisatieschema is een *topiclist* opgesteld, waarin de concepten in het schema zijn omgevormd tot concrete begrippen. In het empirische deel van dit onderzoek is hier informatie over verzameld door middel van verschillende dataverzamelmethode. Het operationalisatieschema kan daarom gezien worden als het startpunt van het theoretische en empirische onderzoek.

4.3 ONDERZOEKSPROCES

Het onderzoek bestaat uit verschillende fasen die zijn doorlopen om uiteindelijk een onderzoeksresultaat te behalen. Deze onderzoeksfasen lagen relatief vast. De eerste fase is de oriëntatie en het ontwerpen van het onderzoek, de tweede fase behelst de data verzameling, in de laatste fase wordt deze data geanalyseerd.

4.3.1 ORIËNTATIE EN ONDERZOEKSONTWERP

In de eerste fase van het onderzoek heeft een oriëntatie plaatsgevonden op het onderwerp voor het betreffende onderzoek. Toen de keuze voor stageplek eenmaal was vastgelegd, het UMC Utrecht, was daarmee ook de organisatie waar dit onderzoek zich op zou gaan richten bepaald. Door oriënterende gesprekken met de begeleiders vanuit zowel het UMC Utrecht als de Universiteit Utrecht werd de focus al snel op multidisciplinaire samenwerking tussen artsen in het ziekenhuis gelegd, waarna kon worden begonnen met het ontwerpen van het onderzoeksvoorstel.

Het blijkt dat wanneer gekozen wordt voor kwalitatief onderzoek een goede voorbereiding voordat met het eigenlijke onderzoek begonnen wordt onontbeerlijk is (Boeije, 2005). *‘Een goede voorbereiding, tot uiting komend in een onderzoeksplan of – opzet, moet verhinderen dat onderzoekers worden afgeleid van hun eigenlijke onderwerp en ertoe bijdragen dat de onderdelen van het onderzoek bij elkaar (blijven) passen’* aldus Boeije (Boeije, 2005, p. 40). Er is in deze fase een probleemstelling ontwikkeld, die uit een vraagstelling en een doelstelling bestaat. Ook het operationalisatieschema is in dit stadium opgezet. Vervolgens is een theoretisch kader opgezet, waarin wetenschappelijke theorieën zijn opgenomen. Binnen deze theorieën worden bepaalde uitspraken gedaan die verschijnselen beschrijven, verklaren of voorspellen (Van Thiel, 2010, p. 36). Zo bestaat het kader allereerst uit assumpties of aannames, de uitgangspunten voor het theoretisch model die zelf niet ter discussie staan. In het model zelf spelen concepten, variabelen, condities en mechanismen een rol (Van Thiel, 2010, p. 37). Deze concepten zijn in het theoretisch kader gedefinieerd waardoor duidelijk wordt waar het onderzoek betrekking op heeft. Het theoretisch kader laat dus zien wat de set van verwachtingen zijn die in het onderzoek mee worden genomen, welke conceptuele modellen gebruikt worden en door wat voor ‘bril’ naar het onderzoeksgebied gekeken wordt. Het perspectief van waaruit in dit onderzoek gekeken wordt naar de situatie is een cultureel perspectief, vanuit dit perspectief wordt naar de organisatie gekeken en naar de professionals die hierbinnen werkzaam zijn. Doordat dit perspectief gehanteerd wordt ligt de focus in dit

onderzoek op de relaties en verbindingen die de professionals aangaan binnen de organisatie en de individuele voorstellingen die worden geconstrueerd in interactie met de omgeving. In hoofdstuk drie is de focus gelegd op de professional, in hoofdstuk twee is de omgeving waarin deze professional zich beweegt geschetst.

4.3.2 DATAVERZAMELING

Het empirische gedeelte van het onderzoek bedraagt een *case study*. Een *case study* is een onderzoeksstrategie waarbij één of enkele gevallen van het onderzoeksonderwerp in hun natuurlijke situatie worden onderzocht (Van Thiel, 2010, p. 99). Als onderzoeker sta je midden in het onderzoeksveld, waardoor je goed het verloop van sociale processen in kaart kan brengen en dit proberen te verklaren (Baarda en De Goede, 1992, p. 98). Vaak worden er veel verschillende kwalitatieve gegevens verzameld om zo een holistisch beeld te kunnen schetsen van de situatie (Van Thiel, 2010). Hiervoor worden verschillende onderzoeksmethoden gebruikt, die in paragraaf vier aan bod zullen komen. Een kenmerkend verschil met bijvoorbeeld een survey-onderzoek is dat je als onderzoeker niet via een vragenlijst of observatieschema contact hebt met je onderzoekseenheden, maar via direct contact, *face to face*. In plaats van cijfers zie je de mensen levendig voor je (Baarda en De Goede, 1992).

In dit onderzoek was, door de keuze van stageplek, al snel duidelijk wat het onderwerp van de *case study* zou worden, namelijk het UMC Utrecht. Door de organisatiestrategie die nog niet zo lang geleden in het UMC Utrecht is ingevoerd, Strategie 3.0, wordt een actueel onderwerp onderzocht in de dagelijkse actualiteit, terwijl het daarnaast redelijk uniek is (Van Thiel, 2010, p. 99). Binnen deze *case study* zijn kleinere onderzoeksgebieden geselecteerd waar dit onderzoek zich op heeft gefocust. Dit is gedaan aan de hand van informatie die beschikbaar was binnen de organisatie over het onderzoeksonderwerp, onder andere via bestaande documenten over Strategie 3.0 en gesprekken met personen die nauw betrokken zijn bij het onderwerp. Aangezien het onderzoeksonderwerp multidisciplinair samenwerken tussen artsen behelst, is gezocht naar die gebieden waar deze samenwerking plaatsvindt en ook zichtbaar is, of zou moeten zijn. De zes speerpuntprogramma's leken hier goed bij te passen, vooral ook omdat deze structuur een onderdeel is van Strategie 3.0. Het speerpunt *Personalized Cancer Care* werd als eerste uitgekozen, doordat hierover vermoed werd dat daar veel multidisciplinaire samenwerking zou plaatsvinden. Als tegenhanger is *Brain* uitgekozen, omdat men bij dit speerpunt minder multidisciplinaire samenwerking verwachtte. Er zijn dus twee contrasterende *cases* uitgekozen, waardoor een zogenaamde *nested case study* is ontstaan. Binnen de grote *case*, het UMC Utrecht, is gekeken naar twee kleinere *cases*, de speerpunten *Personalized Cancer Care* en *Brain*. De twee speerpunten zijn met name uitgekozen om het onderwerp af te bakenen en op deze manier gericht naar onderzoeksdata te kunnen zoeken. In het onderzoek zullen de twee speerpunten dan ook niet expliciet met elkaar vergeleken worden.

Gedurende de data-analyse is gebleken dat niet alle geïnterviewden en observaties in één van de twee speerpunten vallen. Sommige specialisaties als oncologische gynaecologie blijken in de bredere zin te passen in het speerpunt *Personalized Cancer Care*, maar wanneer het speerpuntprogramma nauwkeurig wordt bestudeerd, blijkt deze specialisatie niet een specifiek speerpunt te zijn. Dit is niet naar voren gekomen tijdens de selectie van de data en ook tijdens de interviews met artsen is dit niet genoemd. Veel artsen blijken echter niet helemaal 'vast' bij een speerpunt te horen, zij hebben vaak meerdere taken, waaronder ook onderwijs- en onderzoekstaken, waarin zij in meer of mindere mate betrokken kunnen zijn in een speerpunt.

4.3.3 DATA-ANALYSE

Wanneer alle data verzameld zijn, zal de data-analyse plaatsvinden. Kwalitatieve data blijkt vaak ongestructureerd van aard te zijn, dit betekent dat de data niet hiërarchisch ingedeeld kunnen worden (Van Thiel, 2010, p. 156). De onderzoeker zal daarom structuur moeten aanbrengen in deze kwalitatieve data, ook wel het coderen van data genoemd. De eerste stap hierin is het ordenen van kwalitatieve data. Vervolgens

moet worden vastgesteld welke data relevant zijn voor het onderzoek. In de derde fase worden de data-eenheden opgedeeld in kleinere eenheden, aan ieder relevant deel van de data wordt een code gegeven. Deze code bestaat uit een zeer beknopte weergave van de data. Daardoor kan op eenvoudige wijze data bij elkaar worden gezocht die op dezelfde onderwerpen betrekking hebben. In de laatste fase wordt de verzamelde en gecodeerde data geïnterpreteerd: er wordt een verhaal van de kwalitatieve data gemaakt (Van Thiel, 2010).

In dit onderzoek is de data direct na het verzamelen opgeslagen. De opgenomen interviews zijn getranscribeerd, de aantekeningen die tijdens de observaties zijn gemaakt zijn op de computer uitgeschreven. De verzamelde en uitgeschreven data worden vervolgens onderzocht en opgedeeld in vijf grote thema's, namelijk exogene factoren, endogene factoren, multidisciplinaire samenwerking, interprofessionele grenzen en overbruggingsmechanismen. Er is vervolgens een codeboom opgesteld, met deze vijf thema's als hoofdtakken, en kleinere data-eenheden als code daaronder. Deze codeboom is opgenomen als Bijlage V. Hierdoor ontstaat een overzichtelijk schema van stukken tekst, observaties en *quotes* die allemaal gaan over één bepaald onderwerp. Vanuit dit schema kan het 'verhaal' van dit onderzoek verteld worden. Uiteindelijk kunnen de resultaten volgen in antwoorden op de deelvragen en een antwoord op de hoofdvraag. Ten slotte zullen er aanbevelingen gedaan worden, specifiek voor het UMC Utrecht, maar ook voor de professionals en managers (in de gezondheidszorg) die multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (willen) aangaan.

4.4 METHODEN EN TECHNIEKEN

In een kwalitatief onderzoek kunnen op veel verschillende manieren gegevens worden verzameld. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van drie verschillende onderzoeksmethoden, het onderzoek is dus multimethodisch van aard. Hier is niet alleen voor gekozen om de validiteit van de onderzoeksconclusies te verbeteren (waarover meer in hoofdstuk 4.5) maar ook omdat de drie methoden een goede aanvulling op elkaar zijn en samen een breed beeld schetsen van de onderzochte situatie. De drie methoden waar voor gekozen is zijn documentanalyse, observaties en interviews.

4.4.1 DOCUMENTANALYSE

De documentanalyse is een methode waarin documenten worden geïnterpreteerd op hun inhoud (Van Thiel, 2010, p. 69). Deze onderzoeksinformatie is bestaand materiaal die voor een ander doel is geproduceerd, bijvoorbeeld jaarverslagen of onderzoeksrapporten (Van Thiel, 2010). Het blijkt dat vaak al gebruik is gemaakt van deze informatie in de oriëntatiefase. In dit onderzoek is een inhoudsanalyse uitgevoerd op vier documenten, die hieronder in tabel 4.1 schematisch zijn weergegeven:

Documentanalyse	Wat	Via
	Strategie 3.0	Documenten Intranet (<i>Scoop</i>) UMC Utrecht
	Speerpuntprogramma <i>Personalized Cancer Care</i>	Wall, van der E. (2010) <i>Strategic plan for Personalized Cancer Care Program</i>
	Speerpuntprogramma <i>Brain</i>	Kahn, R., Joëls, M. (2011) <i>UMC Utrecht 3.0 Brain</i>
	Behoeftesonderzoek UMC Utrecht	TNSnipo (2011) <i>Stakeholderonderzoek UMC Utrecht</i>

Tabel 4.1

De eerste drie bronnen hebben vooral een communicatieve functie: ze brengen een boodschap over. De laatste bron is een onderzoek uitgevoerd door een onderzoeksinstituut, naar de verwachtingen over het UMC Utrecht van de stakeholders van het UMC Utrecht, zoals patiënten, huisartsen en de industrie, en hoe zij op dit moment tegen het UMC Utrecht aankijken. Het onderzoek bestaat uit ruw materiaal: de uitkomsten van de enquête en interviews zijn verwerkt, maar niet geanalyseerd. De selectie van deze vier bronnen is in de eerste plaats ontstaan doordat de eerste drie bronnen erg raken aan het onderzoeksonderwerp, deze bronnen zijn dan ook de start geweest in de onderzoeksoriëntatie. De laatste bron is geselecteerd voor dit onderzoek aangezien het veel informatie bevat over de visie van stakeholders op samenwerking binnen het UMC Utrecht, een relevant onderwerp voor dit onderzoek.

4.4.2 OBSERVATIES

De tweede methode die in dit onderzoek gebruikt wordt is observaties. Observatie kan een erg belangrijk middel zijn om gegevens te verkrijgen, vooral wanneer het om een registratie van gedrag gaat. Het voordeel van observatie is dat het feitelijke gedrag vastgesteld wordt (Baarda en De Goede, 1992). Wat door een onderzoeker waargenomen wordt kan onderscheiden worden in drie elementen, namelijk wat mensen doen, wat mensen weten en welke voorwerpen mensen maken of gebruiken (Boeije, 2005, p. 56). Een kanttekening bij observatie is dat de onderzoeker alleen het waarneembare gedrag kan vastleggen, niet de motieven die daar achter zitten. Er zijn verschillende vormen van observatie, namelijk verborgen, open en participerende observatie. Deze technieken verschillen in de mate waarin de onderzoeker actief betrokken is bij de geobserveerde situatie (Van Thiel, 2010, p. 81). Ook kan de observatie verschillen in mate van gestructureerdheid (Van Thiel, 2010).

Voor dit onderzoek is gekozen voor open, ongestructureerde observaties. Het onderwerp van het onderzoek, samenwerking tussen artsen in multidisciplinaire teams, leent zich uitstekend voor observaties aangezien voor

deze samenwerking bewuste samenwerkingsmomenten gecreëerd zijn in de vorm van multidisciplinaire overleggen (MDO's). Binnen de twee speerpunten zijn een aantal MDO's geselecteerd, hier is vervolgens het grenspel tussen de verschillende artsen geobserveerd. De observaties waren open, omdat vaak een aantal deelnemende artsen wisten dat er een onderzoeker bij het overleg aanwezig was, de onderzoeker was dus niet verborgen. De onderzoeker had tijdens de observaties echter geen contact met de onderzoekseenheden en nam niet deel aan de te observeren activiteiten. Er is voor een ongestructureerde vorm van observatie gekozen, vooraf is dus niet bepaald naar welke handelingen wordt gekeken. Hier is voor gekozen aangezien samenwerking vanuit het culturele perspectief gezien onderzocht kan worden aan de hand van de relaties en interacties tussen artsen, en daarom dus in alle handelingen kan 'opduiken'. Tijdens de observaties zijn door de onderzoeker schriftelijke aantekeningen gemaakt, deze aantekeningen zijn direct na de observaties op de computer uitgewerkt, waardoor de indrukken van de situatie nog sterk aanwezig waren. In tabel 4.2 zijn de observaties voor dit onderzoek schematisch weergegeven:

Observaties	Speerpuntprogramma	Wat
1	<i>Personalized Cancer Care</i>	MDO borstkankerdiagnostiek
2		<i>MDO oncologisch gynaecologie</i>
3		<i>Röntgenbespreking oncologisch gynaecologie</i>
4		MDO maag-darm-lever
5	<i>Brain</i>	Grote visite neurologie
6		Pathologiebespreking neuro-oncologie

Tabel 4.2⁸

De multidisciplinaire overleggen zijn voor dit onderzoek geselecteerd op basis van uitnodigingen van de respondenten van de interviews. Aan het einde van ieder interview met een arts is gevraagd naar de mogelijkheid van observatie tijdens een MDO. Hierdoor werd het mogelijk zes overleggen te observeren. Deze overleggen vonden allen plaats binnen het UMC Utrecht met artsen uit verschillende disciplines uit het UMC Utrecht. Bij één overleg nam via een videoverbinding ook een arts uit een ander ziekenhuis in de regio deel aan het overleg. De meeste MDO's duurden ongeveer twee uur.

4.4.3 INTERVIEWS

De interviewmethode is de derde methode die gehanteerd is en in dit onderzoek de empirische basis vormt. Een interview is een gesprek waarin de onderzoeker, door vragen te stellen aan één of meer personen, informatie verzamelt over het onderzoeksonderwerp (Van Thiel, 2010, p. 108). Interviews zijn erg geschikt als onderzoeksmethode wanneer de onderzoeker iets wilt weten over attitudes, opinies of kennis (Baarda en De Goede, 1992, p. 137). Kenmerken voor kwalitatieve interviews zijn onder meer dat de interviewer er zorg voor draagt dat de vragen die worden gesteld passen binnen het referentiekader van de respondent. Daarnaast probeert de interviewer de interactie met de respondent goed te laten verlopen (Boeije, 2005, p. 58). Er bestaan verschillende manieren van interviewen. Voor dit onderzoek is gekozen voor de semigestructureerde variant van interviewen (Van Thiel, 2010).

Een semigestructureerd interview houdt in dat het gesprek aan de hand van een interviewhandleiding of *topiclist* wordt gehouden. Er zijn dus geen vragenlijsten afgewerkt, maar aan de hand van verschillende onderwerpen is een kader geschetst waarbinnen het gesprek plaatsvindt. De onderwerpen die in de gesprekken aan bod komen zijn geselecteerd naar aanleiding van de operationalisatie, die in Bijlage I is opgenomen. In het theoretisch kader is de operationalisatie uitgewerkt en vervolgens zijn de begrippen vertaald naar meetbare aspecten. Per begrip zijn een aantal indicatoren ontworpen en samen vormen deze

⁸ De schuingedrukte observaties zijn observaties van specialisaties die volgens de speerpuntprogramma's niet een specifiek aandachtsgebied zijn van het speerpunt.

indicatoren de *topiclist* die gebruikt is tijdens de interviews en is opgenomen in Bijlagen II, III en IV. Naast artsen zijn er ook twee managers en twee bestuurders geïnterviewd. Hier is voor gekozen om zo een breed en rijk beeld te krijgen van de organisatie en het veld waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd. De managers en bestuurders kijken vanuit een ander perspectief naar multidisciplinaire samenwerking dan artsen, hiermee kan de data aangevuld worden. Er zijn drie *topiclists* gemaakt, één voor de artsen, één voor de managers en één voor de bestuurders, om zo vanuit het perspectief van de respondent het gesprek te kunnen voeren. De open vorm van de *topiclists* draagt bij aan het open karakter van de interviews, hierdoor heeft de respondent de vrijheid om zelf elementen aan te dragen tijdens het gesprek. Wel kan er tijdens het gesprek door de onderzoeker gestuurd worden richting een ander onderwerp.

De selectie van de respondenten voor dit onderzoek is gemaakt op basis van gesprekken die gevoerd zijn met medewerkers in UMC Utrecht die betrokken zijn bij het speerpuntenbeleid en veel contacten hebben binnen het ziekenhuis, zogenaamde sleutelpersonen (Van Thiel, 2010). Zij hebben een eerste lijst met namen doorgegeven van artsen en managers waarvan de sleutelpersonen meenden dat zij open zouden staan voor een interview over multidisciplinaire samenwerking tussen artsen. Deze mogelijke respondenten zijn benaderd via e-mail. Voor de overige respondenten is gebruik gemaakt van de 'sneeuwbalmethode', een methode waarbij aan de eerste respondent wordt gevraagd om namen van mogelijke andere respondenten (Van Thiel, 2010, p. 199). Er is geprobeerd binnen elk speerpunt een brede groep artsen te interviewen, dat wil zeggen dat er artsen uit verscheidene disciplines is geïnterviewd. Uit een aantal disciplines zijn twee artsen geïnterviewd. In tabel 4.3 en 4.4 is schematisch weergegeven wie voor dit onderzoek zijn geïnterviewd:

Interviews	Speerpuntprogramma	Wie	Specialisatie
1	<i>Personalized Cancer Care</i>	Oncologisch chirurg	Borstkanker
2		Radiotherapeut	Gynaecologie
3		Oncologisch Internist	Gynaecologie
4		Oncologisch Internist	Urologie
5		Radioloog	Maag-darm-lever
6		Oncologisch Internist	Maag-darm-lever
7	<i>Brain</i>	Neuroloog	Beroertes
8		Psychiater	Kinderpsychiatrie (risico/preventie)
9		Psychiater	Psychische stoornissen
10		Neurochirurg	Vasculair

Tabel 4.3⁹

Interviews	Speerpuntprogramma	Wie	Divisie
11	<i>Personalized Cancer Care</i>	Manager zorg	Heelkundige specialismen
12	<i>Brain</i>	Onderzoeker/Manager	Neurowetenschappen
13	-	Bestuurder	-
14	-	Bestuurder	-

Tabel 4.4

De interviews duurden gemiddeld zo'n vijftig minuten per gesprek en zijn allen in het UMC Utrecht gehouden. De interviews zijn opgenomen met een *voicerecorder*, dit is vervolgens uitgewerkt in een interviewverslag. Dit verslag is een letterlijke weergave van het interview, ook wel transcript genoemd. Wanneer het gesprek erg afweek van het onderwerp van onderzoek is er soms voor gekozen het betreffende gedeelte niet in het transcript op te nemen.

⁹ De schuingedrukte artsen zijn artsen van specialisaties die volgens de speerpuntprogramma's niet een specifiek aandachtsgebied zijn van het speerpunt.

4.5 KWALITEIT VAN ONDERZOEK

De betrouwbaarheid en validiteit zijn twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van het onderzoek. Betrouwbaarheid heeft betrekking op de beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige fouten, validiteit heeft betrekking op de beïnvloeding van het onderzoek door systematische fouten (Boeije, 2005, p. 145). Dit houdt in dat wanneer er sprake is van betrouwbare methoden, herhaling van de waarnemingen tot een gelijke uitkomst zal leiden. De onderzoeker zal dus nauwkeurig en consistent moeten handelen (Van Thiel, 2010, p. 57). Er is sprake van validiteit wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren (Boeije, 2005, p. 145). Het blijkt dat kwalitatief onderzoek vatbaar is voor storingsbronnen waardoor de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek in het geding kan komen, bijvoorbeeld door het minder gestandaardiseerde karakter van de onderzoeksmethoden en de interpretatie van de onderzoeker zelf (Boeije, 2005; Van Thiel, 2010; Baarda en De Goede, 1992).

Deze problemen kunnen worden ondervangen door triangulatie, dat duidt op het verzamelen en/of verwerken van informatie op meer dan één manier (Van Thiel, 2010, p. 61). In dit onderzoek worden drie verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd om data te verzamelen, namelijk documentanalyse, observaties en interviews. Daarnaast zijn de interviews opgesplitst in drie respondentgroepen, namelijk artsen, managers en bestuurders. Deze triangulatie zorgt ervoor dat er vanuit verschillende invalshoeken naar het onderwerp van onderzoek is gekeken. Er is onderzocht hoe de organisatie Strategie 3.0 en multidisciplinaire samenwerking presenteert. Daarnaast zijn artsen, managers en bestuurders gevraagd naar hun visie op het onderwerp, door de gespreksvorm kon hier diep op ingegaan worden. Een nadeel van interviewen kan zijn dat respondenten zich niet altijd bewust zijn van hun eigen gedrag. Daarnaast hebben mensen over het algemeen de neiging zich van hun goede kant te laten zien, de sociale wenselijkheid kan een rol spelen in interviews (Baarda en De Goede, 1992). Deze nadelen zijn opgevangen door een derde methode te gebruiken, namelijk observaties. Door de multidisciplinaire overleggen te observeren kan het feitelijke gedrag van artsen vastgesteld worden. Door de observaties te combineren met interviews kunnen ook de motieven van dit feitelijke gedrag worden blootgelegd.

De selectie van respondenten kan problematisch zijn voor de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek. De respondenten zijn voornamelijk geselecteerd op hun beschikbaarheid en hun betrokkenheid bij het onderwerp. Ook de multidisciplinaire overleggen zijn geselecteerd op basis van uitnodigingen van artsen die hier toe bereid waren. Hierdoor kan een scheef beeld ontstaan: de artsen en managers die weinig met het onderwerp hebben en wellicht weinig multidisciplinair werken kunnen hierdoor overgeslagen zijn. Om deze problemen te ondervangen is gekozen voor twee, op het eerste gezicht, contrasterende *cases*, waardoor een breder onderzoeksgebied is ontstaan. Ook zijn er naast artsen managers en bestuurders geïnterviewd, zij schijnen wellicht weer een ander licht op het onderwerp.

De betrouwbaarheid en validiteit bij analyse van de kwalitatieve data is lastig te meten, aangezien de analyse vooral op basis van de interpretaties van de onderzoeker tot stand komt, en daarom persoonsgebonden zijn (Van Thiel, 2010). Om de betrouwbaarheid en validiteit te vergroten is er voor gekozen alle verzamelde data vast te leggen op papier. Daarnaast heeft de onderzoeker ervoor gewaakt niet alleen naar bewijzen voor eigen eventuele hypothesen te zoeken maar ook naar tegenargumenten te zoeken.

4.5 KORTOM

In dit hoofdstuk is de aanpak van dit onderzoek gepresenteerd. Er is gekozen voor een interpretatieve onderzoeksbenadering. Voor de aanpak van het onderzoek betekent dit dat er met een holistische blik gekeken wordt naar bepaalde situaties binnen de natuurlijke context. Na de oriënterende fase, het ontwerpen van een onderzoeksopzet en het uitwerken van de theoretische concepten kan data verzameld worden. Er is gekozen voor een *nested casestudy*, de twee speerpuntprogramma's *Personalized Cancer Care* en *Brain* binnen het UMC

Utrecht zijn als onderwerp van empirisch onderzoek geselecteerd. Om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te vergroten is gekozen voor triangulatie, er zijn drie onderzoeksmethoden geselecteerd waarmee data wordt verzameld. Deze methoden zijn documentanalyse, interviewen en observeren. Deze data is vervolgens gecodeerd en geanalyseerd. Op basis van de analyse kunnen de resultaten van dit onderzoek uitgewerkt worden, waar conclusies aan kunnen worden verbonden.

5. CASUS EN ACHTERGROND

Ook voor het UMC Utrecht blijken de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de implicaties voor ziekenhuizen die in hoofdstuk twee geschetst zijn, te gelden. In dit hoofdstuk wordt eerst beschreven hoe de organisatiestructuur van het UMC Utrecht er uit ziet en wat de nieuwe strategie van het ziekenhuis inhoudt. Vervolgens zal gekeken worden naar de ontwikkelingen waar het UMC Utrecht door middel van Strategie 3.0 op in probeert te spelen en de speerpunten die in dit onderzoek nader onderzocht worden.

5.1 DE ORGANISATIE

De casus van dit onderzoek is het Universitair Medisch Centrum Utrecht. In dit ziekenhuis is in 2010 een nieuwe strategie bottom-up geïntroduceerd en geïmplementeerd, Strategie 3.0. Het speerpuntprogramma is een onderdeel van deze nieuwe strategie. Patiëntgroepen van een beperkt aantal ziektebeelden zullen door gespecialiseerde multidisciplinaire teams centraal komen te staan.

5.1.1 UMC UTRECHT

Het Universitair Medisch Centrum Utrecht is een van de grootste publieke zorginstellingen van Nederland met in totaal bijna 11.000 medewerkers, 1000 bedden en meer dan 30.000 opnamen per jaar. Naast de pijler patiëntenzorg zet het UMCU zich ook in voor onderwijs en onderzoek. In 2000 kwam het UMC Utrecht voort uit een samengaan van de Utrechtse medische faculteit, het Academische Ziekenhuis Utrecht (AZU) en het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Het UMCU zoals het op dit moment bestaat is een jonge organisatie, maar al sinds de oprichting van de universiteit in 1636, dus 376 jaar geleden, bestaat er een Faculteit der Geneeskunde (Klijn, 2010). *'De ambitie van het UMCU is om zich als een internationaal toonaangevend universitair medisch centrum te profileren, waarin kennis over gezondheid, ziekte en zorg wordt ontwikkeld, getoetst, gedeeld en toegepast'* (Klijn, 2010, p. 9).

Het UMC Utrecht is opgebouwd uit verschillende divisies, die inhoudelijk en organisatorisch als zelfstandige onderdelen functioneren, waaronder ook een eigen budget en beleid valt. De Raad van Bestuur staat boven deze divisies en zet de grote lijnen uit. Voorbeelden van divisies zijn Heelkundige Specialismen, Hart & Longen, Intensive Care Centrum en Vrouw & Baby. De drie kerntaken patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek zijn in zowel alle divisies als in de Raad van Bestuur geïntegreerd. Door Strategie 3.0 is een nieuwe structuur geïntegreerd in de organisatie, die boven op de divisiestructuur is 'gelegd'.

5.1.2 STRATEGIE 3.0

In 2009 heeft het UMC Utrecht een onderzoeksevaluatie laten uitvoeren naar de eerste en tweede strategie van het UMC Utrecht. Het bleek dat de missie en kernwaarden zoals 'grenzen verleggen' en 'kennis delen' te weinig geconcretiseerd waren voor gebruik in de praktijk. Ook bleek dat de focus die in de tweede strategie op samenwerking werd gelegd te weinig concrete resultaten had opgeleverd. Er werd in de onderzoeksevaluatie geconcludeerd dat er divisie-overstijgende thema's nodig waren. Daarnaast was in de meerjarenraming 2010-2015 gesteld dat het UMC Utrecht te maken krijgt met een bezuinigingsopdracht van vier procent, in de komende jaren zal het UMC daarom extra moeten bezuinigen met circa zeven miljoen euro per jaar. De drie kernpunten voor de nieuwe strategie die hier vervolgens uit zijn gekomen zijn:

- 1) Internationaal toonaangevend, nu écht!
- 2) Een beperkt aantal speerpunten
- 3) Geen basiszorg meer tenzij dit nodig is voor het bestaansrecht

Vervolgens hebben onderzoekers de kans gekregen hun onderzoeksprogramma als speerpunt in te dienen, die de leden van het UMC Overleg en de Wetenschapscommissie hebben beoordeeld, geselecteerd en geclusterd. Hier zijn uiteindelijk zes speerpunten uitgekomen, per speerpunt zijn één of meerdere trekkers benoemd die het speerpunt verder uitwerkten. De grootste veranderingen in het kader van Strategie 3.0 voor het UMC Utrecht zijn in de eerste plaats ‘kennis omzetten in verbetering voor mens en maatschappij’. Hierover zegt een bestuurder in het interview:

‘In de klassieke situatie hadden divisies hun eigen strategie, bijvoorbeeld om een fantastisch apparaat te bouwen. Maar wij zeggen: nee het UMC bouwt geen apparaten, wij bouwen apparaten om te gebruiken in de zorg. En ook echt toe te passen in de zorg.’

Het tweede element van Strategie 3.0 is ‘multidisciplinaire teams werken aan oplossingen voor grote klinische vragen’. Artsen uit verschillende divisies werken samen om een specifieke aandoening bij patiënten te behandelen. Een bestuurder zegt over deze tweede verandering:

‘We zijn hier nieuwe domeinen aan het creëren. We trekken die mensen uit hun lab, uit hun comfortzone, een domein in, waarbij ze met artsen, met beeldvormers, met hele andere mensen moeten gaan praten, van hoe dragen wij nu bij aan het grotere doel.’

De laatste verandering die het UMC Utrecht door middel van Strategie 3.0 in de organisatie door wil voeren is het organiseren van ‘dynamische interactie tussen het UMC Utrecht, haar patiënten en de samenleving’. De zorg en wetenschap maken een verschuiving door van de aanbodkant naar een focus op de vraagkant. De arts of wetenschapper bepaalt nu niet meer zelf de onderzoeks- of zorgagenda, de samenleving wordt nu betrokken bij de agendavorming.

‘Dus niet dat universiteiten of ziekenhuizen het zelf gaan bedenken, nee je gaat met patiëntenverenigingen aan tafel zitten, met belangenbehartigers, met de industrie, je gaat een overlegsituatie creëren aan het begin. Dat zou de ideale situatie moeten zijn waarin agendasetting plaatsvindt.’

Samengevat houdt Strategie 3.0 in dat de wensen van de samenleving, met in het bijzonder die van de patiënt, centraal komen te staan in de zorg en het onderzoek van het UMC Utrecht, multidisciplinaire teams richten zich op een beperkt aantal aandoeningen, waardoor de zorg kwalitatief hoger wordt en de innovatiekracht van de organisatie bevorderd wordt. Kennis en investeringen worden namelijk gericht ingezet. Er zijn zes speerpunten uitgekozen: *Brain, Dysfunctional Immunity, Circular Health, Personalized Cancer Care, Stem Cells* en *Child Health*. Binnen deze programma’s zullen wetenschappers subsidies krijgen om onderzoek te kunnen doen en zullen bijvoorbeeld hoogleraren worden aangenomen die zich binnen één van deze speerpunten heeft gespecialiseerd, en zullen artsen meer geld en middelen krijgen voor patiëntenzorg. De gebieden die buiten deze speerpunten vallen zullen minder geld ontvangen, een bestuurder verwoordde dit met ‘minder water geven’. Uiteindelijk zullen deze onderdelen dan verdwijnen uit het UMC Utrecht.

De divisiestructuur waar het UMC Utrecht uit is opgebouwd zullen gehandhaafd blijven in de nieuwe strategie. De speerpuntprogramma’s zullen dwars over de divisiestructuur worden geplaatst. *‘We zijn nu in de klassieke matrix terecht gekomen’*, aldus een bestuurder. De divisies dragen bij aan de speerpunten doordat zij als ‘technisch platform’ fungeren. Wetenschappers en specialisten binnen de divisies kunnen zo van elkaar profiteren. Een bestuurder legt uit:

‘Het technische platform is heel sterk, dus dat heb je nodig om de verschillende strategische doelen te bereiken. Bijvoorbeeld bij Beeld, zij ontwikkelen allemaal nieuwe technologieën en die kan je voor kanker gebruiken, maar ook voor zieke vaten.’

De speerpunten die dwars door deze divisies gaan, maken vervolgens weer gebruik van de technische kennis die wordt opgedaan in de divisies. De verschillende disciplines worden op de kruisingen met de speerpunten

samengevoegd, waardoor een mix ontstaat van veel wetenschappelijke en technologische kennis uit de verschillende disciplines om aandoeninggericht de best mogelijke zorg te kunnen leveren.

5.2 ONTWIKKELINGEN

In hoofdstuk twee en hoofdstuk drie is uiteengezet dat zich op dit moment verschillende ontwikkelingen in de gezondheidszorg voordoen, die een weerslag hebben op het UMC Utrecht. Ook uit de gesprekken met professionals, maar voornamelijk met managers, komt naar voren dat om de kosten te beperken het ziekenhuis de zorg op andere manieren zal organiseren. Maar hogere kosten en bezuinigingen zijn niet de enige redenen dat er in het ziekenhuis geïnnoveerd zal moeten worden. Ook de patiënt verandert en door voortschrijdende technologische innovaties en wetenschappelijke ontdekkingen zal de zorg alleen maar complexer worden.

5.2.1 COMPLEXE ZORG

Zoals ook in hoofdstuk twee is beschreven, verandert de patiënt en is ook de rol van de patiënt aan verandering onderhevig. De levensverwachting van Nederlanders blijkt te stijgen. Mensen worden ouder, aangezien ouderen vaker ziek zijn dan jongere mensen, zal de zorgvraag stijgen. Ook zullen meer mensen verschillende ziekten zich tegelijkertijd voordoen, waardoor de zorg complexer wordt. Daarnaast verandert de rol van de patiënt in de gezondheidszorg ook. De patiënt komt steeds meer op voor zijn eigen rechten en is mondiger geworden. Door de individualisering van de samenleving verlangt de patiënt naar ‘zorg op maat’, de wensen van de individuele patiënt nemen in de gezondheidszorg daardoor een steeds grotere plek in.

De ontwikkeling van de mondige patiënt is ook in het UMC Utrecht doorgedrongen. De artsen die geïnterviewd zijn merken dat patiënten vaak voor zij in gesprek gaan met de arts al veel informatie hebben opgezocht op internet en hier naar vragen tijdens het gesprek met de arts. Soms blijken patiënten daardoor al een beeld te hebben gevormd over een ziektebeeld of een bepaalde behandeling waardoor patiënten sneller in discussie treden met de arts. Patiëntgesprekken kunnen hierdoor langer duren. Zorg blijkt daarnaast steeds transparanter te worden. Een neurochirurg noemt dat de media veel meer aandacht besteden aan de fouten die gemaakt kunnen worden door bijvoorbeeld chirurgen of andere artsen, tijdens de behandeling van de patiënt.

‘Door verkeerde communicatie verkoop je dingen onder valse voorwendselen naar de patiënt toe, via radio en tv. Ze krijgen zo’n verkeerd beeld van zorg. Patiënten worden alerter: ‘Oh oh als er maar geen medische misser bij mij gebeurt.’

Door deze veranderende patiëntenrol in de gezondheidszorg verandert ook de relatie tussen de patiënt en de arts. De tijd dat de patiënt precies deed wat een arts zei, is voorbij, volgens een andere arts. *‘Je gaat niet blind pillen slikken die de dokter voorschrijft,’* aldus de arts. De patiënt en de arts zullen daardoor meer in dialoog met elkaar gaan en samen tot een afgestemd behandelplan komen. Dat de patiënt een rol speelt in het opstellen van een behandelplan is ook enkele keren naar voren gekomen tijdens de observaties van multidisciplinaire overleggen, waar met verschillende artsen gesproken werd over een individueel behandelplan. Zo stelt een arts over een bepaalde diagnose: *‘Nou, dit is niet erg duidelijk. We moeten gewoon met de patiënt bespreken wat zij wil.’* De visie van de patiënt op zijn eigen ziekte is echter niet vaak aan bod gekomen tijdens de multidisciplinaire overleggen die geobserveerd zijn.

Een andere ontwikkeling in de zorg die heeft meegespeeld in de keuze voor Strategie 3.0 is het feit dat de zorg steeds complexer wordt. Door technologische ontwikkelingen zijn er steeds meer manieren om ziekten op te sporen en zijn er daarnaast meer manieren om ziekten te kunnen behandelen. Dit betekent dat artsen steeds meer mogelijkheden voor behandeling hebben, maar dat zij ook steeds beter moeten kunnen nagaan welke behandeling voor die patiënt de behandeling is waarmee het beste resultaat kan worden behaald.

‘Omdat de oncologische zorg steeds ingewikkelder wordt, moet je steeds beter weten wat je doet, steeds beter nadenken. De mogelijkheden zijn groter, je hebt steeds meer keuzemogelijkheden, dus ook steeds meer beslismogelijkheden. Dus je moet steeds beter weten wat je doet.’

Naast technologische innovaties ontwikkelt ook kennis binnen de geneeskunde zich in snel tempo. Wetenschappers ontdekken steeds meer over bepaalde ziekten en behandelmethoden, waardoor er steeds meer kennis beschikbaar komt. Een neuroloog stelt:

‘Vroeger legde je iemand met een herseninfarct of bloeding in bed, en je had verder geen diagnostische mogelijkheden of spoedinterventies, maar dat heb je nu allemaal wel, dat moet je nu allemaal overwegen op het moment dat een patiënt binnenkomt.’

Doordat er steeds meer kennis over een bepaald onderdeel van het menselijk lichaam en over de diverse behandelmethoden is, is het voor artsen erg lastig geworden om van al deze wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen op de hoogte te blijven. *‘Het is ondoenlijk om als eenling op te hoogte te blijven van alle oncologische zorg’*, aldus een oncologische chirurg. Om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren, is echter al deze kennis wel nodig. Vooral nu patiënten een veel kritischere houding aannemen ten opzichte van de zorg die geleverd wordt. Artsen richten zich daarom op een klein deel van de zorg, bijvoorbeeld op één bepaalde ziekte in een bepaald deel van het menselijk lichaam, een bepaalde behandeling voor een ziektebeeld of een combinatie hiervan.

5.2.2 SPECIALISATIE

Als antwoord op de technologische innovaties en kennisontwikkelingen specialiseren artsen zich. Hierdoor kunnen zij zich op een klein deel van de zorg richten. Door deze concentratie kunnen de artsen veel kennis rondom hun eigen specialisatie opdoen, waardoor de zorg kwalitatief beter wordt. De artsen waarmee gesproken is zijn allen gespecialiseerd in een bepaald ziektebeeld. De eigen discipline, zoals de discipline oncologische chirurgie, wordt door deze specialisatie in groepjes verdeeld met chirurgen die allemaal één bepaald lichaamsdeel met kanker behandelen.

‘Dat je niet meer kan zeggen ik ben oncologisch chirurg en dat is voldoende, maar dat je echt kan zeggen ik ben borstkanker specialist. En of je nou chirurg bent of internist, dat maakt niet uit.’

Door specialisatie kunnen artsen en wetenschappers niet alleen kennis centraliseren, maar ook veel ervaring opdoen in hun eigen specialisatie. Wanneer artsen alleen zorg leveren voor één bepaald ziektebeeld in een bepaald lichaamsdeel, raken zij daar getraind in en over het algemeen wordt gedacht dat dit de kwaliteit van zorg verbetert. Zo zegt een oncologisch internist: *‘Als je van al die ziektes genoeg patiënten hebt met genoeg dokters die alleen maar dat doen, dan denk ik dat je goede zorg krijgt.’* Ook zorgverzekeringsmaatschappijen spelen hier op in door bijvoorbeeld alleen borstkankeroperaties te vergoeden in ziekenhuizen waar veel borstkankeroperaties worden uitgevoerd.

Een gevolg van deze specialisatie kan zijn dat er op een gegeven moment alleen nog hoogcomplexere zorg zal worden geleverd in universitaire medische centra, de minder gespecialiseerde zorg zal dan uit handen worden genomen door perifere ziekenhuizen en gezondheidscentra. Een manager zegt hierover:

‘En ik denk dat het er op den duur op neer komt wij alleen nog maar hele bijzondere dingen gaan doen, en alles wat in een zorgstraat zou kunnen worden gedaan, dat kan je veel beter uit ons ziekenhuis halen.’

Wel zijn alle artsen het erover eens dat specialisatie maar tot een bepaalde mate doorgevoerd kan worden. In de eerste plaats moeten er genoeg patiënten voorhanden zijn die om die gespecialiseerde zorg vragen. Daarnaast moeten er ook genoeg artsen zijn die zich allemaal kunnen specialiseren in dat ene kleine deel van de zorg. Volgens een oncologisch internist zijn andere landen wel in deze fase beland.

‘In Amerika heb je ziekenhuizen waar je helemaal geen internist-oncologen meer hebt, maar daar heb je een internist-oncoloog-gynaecoloog zal ik maar zeggen. Dan lopen er dertig mensen die zich alleen maar met

alvleesklierkanker bezig houden. Dat kan een keuze zijn en zover zijn we nog niet, want dan moet je heel erg groot zijn om je dat te kunnen veroorloven.'

Door specialisatie scharen artsen uit verschillende disciplines zich rondom één patiënt, om samen één ziekte op een bepaalde plek te kunnen behandelen met de verschillende behandelingen die de artsen praktiseren. De behandeling is aandoeninggericht, men richt zich op het beter maken van één bepaald deel van de patiënt. *'Je ziet steeds meer multidisciplinaire behandelteams ontstaan rondom een bepaalde patiënt,'* aldus een arts.

In het UMC Utrecht wordt door middel van Strategie 3.0 getracht in te spelen op de veranderende patiënt, de steeds complexer wordende zorg en de specialisatie binnen arts disciplines die daar weer een gevolg van zijn. Door de nieuwe strategie hanteert de organisatie nu een speerpuntenbeleid, op een beperkt aantal onderwerpen wordt in het ziekenhuis de focus gelegd door onder andere de verdeling van geld en personeel.

5.3 DE SPEERPUNTEN

Zoals in het vorige hoofdstuk besproken is, blijken artsen zich steeds meer te specialiseren in een klein deel van de geneeskunde. Strategie 3.0 stimuleert deze specialisatie door de organisatie zo in te richten dat een beperkt aantal ziektebeelden, zoals borstkanker, de ruimte krijgen om zich te ontwikkelen. Artsen uit verschillende disciplines die betrokken zijn bij één bepaald ziektebeeld werken met elkaar samen, waardoor zo hopelijk de best mogelijke zorg kan worden geleverd en de innovatiekracht wordt verbeterd. Er zijn zes speerpunten uitgekozen waar de organisatie zich op richt. Dit onderzoek richt zich voornamelijk op twee speerpunten, namelijk *Brain* en *Personalized Cancer Care*. Binnen deze speerpunten wordt de focus gelegd op kleinere aandachtsgebieden.

5.3.1 SPEERPUNT BRAIN

Binnen het speerpunt *Brain* zijn vier aandachtsgebieden te onderscheiden, namelijk *Neurodevelopmental disorders*, *Psychotic disorders*, *Neuromuscular diseases (ALS)* en *Stroke*. Een vijfde thema dat een rol speelt in het speerpunt *Brain* is *Cross-theme approaches*. De onderzoekers die zich met dit vijfde thema hebben verbonden houden zich bezig met projecten die de vier thema's met elkaar verbinden. Zo vertelt een manager en onderzoeker in één van de interviews dat ze maandelijks *cross-talks* organiseert voor alle onderzoekers binnen de neurowetenschappen, dat in het speerpunt *Brain* valt. *'Het is de bedoeling dat je met elkaar dwars door de divisies over de inhoud praat. En van elkaar te horen wat er gebeurt'*, aldus de manager. Het speerpunt is daarnaast opgedeeld in de patiëntgroepen waar het programma zich op richt, namelijk autisme, ADHD, schizofrenie, kinderepilepsie, bipolaire stoornissen, ALS (en aanverwante ziekten) en beroertes. Het speerpuntprogramma is dus aandoeninggericht.

Het speerpunt *Brain* blijkt grotendeels overeen te komen met de divisie Hersenen. Vooral artsen en wetenschappers die binnen deze divisie werkzaam zijn, zijn opgenomen in het speerpuntprogramma. Binnen deze divisie zijn onder andere neurologen en neurochirurgen werkzaam, maar ook psychiaters vallen hieronder. De eerste twee artsen passen in de thema's *Neuromuscular diseases*, de psychiaters zijn werkzaam binnen *Neurodevelopmental disorders* en *Psychotic disorders*. In het speerpuntprogramma zijn naast de artsen van de divisie Hersenen ook radiologen uit de divisie Beeld opgenomen en de onderzoekers uit de divisie Biomedische Genetica. Maar volgens een manager binnen *Brain* vallen de divisie en het speerpuntprogramma nagenoeg samen:

'Bij ons is speerpunt en divisie eigenlijk één op één. Eigenlijk is de hele invulling van het speerpunt door de divisie Hersenen. Het speerpunt is wel breder dan de divisie alleen, maar negentig procent van de activiteit vindt wel in de divisie Hersenen plaats.'

In het speerpuntprogramma worden ook de sterke en zwakke punten van het speerpunt genoemd (de SWOT-analyse), hier wordt echter niet ingegaan op multidisciplinaire samenwerking en de integratie van verschillende divisies binnen het speerpunt. Wel wordt gemeld dat regionale samenwerking tussen het speerpunt en andere zorginstellingen in de regio van groot belang is voor het speerpunt, door onder andere het ontwikkelen van gezondheidscentra zoals het *Youthcenter Utrecht*, waar kinderen voor een langere periode gevolgd worden in de ontwikkeling van psychische stoornissen en het *ALS Center*, waar onderzoek wordt gedaan naar deze ziekte. Er wordt al samengewerkt met het Julius Gezondheidscentrum, voor de eerstelijnszorg. Ook wordt aandacht geschonken aan integratie tussen de verschillende subthema's binnen het speerpunt, door onder andere het vijfde thema, *Cross-theme approaches*.

5.3.2 SPEERPUNT PERSONALIZED CANCER CARE

In het speerpunt *Personalized Cancer Care* zijn drie grote thema's opgenomen, namelijk *Cancer Biology, Translational & Clinical Research* en *Personalised Care*¹⁰. Het eerste thema is gericht op onderzoek. Het tweede thema is ook een onderzoeksthema, maar richt zich op de vertaling van onderzoek naar patiëntenzorg. Elementen binnen dit thema zijn preventie, vroege opsporing en diagnostiek en innovatieve (technologische) behandelingen. Deze elementen zijn in het bijzonder gericht op borstkanker en *Upper GI Cancer*, (slokdarm-, lever- en alveeskliekkanker). Deze aandoeningen komen ook terug in het derde thema, *Personalised Care*, waar men zich ook op topzorg in de neuro-oncologie, hoofd- en nekkanker en kanker in de endocriene organen (zoals de schildklier) richt. Het doel is om op deze gebieden internationaal toonaangevend te worden in patiëntenzorg en onderzoek.

In 2007 is in het UMC Utrecht het *UMC Utrecht Cancer Center* opgericht, dat verantwoordelijk is voor de behandeling en zorg voor alle patiënten met kanker in het UMC Utrecht en de het onderzoek dat gedaan wordt dat bijdraagt aan de verbetering van de patiëntenzorg. In het speerpuntprogramma wordt er het volgende over het centrum gezegd:

'With the foundation of the UMC Utrecht Cancer Center in 2007, the importance of a more integrative approach in cancer research and care has been underlined.' (p.2)

Door de oprichting van het *UMC Utrecht Cancer Center* is dus de focus gelegd op het belang van multidisciplinaire samenwerking. Er blijken dan ook veel verschillende divisies betrokken te zijn binnen het speerpunt *Personalized Cancer Care*, namelijk de divisie Beeld, Biomedische Genetica, Heelkundige Specialismen, Interne Geneeskunde en Dermatologie en Vrouw & Baby. Daarnaast werken ook twee onderzoekscentra samen met het *UMC Utrecht Cancer Center*, namelijk het *Hubrecht Institute* van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen, waar onder andere stamcelonderzoek wordt gedaan, en het Julius Gezondheidscentrum voor eerstelijns geneeskunde.

Interessant is dat het begrip 'multidisciplinaire samenwerking' regelmatig terugkomt in de SWOT-analyse. Als kracht van de behandeling van borstkanker in *Personalised Care* wordt de structurele multidisciplinaire overleggen genoemd waar patiënten met borstkanker besproken worden. Over *Upper GI Cancer* wordt in datzelfde thema de '*willingness for multidisciplinary collaboration*' als sterk punt aangehaald (p. 12). Ook wordt er in het programma veel aandacht geschonken aan regionale, nationale en internationale samenwerking op het gebied van onderzoek en patiëntenzorg.

¹⁰ In het strategische programma van *Personalized Cancer Care* wordt in de benaming van het speerpunt '*personalized*' met een 'z' gespeld, terwijl in het derde thema van het speerpunt '*personalised*' met een 's' wordt gespeld.

6. RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd. Deze resultaten worden daarnaast geïnterpreteerd en geanalyseerd. Ten eerste zal worden gekeken naar de vormen van multidisciplinaire samenwerking in het UMC Utrecht. Het blijkt dat binnen het ziekenhuis grenzen tussen artsen worden ervaren, deze ervaringen worden in hoofdstuk 6.2 uiteengezet. Om multidisciplinaire samenwerking te stimuleren en grenzen te overbruggen, worden overbruggingsmechanismen in gezet. Dit blijken verschillende middelen te zijn, die in hoofdstuk 6.3, 6.4 en 6.5 worden toegelicht. In hoofdstuk 6.6 wordt vervolgens dieper ingegaan op het knooppunt van deze overbruggingsmechanismen, namelijk het multidisciplinair overleg. Ten slotte wordt de invloed van deze overbruggingsmechanismen op de handelingen van artsen onderzocht.

6.1 SAMENWERKING

Verregaande specialisatie, dat in het UMC Utrecht de vorm krijgt van een beperkt aantal speerpunten, heeft als consequentie dat artsen met elkaar zullen moeten samenwerken om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren, waarbij de patiënt geen nadelen mag ondervinden van deze specialisatie. In hoofdstuk drie is uitgelegd wat multidisciplinaire samenwerking is en in welke vormen deze samenwerking tot stand kan komen. De mate van interacties die artsen met elkaar hebben zijn van invloed op het samenwerkingsproces. Grenzen tussen artsen van verschillende disciplines kunnen samenwerking blokkeren. Aan de artsen die zijn geïnterviewd voor dit onderzoek is gevraagd wat men verstaat onder multidisciplinaire samenwerking en wat samenwerken voor het dagelijkse handelen betekent. Daarnaast is naar hun ervaringen met interprofessionele grenzen gevraagd.

6.1.1 MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

Een aantal artsen blijkt een duidelijke visie te hebben op multidisciplinaire samenwerking en zij vertellen dat hun specialisatie bij uitstek een multidisciplinair behandelingskarakter kent. Zo zegt de maag-darm-lever (MDL) radioloog wanneer hem verteld wordt dat dit onderzoek gaat over multidisciplinaire samenwerking: *‘Wat multidisciplinaire samenwerking betreft ben je hier helemaal aan het juiste adres.’* De oncologisch internist van gynaecologie vertelt dat de oncologie een *‘spin in het web is’*. Doordat er vaak verschillende behandelopties zijn die door verschillende artsen uitgevoerd kunnen worden, is het belangrijk dat er wordt samengewerkt om zo tot de juiste behandeling voor een patiënt te komen. Zo legt de oncologisch chirurg uit:

‘De behandeling van borstkanker is echt een multidisciplinaire aanpak. Bijvoorbeeld de patiënt krijgt eerst chemotherapie, dan gaan we een operatie doen en dan gaan we bestralingstherapie doen.’

Multidisciplinair samenwerken met andere specialisten is volgens de MDL oncologisch internist iets waar hij dagelijks mee te maken heeft. Dat er bij deze behandelingen zo goed samengewerkt moet worden, komt omdat de artsen niet alleen gespecialiseerd zijn in een bepaald ziektebeeld, maar ook in een bepaalde behandeling. Wanneer gekeken wordt naar borstkanker, dan geeft de oncologisch internist de chemotherapie, de operatie wordt gedaan door de oncologisch chirurg en de radiotherapeut geeft de bestralingstherapie. Voordat over wordt gegaan tot behandeling moet eerst duidelijk worden wat er precies aan de hand is, de radioloog en de patholoog-anatoom verzorgen daarom het beeld van de patiënt en zijn ziekte. De verschillende artsen weten allen veel af van borstkanker en hoe zij die kunnen behandelen, maar zij weten veel minder van de behandeling die hun collega-artsen geven. De radiotherapeut zegt daarom ook over de behandeling van baarmoederhalskanker:

‘Je hebt natuurlijk drie grote pijlers: opereren, bestralen en chemotherapie, en bestralen gebeurt echt hier. Van de andere poten weet je natuurlijk wel iets van, daar hebben we natuurlijk overleg over, maar de behandeling geven wij alleen.’

Ook de neuroloog en de neurochirurg van het speerpunt *Brain* bevestigen het multidisciplinaire karakter van de zorg die zij leveren, de psychiaters waar mee gesproken is blijken minder met artsen van andere disciplines samen te werken. De psychiaters werken wel veel samen, maar vooral met andere disciplines dan arts disciplines, zoals vaktherapeuten, psychologen en systeemtherapeuten. Wel wordt er op consultbasis samengewerkt met bijvoorbeeld de neuroloog of de kinderarts. De psychiaters maken duidelijk dat het aan het ziektebeeld ligt of er in meer of mindere mate multidisciplinair samengewerkt wordt. Zo zegt de psychiater:

'Nee we hebben geen MDO's met andere artsen. Maar dat is ook niet noodzakelijk, dat zou te veel tijdsinvestering zijn voor te weinig rendement. Een te kleine groep patiënten zou baat hebben van zo'n MDO.'

Ook andere artsen geven dit aan, zo vertelt de oncologisch chirurg:

'De behandeling van dikke darmkanker is minder multidisciplinair. Dus het komt door het type ziekte dat er minder multidisciplinair wordt samengewerkt? Ja, dat klopt.'

Multidisciplinair samenwerken vindt op verschillende manieren plaats in het UMC Utrecht. De artsen geven aan veel telefonisch contact met elkaar te hebben, vooral wanneer de patiënt acuut behandeld moet worden. Ook kan het voorkomen dat een arts nog twijfelt over de diagnostiek of behandeling die is opgesteld. Zo zegt de radiotherapeut:

'Ik had twee weken geleden een patiënt voor controle, nabehandeling, en ik zag een afwijking op de huid en dat vertrouwde ik niet. Ik dacht ja, ik weet niet zeker wat ik er mee moet, dat is best lastig. Dus ik bel de gynaecoloog hij zei laat maar komen, en hij heeft die patiënt gezien en snel een diagnose gesteld, behandelplan en klaar. Dus eigenlijk gaat dat heel soepel.'

Volgens de oncologisch chirurg is met elkaar meekijken in de spreekkamer een volgende stap is van intensieve samenwerking met elkaar: *'Het kan soms prettig zijn om die patiënt samen te zien en dan doe we dat bij het spreekuur van mij of van de internist of van de radioloog.'* Ook kunnen artsen worden opgeroepen in de operatiekamer, bijvoorbeeld wanneer de chirurg er achter komt dat het er toch net iets anders uit ziet dan van te voren door de radioloog op het beeld is getoond. De artsen in het UMC Utrecht hebben door deze contacten relaties met elkaar, die kunnen verschillen in sterkte. De mate waarin artsen met elkaar communiceren is van invloed op deze relaties en daardoor op de samenwerking. Communiceren artsen vaak met elkaar en hebben zij een sterke relatie, dan zullen betekenissen en repertoires die zij hebben over ideeën en opvattingen dichter bij elkaar liggen dan wanneer artsen minder vaak in contact staan met elkaar.

Artsen werken niet alleen intern met elkaar samen, maar er blijkt ook steeds meer regionaal samengewerkt te worden. De neurochirurg legt uit dat multidisciplinaire samenwerking ook bijvoorbeeld in de operatiekamer voorkomt, waar chirurgen samenwerken met operatieverpleegkundigen en anesthesisten. In dit onderzoek zal vooral gekeken worden naar de samenwerking binnen multidisciplinaire overleggen, dat zijn overleggen die zijn gecreëerd binnen de speerpunten om effectief te kunnen samenwerken rondom één (of enkele) ziektebeeld(en). Om samenwerking tot stand te laten komen zullen echter grenzen tussen artsen uit verschillende disciplines overbrugd moeten worden.

6.2 INTERPROFESSIELE GRENZEN

In hoofdstuk drie zijn de kenmerken van klassieke professionals besproken. Een klassieke professional bezit exclusieve kennis en hangt professionele normen aan. Wanneer een professie professionele autonomie verworven heeft, hebben de professionals binnen deze professie de autoriteit en vrijheid om zichzelf te reguleren. De professionals controleren zichzelf en hun collega's waardoor de inhoud van de professie beschermd wordt. Hierdoor ontstaat een afgeschermd handlingsruimte, waar professionals met dezelfde kennis en vaardigheden de vrijheid hebben om hun beroep uit te oefenen. De professionals zijn hierdoor afgesloten van de buitenwereld en van de professionals uit andere beroepsgroepen.

Artsen blijken gezien te worden als een sterke klassieke professie. Dit komt doordat zij wetenschap combineren met complexe technologie, daarnaast hebben artsen ook een sterke *jurisdiction*, dat het territorium van de beroepsgroep beschermt. Het blijkt dat door specialisatie, een proces dat werk verdeelt in steeds kleinere taken, binnen de beroepsgroep van artsen veel verschillende kleinere beroepsgroepen zijn ontstaan. Zoals in hoofdstuk 5.2 is uitgelegd is in de gezondheidszorg specialisatie een dominante trend. Ook in het UMC Utrecht is specialisatie een manier om zich als ziekenhuis duidelijk te profileren, waardoor het UMC Utrecht ook in de toekomst een topinstituut blijft. Het speerpuntenbeleid is een manier om in te springen op deze trend en meer specialisatie in het ziekenhuis te organiseren. Wanneer het ziektebeeld van een patiënt past binnen dit speerpuntenbeleid zal door deze specialisatie de patiënt optimale zorg ontvangen.

Door deze specialisatie kunnen er grenzen ontstaan tussen professionals uit verschillende beroepsgroepen. In hoofdstuk drie is uiteengezet dat deze grenzen als functie hebben dat ze een onafhankelijk kennisgebied vormen en daarnaast scheiden ze het werk. Deze grenzen zijn dynamisch, professionals zelf kunnen verschuivingen van deze grenzen veroorzaken door bijvoorbeeld nieuwe relaties aan te gaan met andere professionals. De grenzen die tussen artsen onderling kunnen bestaan kunnen technisch, sociaal en cognitief van aard zijn. Artsen kunnen verschillende manieren van werken hebben, op verschillende manieren met elkaar communiceren en verschillende manieren van denken hebben. Daarnaast kunnen er ook grenzen bestaan tussen artsen en de organisatie als geheel, in dit geval het UMC Utrecht. In interviews is gevraagd of artsen grenzen ervaren en hoe zij omgaan met deze grenzen.

Zoals in hoofdstuk 5.1 is uiteengezet heeft het UMC Utrecht een divisiestructuur. Deze structuur bestaat al vele jaren in het ziekenhuis, hierbinnen werken artsen uit dezelfde disciplines, zoals chirurgen of radiologen, samen aan de ontwikkeling van hun divisie, op het gebied van onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg. Doordat deze divisiestructuur al zo lang in het ziekenhuis bestaat, is het een krachtige structuur. Zo zegt een bestuurder:

'In ons huis zijn de laatste twaalf jaar heel succesvol hele sterke divisies gebouwd. Dit is niet alleen ongelofelijk goed maar ook dramatisch, in die zin dat het over divisies heen projecten doen gewoon heel erg moeilijk is in ons huis. Die divisies hebben hun eigen strategie.'

In deze uitspraak komt duidelijk naar voren dat deze sterke divisiestructuur ook nadelen met zich mee kan brengen. Grenzen tussen groepen artsen uit dezelfde discipline kunnen problematisch zijn. Ook de oncologisch internist van gynaecologie ondervindt problemen door deze divisiestructuur: *'Ik denk dat de verregaande divisiestructuur er toe heeft geleid dat er hoge betonnen muren tussen divisies staan. En dat is voor een vak als oncologie, dat ongelooflijk multidisciplinair is, ongelooflijk onhandig.'* Een bestuurder legt uit dat door socialisatie en de opleiding artsen erg bezig zijn met hun eigen vak en niet over de grenzen heen kijken:

'Bij artsen is het disciplinedenken natuurlijk extreem. Je wordt echt een vak in geslagen. Tot en met je schoenen en je stropdas. Jij wilde toch een chirurg worden, nou doe zo als wij en dan word je dat.'

Een manager van heelkundige specialismen vertelt dat door de verregaande divisiestructuur er ook verschillende culturen heersen per divisie, maar ook per afdeling binnen de divisies. Dit heeft zijn weerslag op de manier waarop zaken georganiseerd worden in het UMC Utrecht:

‘Wij werken allemaal in subculturen, de diverse beroepsgroepen passen ook bij een bepaalde cultuur. Daarnaast heeft iedere divisie zijn eigen subcultuur, maar ook afdelingen hebben een eigen subcultuur, is mijn visie. En iedere afdeling die kan weer een andere signatuur hebben. Zelfs binnen één divisie.’

In hoofdstuk drie is onderzocht dat er drie typen grenzen tussen artsen kunnen bestaan, namelijk technische grenzen, sociale grenzen en cognitieve grenzen. Artsen kunnen verschillende manieren van werken hebben, doordat zij andere kennis en vaardigheden bezitten. Daarnaast kunnen zij verschillen in de manieren waarop ze met elkaar en met andere professionals communiceren en de cognitieve frames die professionals bezitten. Door de sterke divisiestructuur kunnen deze typen grenzen verstevigd worden, waardoor multidisciplinaire samenwerking, over de divisies heen, lastig is.

6.2.1 TECHNISCHE GRENZEN

Uit de interviews is gebleken dat technische grenzen tussen artsen van verschillende disciplines voorkomen. Dit komt ten eerste tot uiting door de verschillende behandelingen die zij patiënten geven. Elke discipline is gespecialiseerd in een bepaalde techniek. De chirurg opereert, de radioloog maakt beeldmateriaal en de radiotherapeut bestraalt de patiënt. Deze verschillen in kennis en vaardigheden tussen de artsen worden door de artsen gerespecteerd. Zo zegt de kinderpsychiater in het interview: *‘Ik zal niet tegen een systeemtherapeut zeggen ‘je moet dat psychologische onderzoek anders uitvoeren’, want dat is niet mijn expertise.’* Daarnaast geven artsen aan op verschillende manieren met kennis en vaardigheden om te gaan. Zo doen neurologen veel onderzoek en zullen pas een behandeling toepassen in de patiëntenzorg wanneer zij door onderzoek hebben bewezen dat het werkt. Andere artsen gaan hier op andere manieren mee om. De neuroloog legt uit:

‘Neurologie is heel evidence based, en wordt ook met name binnen deze vakgroep heel veel onderzoek gedaan, dus er wordt vastgehouden aan behandelingen die ook daadwerkelijk bewezen zijn. En dat kan bij de andere disciplines wel wat minder zijn, ook omdat daar minder onderzoek gedaan is. Dan wordt er heel vaak ook op persoonlijke ervaring of mening een behandelplan gemaakt.’

Ook internisten beschouwen zichzelf als artsen die *evidence based* handelen. De oncologisch internisten vertellen dat zij iets doen omdat er data over zijn, terwijl bij andere disciplines wordt gezegd dat wanneer er geen data voorhanden zijn, er ook geen argumenten zijn om het niet te doen. Het blijkt dat technische grenzen vooral tot discussies kunnen leiden wanneer een patiënt niet in een bepaalde protocol of richtlijn ‘past’. Bepaalde ziektebeelden zijn geprotocolleerd, waardoor er geen twijfel bestaat over de behandeling die de patiënt moet ondergaan. Ook de radiotherapeut legt dit uit:

‘Er zijn altijd grijze gebieden waarin je niet precies weet wat het beste voor die patiënt is, en waar je met z’n allen dan een best option over moet vormen, daar is natuurlijk wel eens discussie over. Want als niemand het precies weet dan heeft iedereen toch wel zijn eigen gevoel daarbij, of zijn eigen ervaring, en dat telt dan mee.’

Opvallend is dat deze technische grenzen door artsen vaak ook als positief ervaren worden. Zo zegt de kinderpsychiater:

‘Iedereen heeft zijn eigen expertise en mijn ervaring is dat iedereen zich hier heel leerbaar opstelt, en als iemand meer ervaring heeft in het ene dan is dat alleen maar leuk als hij ons daar wat van kan leren.’

6.2.2 SOCIALE GRENZEN

Naast technische grenzen, blijken uit het literatuuronderzoek ook sociale grenzen te bestaan. Met deze grenzen wordt het 'sociale programma' rondom relaties bedoeld. Dit betekent dat professionals op verschillende manieren naar elkaar kijken en met elkaar omgaan, met name op communicatiegebied. De sociale identiteit die professionals zichzelf aanmeten heeft hier mee te maken. Men deelt elkaar (onbewust) in bepaalde categorieën in, en beschouwt de eigen sociale identiteit als de meest positieve. De interactie en samenwerking tussen twee verschillende categorieën kan minder goed verlopen dan binnen een bepaalde categorie. Aan de artsen tijdens de interviews is gevraagd hoe zij de interactie met de andere artsen beschouwen en of zij bepaalde sociale grenzen ervaren.

Opvallend is dat artsen weinig tot geen sociale grenzen ervaren tijdens hun werkzaamheden, zo blijkt uit de interviews. Met de ene arts kunnen ze beter overweg dan met de andere arts, maar de artsen geven aan dat dit persoonsgebonden is en niet afhankelijk van de discipline waar de arts werkzaam in is: *'Een chirurg kan net zo goed een hork zijn als een patholoog,'* aldus de oncologisch chirurg. De psychiater zegt hierover:

'Met de ene arts deel je meer dezelfde visie, afhankelijk van het probleem ga je misschien ook juist daar je gesprekspartner op uitkiezen. Of dat je zegt ik wil juist iemand hebben die totale andere ideeën heeft.'

Wel geven een aantal artsen aan dat men prettiger met elkaar samenwerkt wanneer men elkaar al langer kent, dan wanneer men nog niet zo gewend is aan elkaar. Zo zegt de radiotherapeut:

'Als ik in de periferie iemand moet bellen die ik helemaal niet ken, dan vind ik dat persoonlijk lastig. Ik vind het makkelijker als ik weet wie ik tegenover me heb.'

Daarnaast wordt aangegeven dat artsen het vaak ook een kwestie van professioneel of sociaal gedrag vinden om persoonlijke gevoelens over een bepaalde arts of over een bepaald samenwerkingsverband achterwege te laten bij professioneel handelen. Wat wel wordt onderkend door sommige artsen is dat er in het UMC Utrecht onder de verschillende artsen een hiërarchie kan bestaan. De artsen menen dat dit met name te maken heeft met ervaring: naar artsen met meer ervaring wordt sneller geluisterd dan naar artsen die nog niet zo lang werkzaam zijn als arts. De neuroloog vertelt dat het soms lastig kan zijn voor een arts-assistent om iemand in consult te vragen, wanneer een staflid vervolgens belt kan de arts wel direct op consult komen. Terwijl de argumenten voor het consult dan niet veranderd zijn. Zo zegt zij:

'Hier kom je met zo veel mensen in aanraking en ik merk dan wel dat als je nieuw bent dat mensen je niet meteen vertrouwen, dat mensen niet direct alles voor waar aannemen. Maar dat is gewoon de mentaliteit. Ik denk dat dat heel lastig is om te veranderen.'

Ook de radiotherapeut bevestigt dat ervaring een rol speelt:

'Ik merk wel dat je als je net begint, dit geldt wel voor mij persoonlijk, ik weet niet of het bij iedereen zo is... Ik was wat voorzichtiger, wat terughoudender., ik durfde nog niet zo veel te zeggen, ik knik maar even ja want ik weet het niet zo goed.'

Andere artsen laten juist weten dat kennis een veel grotere rol speelt bij het beargumenteren van een bepaalde visie dan ervaring. De neurochirurg vertelt dat het niet gaat om status, wanneer iemand met een goed argument komt dat het beste resultaat voor de patiënt behelst, dat argument de doorslag krijgt: *'Als je met een argument aankomt die beter is dan van meneer de professor, dan wint jouw argument.'* De oncologisch internist zegt dat sommige artsen soms wel proberen hiërarchie aan te brengen, maar dat professionaliteit bij artsen geënt is op gelijkwaardigheid. Een andere oncologisch internist verwoordt dat bij andere ziekenhuizen hiërarchie wel een belangrijke rol kan spelen:

‘Soms heb je met een hoogleraar gynaecologische oncologie te maken uit een ander ziekenhuis, hij moest bijvoorbeeld wel even wennen dat er hier wel degelijk inbreng is van bijvoorbeeld de radiotherapeuten en vanuit de medische oncologie en dat ik het lang niet altijd eens ben met zijn voorstellen, dus dan discussiëren we wat.’

Uit de interviews blijkt dat de meeste artsen over het algemeen weinig hiërarchie ervaren en zij zien een hiërarchische structuur daardoor ook niet als een sociale grens. Zo zegt ook de neurochirurg: *‘Het gaat er om dat je gezamenlijk tot een goed advies voor de patiënt komt. Het gaat niet om de status van één van ons.’* Er kan niet gesteld worden dat de artsen van speerpunt *Brain* op een andere manier sociale grenzen beschouwen dan artsen van speerpunt *Personalized Cancer Care*.

6.2.3 COGNITIEVE GRENZEN

De laatste grens die in hoofdstuk drie wordt besproken is de cognitieve grens. Ieder mens interpreteert de dingen die hij om zich heen ziet op een eigen manier. Het mentale frame waardoor dit gebeurt kan gedeeld worden met professionals uit dezelfde beroepsgroep. Doordat men dezelfde opleiding heeft gevolgd en met elkaar samenwerkt binnen een beschermde ruimte, kijkt men door dezelfde ‘bril’ naar de wereld. Andere beroepsgroepen, in dit geval specialisaties, kijken dan vaak op een net wat andere manier naar bepaalde zaken. Uit de interviews blijkt dat artsen deze grenzen herkennen. Zij geven aan dat zij artsen uit andere disciplines als ‘andere’ artsen zien. Zo zegt de oncologisch chirurg:

‘Nou, je hebt natuurlijk verschillen in karakter, dat mag ik eigenlijk niet zeggen, maar ik bedoel een internist heeft een wat beschouwender karakter zal ik maar zeggen dan een chirurg.’

De MDL oncologisch internist verwoordt deze cognitieve verschillen als volgt:

‘Als je Medical Journal mag geloven komt dat omdat je dan wel knap bent of niet, als je knap bent wordt je chirurg. Maar er zijn wel degelijk verschillen in temperament en persoonlijkheid tussen een internist en een chirurg.’

Er lijkt tussen artsen vooral één dominant verschil te zijn in hoe men naar problemen kan kijken. De meer ‘praktische’ artsen als chirurgen en radiotherapeuten kijken in hoeverre zij de plek waar een ziekte zich voordoet kan behandelen. De meer ‘beschouwende’ artsen, zoals neurologen of oncologisch internisten, doen meer onderzoek en kijken naar het algehele welbevinden van de patiënt. Dit verschil wordt in meerdere interviews door verschillende artsen aangegeven. Zo zegt de oncologisch internist urologie:

‘Radiotherapeuten zeggen altijd: ‘Dat kunnen wij bestralen.’ Ja dank je de koekoek, natuurlijk kunnen jullie dat. Maar dat is niet de vraag, de vraag is of het goed is voor deze patiënt.’

De neurochirurg deelt de visie van de oncologisch internist, maar bekijkt dit professionele verschil vanuit een ander perspectief. Zo zegt hij over de neuroloog:

‘Dat is een ander type mens. Dat zijn beschouwers, zoals dat heet. Ze hebben twee linkerhanden, kunnen net koffiezetten. Zwart wit gesteld. Dat is net andersom. Zij hebben geleerd om heel hard na te denken.’

Volgens de neurochirurg ontstaat dit verschil omdat de neuroloog niet weet wat er zich afspeelt in de operatiekamer. *‘De neurologen hebben geen flauw idee wat tijdens een operatie wel of niet kan. Als de neuroloog dan zegt: ‘kan je dat even zo opereren’, dan zeg ik: ‘ho ho ho ho dat gaat zo maar niet.’* De interprofessionele grens tussen de neurochirurg en anesthesist is daarom veel minder sterk dan tussen de neurochirurg en de neuroloog:

‘De anesthesist en de neurochirurg kunnen het per definitie altijd erg goed met elkaar vinden. Waarom? Zij staan de hele dag op de operatiekamer en weten dus hoe het is. Een neuroloog komt nooit op de operatiekamer dus hij weet niet hoe dat is. Hij maakt ook nooit de stress mee, als er een keer iets mis gaat. En dat je gezamenlijk in no time samen moet werken, omdat de patiënt het moet overleven.’

Het blijkt dus dat de manier waarop de arts zijn werk doet meespeelt in de manier waarop de arts tegen problemen aankijkt. Andere artsen zeggen dat de verschillende artsen verschillen in karakter. Hoe dat kan, vinden zij lastig te benoemen. Zo zegt de neuroloog: *‘Nee dat weet ik niet, ik heb daar alleen maar bepaalde theorieën over. Dat bepaalde vakken bepaalde mensen aantrekken. Maar meer dan dat durf ik er niet over te zeggen.’* Ook de oncologisch chirurg noemt dat het vooral in het karakter van een persoon ligt of iemand kiest voor de meer praktischere geneeskunde, of liever beschouwend werkt:

‘Ja, door andere opleidingen, maar het komt ook heel erg door verschillende dingen. Bijvoorbeeld waarom kiest iemand voor een bepaalde opleiding? Iemand die heel praktisch nadenkt en graag met zijn handen werkt maakt weer andere keuzes.’

Uit de interviews blijkt dat artsen uit verschillende disciplines zichzelf als ‘verschillend’ beschouwen in denken en handelen. Opvallend is dat de artsen dezelfde verschillen erkennen, maar vanuit hun eigen perspectief een positieve draai geven aan hun eigen ‘arts-eigenschappen’. De andere disciplines worden door alle artsen als ‘de ander’ bestempeld.

De drie soorten grenzen en de voorbeelden van ervaringen van artsen bij deze grenzen zijn in tabel 6.1 uiteengezet:

Het ervaren van grenzen door artsen	
Technische grenzen	Vershil in behandelingstechniek
	Vershil in het beargumenteren van behandelingsmethode
Sociale grenzen	Persoonsgebonden
	Vershil in mate van invloed door ervaring/kennis
Cognitieve grenzen	Vershil in karakter
	Vershil in het kijken naar problemen

Tabel 6.1

Zoals hierboven al is besproken leidt specialisatie ertoe dat er zal moeten worden samengewerkt door artsen van verschillende disciplines. Uit dit hoofdstuk is gebleken dat ook artsen uit het UMC Utrecht grenzen ervaren. Om te kunnen samenwerken, over de divisies heen, zullen de grenzen tussen de artsen en de divisies overbrugd moeten worden. In het volgende hoofdstuk zal worden besproken welke overbruggingsmechanismen worden ingezet in het UMC Utrecht om de schotten tussen de divisies weg te halen om zo te proberen effectieve multidisciplinaire samenwerking te bewerkstelligen, waardoor aan patiënten optimale zorg gegeven kan worden.

6.3 HET OVERBRUGGEN VAN GRENZEN

In hoofdstuk drie is uiteengezet dat wanneer er multidisciplinaire samenwerking gecreëerd moet worden, interprofessionele grenzen overbrugd moeten worden. Dit kunnen verschillende mechanismen zijn, namelijk *boundary objects* en *brokering*. *Boundary objects* zijn abstracte en concrete middelen die ingezet kunnen worden om samenwerking te bevorderen. Het kan hierbij gaan om protocollen die samenwerking tussen artsen voorschrijven, maar ook overlegruimtes waardoor effectief kan worden samengewerkt. *Brokering* kan onderverdeeld worden in *boundary roles* en *boundary spanners*, dit zijn personen die zich bewust of minder bewust inzetten voor multidisciplinaire samenwerking. Artsen kunnen als voorhoedetypes optreden, door andere artsen te wijzen op de voordelen van multidisciplinaire samenwerking en zelf multidisciplinair samen te werken. Daarnaast kunnen bemiddelaars, zoals managers of projectleiders, het grensgebied zelf opzoeken om artsen dichter bij elkaar te brengen. Deze bemiddelaars bevorderen daardoor de samenwerking door interacties tussen artsen te versterken en verbeteren.

Zoals in hoofdstuk 6.1.1 is besproken is een belangrijk element van samenwerking het met elkaar communiceren en daardoor informatie en ideeën uitwisselen. Artsen kunnen elkaar op de hoogte houden, ze discussiëren met elkaar wat de beste behandeling is voor een bepaalde patiënt en kunnen van elkaar leren. Vanuit het culturele perspectief gezien is een voorwaarde voor samenwerking dat artsen met elkaar kunnen communiceren, waar gedeelde communicatieve repertoires voor nodig zijn. De interprofessionele grenzen kunnen deze interacties blokkeren. Om de interacties te verbeteren of te versterken, kunnen overbruggingsmechanismen helpen. Deze mechanismen worden in meer of minder bewuste wijze ingezet door de organisatie, zoals ook in hoofdstuk drie is uitgelegd. Om te onderzoeken in hoeverre interacties en gedeelde repertoires tussen artsen van verschillende disciplines al aanwezig zijn in het UMC Utrecht, kan gekeken worden naar de mate waarin interprofessionele grenzen bestaan. Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat het bestaan van grenzen tussen de artsen een voldongen feit is. In de interviews met de twee bestuurders van het UMC Utrecht komt naar voren dat zij in het licht van Strategie 3.0 en het bijbehorende speerpuntenbeleid bewust sturen op multidisciplinaire samenwerking. Dit doen zij op meerdere manieren. Zo zegt een bestuurder:

‘We gaan het heel bewust doen, we gaan er ook heel bewust op sturen. En dat is een hele nieuwe dynamiek. Dat betekent dat je daadwerkelijk tegen mensen zegt van nou we hebben nu vijf grote programma’s en we willen nu dus ook daadwerkelijk in die programma’s met elkaar samenwerken en daar gaan we op sturen.’

Daarnaast kunnen er minder bewuste overbruggingsmechanismen in een organisatie spelen die er voor kunnen zorgen dat de grenzen tussen artsen minder aanwezig zijn. Deze overbruggingsmechanismen worden dan ook niet zo gemakkelijk herkend. Hierover zegt de manager:

‘Ik mag hopen, en ik denk dat dat wel een reële hoop is, dat mensen over een jaar of vijf zeggen van goh ik heb in een proces gezeten wat ik me niet zo gerealiseerd heb, en ik zie nu dat we op een hele andere manier met elkaar aan het werk zijn, en dat vind ik goed.’

In de volgende twee hoofdstukken zal uiteengezet worden welke *boundary objects* en vormen van *brokering* in het UMC Utrecht voorkomen. In hoofdstuk 6.7 zal dieper ingegaan worden op deze overbruggingsmechanismen door te kijken naar de invloed die deze mechanismen hebben op de handelwijzen van artsen.

6.4 BOUNDARY OBJECTS

Uit hoofdstuk drie is gebleken dat onder *boundary objects* verschillende concrete en abstracte middelen worden verstaan die multidisciplinaire samenwerking kunnen bevorderen. In dit hoofdstuk worden de *boundary objects* besproken die worden ingezet in het UMC Utrecht. Het blijkt dat er verschillende typen *boundary objects* in het UMC Utrecht gebruikt worden om overbruggingsprocessen te realiseren. Vanuit Strategie 3.0 is heel bewust gekozen voor het bevorderen van samenwerking door verscheidene *boundary objects* in te zetten. Zo zegt een bestuurder dat de speerpuntprogramma's ervoor moeten zorgen dat de artsen die binnen de programma's werkzaam zijn voldoende middelen en manschappen tot hun beschikking hebben om het doel te kunnen halen:

'Via die kanalen gaan we het geld besteden, via die kanalen gaan we de hoogleraren benoemen, via die kanalen gaan we stimuleren, en wat dus niet in die grote thema's zit, gaan we dus ook minder water geven. Dus langzamerhand gaan we ophouden met dingen die daar niet bij passen.'

De middelen die in het UMC Utrecht ingezet worden zijn in te delen in vier categorieën, namelijk fysieke middelen, tekstuele middelen, systemische middelen en financiële middelen. Deze verschillende *boundary objects* zullen in dit hoofdstuk besproken worden. In hoofdstuk 6.7 wordt de invloed die deze overbruggingsmechanismen hebben op multidisciplinaire samenwerking besproken.

6.4.1 FYSIEKE MIDDELEN

Met fysieke middelen worden concrete *boundary objects* bedoeld die bijdragen aan de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen. Dit kunnen verschillende middelen zijn, zoals ruimtes die beschikbaar worden gesteld voor overleggen tussen verschillende artsen en de vergadertafels die in deze ruimtes staan. Ook de operatiekamer is een voorbeeld van een fysiek *boundary object*: door het bestaan van deze ruimte kunnen verschillende specialisten met elkaar een patiënt helpen. In het UMC Utrecht zijn veel overleg ruimtes beschikbaar voor artsen. Deze ruimtes vallen onder een bepaalde divisie of afdeling, zoals de divisie Radiologie of Vrouw en Baby (gynaecologie). Wanneer er een overleg gepland staat, komen de verschillende specialisten bij elkaar in één van deze ruimtes van een divisie waar één (of meerdere) van de aanwezige specialisten 'thuishoort'.

Binnen deze ruimtes zijn verschillende hulpmiddelen aanwezig die de samenwerking tussen artsen ondersteunen. De belangrijkste fysieke middelen binnen deze ruimtes zijn de computers en bijbehorende projectieschermen, waardoor alle aanwezige artsen mee kunnen kijken met de informatie die afgebeeld wordt op het computerscherm. Op deze manier kunnen radiologen en patholoog-anatomen hun beeldmateriaal aan de rest van het artsenteam tonen, zoals CT-scans, röntgenfoto's en tumorweefsels. De radiologen en patholoog-anatomen geven uitleg bij deze beelden, de andere artsen kunnen er vragen over stellen. De artsen kunnen de verschillende beelden van één patiënt met elkaar vergelijken omdat er verschillende projectieschermen hangen. Ook kan door de tijd heen gekeken worden hoe de ziekte zich ontwikkeld heeft. Hierdoor heeft elke arts helder wat er precies aan de hand is. Daarnaast geven de projectieschermen weer wat er in het elektronisch patiëntendossier is en wordt genoteerd tijdens het overleg. In paragraaf 6.4.3 zal uitgebreider ingegaan worden op dit elektronisch patiëntendossier.

Deze fysieke middelen kunnen als overbruggingsmechanismen het overbruggingsproces helpen doordat, bijvoorbeeld in het geval van de overleg ruimte, artsen een plek hebben waar zij samen terecht kunnen. Hierdoor kunnen zij elkaar *face-to-face* spreken, waardoor verbindingen tussen artsen kunnen ontstaan of versterkt kunnen worden. De andere *objects* in de ruimte kunnen concreet bijdragen aan het overbruggingsproces doordat deze middelen beschikbaar zijn voor alle artsen en hierdoor complexe

informatie, zoals de opbouw van een tumorweefsel, op een heldere en relatief eenvoudige manier kan worden gepresenteerd aan het team. Hierdoor weet elke arts waarover gepraat wordt en wordt dezelfde taal gedeeld.

6.4.2 TEKSTUELE MIDDELEN

Er wordt in het UMC Utrecht van verschillende tekstuele middelen gebruik gemaakt die de multidisciplinaire samenwerking kunnen ondersteunen. Dit zijn met name documenten die multidisciplinaire overleggen kunnen ondersteunen. Zo kunnen er bijvoorbeeld formele richtlijnen zijn wie aanwezig moet zijn bij een multidisciplinair overleg en hoe vaak zo'n overleg moet plaatsvinden. Uit de interviews blijkt dat deze richtlijnen ook (in beperkte mate) bekend zijn in het UMC Utrecht. De radiotherapeut van gynaecologie vertelt dat multidisciplinaire overleggen protocollair zijn vastgelegd, waardoor iedereen weet welke taken de artsen hebben en hoe een multidisciplinair overleg over het algemeen verloopt. Ook voor het MDO borstkanker bestaan richtlijnen, zo is onder andere vastgelegd op de website van *Ziekenhuizen transparant*¹¹ dat er een multidisciplinair overleg is georganiseerd voor borstkanker. In hoeverre deze richtlijnen voor elk multidisciplinair overleg geldt, is niet duidelijk. Zo zegt de oncologisch internist van urologie dat *'nooit op papier is gezet wat de spelregels zijn.'* Wanneer protocollen rondom het multidisciplinair overleg opgesteld worden, kan dit de samenwerking bevorderen, doordat artsen samen nadenken over de functie van het multidisciplinair overleg en de manieren waarop het overleg moet worden ingericht.

Naast deze protocollen waarin is omschreven hoe een multidisciplinair overleg er uit hoort te zien en wat de taken van de verschillende artsen zijn rondom multidisciplinaire samenwerking, zijn er ook documenten die meer concreet de samenwerking ondersteunen. Dit zijn bijvoorbeeld documenten waar de volgorde van de besproken patiënten aangegeven wordt, waardoor artsen weten wanneer zij aanwezig dienen te zijn bij een overleg. Wanneer zij niet veel tijd hebben om een overleg in zijn geheel bij te wonen kunnen zij op dit document zien op welk moment zij het overleg bij moeten wonen. Deze documenten worden vaak een dag voor het overleg door de voorzitter van het overleg verstuurd. Hierdoor kunnen artsen zich voorbereiden op het overleg en kan het overleg effectief verlopen. Ook deze documenten kunnen bijdragen aan gezamenlijke beeldvorming, alle artsen lezen uit één document wat er met de patiënt aan de hand is, waardoor er geen semantische verwarringen kunnen ontstaan.

6.4.3 SYSTEMISCHE MIDDELEN

Met systemische middelen worden *boundary objects* bedoeld die informatie verzamelen en verspreiden via elektronische of digitale wegen. Een *online* hulpmiddel waar elke arts gebruik van maakt in het UMC Utrecht is het elektronisch patiëntendossier. In het elektrisch patiëntendossier van het UMC Utrecht (*Ezis*) worden alle gegevens vanaf de opname van een patiënt opgeslagen. Alle artsen en verpleegkundigen kunnen het dossier inzien en gegevens bijwerken via hun computer. Zo kan door alle behandelaars gelezen worden welke medicijnen de patiënt heeft gekregen, hoe het met een patiënt gaat gedurende een opname, maar ook wat er voor de betreffende patiënt besloten wordt tijdens een multidisciplinair overleg. Zo zegt de kinderpsychiater:

'Dat wordt in het dossier geschreven. Tijdens het teamoverleg wordt het beleid besloten in het team met de verpleegkundigen. Alles wat besloten wordt moet in Ezis geschreven worden, zodat iedereen het ook kan nalezen.'

¹¹ www.ziekenhuizen transparant.nl. Op deze website presenteert de *Dutch Hospital Data* informatie over onder meer de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg, de patiëntveiligheid en de kwaliteitssystemen. Het UMC Utrecht geeft op deze site aan, onder het kopje 'oncologische zorg' dat er een multidisciplinair overleg plaatsvindt voor borstkankerzorg.

Tijdens de observaties wordt duidelijk dat er één arts of verpleegkundige gedurende het overleg meetypt op een computer in de overlegkamer in *Ezis*. Dit wordt op een groot scherm afgebeeld, waardoor alle artsen mee kunnen lezen in het elektronisch dossier. Dit zorgt ervoor dat binnen het multidisciplinair overleg effectief kan worden overlegd, aangezien voor iedereen direct helder is om welke patiënt het gaat, wat al over deze patiënt besproken is en wat er tijdens het overleg wordt vastgelegd. Een ander erg belangrijk voordeel van het elektronisch patiëntendossier is dat de artsen die niet aanwezig kunnen zijn bij het overleg, wel de besluiten rondom een patiënt kan nalezen in het dossier. Zo zegt de radiotherapeut:

‘Ja zeker, in het elektronisch patiëntendossier is daar een speciaal formulier voor aangemaakt, waarin ook het behandelplan, het beleid, zwart op wit staat.’

Daardoor is alle informatie die aanwezig is over één patiënt beschikbaar voor alle artsen en verpleegkundigen, waardoor effectief kan worden gehandeld rondom een patiënt. Alle artsen delen, door gebruik te maken van één databank, dezelfde informatie, waardoor de taal tussen artsen eenduidig is en de communicatie helder kan zijn.

6.4.4 FINANCIËLE MIDDELEN

Als laatste *boundary object* worden de financiële middelen besproken, die ingezet kunnen worden om te sturen op samenwerking. Zoals de uitspraak van de bestuurder in de inleiding van hoofdstuk 6.4 aangeeft is de manier waarop geld in de organisatie verdeeld wordt een middel om professionals te sturen in hun handelen, zoals het bevorderen van samenwerking. In het UMC Utrecht zijn de financiën verdeeld onder de divisies. De divisies verdelen dit geld vervolgens weer over de afdelingen. De speerpuntprogramma's, die dwars over de divisies zijn gelegd, hebben niet veel eigen budget. Zij zullen dus met de divisies af moeten stemmen welke afdelingen meer geld zullen ontvangen voor hun behandelingen dan andere afdelingen, die niet in het speerpuntbeleid passen.

Managers geven aan dat door financiën op een goede manier in te zetten, multidisciplinaire samenwerking bevorderd kan worden. Dit kan op verschillende manieren plaatsvinden. In de eerste plaats zet het UMC Utrecht in meer brede zin in op het financieel sturen van samenwerking door aan wetenschappers die onderzoek doen binnen één van de speerpuntprogramma's financieel te ondersteunen. Hierdoor wordt het wetenschappelijke onderzoek binnen een beperkt aantal ziektebeelden gestimuleerd, dat weer ten goede komt aan de patiëntenzorg op deze gebieden. Ten tweede kan er meer specifiek geld vrijkomen voor multidisciplinaire overleggen. Artsen werken met budgetten, zij worden per bepaalde behandeling gefinancierd. Wanneer in dit takenpakket ook het multidisciplinaire overleg is inbegrepen, krijgen artsen dus geld om deel te nemen aan het multidisciplinaire overleg. Artsen worden daardoor financieel geprikkeld om samen te werken.

Een derde manier om multidisciplinaire samenwerking voor een beperkt aantal ziektebeelden te bevorderen via financiële kanalen is het financieel belonen van 'samenwerkingsprestaties.' Vooral binnen het wetenschappelijk onderzoek in de speerpunten kan hier op gestuurd worden. Wanneer wetenschappers worden beloond als zij op multidisciplinaire wijze onderzoek hebben gedaan, zal dit wetenschappers stimuleren om samen te werken. Hier is een belangrijke taak voor de manager in weggelegd. Zo zegt de bestuurder:

‘Vroeger werd je beloond voor een paper in Nature, of in Science, maar nu gaan we ook teams afrekenen die iets implementeren in de zorg. We moeten ook inzien dat wanneer mensen in grote teams samenwerken, dat we dan de persoonlijke bijdrage aan zo'n team niet op de klassieke manier van zo'n paper in Nature met een eerste en laatste auteur kunnen waarderen. Je moet eigenlijk snappen wat het eindproduct nodig heeft gehad om te kunnen snappen hoe iedereen daaraan bijgedragen heeft.’

Door financiële prikkels in te zetten worden artsen bewogen om multidisciplinair samen te werken. Het sturen door middel van financiën is een overbruggingsmechanisme dat alleen ingezet kan worden door managers die controle hebben op de financiën. Er blijken meer overbruggingsmechanismen ingezet te kunnen worden vanuit de organisatie die artsen ondersteuning bieden in de multidisciplinaire samenwerkingen en meer specifiek van hulp kunnen zijn tijdens de multidisciplinaire overleggen.

Er blijken verschillende *boundary objects* ingezet te worden in het UMC Utrecht, namelijk fysieke, tekstuele, systemische en financiële middelen. Deze *boundary objects* kunnen in meer of mindere mate bewust ingezet worden in de organisatie. In hoofdstuk 6.7 zal onderzocht worden hoeveel invloed deze overbruggingsmechanismen daadwerkelijk hebben op het handelen van artsen. Naast concrete en abstractere middelen die ervoor kunnen zorgen dat technische, sociale en cognitieve grenzen tussen artsen van verschillende disciplines overbrugd worden, zijn er ook mensen die deze taak op zich kunnen nemen. Dit kunnen artsen zelf zijn, die als voorhoedetypes de andere artsen stimuleren meer samen te werken, maar dit kunnen ook ondersteunende medewerkers zijn, zoals managers en projectleiders, die het grensspel tussen artsen kunnen bemiddelen.

6.5 BROKERING

In hoofdstuk drie is uiteengezet dat naast *boundary objects* ook *boundary spanners* en *boundary roles* een rol kunnen spelen in de grensoverbrugging. De *boundary spanner* bezit het vermogen om verschillende professionals bij elkaar te brengen waardoor zij op effectieve wijze kunnen samenwerken, de *boundary spanner* managet de relaties tussen de professionals. *Boundary roles* zijn rollen die professionals aan kunnen nemen om andere professionals een bepaalde richting op te kunnen sturen, bijvoorbeeld om samen te werken. Professionals kunnen zelf een bepaalde innoverende manier van werken overnemen, waardoor andere professionals dit over zullen nemen. Een bestuurder benadrukt:

‘De vrije geesten moet je opzoeken om uiteindelijk dit proces met elkaar door te maken. Je moet voorop durven te lopen. Je hebt echte leaders nodig. Mensen die die eerste stappen wel durven te maken. Mensen die tegen dezelfde gaatjesschoenen en stropdassen zeggen: ‘Ga maar, het is ook voor ons vak goed om dit te doen, wees niet bang.’

Het blijkt dat in het UMC Utrecht geen strikte verdeling kan worden gemaakt tussen de taken die managers op zich kunnen nemen ten behoeve van de multidisciplinaire samenwerking en de taken van artsen. Waar soms managers *boundary spanners* zijn, blijkt dat op andere momenten managers een *boundary role* aannemen. Dit geldt ook voor artsen. Een reden hiervoor is onder andere dat veel managers die werkzaam zijn in het UMC Utrecht ook arts zijn en soms deze twee beroepen combineren. Ook artsen kunnen meer ondersteunende taken op zich nemen, zoals het leiden van projecten.

6.5.1 BOUNDARY SPANNERS

Boundary spanners zijn bemiddelaars die relaties tussen artsen willen creëren en interacties tussen artsen proberen te versterken. In het UMC Utrecht blijken deze taken door verschillende medewerkers in te worden gevuld. De verschillende speerpuntprogramma's worden 'getrokken' door kernteams waarbinnen wetenschappers en artsen plaats hebben genomen om het speerpuntprogramma vorm te geven en het beleid te coördineren. Daarnaast worden de speerpunttrekkers ingezet om als 'het gezicht' naar buiten te kunnen treden. De divisieleiding kan zich daardoor richten op de interne organisatie. Zo zegt de manager van neurowetenschappen:

‘Het is werkbaar omdat je je externe gezicht voor marketing en communicatie gebruikt, en je interne structuur voor de organisatie en stromen gebruikt.’

Binnen de speerpuntprogramma's wordt multidisciplinaire samenwerking in teamverband aangemoedigd. De gezichten van deze speerpuntprogramma's kunnen dit ook persoonlijk stimuleren door te laten zien aan de artsen binnen de programma's dat zij multidisciplinair werken. De manager van neurowetenschappen, die tevens lid is van het kernteam *Brain*, zegt dat zij dit probeert te bewerkstelligen door *cross talks* te organiseren, waar in de vorige paragraaf al wat over gezegd is. In deze zin kunnen de speerpunttrekkers als *boundary roles* én als *boundary spanners* fungeren. Als manager kunnen zij activiteiten opzetten die samenwerking bevordert, maar daarnaast kunnen zij in hun rol als arts of onderzoeker laten zien dat zij multidisciplinair samenwerken.

Ook managers die dicht bij de werkvloer staan kunnen een bijdrage leveren aan het overbruggingsproces. Het blijkt dat zij een rol kunnen hebben in het vertalen van de aanmoedigingen van de mensen die hoger in de organisatie staan. De manager van neurowetenschappen zegt hierover in verband met de *cross talks*:

'Ik vind het dus belangrijk dat mensen die één of twee lagen onder mij zitten dat zij ook tegen promovendi zeggen van 'goh moet je naar toe gaan is leuk.'

Zo vertelt de psychiater, die tevens hoofd is van een zorglijn, dat zij door een reorganisatie binnen de divisie psychiatrie de ruimte kreeg om aan 'kruisbestuiving' te doen. Zij heeft verschillende collega's (voornamelijk verpleegkundigen) uit verschillende afdelingen 'uit elkaar' gehaald en in nieuwe formaties bij elkaar gezet.

'Ze krijgen nieuwe collega's en ze moeten dingen doen die ze niet gewend zijn om te doen en bij voorbaat misschien wel helemaal niet leuk vinden om te doen. Dat doen we om echt kruisbestuiving te krijgen en om alle vastgeroeste gewoontes en patronen te doorbreken.'

De andere psychiater die is geïnterviewd blijkt ook projectleider te zijn van een toekomstig onderzoekscentrum voor kinderen, waar verschillende disciplines met elkaar zullen samenwerken, zoals neurochirurgie, neurologie, de divisie Kinderen en de divisie Radiologie. In haar rol als projectleider stimuleert ze de artsen die binnen dit onderzoekscentrum werkzaam zullen zijn om multidisciplinair samen te werken. Zelf geeft ze aan dat samenwerking noodzakelijk is om het onderzoekscentrum op te kunnen zetten:

'Nou, zonder samenwerking kun je niets opzetten. Dat staat centraal, zeker nu, het is noodzakelijk om met mensen samen te werken als de middelen wat schaarser zijn. We moeten onze krachten bundelen.'

In deze opstartfase heeft de projectleider veel contact met de verschillende specialismen die betrokken zijn bij het onderzoekscentrum. Doordat zij naast deze werkzaamheden ook andere taken heeft, zo werkt zij ook nog als psychiater en onderzoeker binnen de afdeling Psychiatrie. Daardoor heeft ze veel contact met haar collega's van deze afdeling, waardoor zij haar ervaringen met multidisciplinaire samenwerking kan delen.

6.5.2 BOUNDARY ROLES

Naast de *boundary spanner* blijken er ook medewerkers van het UMC Utrecht te zijn die een *boundary role* op zich nemen. Het blijkt dat vooral artsen deze rol op zich nemen en zo zelf een bijdrage leveren aan het overbruggingsproces. Een arts of onderzoeker kan multidisciplinaire samenwerking op een aantal manieren bevorderen. In de eerste plaats kunnen artsen als voorbeeld gelden voor andere (jongere) artsen. Wanneer ervaren artsen multidisciplinair samenwerken, kunnen jongere artsen hier van leren en dit overnemen. Doordat het UMC Utrecht een universitair centrum is en onderwijs één van de drie pijlers is, zijn er bijna altijd lerende artsen betrokken bij de werkzaamheden van artsen, wanneer een arts multidisciplinair samenwerkt zullen zij hier ook bij betrokken zijn. Zo zegt de manager van neurowetenschappen:

'En ik denk dat je ook vanuit de onderkant kan sturen, dus bij de phd-studenten. Jonge ambitieuze mensen kijken om zich heen en denken wat zijn mijn rolmodellen? We moeten dus echt mensen opleiden met het idee van als je kijkt naar mensen die wel of niet succes hebben, is één van die kwaliteiten over je grenzen heen kijken.'

Een voorbeeld van een rol van arts waarin deze arts multidisciplinaire samenwerking kan bevorderen is de rol van voorzitter in multidisciplinaire overleggen. Over deze rol zal in hoofdstuk 6.6 dieper ingegaan worden. Een voorzitter kan zich in meer of mindere mate laten gelden als voorbeeld, niet alleen voor lerende artsen maar ook voor ervaren artsen. Zo vertelt de oncologisch internist van urologie dat bijvoorbeeld de voorzitter van een multidisciplinair overleg zich meer zou kunnen inzetten voor multidisciplinaire samenwerking:

'Je kan ook bij dokters een cultuurdrager creëren, een voorhoedetype. Dit kunnen de voorzitters van MDO's zijn, die zeggen 'wij zijn er werkelijk voor alle patiënten.' Als ziekenhuis, niet als individuele specialisten.'

Doordat de voorzitter van het overleg de technische leiding in het overleg heeft, kan deze arts bijvoorbeeld door middel van het toewijzen van beurten aan artsen, zorgen dat artsen luisteren naar elkaar, heldere samenvattingen geven van het gesprokene en het benadrukken dat alle betrokken artsen ook echt aanwezig moeten zijn om effectief multidisciplinair samenwerken te bevorderen. Hierdoor bemiddelt de arts tussen de artsen, maar daarnaast kan de arts, doordat hij op deze manier de noodzaak en het nut van multidisciplinaire samenwerking benadrukt, andere artsen laten zien dat dit een effectieve manier van handelen is.

Naast allerlei middelen die ingezet kunnen worden om grenzen te overbruggen en samenwerking te bevorderen, blijken er ook mensen in het UMC Utrecht te zijn die, in meer of mindere mate bewust, artsen kunnen stimuleren om over hun grenzen heen te stappen en multidisciplinair samen te werken. In tabel 6.2 worden de verschillende overbruggingsmechanismen schematisch weergegeven:

Overbruggingsmechanismen UMCU		Voorbeeld
Boundary object	Fysieke middelen	Projectieschermen
	Tekstuele middelen	Patiëntdocument
	Systemische middelen	Elektronisch patiëntendossier (<i>Ezis</i>)
	Financiële middelen	Beloning samenwerkingsprestatie
Brokering	<i>Boundary spanner</i>	Speerpunttrekker
	<i>Boundary role</i>	Voorzitterschap multidisciplinair overleg

Tabel 6.2

Er blijkt echter nog een belangrijk overbruggingsmechanisme aanwezig te zijn in het UMC Utrecht, dat in de vorige hoofdstukken al regelmatig naar voren is gekomen, namelijk het formele multidisciplinaire overleg (MDO). Binnen dit overleg lijken veel van de hierboven genoemde mensen en middelen aanwezig te zijn, waardoor het niet alleen op zichzelf staande overbruggingsmechanismen zijn, maar ook ten dienste staan van dit multidisciplinair overleg. Het MDO kan daarom als een knooppunt beschouwd worden van verscheidene overbruggingsmechanismen die hier samenkomen. In hoofdstuk 6.6 zal het multidisciplinair overleg aan de hand van observaties van dichtbij bestudeerd worden. Vervolgens zal gekeken worden wat de werking is van dit multidisciplinair overleg en de overbruggingsmechanismen die hier samenkomen op de aanwezige technische, sociale en cognitieve grenzen tussen artsen.

6.6 MULTIDISCIPLINAIRE OVERLEGGEN

Er bestaan in het UMC Utrecht verscheidene multidisciplinaire overleggen (MDO) waar door artsen met elkaar gepraat wordt over de patiënten die zij behandelen. Ze bespreken wat de juiste diagnostiek is voor een patiënt en bekijken vervolgens welke behandeling de best mogelijke zorg oplevert voor die specifieke patiënt. De oncologisch chirurg bestempelt het multidisciplinaire overleg als de ‘spil’ waar de patiëntenzorg om draait:

‘Als je in dat MDO niet goed met elkaar afspreekt wat de bedoeling is, wat het plan is voor de patiënt, dan blijft het lastig communiceren. Dus dat is wel de spil, dat je daar met elkaar een behandelplan afstemt waar ook iedereen het mee eens is. En als je dat goed doet is dat overleg daarna, of tussendoor met de patiënt, veel gemakkelijker.’

Het MDO blijkt niet alleen een spil te zijn van de behandeling van een patiënt, maar ook een knooppunt van verscheidene overbruggingsmechanismen. In dit hoofdstuk wordt dit knooppunt besproken en zal specifiek gekeken worden naar de manier waarop de besluitvorming binnen een multidisciplinair overleg tot stand komt. Door deze besluitvorming te bestuderen komen de verschillende rollen die artsen aan kunnen nemen aan bod en worden de relaties die artsen met elkaar hebben belicht.

Er zijn zes verschillende multidisciplinaire overleggen geobserveerd, waaruit is gebleken dat de structuren van de overleggen nagenoeg overeenkomen met elkaar. Tijdens de overleggen worden patiënten besproken aan de hand van informatie dat mondeling gegeven wordt door een arts, waarna vervolgens naar scans op beeldschermen gekeken wordt, waarbij de radioloog uitleg geeft. Soms wordt het beeldmateriaal uitgebreid met microscopische beelden van weefsel, bijvoorbeeld tumorweefsel, dat de patholoog-anatoom toont. Daarna wordt ofwel een diagnose gesteld, ofwel een verder behandelingsplan voor de patiënt opgesteld. Niet altijd worden hier beslissingen over genomen, soms concludeert men dat er nog verder onderzoek moet worden uitgevoerd of dat er meer overlegtijd nodig is. In de interviews beamen de artsen dat het multidisciplinaire overleg vaak erg gestroomlijnd verloopt:

‘Eerst vertelt de arts-assistent over de patiënt, dan komt de chirurg van nou dat en dat heb ik geopereerd, dat waren mijn bevindingen tijdens de operatie. Dan komt de patholoog aan het woord, dit heb ik gekregen van de chirurg, en dat heeft consequenties, want dat kan betekenen dat het kwaadaardig is. Dan staat de radiotherapeut op, van nou gezien de bevindingen vind ik dat er dat en dat moet gebeuren.’

Artsen geven aan dat de overleggen soepel verlopen door dat ze al veel ervaring hebben met dit soort multidisciplinaire overleggen, maar dat daarnaast ook bepaalde zaken protocollair zijn vastgelegd, zodat iedereen weet hoe zo’n overleg hoort te verlopen. Vooral wanneer ‘standaard’ patiënten worden besproken kunnen deze richtlijnen voor een efficiënte afhandeling in het overleg zorgen.

Toch blijken er wel degelijk verschillen te bestaan tussen de multidisciplinaire overleggen die geobserveerd zijn. Ten eerste varieert de frequentie van de MDO’s per ziektebeeld. Voor de meeste geobserveerde ziektebeelden overleggen de artsen één keer in de week. De oncologisch internisten hebben bijvoorbeeld één keer in de week een overleg bij maag-darm-leverkanker, oncologische urologie en oncologische gynaecologie. De neuroloog vertelt dat ze twee keer in de week een multidisciplinair overleg heeft, waar per overleg verschillende artsen aan deelnemen. Het MDO van borstkanker spant echter de kroon, zij vergaderen volgens de oncologisch chirurg vijf keer per week.¹² Het geobserveerde overleg was echter erg kort, binnen tien minuten waren alle patiënten besproken.

Ten tweede blijkt dat het verschilt hoeveel artsen er bij elke bespreking aanwezig zijn en van welke disciplines deze artsen afkomstig zijn. Volgens de neurochirurg is iedereen welkom op een MDO, maar artsen gaan naar

¹² In het speerpuntprogramma wordt echter vermeld dat het multidisciplinaire overleg van borstkanker drie keer per week plaatsvindt.

besprekingen *'waar je wat aan hebt en waar je wat aan kan bijdragen.'* De oncologisch chirurg van borstkanker vertelt dat de Nederlandse overheid een minimale eis heeft ingesteld wat betreft deelnemers van een borstkanker MDO, namelijk een chirurg, een radioloog, een patholoog-anatoom en een verpleegkundig specialist. In dit MDO zijn daarnaast ook een oncologisch internist, een radiotherapeut, een klinisch geneticus, een plastisch chirurg en een *nurse practitioner* aanwezig. Bij de andere oncologische overleggen zijn artsen uit dezelfde disciplines aanwezig. Aan het MDO van neurologie nemen minder artsen deel, op het moment van observatie waren daar twee neurologen, een neurochirurg en twee verpleegkundigen aanwezig. Soms komen er tijdens het overleg andere artsen binnen, wanneer de behandeling van een patiënt daar om vraagt. Zo kwam er tijdens het gynaecologisch overleg een longarts langs, die iets vertelde over de longproblemen van de patiënt.

6.6.1 BESLUITEN NEMEN IN MULTIDISCIPLINAIRE OVERLEGGEN

Tijdens de observaties van de multidisciplinaire overleggen is specifiek gelet op de manier waarop besluiten tot stand zijn gekomen over bijvoorbeeld de diagnostiek of behandeling van de patiënt. De rol- of taakverdeling tussen de verschillende artsen is ook van belang bij deze besluitvorming. Bij elk geobserveerd overleg was er één voorzitter aan te wijzen, ook uit de interviews komt naar voren dat er altijd een voorzitter deelneemt die voornamelijk technisch voorziet. De voorzittende arts blijkt vooral taken als *'orde houden'* en *'de vaart erin houden'*. Tijdens de geobserveerde overleggen kwam naar voren dat de voorzitter samenvat wat er in het overleg gezegd is, deze conclusie wordt vervolgens in het elektronisch patiëntendossier genoteerd.

Het verschilt per multidisciplinair overleg welke arts het overleg voorziet, bij het borstkankeroverleg is dit bijvoorbeeld de oncologisch chirurg, bij het oncologische gynaecologie overleg is dit de gynaecoloog. Opvallend is dat tijdens dit overleg op een gegeven moment de oncologisch internist deze procedurele taken overnam. Dit geeft zij tijdens het interview zelf ook aan: *'Ik neem het wel eens over, omdat ik het wel gewend ben om als technisch voorzitter de tijd in de gaten te houden.'* Wanneer artsen tijdens het overleg door elkaar beginnen te praten, zegt de oncologisch internist: *'Wacht even, Trudy was nog aan het woord'*. Ook zorgt zij voor een snellere afhandeling bij een discussie door te zeggen: *'Even een ordepuntje hoor, we willen hier ook niet nog onze lunch moeten doorbrengen.'*

Uit de interviews met de artsen blijkt dat zij het erover eens zijn dat de rol van de voorzitter niet veel verder reikt dan een technische rol. Beslissingen worden met elkaar gemaakt, de voorzitter heeft hier volgens de artsen geen grotere rol in. Alleen de psychiater vertelt dat de voorzitter van hun afdelingsoverleg, de arts-assistente, het beleid moet maken en zij dus de uiteindelijke knoop moet doorhakken bij discussies. De radioloog zegt over de (beperkte) rol van de voorzitter:

'Dus vaak is er iemand die als voorzitter fungeert maar die kan het niet maken om zijn zin door te drukken. Dat slaat helemaal nergens op. Daar wordt iedereen in dit huis helemaal gek van.'

Naast de voorzittersrol is er nog een aantal andere rollen te onderscheiden binnen het multidisciplinaire overleg. Soms is er een aparte notulist aangesteld, bijvoorbeeld bij het maag-darm-lever MDO, maar bij andere overleggen schrijft de voorzitter zelf de conclusie in het elektronisch patiëntendossier. Dit dossier wordt op een groot scherm afgebeeld, de andere artsen kunnen daarom meelesen wat er wordt opgeschreven en zo nodig corrigeren. Daarnaast hebben de radioloog en patholoog-anatoom een vaste rol in het overleg, zij geven namelijk uitleg bij het beeldmateriaal. Dit volgt vaak direct na het inleidende verhaal van één van de artsen over een bepaalde patiënt. Deze patiënt kan voor de eerste keer voorkomen in het overleg, dan wordt uitgelegd wat er met de patiënt aan de hand is. Als een patiënt al vaker in het overleg is besproken, wordt uitgelegd waarom de patiënt weer terug het overleg in is gehaald. Na de inleiding weet de radioloog dat het zijn beurt is, de voorzitter hoeft daardoor bijna nooit expliciet aan te geven dat de radioloog aan het woord is. Alleen tijdens het overleg van neurologie was er geen radioloog aanwezig, de neuroloog, arts-assistent en neurochirurg namen afwisselend deze taak op zich. Buiten deze vaste taak zijn de radiologen ook actief in het

overleg dat volgt op hun beeldmateriaaluitleg. De patholoog-anatoom is minder actief tijdens het overleg, zij beperken zich vooral tot de uitleg van het beeldmateriaal. De andere artsen vertegenwoordigen hun eigen expertiseveld.

Na de introductie van de arts en de uitleg van de radioloog en patholoog-anatoom wordt het 'beleid' gemaakt. Wanneer de patiënt net is opgenomen, wordt vaak eerst gediscussieerd over de diagnostiek, soms wordt dan aanbevolen meer beeldmateriaal te verzamelen, zoals een MRI-scan. In het MDO van gynaecologie wordt bijvoorbeeld gezegd: *'Ik wil het nog even positief bekijken: kan het een infectie zijn?'* De radioloog antwoordt met *'no way!'*. Vaak wordt gediscussieerd over de behandeling die moet worden ingezet voor de patiënt. Hoe hier over gediscussieerd wordt, verschilt per geobserveerd overleg.

Het MDO van borstkanker blijkt het meest gestructureerde overleg te zijn. Vaak blijken de voorgestelde behandelplannen van bijvoorbeeld de oncologisch chirurg geen vraag te zijn, ondanks dat het plan vaak wel in vraagvorm geformuleerd wordt. Dat het geen echte vraag is, wordt duidelijk doordat niemand actief ingaat op de 'vraag'. Zo vraagt de voorzitter, een oncologisch chirurg aan de groep: *'Kunnen we een beleid afspreken?'* Een andere chirurg antwoordt hier op met een voorstel van beleid, met als afsluiting *'de conclusie is dus..'* Dit wordt vervolgens genoteerd in het elektronisch patiëntendossier. Na het overleg vertelt de oncologisch chirurg (aan de onderzoeker zelf) dat de oncologisch internist bij alle vragen van de oncologisch chirurg instemmend knikte.

De discussies die in de andere overleggen worden gevoerd rondom het maken van het beleid verlopen wat minder gestructureerd. Er wordt wat meer overlegd tussen de verschillende artsen over de juiste behandelmethoden en wat in het belang voor de patiënt de beste optie is. Ook wordt er regelmatig wat dieper op een onderwerp ingegaan door literatuur aan te halen. Zo vertelt de radioloog dat de diagnostiek van de gynaecologen niet overeenkomt met het beeld en vraagt: *'Vinden jullie dat gek?'* De gynaecoloog wijdt vervolgens uit over de eigenschappen van deze ziekte, waardoor duidelijk wordt waarom de radioloog dit niet kan zien op de scan. Ook bij het overleg van neurologie wordt veel aandacht besteed aan de literatuur en het algemene beeld van bepaalde ziekten. Bij het neuro-oncologisch overleg worden ook meer vragen gesteld die ook echt bedoeld zijn als vraag, zoals: *'Team, wat vinden jullie hiervan?'*. Ook bij het gynaecologische overleg worden dit soort vragen regelmatig door verschillende artsen gesteld, zoals de oncologisch internist: *'Help me even.. Zou deze man ook bestraald kunnen worden?'* Wanneer de radiotherapeut deze vraagt positief beantwoordt zegt de internist: *'Oke, dan denk ik dat je dat moet gaan proberen.'*

Opvallend is dat vaak voor de verschillende patiënten die worden besproken in de multidisciplinaire overleggen geen duidelijke afspraken worden gemaakt rondom de diagnostiek of behandeling van de patiënt. Regelmatig wordt een discussie rondom een patiënt afgesloten met *'oke, dan wachten we nog even af'* of *'we bespreken dit nog tijdens het overleg volgende week.'* Deze conclusie volgt voornamelijk wanneer de discussie al even aan de gang is en er geen duidelijke 'uitslag' lijkt te ontstaan. Tijdens de interviews wordt echter aangegeven dat men doordiscussieert tot er consensus is bereikt over een besluit. Wel zegt de radiotherapeut dat wanneer de artsen er echt niet uitkomen, men zich te rade gaat in den lande. De neurochirurg zegt hierover:

'We zijn nog nooit ergens niet uitgekomen. Hoogstens dat we geen zekerheid hebben met z'n allen. Ja dat klopt. Nou, dan kunnen we bijvoorbeeld ook even niets doen, even afwachten. Maar dat is ook een besluit. Nee we komen er altijd uit.'

In de interviews zijn deze besluitvormingsmomenten ook besproken. Hier uit is gebleken dat bijna alle artsen het eens zijn over de manier waarom deze besluitvorming plaats moet vinden, namelijk dat wanneer een arts een goed argument voor zijn standpunt heeft, dat hier naar geluisterd moet worden en dat de doorslaggevende visie niet persoons-, discipline- of statusafhankelijk is. Zo zegt de radioloog:

‘Want het leuke van een academisch ziekenhuis is dat de ratio regeert. Dus als de schoonmaker in de hoek zegt: ‘Ja maar is dat niet een inoperabel partial incarcium?’ Shit, dat zou ook nog kunnen! Daar moet je eigenlijk wel naar luisteren.’

Wel wordt sneller geluisterd naar een arts die gespecialiseerd is in de behandeling waarover beslist moet worden dan wanneer de arts hier minder bekend mee is. De oncologisch chirurg legt uit:

‘Het hangt ook wel af in welk deel van het behandeltraject de discussie plaatsvindt. Als het bijvoorbeeld gaat over welke operatie nodig is, vind ik dat ik meer een doorslaggevende factor ben dan de internist bijvoorbeeld. Terwijl als het gaat om ‘moeten we deze patiënt chemotherapie geven’, dan is de mening van de internist weer doorslaggevend.’

In de zes geobserveerde multidisciplinaire overleggen zijn verschillende *boundary objects* langsgekomen. Zo zijn in elk multidisciplinair overleg fysieke middelen aanwezig, zoals de projectieschermen, die een toevoeging zijn aan de effectiviteit van de samenwerking. Door bepaalde protocollaire afspraken houden artsen vast aan een rolstructurering en weten zo welke taak van hen verwacht wordt. Andere tekstuele middelen zijn de formulieren die de avond voor het multidisciplinair overleg naar de betrokken artsen verstuurd worden, waarop informatie over de patiënten is te vinden. Een systemisch middel is het elektronisch patiëntendossier, dat een grote rol speelt binnen het overleg. Wanneer er een besluit wordt gemaakt, wordt dit direct genoteerd in het dossier. Omdat dit wordt afgebeeld op een groot projectiescherm, kan iedereen meelesen, als een arts nog een aanmerking heeft op het gekozen beleid kan hij op dat moment nog zijn mening inbrengen. Het financiële middel is niet zichtbaar in de multidisciplinaire overleggen. Toch heeft dit middel veel invloed op de multidisciplinaire samenwerking, artsen worden namelijk betaald om aanwezig te zijn bij een multidisciplinair overleg. Ook de rol van de voorzitter in deze geobserveerde overleggen kan tijdens sommige overleggen als een overbruggingsmechanisme, een *boundary role*, bestempeld worden. Door alle artsen aan het woord te laten waardoor ruimte voor discussie gecreëerd wordt maar daarnaast een heldere structuur aan te houden waardoor de vaart in het overleg blijft, zijn elementen die er voor kunnen zorgen dat grenzen overbrugd worden.

In het volgende hoofdstuk zal worden gekeken of, en zo ja in welke mate, het overbruggingsproces beïnvloed wordt door deze overbruggingsmechanismen, en dan met name het knooppunt van de middelen, namelijk het multidisciplinaire overleg. Er zal worden gekeken of de technische, sociale en cognitieve grenzen daadwerkelijk overbrugd worden door de overbruggingsmechanismen die ingezet worden in het UMC Utrecht.

6.7 DE INVLOED VAN OVERBRUGGINGSMECHANISMEN

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat er allerlei overbruggingsmechanismen bewust worden ingezet om multidisciplinaire samenwerking te bevorderen. *Boundary objects* als het multidisciplinaire overleg zelf, geld dat bewust wordt ingezet om samenwerking te bevorderen en voorhoedetypes die (andere) artsen stimuleren om samen te werken zijn bewuste sturingsmechanismen die het UMC Utrecht inzet. In dit hoofdstuk zal worden gekeken in hoeverre deze overbruggingsmechanismen ook daadwerkelijk van invloed zijn op het handelen van artsen. Opgemerkt moet worden dat de term ‘invloed’ diffuus is, het is lastig te onderzoeken in hoeverre een mechanisme een effect kan sorteren op de relaties die artsen met elkaar hebben. Toch is deze term in dit onderzoek het meest passend, aangezien het hier niet gaat om harde gevolgtrekkingen, maar om subtiele beïnvloedingen die artsen in meer of mindere mate kunnen stimuleren tot multidisciplinaire samenwerking.

In dit hoofdstuk zal gekeken worden naar de *boundary objects* en het *brokering*-proces waarvan in hoofdstuk 6.4 en 6.5 is geconcludeerd dat deze mechanismen worden ingezet in het UMC Utrecht, ten behoeve van multidisciplinaire samenwerking. In het volgende hoofdstuk zal vervolgens gekeken worden in hoeverre in het knooppunt van deze overbruggingsmechanismen, het multidisciplinaire overleg, nog interprofessionele grenzen aanwezig blijken te zijn.

6.7.1 DE INVLOED VAN BOUNDARY OBJECTS

De *boundary objects* die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen zijn fysieke, tekstuele, systemische en financiële middelen die in meer of mindere mate ingezet kunnen worden, door managers, ander ondersteunend personeel of door artsen zelf, om interacties tussen artsen te versterken of bevorderen. In interviews aan artsen en managers is gevraagd naar de ervaringen die zij hebben met deze middelen en tijdens de observaties is gekeken of de overbruggingsmechanismen een effect hebben op het bestaan van interprofessionele grenzen tussen artsen.

Wanneer naar de fysieke *boundary objects* gekeken wordt, valt het op dat de meeste artsen zich niet bewust zijn van de middelen die ingezet worden. Ruimtes ‘zijn er gewoon’, wanneer er vergaderd moet worden dan spreekt men af in één van de ruimtes van een bepaalde afdeling. Toch blijkt dat de beschikbaarheid van ruimtes niet altijd zo vanzelfsprekend is als artsen menen. Het gaat dan niet alleen om ruimtes waarin (multidisciplinair) overlegd wordt, maar ook om operatiekamers en andere ruimtes waar verschillende specialisten samenkomen. Deze ruimtes behoren tot een bepaalde afdeling, die weer onder een bepaalde divisie staat. Door het speerpuntenbeleid zullen afdelingen bepaalde speerpunten, waar multidisciplinaire overleggen aan vast zitten, voor moeten laten gaan op andere overleggen. Daardoor kan frictie ontstaan tussen de verschillende specialisaties en afdelingen.

De financiële middelen hangen hiermee samen. Net als de ruimtes, behoren de financiële budgetten toe aan de divisieleiding. Zij verdelen het geld over de verschillende afdelingen. Door het speerpuntbeleid wordt van bovenaf gestuurd om de afdelingen die binnen een speerpunt vallen extra budget mee te geven, de afdelingen die daar buiten vallen krijgen minder. Een manager van heelkundige specialismen zegt hierover:

‘We moeten het met steeds minder geld doen. Tijdens vergaderingen met de verschillende afdelingen doen zij verzoeken, maar wanneer die afdeling geen speerpunt is kunnen wij die verzoeken niet meer honoreren. Zij voelen zich dan zeer verontwaardigd want ze doen mooie dingen met patiënten en er is ook vraag naar, maar wij hebben nou eenmaal niet gekozen om daar een speerpunt van te maken. Dus als zij ook maar iets willen in personeel, of in middelen, of in medewerkers, of in uitbreiding: jammer, krijgen ze niet.’

Door via de financiële middelen bewust te sturen op een beperkt aantal ziektebeelden waarbinnen multidisciplinair samengewerkt wordt, kan de patiëntenzorg en de wetenschap op dit gebied zich kwalitatief

ontwikkelen. Een probleem binnen dit systeem is dat de divisieleiding op dit moment beslist waar het geld naar toe gaat, de speerpunten hebben geen eigen begroting. De speerpunthouder moet daarom bij de divisieleider: *‘Voor elkaar krijgen dat de divisiehouder enthousiast wordt over het speerpunt en dat het iets oplevert voor de divisie,’* aldus de manager. Dit levert veel spanningen op binnen de organisatie, dat kan doorwerken in de multidisciplinaire overleggen. Net als de fysieke middelen gaan artsen er van uit dat financiën er ‘gewoon’ zijn. Wanneer hier, buiten het multidisciplinaire overleg om, problemen en onzekerheden over ontstaan, kunnen artsen het gevoel krijgen dat zij hun werk niet goed meer kunnen uitvoeren.

Een andere factor rondom de ruimtes in het UMC Utrecht is het feit dat de locaties van de verschillende specialisten die betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt verspreid zijn. De radiotherapeut geeft aan dat de behandelingen en de technieken die ingezet worden erg van elkaar verschillen, de specifieke behandelingen kunnen dus alleen op een bepaalde plek in het ziekenhuis plaatsvinden. *‘De behandeling is natuurlijk zo specifiek, we hebben hier een versneller staan dus patiënten kunnen alleen hier behandeld worden,’* aldus de radiotherapeut. Dit versterkt het ‘eilandjes’ gevoel van de verschillende afdelingen en divisies. De oncologisch chirurg vertelt dat het zou helpen wanneer deze afdelingen die allen betrokken zijn bij één bepaald ziektebeeld, dichter bij elkaar zouden zitten:

‘Het zo dicht mogelijk bij elkaar zitten zou de samenwerking bevorderen. Dus fysiek bij elkaar zijn om te werken, dus niet dat je één spreekkamer hebt, maar wel één wachtkamer hebt bij wijze van spreken, want dat maakt de lijnen nog korter.’

Naast fysieke middelen worden er ook tekstuele middelen ingezet binnen multidisciplinaire overleggen. Het blijkt dat voor de patiënten die een ‘standaard’ ziektebeeld hebben deze protocollen helpen om effectief samen te werken. Zo zegt de radiotherapeut: *‘Ja nou dat is allemaal zo protocollair vastgelegd dat we eigenlijk wel met z’n allen weten wat we moeten doen.’* Daardoor zijn de rollen van de afzonderlijke artsen duidelijk, wordt er op een effectieve manier samengewerkt en kunnen de artsen als één naar buiten treden, wat de gezamenlijke cultuur binnen het multidisciplinaire team versterkt. Het is echter de vraag of de grenzen tussen specialisten door deze protocollen overbrugd worden. Doordat de rollen van artsen en de structurering van het MDO protocollair is vastgelegd, raken artsen gewend om binnen deze rollen en taken te handelen. Hierdoor lijkt weinig ruimte te bestaan voor het creëren van nieuwe relaties en het versterken of verbeteren van interacties. In hoofdstuk 6.8 zal op dit vaste rollenpatroon dieper ingegaan worden.

Het elektronisch patiëntendossier is als systemisch overbruggingsmechanisme een invloedrijk middel. In de eerste plaats is dat omdat het dossier een erg nuttig hulpmiddel is om artsen effectief te laten samenwerken. Alle artsen zijn het er over eens dat het elektronisch patiëntendossier een grote toegevoegde waarde is voor de patiëntenzorg en specifiek in het kader van multidisciplinaire samenwerking. Artsen zien van elkaar wat hun collega’s besluiten, maar ook wat gezegd wordt tegen patiënten. Dit leidt er toe dat artsen één taal hanteren en eenduidig zijn naar de patiënt toe. Wel blijken er een aantal problemen aan het systeem te kleven. Zo maakt de afdeling Radiotherapie, als enige afdeling in het UMC Utrecht, gebruik van een ander systeem dan de rest van het ziekenhuis. Dit zorgt voor ergernissen onder de andere artsen. Zo zegt de oncologisch chirurg:

‘Wat op dit moment voor mij een doorn in het oog is is dat we in het ziekenhuis het elektronisch patiënten dossier hebben ingevoerd maar dat de afdeling Radiotherapie er voor kiest om een volstrekt ander systeem in te voeren. Ik kan dus nog steeds niet zien wat een radiotherapeut invoert.’

De oncologisch chirurg is van mening dat de afdeling Radiotherapie zelf moet streven het nieuwe systeem te implementeren op de afdeling. De radiotherapeut legt uit dat dat te maken heeft met het feit dat zij ingewikkelde apparatuur gebruiken dat niet zo eenvoudig te koppelen is aan het nieuwe elektronische patiëntendossier. Daarnaast vertelt de oncologisch internist van gynaecologie dat zij, wanneer zij op de gynaecologie afdeling is, haar patiëntenmap niet kan openen.

'Ik kan, als ik op de gynaecologie ben voor bijvoorbeeld een overleg, mijn eigen afdeling niet openen. Dat is afgescheiden in dit ziekenhuis in de computer. Dat is gewoon een computertechnisch probleem. Als ik op de gynaecologie ben en ik doe een poli dan kan ik niet een poli openen nee dan moet ik alle patiënten los elke keer op nummer intikken. Nou dat is echt onbegrijpelijk.'

Er kan dus gesteld worden dat het elektronisch patiëntendossier pas een effectief overbruggingsmechanisme is wanneer overal in het ziekenhuis gebruik kan worden gemaakt van hetzelfde systeem, waar alle artsen in het ziekenhuis mee werken. Wanneer dat niet het geval is wekt dit middel ergernissen op. Hierdoor kunnen interprofessionele grenzen bestendig blijven in plaats van overbrugd worden: artsen denken dat andere artsen of het management weinig bereid zijn tot aanpassingen ten behoeve van optimale patiëntenzorg.

6.7.2 DE INVLOED VAN BROKERING

Naast de invloed van *boundary objects* is ook gekeken naar de invloed van *brokering* op de interprofessionele grenzen en multidisciplinaire samenwerking. Artsen, maar ook andere medewerkers, zoals managers of projectleiders, kunnen een rol als bemiddelaar of voorhoedetype op zich nemen. De speerpunttrekkers van elk speerpunt zijn voorbeelden van personen die op de grensvlakken tussen de verschillende artsen kunnen bemiddelen en artsen kunnen stimuleren om multidisciplinair samen te werken. Het blijkt dat veel artsen zich niet bewust zijn van de rol van de speerpunttrekker, zij geven aan dat de speerpunttrekkers weinig invloed hebben op hun dagelijkse werkzaamheden. Wel geeft de manager van neurowetenschappen, behorend tot het speerpunt *Brain* aan dat de mate waarin binnen een speerpunt multidisciplinair wordt samengewerkt afhangt van de visie van de speerpunttrekker. Aangezien het speerpunt *Brain* veel overlap vertoont met de divisie Hersenen heeft het speerpuntteam minder invloed dan bijvoorbeeld bij het speerpunt *Personalized Cancer Care*.

Uit interviews met managers blijkt dat zij een rol kunnen hebben in het sturen van artsen op multidisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld doordat zij *boundary objects* in kunnen zetten, zoals financiële middelen, en zij kunnen in gesprekken met artsen wijzen op de voordelen van multidisciplinaire samenwerking, zoals uiteen is gezet in hoofdstuk 6.4. Toch blijkt uit de interviews met artsen dat managers weinig invloed hebben op het handelen van artsen. Zo zegt de oncologisch chirurg over de invloed van het management:

'Nee nee, weinig denk ik. Weinig, het is wel echt iets wat van de werkvloer zelf moet komen. Ik denk dat managementstructuren daar weinig invloed op hebben eerlijk gezegd.'

Een bestuurder geeft zelf ook aan dat vooral de artsen op de werkvloer zelf een voorhoederol dienen aan te nemen, managers zijn hier niet geschikt voor:

'Dat zijn professionals. Managers kunnen dit onvoldoende doen. Je moet een paar mensen nemen die vanuit hun eigen vak deze stappen kunnen maken. En die hebben we ook, en daarom gaat het ook wel allemaal lukken, maar die moeten ook snappen dat dit hun rol is om te doen.'

Artsen kunnen bijvoorbeeld in hun rol als voorzitter tijdens het multidisciplinaire overleg een voorhoedetype zijn. Of zij ook daadwerkelijk deze rol op zich nemen is tijdens de geobserveerde overleggen niet zichtbaar naar voren gekomen, wel blijkt dat sommige artsen geschikter zijn als voorzitter dan andere artsen, doordat zij de vaart in het overleg houden, ruimte open houden voor de inbreng van alle aanwezige artsen en knopen door kunnen hakken wanneer de discussie verzandt. Uit de interviews blijkt dat artsen zich nog weinig bewust lijken te zijn van de extra rol die in deze voorzittersrol geborgen kan zijn.

Geconcludeerd kan worden dat de invloed van *brokering* op artsen ten behoeve van de multidisciplinaire samenwerking binnen het UMC Utrecht gering is. Ook de invloed van *boundary objects* is beperkt, sommige *boundary objects* lijken een bijna averechts effect te hebben op de grensoverbrugging, zoals het elektronisch

patiëntendossier laat zien. In het volgende hoofdstuk zal gekeken worden naar de invloed van het multidisciplinaire overleg, het knooppunt van deze overbruggingsmechanismen, op de multidisciplinaire samenwerking in het UMC Utrecht.

6.8 DE INVLOED VAN MULTIDISCIPLINAIRE OVERLEGGEN

Het multidisciplinaire overleg blijkt een knooppunt van verscheidene overbruggingsmechanismen te zijn. In dit hoofdstuk zal gekeken worden naar de invloed van dit knooppunt op multidisciplinaire samenwerking. Gekeken zal worden in hoeverre technische, cognitieve en sociale grenzen overbrugd worden door multidisciplinaire overleggen.

Samenwerking ontstaat door interacties te verbeteren en te versterken en artsen relaties met elkaar aan te laten gaan. Door formele overlegmomenten te creëren kan er op een effectieve manier worden samengewerkt met alle artsen die bij de behandeling van de besproken patiënten betrokken zijn. Uit de interviews blijkt dat artsen positief zijn over dit overbruggingsmechanisme. Zo zegt de oncologisch chirurg:

‘Dat ging vroeger vaak over de rug van de patiënt, maar nu is dat eigenlijk helemaal niet nodig. Je spreekt elkaar frequent door het MDO en je kan makkelijk in elkaars dossier kijken en elkaar makkelijk vragen stellen.’

Door de multidisciplinaire overleggen zijn er meer momenten voor artsen om met elkaar te kunnen praten. Praten blijkt een belangrijk mechanisme te zijn om op een effectieve manier de patiënt zo goed mogelijk te behandelen. Volgens veel artsen, zoals in dit geval de neuroloog, zijn de multidisciplinaire overleggen daarom onmisbaar:

‘Bij die overlegmomenten, dat zijn er maar twee per week, dan kan je even goed zaken doen. Als dat nou dagelijks zou zijn, bijvoorbeeld elke ochtend, of elke middag, van ja we hebben nu deze patiënt, hoe gaan we verder.’

Artsen ervaren de multidisciplinaire overleggen als positief, zij menen dat door goed overleg tijdens deze overleggen de eerder genoemde technische, cognitieve en sociale grenzen overbrugd kunnen worden. Opvallend is dat zij in de interviews vertellen dat zij van deze grenzen voordelen hebben, doordat zij daardoor van elkaar kunnen leren, dan dat het nadelige effecten oplevert. Toch kunnen er ook problemen ontstaan door deze multidisciplinaire samenwerking. Een aantal artsen noemt dat ondanks de vele overleggen er miscommunicatie ontstaat, vooral doordat er nu veel verschillende artsen betrokken zijn bij de behandeling van één patiënt. Doordat nu efficiënt gehandeld wordt door de verschillende disciplines kan het soms wel eens té snel gaan. Tegen patiënten wordt dan verteld dat een bepaalde behandeling waarschijnlijk de beste oplossing zal zijn, maar ondertussen heeft een andere arts een ander beleid gevormd. Wanneer dit wordt gecommuniceerd met de patiënt, nog voor het multidisciplinaire overleg, kan dit voor verwarring zorgen. Zo zegt de oncologisch internist van urologie:

‘Soms maakt de chirurg al een plan wat hij met de patiënt bespreekt en dan wordt het daarna multidisciplinair besproken. En dan ontstaat een reflectie: ‘ja maar ik heb het al zo met de patiënt besproken, ik vind het ook zo naar om het weer terug te moeten draaien.’ Ja dat is ook naar, maar slechte zorg is veel naarder.’

Multidisciplinaire samenwerking blijkt dus vooral tot goede uitkomsten te leiden wanneer ook de communicatie met de patiënt goed verloopt en de artsen onderling hier goed contact over hebben. Door de vele ‘lijntjes’ tussen de verschillende artsen, kan een patiënt de weg een beetje kwijtraken. Naast deze problemen die de artsen zelf opmerken, blijkt uit de observaties van de zes multidisciplinaire overleggen dat de cognitieve, technische en sociale grenzen door het overbruggingsmechanisme ‘multidisciplinair overleg’ niet verdwijnen. De interprofessionele grenzen, die door de overbruggingsmechanismen overbrugd zouden moeten worden, blijken dus ook, in meer of mindere mate, te bestaan in het knooppunt van de overbruggingsmechanismen zelf.

6.8.1 TECHNISCHE GRENZEN

In hoofdstuk 6.2.1 is besproken hoe technische grenzen voorkomen tussen artsen van verschillende disciplines in het UMC Utrecht. Het blijkt dat artsen verschillende behandelingen uitvoeren die verschillende technieken vereisen. Ook wordt er een verschil opgemerkt tussen artsen die *evidence based* werken en artsen die hun argumenten voor een bepaalde behandeling meer baseren op eigen ervaring. Om deze verschillen te overbruggen kan een multidisciplinair overleg waardevol zijn. Hier spreken artsen met elkaar over de verschillende behandelingsmogelijkheden, artsen die gespecialiseerd zijn in een bepaalde behandeling, zoals radiotherapie, kunnen de andere artsen uitleg geven over de behandeling voor de betreffende patiënt.

Tijdens de geobserveerde overleggen wordt duidelijk dat veel discussies tussen de artsen ontstaan doordat zij een verschillende behandeling voorstaan en van mening verschillen welke behandeling nou moet worden ingezet. Zo stelt de gynaecoloog in het oncologisch gynaecologieoverleg voor een bepaalde patiënt een radiotherapie voor met de woorden: *'Mijn advies is..'* De radiotherapeut gaat in tegen dit advies en zegt dat hij het niet eens is met deze behandeling. De gynaecoloog zegt dan vervolgens: *'Oke, maar je moet er wel echt over nadenken hoor.'* Toch zijn er ook situaties tijdens de observaties voorgekomen waar een arts pleit voor een behandeling waar deze arts zelf in is gespecialiseerd, maar waar een arts van een andere discipline tegenin gaat en de eerste arts overhaalt de behandeling niet in te zetten. Zo praat de oncologisch chirurg tijdens het maag-darm-leveroverleg over een patiënt en concludeert met: *'Dat betekent dat de alvleesklier er uit moet.'* De oncologisch internist onderbreekt het verhaal van de chirurg en zegt: *'Dat moet je niet doen hoor, want waar doe je het voor?'* Na enig overleg zegt de chirurg: *'Ja oke, nee absoluut akkoord.'* Hier uit blijkt dat de technische grens tussen de artsen overbrugd wordt, om zo tot de meest optimale behandeling voor de patiënt te komen.

Het verschil tussen *evidence based* werken en uit (eigen) ervaring handelen wordt duidelijk in het multidisciplinaire overleg van gynaecologie, toen er een discussie ontstond tussen de gynaecoloog en de patholoog. De patholoog vertelt iets over een microscopisch beeld, maar de gynaecoloog begrijpt de analyse niet helemaal. De patholoog zegt vervolgens: *'Nou ja, zo staat het in ieder geval in de theorie.'* Waarop de gynaecoloog zegt: *'Nou ik zou het niet doen, want in de Amerikaanse ziekenhuizen werken ze op een andere manier en dat werkt.'*

Uit de geobserveerde multidisciplinaire overleggen en uit de interviews kan worden opgemaakt dat technische interprofessionele grenzen aanwezig zijn tussen artsen en binnen multidisciplinaire overleggen. Hier is geen duidelijk verschil tussen het speerpunt *Personalized Cancer Care* en *Brain* in op te merken, al ervaart de psychiater weinig technische grenzen tussen artsen, maar dit komt doordat zij weinig met andere artsen in overleg is. Het blijkt echter dat ondanks de vaak statische structuur van de multidisciplinaire overleggen dat in sommige multidisciplinaire overleggen weinig technische grenzen te bespeuren zijn. De oncologisch chirurg legt uit dat zijn vak er ook om vraagt om technische grenzen te overbruggen:

'Uit onze eigen vakinhoudelijke behoefte ontstaat steeds vaker de behoefte naar dingen die eigenlijk over de grenzen van ons eigen vakgebied heen gaan. En als ik dingen wil veranderen ten aanzien van een operatietechniek, dan moet eigenlijk de internist of de radiotherapeut ook mee in die veranderingen, want dat heeft ook gevolgen voor hen, dat zijn de dingen die daar allemaal een rol in spelen.'

Het multidisciplinaire overleg blijkt dus, uit de geobserveerde overleggen, een effectief mechanisme te zijn om technische grenzen te overbruggen. In de volgende paragraaf zal gekeken worden naar de invloed van het multidisciplinaire overleg als overbruggingsmechanisme op sociale grenzen.

6.8.2 SOCIALE GRENZEN

In hoofdstuk 6.2.2 zijn de sociale grenzen besproken die tussen artsen uit verschillende disciplines kunnen bestaan. Het blijkt dat artsen in het UMC Utrecht aangeven dat zij weinig tot geen sociale grenzen ervaren wanneer zij aan het werk zijn. Wanneer moet worden samengewerkt, wordt gekeken naar de argumenten die een arts gebruikt, niet naar de status van de desbetreffende arts. Wel geven sommige artsen aan dat er een hiërarchie kan bestaan tussen artsen die al meer ervaring hebben en jongere artsen. Dit heeft echter niet te maken met de verschillende disciplines van de artsen.

Het multidisciplinaire overleg kan een middel zijn om deze sociale grenzen te overbruggen. Artsen geven in de interviews aan dat de interactie tussen de verschillende artsen verbeterd wanneer zij op regelmatige basis met elkaar overleggen. Zo zegt de radiotherapeut:

‘Dat je met dezelfde groep mensen zit, je kent elkaar bij voornaam, je kent elkaar iets beter, je weet dat ze met je willen overleggen, ze weten wie ik ben, dat vind ik een heel belangrijk aspect.’

In de geobserveerde overleggen is met betrekking tot sociale grenzen gelet op de interactie tussen de verschillende artsen en hoe de artsen zich op relationeel gebied tot elkaar verhouden. Bij het eerste geobserveerde overleg, het MDO borstkanker, valt op dat de sfeer zakelijk is. Men komt snel ter zake, wanneer er iets gezegd wordt door een arts is dat een bijdrage aan het doel van het overleg. Er zijn veel mensen aanwezig bij het overleg, niet alleen artsen maar ook veel onderzoekers die op opklapstoeltjes tegen de muur van de vergaderzaal zitten. Voor aanvang van het overleg praten de artsen zachtjes met elkaar, maar zij praten wel tegen artsen afkomstig uit dezelfde discipline als zichzelf. Dit multidisciplinair overleg steekt daardoor wat af van de andere overleggen die geobserveerd zijn: deze overleggen waren, in meer of mindere mate, wat gemoeidelijker. Het tweede gynaecologisch overleg lijkt op dit vlak het verst van het borstkankeroverleg af te staan. Zo worden er bijvoorbeeld koeken uitgedeeld en er worden af en toe grapjes gemaakt door de artsen. Daarnaast is er via een videoconferentie contact met een arts uit een ander ziekenhuis, door technische verstoringen verloopt het overleg wat rommeliger. Ook is de opstelling van de vergaderzaal anders. Waar het borstkankeroverleg zich afspeelt aan een u-vormtafel (hier vinden ook het maag-darm-leveroverleg en het eerste gynaecologische overleg plaats), vindt dit gynaecologische overleg plaats aan een ronde tafel. Daarachter zitten de onderzoekers.

Het verschil in sfeer zou kunnen duiden op een verschil in aanwezigheid van sociale grenzen, maar hier hoeft geen direct verband tussen te zitten. Wel is het zo dat de artsen, vooral in het tweede gynaecologische overleg, met elkaar als groep het gesprek voeren. Ook bij het overleg van neurologie valt dit op, ook hier lijkt de ovale tafel een hulpmiddel te zijn om te praten als groep. Daarnaast zijn bij het overleg van neurologie minder mensen betrokken, dit kan ook bevorderlijk zijn voor de communicatie onderling. Bij het neuro-oncologieoverleg waren veel mensen aanwezig. Niet alleen het team van artsen is erg uitgebreid, ook op de achterste rijen, waar onderzoekers, arts-assistenten en co-assistenten plaatsnemen, zitten twaalf mensen.

Ook tijdens de besluitvorming zelf kunnen sociale grenzen zichtbaar worden, of niet. Het valt op dat wanneer er chirurgen aanwezig zijn in de overleggen, zij meer dan andere artsen aan het woord zijn. Bij de twee gynaecologische overleggen zijn de gynaecologen met name aan het woord. Het borstkankeroverleg verloopt snel, er worden weinig vragen gesteld door andere artsen. Bij de andere overleggen is meer ruimte voor opmerkingen of vragen van andere artsen, maar ook hier hebben de chirurgen, of gynaecologen, een groot aandeel in het overleg. Zij zijn erg ‘aanwezig’ in de overleggen en blijken minder vragende zinsconstructies te gebruiken dan stellende zinsconstructies. Tijdens het borstkankeroverleg valt op dat de arts-assistenten van plastisch chirurgie, die waarschijnlijk voor het eerst bij het overleg aanwezig zijn, zich alleen voorstellen aan de oncologisch chirurgen. Het is daarnaast duidelijk dat het afdelingshoofd van neurochirurgie bij het neurologisch overleg aanzien geniet, hij is regelmatig aan het woord en legt dan ook vooral zaken in een breder perspectief uit. Hij vertelt over onderzoeken en literatuur die gerelateerd zijn aan de diagnostiek van de patiënt. Wanneer

het afdelingshoofd neurologie in de rol van voorzitter wil beginnen, maar de neurochirurg nog aan het woord is, zegt de voorzitter: *'Nou ja, eigenlijk wilde ik beginnen, maar goed dan'*.

In het eerste gynaecologische overleg komt de radioloog minder stellig over dan de gynaecologen en de chirurgen uit de andere overleggen. Zo zegt de radioloog naar aanleiding van een scan: *'Als jullie dat niet gezien hebben, en dat mis je niet, dan zit ik er naast,'* en: *'Volgens mij moeten we dit doen.. Tenzij jullie zeggen dat dat niet nodig is.'* Ook in de andere multidisciplinaire overleggen lijken de radiologen vooral dienstbaar te zijn aan de andere artsen. Zo zegt de radioloog in het neuro-oncologieoverleg: *'Mijn advies is CT-scan, maar goed, dat mogen jullie zelf weten oke?'*

Interessant is de rol van de oncologisch internist bij alle multidisciplinaire overleggen. Zij zijn niet bijzonder vaak aan het woord (met als uitzondering de oncologisch internist in de rol van technisch voorzitter bij het tweede gynaecologische overleg) maar wanneer zij aan het woord zijn, zijn zij voornamelijk kritisch. Zoals ook in hoofdstuk 6.2.3 over cognitieve grenzen is uiteengezet kijken internisten naar de patiënt in zijn geheel, wanneer een meer aandoeninggerichte arts een bepaalde behandeling voorstelt, vraagt de oncologisch internist regelmatig of de voordelen van de (vaak zware) behandeling opweegt tegen de nadelen die aan de behandeling kleven. Zo vraagt de oncologisch internist tijdens het tweede oncologisch gynaecologieoverleg: *'Maar waar heeft ze nu precies last van? Wat is nou haar klacht?'* De oncologisch internist gaat met dit soort vragen en opmerkingen veel vaker de discussie aan dan bijvoorbeeld de radioloog.

Een laatste element van sociale grenzen dat tijdens de observaties opviel is de relatie tussen artsen en lerende artsen, zoals arts-assistenten en co-assistenten. Deze relatie kan niet als een 'multidisciplinaire samenwerking' bestempeld worden, maar door deze relatie te bestuderen kan bekeken worden hoe gevestigde artsen aan de lerende artsen leren te communiceren. Ook kan de interactie tussen de artsen en lerende artsen de sfeer van het multidisciplinaire overleg weergeven. In alle zes de observaties is het lerende aspect duidelijk aanwezig. Vaak hebben artsen een arts-assistent bij zich die naast hen aan tafel plaats nemen, meestal zitten daarnaast ook andere (co-) assistenten en arts-onderzoekers op de bankjes langs de muren. Tijdens de overleggen vindt een wisselwerking plaats tussen de artsen en de arts-assistenten. Zo nemen de arts-assistenten aan de ene kant als 'volwaardig lid' deel aan het overleg, aangezien zij met enige regelmaat het woord nemen door de inleidende samenvatting van de patiënt te geven en ook vragen mogen stellen en opmerkingen mogen geven tijdens het overleg. Aan de andere kant wordt hen regelmatig vragen gesteld over behandelingen of ziektebeelden in algemene zin. Zo zegt de gynaecoloog in het tweede gynaecologische overleg: *'Tim, ik heb ook aan jou gevraagd dit op te zoeken in de literatuur. Wat is daar uit gekomen?'* Ook lijken sommige assistenten gespannen te zijn wanneer een vraag aan hen gesteld wordt of wanneer zij de patiënt moeten introduceren. De relatie tussen de arts-assistenten en de gevestigde artsen kan daarom, in alle geobserveerde overleggen, hiërarchisch genoemd worden. Dit kan gevolgen hebben voor de wijze waarop interacties tussen artsen geïnterpreteerd worden door jonge artsen.

Waar de artsen in de interviews aangeven dat het niet afhangt van de discipline van de arts hoe met elkaar wordt omgegaan, blijkt uit de observaties dat er wel degelijk verschillende sociale rollen door de artsen worden aangenomen tijdens de multidisciplinaire overleggen. Anders dan de technische grenzen die door het multidisciplinaire overleg als overbruggingsmechanisme doorbroken worden, blijken sociale grenzen, door vrij statische sociale rollen, in stand te blijven. Wel kan het zo zijn dat deze grenzen door het multidisciplinaire overleg minder sterk aanwezig zijn dan wanneer dit overleg er niet zou zijn geweest, doordat artsen elkaar op deze manier op regelmatige basis spreken. In de volgende paragraaf wordt onderzocht in hoeverre cognitieve grenzen overbrugd worden door multidisciplinaire overleggen.

6.8.3 COGNITIEVE GRENZEN

In hoofdstuk 6.2.3 wordt onderzocht in hoeverre artsen uit het UMC Utrecht cognitieve grenzen ervaren tijdens samenwerking met artsen van andere disciplines. Uit de interviews komt naar voren dat er duidelijke

verschillen worden ervaren in de cognitieve kenmerken. De artsen hebben een helder beeld van de elementen die hun eigen 'arts-zijn' bepalen en weten hier labels aan te geven. De labels die zij aan zichzelf geven en aan de artsen van andere disciplines komen overeen met de labels die de andere artsen geven. De chirurgen geven aan zichzelf als praktische artsen te zien, terwijl de neurologen en oncologisch internisten als 'denkers' beschouwd worden, ook door zichzelf. Het multidisciplinaire overleg zou een overbruggingsmechanisme kunnen zijn voor deze cognitieve grenzen. Door regelmatig met elkaar te overleggen zou het 'ander-denken' omgezet kunnen worden in een 'wij-denken'. Opvallend is dat een aantal artsen zich bewust zijn van dit 'wij-zij' denken. Zo zegt de neurochirurg:

'Het is een gezamenlijk probleem, niet het probleem van de chirurg of van de neuroloog, maar een gezamenlijk probleem.'

Ook de radioloog heeft het over een 'gezamenlijk effort' en ook de oncologisch internisten bevestigen dat elke arts te allen tijde hetzelfde doel voor ogen moet houden. Toch blijkt uit de observaties dat binnen het multidisciplinaire overleg zelf cognitieve grenzen zichtbaar zijn. Cognitieve grenzen zijn minder gemakkelijk in een overleg te duiden dan bijvoorbeeld de sociale grenzen die voor kunnen komen. Gaat het bij sociale grenzen voornamelijk over de relaties en interacties tussen de artsen, bij cognitieve grenzen speelt vooral het mentale frame, dat zich in de hoofden van de artsen bevindt, een rol. Aangezien het borstkankeroverleg maar tien minuten duurt, is het lastig de cognitieve frames van de artsen te herkennen. Wel is het interessant dat de oncologisch chirurg na afloop aan de onderzoeker vertelt dat de oncologisch internist instemmend knikte. De chirurg koos er dus voor de rol van de internist te benadrukken.

Ook in het neurologisch overleg zijn er weinig cognitieve grenzen zichtbaar. Waar in de interviews de neuroloog als 'denker' werd bestempeld en de chirurg als 'handarbeider' komt dit in de geobserveerde overleggen niet duidelijk voor. De neurochirurg brengt veel wetenschappelijke argumenten uit de literatuur op tafel, alleen afgaande op de interviews zou dit vooral een rol horen te zijn van de neuroloog. In het derde en vierde overleg van gynaecologie komen de cognitieve verschillen van de artsen veel duidelijker naar voren. Zoals ook al bij de bespreking van de andere grenzen naar voren is gekomen blijkt er in dit overleg een wisselwerking te bestaan tussen de gynaecoloog en de oncologisch internist. Waar de gynaecoloog vooral naar het zieke gedeelte van de patiënt kijkt, houdt de internist de gehele patiënt in de gaten. Zo stelt de internist regelmatig vragen over de andere functies van de patiënt, bijvoorbeeld: *'Hoe staat het met de lever en longen?'* en: *'Waarom zijn er nog geen bloedwaarden bekend?'* Interessant is ook de opmerking van de gynaecoloog in het tweede gynaecologische overleg, wanneer de longarts langskomt om een patiënt te bespreken, namelijk: *'We hopen dat ze opknapt, door maximale inspanning van jullie kant.'* De gynaecoloog bevestigt hiermee dat men een gezamenlijk doel voor ogen houdt, maar tegelijkertijd schemert er een 'wij-zijdenken' doorheen, door de nadruk te leggen op het feit dat de longartsen zich maximaal moeten inspannen. Dit denken wordt versterkt door een andere opmerking van de gynaecoloog naar de radioloog, wanneer hij vertelt dat hij iets niet op de scan kan zien. De gynaecoloog zegt daarop: *'Ja, dat jij dit niet kan zien is heel gek.'*

Tijdens het multidisciplinaire overleg van maag-darm-lever spreekt de chirurg over een behandeling voor een patiënt die hij in wil zetten. De maag-darm-leverarts zegt hierop: *'Ik vind het nogal wat hoor,'* waarop de chirurg vraagt wat hij bedoelt. De MDL-arts zegt vervolgens: *'Nou, die hele behandeling.'* De chirurg zegt na enig overleg: *'Je moet er ook niet te ingewikkeld over doen hoor. Ik vind dat het we het advies (van de MDL-arts) moeten onderkennen maar de behandeling toch door moeten zetten.'* Uit deze conversatie blijkt dat er op verschillende manieren naar een bepaald probleem gekeken wordt. Waar de MDL-arts vindt dat de chirurg wellicht te hard van stapel loopt met een bepaalde (zware) behandeling, lijkt de chirurg de MDL-arts te 'moeilijk' vinden denken.

Tijdens het laatste geobserveerde overleg van neuro-oncologie, vindt een opvallend gesprek plaats tussen een arts, een arts-assistent en de onderzoeker. De neurochirurg die de onderzoeker voor dit overleg had uitgenodigd, bleek nog niet aanwezig te zijn. Om er zeker van te zijn dat de onderzoeker bij het juiste overleg

aanwezig was, vroeg deze aan een arts of het klopt dat bij dit overleg ook dokter X aanwezig zou zijn. De arts antwoordt hier vervolgens op: *'Ja, dat klopt. Of nou ja, het is wel een neurochirurg he, echt aanwezig weet je nooit bij hen.'* Daarna vraagt hij aan zijn arts-assistente: *'Dat is toch zo? Neurochirurgen zijn over het algemeen altijd te laat toch?'* De arts-assistent antwoordt met: *'Ja dat klopt wel volgens mij.'* Dit gesprek vindt uiteraard niet plaats binnen het multidisciplinaire overleg zelf, waardoor niet onderzocht kan worden of dit sterke 'wij-zijdenken' ook het overleg zelf beïnvloedt. Wel laat het duidelijk zien dat de cognitieve grenzen meegedragen worden door artsen en ook doorgegeven worden aan lerende artsen.

Uit de interviews, maar ook uit de observaties, blijkt dat cognitieve grenzen aanwezig zijn binnen multidisciplinaire overleggen. Deze grenzen uitend zich vooral in een sterk 'wij-zijdenken' tussen de artsen van verschillende disciplines. Samenvattend kan dus gesteld worden dat het multidisciplinaire overleg een overbruggingsmechanisme is voor technische grenzen, maar minder goed sociale en cognitieve grenzen kan overbruggen. Vooral sociale grenzen blijken bestendig te blijven binnen de multidisciplinaire overleggen. Eén van de redenen hiervoor zou kunnen zijn dat de sociale en professionele rollen van de artsen binnen de overleggen vrij statisch zijn. Tussen de overleggen van *Personalized Cancer Care* en *Brain* zijn geen duidelijke verschillen naar voren gekomen. Het borstkankeroverleg lijkt het meest gestructureerd te zijn, de rollen van de artsen zijn statisch. In het neurologisch overleg lijken de professionele rollen het minst te zijn vastgelegd, één van de redenen hiervoor kan zijn dat hier maar een beperkt aantal artsen bij betrokken zijn.

Het blijkt dat binnen de multidisciplinaire overleggen een eigen culturele dynamiek aanwezig is, waardoor overbruggingsmechanismen die vanuit de organisatie ingezet worden om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen, weinig invloed te hebben. Deze culturele dynamiek is niet van bovenaf te sturen, zoals ook de maag-darm-lever oncologisch internist vertelt:

'In feite ben je met z'n allen verantwoordelijk voor de cultuur. Je kan cultuur er niet bovenop leggen, dat moet van onder gedragen worden. Daar heeft iedereen zijn steentje in bij te dragen.'

De relaties die artsen met elkaar hebben zijn dynamisch, ze kunnen nieuwe verbindingen met elkaar aan gaan of relaties verbreken. De overbruggingsmechanismen spelen hier in rol in, maar binnen de verbindingen van artsen, zoals het multidisciplinair overleg, blijven relaties, maar ook grenzen, bestendig. Het zijn de artsen zelf die de cultuur in het team maken en keuzes maken omtrent multidisciplinaire samenwerking. Zo zegt de neurochirurg over multidisciplinaire samenwerking:

'Ik kan me herinneren dat er een conflict was, iets met vergaderingen, en toen stond ik buiten met iemand van anesthesie, 'ja wat een gezeik toch he, hier wil je nog een peuk? Zullen wij het nou eens even gaan oplossen?' Toen zijn we een kwartiertje gaan zitten in de tuin, en hebben we een oplossing voor het probleem opgeschreven. Nou dat hebben we gedaan, namens ons tweeën, probleem opgelost. Gewoon buiten in de tuin, informeel. Het blijft nog steeds een broedplaats van mensen, zo'n ziekenhuis. Dat moet nooit vergeten worden. Dus geen protocollen en managersgroepen.'

6.9 KORTOM

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek aan bod gekomen. Doordat het UMC Utrecht heeft gekozen voor Strategie 3.0 en het bijbehorende speerpuntbeleid, zullen artsen binnen multidisciplinaire behandelteams met elkaar moeten samenwerken. In hoeverre artsen ook daadwerkelijk meer moeten samenwerken met andere artsen binnen het speerpunt, blijkt af te hangen van het ziektebeeld dat zij behandelen. Zo zijn er verschillende methoden om kanker te behandelen, waardoor *Personalized Cancer Care* vraagt om een multidisciplinaire benadering, terwijl bijvoorbeeld bij een psychotische stoornis binnen *Brain* vaak alleen psychiaters betrokken zijn.

Uit het literatuuronderzoek is gebleken dat er grenzen tussen artsen bestaan, die multidisciplinaire samenwerking belemmeren. Het blijkt dat ook tussen de artsen in het UMC Utrecht deze grenzen aanwezig zijn. Artsen verschillen in de manieren waarop zij beslissingen voor behandelmethoden beargumenteren, er blijken hiërarchische grenzen te bestaan en artsen blijken, doordat zij verschillende artsen zijn, anders tegen problemen aan te kijken. Om deze grenzen te overbruggen kunnen verscheidene overbruggingsmechanismen ingezet worden. In het UMC Utrecht worden fysieke middelen, tekstuele middelen, systemische middelen en financiële middelen ingezet om artsen te sturen naar meer samenwerking. Naast deze *objects* kunnen ook mensen artsen stimuleren om samen te werken. Deze overbruggingsmechanismen komen allemaal samen in het multidisciplinair overleg: een knooppunt waarbinnen door verschillende artsen samengewerkt wordt.

Er worden dus door het UMC Utrecht verscheidene overbruggingsmechanismen ingezet, maar het blijkt dat deze mechanismen maar een beperkte invloed hebben op het handelen van artsen. Doordat er bijvoorbeeld op dit moment onduidelijkheid heerst rondom de financiële middelen, levert dit spanningen op. Tijdens de observaties van de multidisciplinaire overleggen is daarnaast naar voren gekomen dat grenzen binnen het overleg, ondanks het feit dat het multidisciplinair overleg een overbruggingsmechanisme op zichzelf is, bestendig blijven. De culturele dynamiek binnen het overleg is sterk, de rollen van artsen in het overleg liggen vast. Wanneer interprofessionele grenzen overbrugd moeten worden, zullen artsen vooral zelf verbindingen moeten aanleggen en interacties tot stand moeten brengen.

7. CONCLUSIE

In dit onderzoek is nagegaan welke mechanismen in het UMC Utrecht worden ingezet om artsen met elkaar te laten samenwerken. Vanuit een cultureel perspectief is beschreven hoe artsen van verschillende disciplines in het UMC Utrecht met elkaar samenwerken en zijn hier, vanuit de literatuur en de empirische data, verklaringen voor gezocht. Door eerst de algemene trends in de Nederlandse gezondheidszorg te beschrijven, is duidelijk gemaakt waarom het UMC Utrecht voor een nieuwe strategie gekozen heeft, Strategie 3.0. Deze strategie verlangt dat artsen en onderzoekers in het UMC Utrecht zich richten op een beperkt aantal ziektebeelden. De divisies waarbinnen de artsen gewend zijn te werken, blijven overeind, het speerpuntbeleid wordt als tweede structuur toegevoegd aan de organisatie. Veel verschillende specialisten komen daardoor samen rondom één bed te staan. Zij zullen hun behandelplannen goed moeten afstemmen op elkaar om zo zorg te dragen voor optimale patiëntenzorg. Dit vraagt om effectieve samenwerking, maar doordat artsen klassieke professionals zijn, handelen zij in eigen, afgeschermd domeinen. Tussen deze domeinen bestaan interprofessionele grenzen, die de samenwerking kunnen belemmeren.

Het UMC Utrecht probeert, door middel van Strategie 3.0, deze grenzen te overbruggen. Binnen deze strategie zijn allerlei overbruggingsmechanismen opgenomen. Het multidisciplinaire overleg kan worden beschouwd als het knooppunt van deze overbruggingsmechanismen en is daarmee zelf ook een overbruggingsmechanisme. Hier komen artsen bij elkaar, communiceren met elkaar, verbinden zich aan elkaar, maar kunnen ook meer afstand nemen tot elkaar. De overbruggingsmechanismen zijn hulpmiddelen die er voor zorgen dat de samenwerking effectief is. Het elektronisch patiëntendossier wordt geprojecteerd op een groot beeldscherm, waardoor alle aanwezigen kunnen meelezen. Er bestaan protocollen en richtlijnen die er voor zorgen dat het overleg gestroomlijnd is, de voorzitter laat het overleg niet verzanden in oeverloze discussies. Opvallend is daarom, dat binnen de geobserveerde overleggen interprofessionele grenzen zichtbaar zijn. De overbruggingsmechanismen die ingezet worden lijken dus weinig invloed te hebben op de dynamiek die binnen het multidisciplinaire team heerst. Sterker nog, sommige grenzen worden door de overbruggingsmechanismen bestendig. Doordat bijvoorbeeld het elektronisch patiëntendossier *Ezis* (nog) niet in het hele ziekenhuis is ingevoerd, ontstaan spanningen tussen de verschillende arts disciplines, die wellicht voor de invoering nog niet aanwezig waren. Deze spanningen verzwakken de relaties van artsen, waardoor interprofessionele grenzen zichtbaar worden. De huidige organisatiestructuur van het UMC Utrecht, een zogeheten matrixstructuur, lijkt grenzen te kunnen activeren. Op dit moment zijn er veel onduidelijkheden over deze structuur. Op papier zijn de speerpuntteams gelijk aan de divisieleiding, maar doordat veel middelen, zoals de budgetten en het personeel, in handen van de divisieleiding liggen, hebben de speerpuntteams een beperkte invloed. Dit brengt verwarring met zich mee, ook onder de artsen. Er kan dus gesteld worden dat het speerpuntenprogramma, met zijn multidisciplinaire overleggen, paradoxaal is. Het poogt samenwerking te bevorderen, maar het activeert tegelijkertijd sommige interprofessionele grenzen.

In dit laatste hoofdstuk zullen de deelvragen van dit onderzoek worden beantwoord. Deze deelvragen zijn opgedeeld in theoretische deelvragen en empirische deelvragen. De hoofdvraag van dit onderzoek was:

Via welke mechanismen worden interprofessionele grenzen binnen multidisciplinaire teams van het UMC Utrecht overbrugd en welke factoren beïnvloeden het overbruggingsproces?

Deze vraag zal na de deelvragen beantwoord worden, vervolgens zullen praktische aanbevelingen gegeven worden. Daarop volgen theoretische implicaties, waarbinnen suggesties voor verder onderzoek gedaan zal worden. Het hoofdstuk besluit met een discussie en reflectie.

7.1 BEANTWOORDING THEORETISCHE DEELVRAGEN

De eerste deelvraag die in dit onderzoek gesteld is, luidt:

1. WAT ZIJN INTERPROFESSIELE GRENZEN?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is eerst onderzocht wat klassieke professionals zijn, waarna vervolgens nagegaan kan worden wat interprofessionele grenzen tussen professionals inhoudt. Verschillende wetenschappers (Wilensky, 1964; Larson, 1977; Freidson 2001) hebben in de loop der jaren onderzoek gedaan naar klassiek professionalisme en zij noemen een aantal belangrijke kenmerken van deze professionals. Zo bezitten professionals exclusieve kennis en vaardigheden, waardoor niet iedereen het beroep uit kan oefenen. Professionals kunnen daardoor handelen in een autonoom gebied, waarbinnen ze zichzelf en hun collega's controleren. Hierdoor beschermen zij de inhoud van de professie. Het werk van professionals is specialistisch: het werk is verdeeld in kleinere taken, waardoor professionals veel exclusieve kennis bezitten van een klein gebied. Zo is de medische beroepsgroep opgedeeld in kleinere beroepsgroepen, die een eigen professioneel domein vormen.

Doordat professionals werkzaam zijn in een eigen professioneel domein, bestaan er grenzen rondom deze domeinen. Deze grenzen scheiden het werk en vormen met elkaar een onafhankelijk kennisgebied. Binnen deze grenzen ontstaan ruimtes waar een eigen culturele dynamiek heerst. Binnen deze ruimtes spreken professionals dezelfde 'taal', gebruiken zij dezelfde vaardigheden en bezitten zij hetzelfde beeld van de wereld. Er worden drie soorten grenzen onderscheiden, namelijk technische, sociale en cognitieve grenzen. Technische grenzen verwijzen naar de kennis en vaardigheden die de professional bezit om het werk te kunnen doen. Met sociale grenzen worden de verschillende manieren waarop mensen met elkaar kunnen communiceren en de relaties die zij aangaan bedoeld. Ten derde kunnen cognitieve grenzen worden onderscheiden, dit zijn grenzen die verwijzen naar het mentale frame waardoor mensen de wereld bekijken, mensen kijken op verschillende manieren tegen problemen aan.

De tweede deelvraag van dit onderzoek vraagt naar de problematiek van deze grenzen, namelijk:

2. WELKE ONTWIKKELINGEN MAKEN DEZE GRENZEN PROBLEMATISCH?

Er is geconstateerd dat er grenzen tussen professionals bestaan, waardoor professionals op verschillende manieren hun beroep uitoefenen, verschillende relaties aangaan en op verschillende manieren naar de wereld kijken. Deze grenzen kunnen in een organisatie problematisch zijn, wanneer er verlangd wordt van professionals dat zij samenwerken. Wanneer vanuit een cultureel perspectief naar samenwerking wordt gekeken, betekent dat, dat professionals vanuit een gezamenlijke cultuur met elkaar communiceren en relaties aangaan, waardoor effectief kan worden samengewerkt. Door samenwerking kunnen innovaties snel worden verspreid door de organisatie en leren professionals van elkaar.

Op dit moment zijn er ontwikkelingen in de gezondheidszorg gaande, waardoor samenwerking tussen artsen een vereiste wordt om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. Mensen leven langer, waardoor meer vraag is naar medische zorg. Daarnaast worden patiënten mondiger en veeleisender, ze verlangen alleen de best mogelijke zorg. Van het ziekenhuis wordt dus veel gevraagd, maar tegelijkertijd moet er bezuinigd worden. Dit betekent dat de gezondheidszorg zal moeten veranderen. Door toegankelijke gezondheidscentra in te richten waar ook preventieve zorg ingezet zal worden, zal de druk op de ziekenhuizen minder groot worden. Zij kunnen zich daardoor concentreren op hoogcomplexere zorg: gespecialiseerde zorg rondom een beperkt aantal ziektebeelden. Dit betekent dat in ziekenhuizen intern zal moeten worden afgestemd op welke ziektebeelden zij zich zullen focussen en op welke manier de organisatie zal moeten worden ingedeeld om zo optimaal mogelijke specialistische zorg te kunnen leveren. Artsen zullen meer in multidisciplinaire teams moeten gaan samenwerken rondom één bepaald ziektebeeld, waardoor aandoeninggericht gewerkt kan worden.

Door deze ontwikkelingen zullen artsen, vaak uit verschillende disciplines, met elkaar moeten samenwerken. Door samenwerking kan op een effectievere manier zorg geleverd worden, kunnen nieuwe ontwikkelingen sneller verspreid worden door de organisatie en kunnen professionals van elkaar leren. Grenzen blokkeert dit samenwerkingsproces echter. Door technische, sociale en cognitieve verschillen kan er geen gezamenlijke cultuur ontstaan, de grenzen tussen artsen zorgen ervoor dat zij in vaste rolpatronen blijven steken, waardoor niet optimaal kan worden samengewerkt. Om multidisciplinaire samenwerking te bevorderen zullen deze grenzen dus overbrugd moeten worden. Naar de mechanismen die dit overbruggingsproces in gang kunnen brengen, wordt in de derde deelvraag gevraagd:

3. VIA WELKE MECHANISMEN KUNNEN GRENZEN OVERBRUGD WORDEN?

Uit het onderzoek is gebleken dat er verschillende overbruggingsmechanismen ingezet kunnen worden om een overbruggingsproces tot stand te brengen. Deze overbruggingsmechanismen stimuleren multidisciplinaire samenwerking, doordat zij interacties tussen professionals verbeteren of versterken. Hierdoor gaan professionals nieuwe relaties met elkaar aan en kan er effectief worden samengewerkt. De middelen die deze samenwerking kunnen bevorderen zijn in verschillende categorieën op te delen. Ten eerste bestaan er verscheidene *boundary objects*, dit zijn concrete, en minder concrete middelen die ingezet kunnen worden om grenzen te overbruggen. Met concrete middelen worden tastbare overbruggingsmechanismen bedoeld, zoals protocollen over multidisciplinaire samenwerking en vergaderruimtes. Met abstracte middelen worden mechanismen bedoeld die niet tastbaar zijn, maar wel een *object* zijn om grenzen te overbruggen, zoals het organiseren van ontmoetingen waar professionals met elkaar communiceren en van elkaar kunnen leren, zoals trainingsprogramma's. Vaak komen deze *boundary objects* samen voor.

Naast deze middelen kunnen ook mensen worden ingezet om grenzen te overbruggen, dit wordt *brokering* genoemd. Dit kunnen mensen zijn die bemiddelen op de grensvlakken. Deze bemiddelaars, ook wel *boundary spanners* genoemd, proberen de verschillende professionals met elkaar te laten samenwerken, door bijvoorbeeld vertrouwen te creëren binnen een samenwerkingsverband. Daarnaast kan iemand ook een *boundary role* aannemen. Dit zijn voorhoedefiguren die door te laten zien dat samenwerking effectief is, hierdoor ook andere professionals aanzet tot samenwerking. *Brokering* kan door managers worden ingezet, maar ook andere medewerkers binnen een organisatie, zoals projectleiders, kunnen professionals aan elkaar verbinden en een voorbeeld zijn voor professionals. Daarnaast kunnen ook professionals zelf een *boundary role* aannemen. Andere professionals kunnen op die manier leren van hun collega en zijn manieren van handelen overnemen. Een vraag die hierbij aansluit is:

4. WELKE FACTOREN BEÏNVLOEDEN DE EFFECTIVITEIT VAN DEZE OVERBRUGGINGSMECHANISMEN?

Het blijkt dat de overbruggingsmechanismen in meer of mindere mate invloed kunnen hebben op het overbruggingsproces. In hoeverre de overbruggingsmechanismen effectief zijn, hangt af van een aantal elementen. Zo kan in de eerste plaats de invloed van de grenzen per professionalisme verschillen. De medische professie is een sterke professie, de domeinen waarin artsen werkzaam zijn, zijn stevig afgebakend. Artsen bezitten complexe kennis en exclusieve vaardigheden om het beroep uit te kunnen oefenen. Daarnaast ontwikkelt de medische wetenschap en technologie zich voortdurend, artsen moeten zich dus continu nieuwe kennis rondom hun vakgebied eigen maken. Doordat de verschillende medische beroepsgroepen daardoor erg gesloten zijn, zijn de grenzen stevig. Overbruggingsmechanismen kunnen daardoor minder invloedrijk zijn, dan wanneer overbrugging moet worden gerealiseerd bij minder sterke professies.

Een andere factor dat de effectiviteit van overbruggingsmechanismen kan beïnvloeden is de structuur van de organisatie zelf. Om veranderingen in de organisatie door te kunnen voeren moeten de professionals die daar werkzaam zijn open staan voor deze ontwikkelingen en innovaties en bereid zijn om te leren. De structuur van de organisatie heeft hier invloed op: volgens Mintzberg & Glouberman (2001) leidt een gestandaardiseerde

werkomgeving tot een starre organisatie, waar grenzen duidelijker naar voren komen dan wanneer er een gezamenlijke organisatiecultuur bestaat, waar onderlinge afstemming wordt versterkt. Overbruggingsmechanismen zullen in die organisatie effectiever zijn.

7.2 BEANTWOORDING EMPIRISCHE DEELVRAGEN

De eerste vraag die is gesteld naar aanleiding van de data die voor dit onderzoek is verzameld luidt:

5. ERVAREN PROFESSIONALS IN HET UMC UTRECHT INTERPROFFESIONELE GRENZEN EN ZO JA, OP WELKE WIJZE ERVAREN ZE DIT?

In de interviews die gehouden zijn met verschillende specialisten en managers van het UMC Utrecht is gevraagd naar de ervaringen met interprofessionele grenzen. De organisatiestructuur van het UMC Utrecht bestaat uit divisies, waarbinnen artsen van dezelfde discipline werkzaam zijn. Deze divisiestructuur blijkt erg krachtig te zijn: de divisies bezitten elk veel exclusieve, gespecialiseerde kennis en de professionals binnen de divisies hebben veel ruimte om hun beroep uit te oefenen. Volgens de artsen en managers zijn er in de loop der jaren stevige muren rondom deze divisies gebouwd, waardoor binnen de divisies een eigen cultuur heerst. Uit de interviews blijkt dat veel artsen deze divisiestructuur herkennen en ook ervaren dat communicatie en interactie tussen de verschillende groepen soms moeizaam kan verlopen.

Naast deze meer algemene uitingen over het ervaren van grenzen is ook gevraagd naar de ervaren technische, sociale en cognitieve grenzen binnen de relatie van een arts met andere artsen van andere disciplines. Ten eerste ervaren artsen technische grenzen. Dit blijkt vooral omdat artsen uit verschillende disciplines ook verschillende methoden voor behandeling hebben. Daarnaast beargumenteren artsen op verschillende manieren hun beslissingen rondom de behandeling, sommige artsen baseren zich op literatuur, andere artsen op eigen ervaring. Opvallend is dat meerdere artsen aangeven dat ze leren van deze verschillen. Met sociale grenzen tussen de verschillende disciplines zeggen artsen minder ervaring te hebben. Sociale verschillen blijken vooral af te hangen van de persoonlijkheid. Wel menen sommige artsen dat ervaring een rol speelt voor sociale status. Opvallend genoeg menen andere artsen dat er geen sprake is van hiërarchie: wanneer je een goed argument hebt, zal deze altijd in overweging worden genomen. Tot slot blijkt artsen cognitieve grenzen duidelijk te herkennen. Er bestaan volgens hen verschillende type mensen, die kiezen voor verschillende vakgebieden. De verschillen zitten vooral in 'denken' en 'doen'.

6. UITEN INTERPROFFESIONELE GRENZEN ZICH IN HET UMC UTRECHT EN ZO JA, OP WELKE WIJZE GEBEURT DIT?

Om te onderzoeken of interprofessionele grenzen zich uiten in het UMC Utrecht zijn zes verschillende multidisciplinaire overleggen geobserveerd. Hier uit blijkt dat alle drie de typen grenzen voorkomen. Daarnaast blijkt dat uit het stakeholderonderzoek van het UMC Utrecht dat de algemene uitingen van artsen en managers over de grenzen door de divisiestructuur ook door patiënten, studenten en andere betrokkenen merkbaar zijn.

Wanneer nu op microniveau gekeken wordt naar de interprofessionele grenzen, blijkt er een aantal zaken op te vallen. Zo blijkt de structuur van de zes multidisciplinaire overleggen veel op elkaar te lijken. Ook de rollen die de artsen innemen binnen het overleg zijn dezelfde: de oncologisch internist bij gynaecologie neemt in het overleg dezelfde positie in als de oncologisch internist van maag-darm-lever. De grenzen die zich voordoen binnen deze verschillende overleggen sluiten daarom op elkaar aan. De technische grenzen die door artsen ervaren worden, zijn zichtbaar in het multidisciplinaire overleg. De oncologisch internist hecht meer waarde aan de behandelingen die volgens de wetenschappelijke literatuur hun werking hebben aangetoond, terwijl chirurgen aangeven de behandeling te willen starten aangezien zij bij vorige patiënten hebben gezien dat de behandeling succesvol was. De sociale grenzen, die volgens de artsen in de interviews nauwelijks aanwezig zijn, blijken in het multidisciplinaire overleg duidelijk zichtbaar te zijn. Artsen nemen bepaalde 'statische' sociale rollen aan in het overleg. De relaties en interacties lijken vast te liggen, men weet wanneer men iets moet zeggen en wat men moet zeggen. Deze sociale rolstructuur komt ook tot uiting wanneer gekeken wordt naar de aanwezigheid van cognitieve grenzen. In veel overleggen is zichtbaar dat artsen uit de verschillende disciplines zichzelf ook zien als anders denkende artsen. Er komt een sterk 'wij-zijdenken' naar voren in de

multidisciplinaire overleggen. Dat dit opvallende conclusies zijn, zal vooral ook blijken wanneer de volgende deelvraag wordt beantwoord:

7. VIA WELKE MECHANISMEN WORDEN GRENZEN IN HET UMC UTRECHT OVERBRUGD?

Door de nieuwe strategie van het UMC Utrecht, waarmee het ziekenhuis een nieuwe koers vaart door aandoeninggericht te werken met een team van specialisten rondom een beperkt aantal ziektebeelden, zal er moeten worden samengewerkt en zullen de grenzen tussen artsen van verschillende disciplines overbrugd moeten worden. Overbruggingsmechanismen kunnen dit overbruggingsproces helpen en blijken ook in het UMC Utrecht te worden ingezet. Deze mechanismen zijn verdeeld in twee groepen, *boundary objects* en *brokering*, hierbinnen vindt een subcategorisering plaats. De concrete en abstracte middelen, *boundary objects*, zijn in het UMC Utrecht zichtbaar als fysieke middelen, zoals vergaderruimtes, tekstuele middelen, zoals protocollen, systemische middelen, zoals het elektronische patiëntendossier en financiële middelen. Daarnaast zijn ook mensen in het UMC Utrecht inzetbaar om grensoverbrugging te stimuleren. Dit zijn artsen, bijvoorbeeld in hun rol als voorzitter van een multidisciplinair overleg, maar ook managers die door middel van het verdelen van de middelen samenwerking kan bevorderen. De grenzen tussen wat de taken binnen de grensoverbrugging voor artsen en voor managers zijn blijken vaag te zijn: vaak hebben artsen ook managementtaken en zijn veel managers van oorsprong arts. Het knooppunt waar deze overbruggingsmechanismen samenkomen is het multidisciplinaire overleg.

Er blijken dus overbruggingsmechanismen in het UMC Utrecht aanwezig te zijn, maar dit betekent niet dat deze mechanismen ook daadwerkelijk grenzen overbruggen. Veel overbruggingsmechanismen, zoals het elektronisch patiëntendossier, is een erg nuttig hulpmiddel om te zorgen dat artsen dezelfde informatie ter beschikking hebben en daardoor als een collectief naar de patiënt toe kunnen treden. Toch blijkt, dat wanneer gekeken wordt naar het meest invloedrijke overbruggingsmechanisme, het multidisciplinaire overleg, de interprofessionele grenzen niet verdwenen zijn. Het blijkt dat door sommige overbruggingsmechanismen interprofessionele grenzen zelfs versterkt worden. Binnen de multidisciplinaire teams heerst een eigen culturele dynamiek met een vast sociaal rollenpatroon, waardoor het overbruggingsproces niet optimaal zijn werk kan doen.

8. WELKE FACTOREN SPELEN EEN ROL BINNEN DE GRENSOVERBRUGGING IN HET UMC UTRECHT?

In de beantwoording van de vorige deelvraag is geconstateerd dat er overbruggingsmechanismen aanwezig zijn in het UMC Utrecht, maar dat deze mechanismen een averechts effect hebben: interprofessionele grenzen zijn op microniveau nog steeds aanwezig en lijken zelfs in beperkte mate versterkt te worden door de overbruggingsmechanismen. Een aantal factoren zijn hierop van invloed.

In de eerste plaats houden artsen zelf een culturele dynamiek in het multidisciplinaire overleg in stand. Vanuit hun opleiding zijn zij gewend op een bepaalde manier te werken en raken zij gewend aan de sociale rol en interacties die daar bij passen. Doordat het multidisciplinaire overleg zo gestructureerd is, is er weinig ruimte voor een ander rolpatroon, de dynamiek in het multidisciplinair overleg is daarom statisch. Lerende artsen zijn aanwezig bij deze multidisciplinaire overleggen, waardoor zij dit rolpatroon overnemen in de toekomst. Een tweede element die er voor zorgt dat de grensoverbrugging in het UMC Utrecht beperkt is, is het feit dat de huidige matrixstructuur van het UMC Utrecht, de divisiestructuur met daar bovenop een speerpuntenprogramma, voor spanningen zorgt. Ook voor artsen zijn deze spanningen merkbaar, waardoor dit de samenwerking belemmert. Het speerpuntenbeleid, binnen Strategie 3.0, lijkt dus een paradoxaal effect te weeg te brengen. De overbruggingsmechanismen, met het multidisciplinair overleg in de hoofdrol, kunnen overbruggen, maar lijken ook de grenzen te kunnen versterken. De implementatie van de speerpuntenstructuur lijkt hier mede debet aan te zijn. Als innovatie stuit het zo op de grenzen die deze nieuwe structuur juist had moeten overbruggen.

7.3 BEANTWOORDING HOOFDVRAAG

De hoofdvraag van dit onderzoek:

Via welke mechanismen worden interprofessionele grenzen binnen multidisciplinaire teams van het UMC Utrecht overbrugd en welke factoren beïnvloeden het overbruggingsproces?

Is door middel van een literatuurstudie en een empirisch onderzoek beantwoord. Er blijken verschillende mechanismen in werking te zijn gesteld om interprofessionele grenzen tussen artsen van verschillende disciplines te overbruggen. Het multidisciplinair overleg, waarbinnen het multidisciplinaire team het beleid voor de patiënten maakt, blijkt het knooppunt van deze overbruggingsmechanismen te zijn. Het UMC Utrecht tracht door het implementeren van een nieuwe structuur in de organisatie, het speerpuntenprogramma, multidisciplinaire samenwerking te bevorderen, waardoor hoogcomplex, specialistische zorg rondom een beperkt aantal ziektebeelden gerealiseerd kan worden. Door het inzetten van overbruggingsmechanismen stuurt het UMC Utrecht op een dwingende manier op meer multidisciplinaire samenwerking tussen artsen. Deze overbruggingsmechanismen en de implementatie van de nieuwe structuur blijken echter een paradoxaal effect te weeg te brengen. Interprofessionele grenzen blijven bestendig door deze overbruggingsmechanismen en nieuwe structuur. Artsen houden vast aan hun eigen gewoonten, relaties, interactiepatronen en rolstructuren. De overbruggingsmechanismen hebben maar een beperkte invloed op deze patronen, waardoor deze patronen in stand gehouden worden.

Zoals in het onderzoek is uiteengezet, zijn de ontwikkelingen die nu in de gezondheidszorg spelen onafwendbaar, de strategische keuzes van het UMC Utrecht liggen zo al besloten in deze ontwikkelingen. Het UMC Utrecht heeft, net als andere ziekenhuizen in Nederland, te maken met mondigere burgers die optimale zorg eisen, een vergrijzende samenleving waarin steeds meer mensen een zorgvraag hebben en een continue ontwikkeling in de medische technologie en wetenschap, waardoor het onmogelijk is om als organisatie of professional alles bij te kunnen houden. Daarnaast heeft het UMC Utrecht een bezuinigingsopgave voor de aankomende jaren. Er zullen dus keuzes gemaakt moeten worden, waardoor de organisatie zich kan richten op een beperkt aantal gebieden, waar de beschikbare middelen als personeel en financiën naar toe kunnen gaan. Het speerpuntenbeleid is dus, wanneer naar deze ontwikkelingen gekeken wordt, een goede strategie om deze ontwikkelingen op te vangen en te implementeren in de organisatie.

Dat de overbruggingsmechanismen vanuit Strategie 3.0 op dit moment in de organisatie grensversterkingen creëren, kan veroorzaakt worden door een onzichtbare strijd die op dit moment gaande is door de organisatiestructuur. Het speerpuntenprogramma is over de oude divisiestructuur gelegd, de matrixstructuur die daar uit ontstaan is blijkt spanningen op te roepen. Deze spanningen lijken te ontstaan doordat er strijd is over de verdeling van verschillende organisatorische elementen, als financiën, capaciteit, technieken en personeel tussen de verschillende divisies en speerpunten. Ook conflicten rondom werkstromen, routines en besluitvorming kunnen voorkomen. Deze spanningen leiden er toe dat artsen hun eigen domein willen beschermen en daardoor 'vaster' in hun de sociale en cognitieve rol zitten die past bij hun eigen professionele domein.

Er kan naar aanleiding van deze conclusies een aantal aanbevelingen gedaan worden die de organisatie kan helpen bij het verminderen van spanningen en het bevorderen van multidisciplinaire samenwerking, terwijl de matrixstructuur staande blijft. Deze aanbevelingen kunnen wellicht ook andere organisaties in de gezondheidszorg helpen, die tegen dezelfde obstakels aanlopen als het UMC Utrecht.

7.4 PRAKTISCHE AANBEVELINGEN

Naar aanleiding van de resultaten die in dit onderzoek zijn gepresenteerd en de conclusies die op het theoretische en empirische onderzoek volgen, kunnen een aantal praktische aanbevelingen gedaan worden. Deze aanbevelingen zijn gericht op de professional, in dit geval artsen in het ziekenhuis, de leidinggevenden van deze professionals, de bestuurders van de organisatie waarin de professionals werkzaam zijn, de gezondheidszorg als branche en de opleiders van de toekomstige artsen.

DE PROFESSIONALS

Uit het onderzoek blijkt dat artsen een belangrijke rol spelen in de verspreiding van innovaties in de organisatie, het bestendigen van interprofessionele grenzen en het creëren van een culturele dynamiek tussen de artsen onderling. Dit betekent dat zij zelf ook een taak zullen moeten hebben in het overbruggingsproces, om multidisciplinaire samenwerking zo effectief mogelijk in te kunnen zetten in de organisatie. Als startpunt kan hier het multidisciplinair overleg voor worden genomen. Op dit moment blijkt dat iedereen een vaste rol in het overleg heeft, waardoor sociale en cognitieve rollen van artsen statisch blijven. De technisch voorzitter van het overleg zou een belangrijkere taak ten dienste van de multidisciplinaire samenwerking op zich kunnen nemen. Artsen zouden getraind kunnen worden in het voorzitterschap, waardoor zij als arts andere artsen kunnen stimuleren in multidisciplinaire samenwerking. De taken van de voorzitter zouden er dan uit kunnen bestaan dat zij er zorg voor dragen dat alle artsen aan het woord kunnen komen, dat er op een duidelijke manier gecommuniceerd wordt en dat zij artsen prikkelen om eens op een andere manier tegen situaties aan te kijken. Hierdoor wordt het multidisciplinair overleg effectief geleid en worden artsen gestimuleerd om nieuwe verbindingen aan te gaan.

Belangrijk is dat artsen zich bewust zijn van hun centrale positie in het overbruggingsproces en dat het slagen van een effectieve behandeling van een patiënt onder andere afhangt van de manier waarop zij zich opstellen tegenover multidisciplinaire samenwerking. Uit het onderzoek blijkt dat wanneer artsen zich positief uitlaten over multidisciplinaire samenwerking, zij andere artsen daarin mee kunnen nemen. Artsen kunnen op die manier als een voorhoedetype fungeren, meer nog dan dat op dit moment in het UMC Utrecht gebeurt.

DE LEIDINGGEVENDEN

Naast artsen nemen ook directe leidinggevenden of managers een belangrijke positie in het overbruggingsproces. De conflicten die worden gegenereerd door de nieuwe strategie, kunnen door leidinggevenden worden gemanaged, waardoor deze spanningen verminderd worden. Zij zullen er zorg voor moeten dragen dat de randvoorwaarden waarbinnen artsen multidisciplinair samenwerken optimaal zijn. Zo blijkt bijvoorbeeld dat het elektronisch patiëntendossier een erg effectief middel is als overbruggingsmechanisme, artsen bezitten door dit systemische middel dezelfde informatie die op eenzelfde wijze aan hen gepresenteerd wordt, waardoor er nauwelijks semantische verwarring kan ontstaan. Op dit moment blijkt echter dat niet alle afdelingen beschikken over hetzelfde systeem en is het systeem niet voor alle artsen in het hele ziekenhuis toegankelijk. Leidinggevenden kunnen er zorg voor dragen dat dit overbruggingsmechanisme als één systeem voor alle artsen in het hele ziekenhuis functioneert. Hierdoor kunnen artsen zich samen effectief richten op de behandeling van de patiënt en ontstaan er geen nieuwe interprofessionele grenzen door conflicten omtrent het disfunctioneren van dit soort middelen. Wanneer leidinggevenden alle overbruggingsmechanismen na lopen en deze middelen op zo'n manier inrichten dat er optimaal gebruik van kan worden gemaakt, zou dit het overbruggingsproces ten goede komen.

Een kenmerk van leidinggevenden in het ziekenhuis is dat zij vaak ook arts zijn en ook deels nog werkzaam zijn als arts of onderzoeker. Dit kan een voordeel zijn wanneer zij zich inzetten voor multidisciplinaire samenwerking tussen artsen. Zelf kunnen zij laten zien dat zij multidisciplinaire samenwerking belangrijk vinden en dit stimuleren, door bijvoorbeeld middagen te organiseren waar artsen en wetenschappers van

verschillende disciplines bij elkaar komen om over medische onderwerpen te discussiëren, zoals de *cross-talks* die de manager van neurowetenschappen organiseert. Ook kunnen de leiders van het speerpunt, die naast leidinggevende ook arts of onderzoeker zijn, bijdragen aan het overbruggingsproces door onder andere duidelijk te communiceren over de functie van het speerpunt en de manieren waarop een patiënt binnen het speerpunt effectief geholpen kan worden. Door ook zelf multidisciplinair samen te werken, kan dit een stimulerend effect hebben op andere artsen.

DE BESTUURDERS

Het invoeren van Strategie 3.0 met het speerpuntenbeleid is een stap geweest van de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht om de ontwikkelingen in de zorgsector voor te blijven en een nieuwe structuur te introduceren in het ziekenhuis, waarbinnen multidisciplinaire samenwerking verlangd wordt. Het implementeren van een nieuwe organisatiestructuur kost tijd, in het adviesrapport 'Het ziekenhuis voorbij' wordt dan ook gesproken van een incrementeel proces en een geleidelijke vooruitgang, al zijn de veranderingen wel fundamenteel (Amersfoort et. al, 2011, p. 25). Om iedereen in de organisatie mee te kunnen nemen in het veranderingsproces is het van belang dat de bestuurders van de organisatie de nieuwe strategie uitdragen. Wanneer artsen, maar ook leidinggevendenden beseffen dat de veranderingen die door de nieuwe strategie in de organisatie worden geïmplementeerd noodzakelijk zijn voor de organisatie om in de toekomst te kunnen voortbestaan, zullen zij wellicht sneller kiezen voor multidisciplinaire samenwerking. Ziekenhuisbestuurders in het adviesrapport noemen het belang van het uitdragen van de nieuwe strategie, zij maken veel tijd vrij om met artsen en managers te praten over de nieuwe strategie en de gezamenlijke visie die hier bij past (Amersfoort et. al, 2011).

Uit dit onderzoek blijkt dat er conflicten kunnen ontstaan over de verdeling van middelen, financiën en capaciteit, dat gegeneerd kan worden door het speerpuntenbeleid. Bestuurders kunnen leidinggevendenden en managers aansturen om deze conflicten te managen, maar zelf kunnen zij ook bepaalde middelen inzetten of verbeteren, waardoor multidisciplinaire samenwerking versterkt wordt. Zo kunnen zij door middel van het inzetten van financiële middelen, die in dit onderzoek als overbruggingsmechanisme zijn gedeut, sturen richting multidisciplinaire samenwerking. Wanneer zij artsen en onderzoekers financieel belonen op samenwerkingsprestaties, zoals het schrijven van een wetenschappelijk onderzoek waar verschillende disciplines bij betrokken zijn, is dat een gerichte *incentive* om multidisciplinair samen te werken. Ook kunnen bestuurders laten onderzoeken in hoeverre artsen betaald worden om aanwezig te zijn bij multidisciplinaire overleggen en deze financiële middelen beschikbaar te stellen wanneer blijkt dat er artsen zijn die wel bij een multidisciplinair overleg aanwezig horen te zijn, maar hier niet de financiële middelen voor krijgen.

DE BRANCHE

De gehele zorgsector is op dit moment in beweging, door onder andere de ontwikkelingen die in hoofdstuk twee zijn beschreven. De zorgsector moet bezuinigingen terwijl er steeds meer, vooral oudere, patiënten bij komen en er steeds minder zorgpersoneel voor handen is. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu hebben verscheidene rapporten uitgebracht waarin deze ontwikkelingen worden geschetst en waarin daarnaast advies wordt gegeven aan de gezondheidsbranche en de organisaties die zich in de zorgsector bevinden. Hier in pleiten zij onder andere voor laagdrempelige gezondheidscentra waar ook preventieve zorg wordt verleend, zodat ziekenhuizen zich kunnen richten hoogcomplexen en gespecialiseerde zorg. Het is hierbij belangrijk dat de gezondheidszorg als branche een netwerk creëert en onderhoudt met de verschillende zorginstellingen. Er zullen verbindingen moeten worden gelegd tussen ziekenhuizen onderling, maar ook tussen de eerste-, tweede- en derdelijnszorg zullen verbindingen moeten ontstaan of worden versterkt. Hierdoor kunnen patiënten efficiënt worden (door)verwezen naar een ziekenhuis of zorginstelling waar artsen gespecialiseerd zijn in het betreffende ziektebeeld. Ook kan door dit netwerk de expertise van gespecialiseerde artsen ingezet worden in andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld via een videoconferentie tijdens het multidisciplinair overleg. Door deel te nemen

aan een netwerk van verschillende zorginstellingen kunnen ziekenhuizen echt alleen die patiënten behandelen waar het ziekenhuis zich in heeft gespecialiseerd, waardoor effectief kan worden samengewerkt. Ziekenhuizen zullen zich daarom niet alleen intern richten op multidisciplinaire samenwerking, maar ook externe samenwerking zal steeds belangrijker worden.

DE OPLEIDERS

Ook de opleiders van de medische studies kunnen een rol spelen in het overbruggingsproces. Artsen zijn klassieke professionals, één van de kenmerken van een klassieke professie is dat het beschikt over een eigen opleiding. Aangezien het UMC Utrecht een universitair medisch centrum is, is het ziekenhuis verbonden met de universiteit en begeleiden veel artsen in het ziekenhuis lerende artsen, zoals arts-assistenten. Dit maakt dat het domein waarin de studenten worden opgeleid gesloten is: studenten krijgen colleges van wetenschappers die in een ziekenhuis werkzaam zijn en worden vervolgens begeleid door artsen en onderzoekers binnen een ziekenhuis. Wanneer artsen meer gestimuleerd worden tot multidisciplinaire samenwerking, zou het effectief kunnen zijn wanneer hier al in de opleiding mee wordt begonnen, door bijvoorbeeld studenten die opgeleid worden in verschillende specialisaties multidisciplinair te laten samenwerken. Daarnaast blijkt uit het empirische onderzoek dat artsen die de studenten begeleiden een belangrijke rol te spelen in het leerproces van de studenten. Deze artsen kunnen als voorbeeld gezien worden door de studenten. Wanneer deze artsen zich inzetten voor multidisciplinaire samenwerking en zelf ook multidisciplinair samenwerken, zouden studenten dit over kunnen nemen en zelf in de toekomst als arts ook op die manier kunnen gaan handelen.

Uit deze aanbevelingen blijkt dat niet vooral managers verantwoordelijk zijn voor het slagen van het overbruggingsproces, zoals in sommige wetenschappelijke onderzoeken wordt aangegeven (Ferlie et. al, 2005; Fitzgerald et. al, 2002), maar dat het overbruggen van grenzen een verantwoordelijkheid is van de hele organisatie, waaronder de artsen, managers en bestuurders. In het volgende hoofdstuk zullen theoretische implicaties worden gegeven en zullen vervolgens suggesties worden gedaan voor verder onderzoek.

7.5 THEORETISCHE IMPLICATIES

In hoofdstuk drie is het theoretische kader beschreven dat het model vormt voor het empirische onderzoek dat is uitgevoerd. In dit theoretisch kader is gekeken naar de manieren waarop samenwerking tot stand kan komen in een organisatie tussen verschillende professionals, als uitgangspunt is het multidisciplinaire team gekozen, waarbinnen professionals samenwerken. Vervolgens is ingegaan op de grenzen die zich tussen klassieke professionals bevinden. Sommige wetenschapper benaderen deze grenzen vooral vanuit de klassieke theorieën over professionalisme (Bucher en Straus, 1961; Abbott, 1995; Fournier, 2000). Andere wetenschappers bekijken deze interprofessionele grenzen uit een meer organisatorisch perspectief (Robinson en Cottrell, 2005; Fitzgerald et. al, 2002; Ferlie et. al, 2005). Zij laten zien wat het effect kan zijn van de interprofessionele grenzen op de organisatie. Er worden drie grenzen onderscheiden die problematisch kunnen zijn voor de organisatie, wanneer er verlangd wordt dat professionals samenwerken.

In dit onderzoek zijn deze technische, sociale en cognitieve grenzen zichtbaar geworden tussen professionals in het UMC Utrecht. Het bestaan van deze grenzen en ook de categorisering van deze grenzen kan door dit onderzoek bevestigd worden. Doordat in dit onderzoek vanuit een cultureel perspectief gekeken is naar deze grenzen, is de nadruk gelegd op de manieren waarop artsen met elkaar in interactie staan en met welke artsen zij interactie aangaan. Meer nog dan vanuit de invalshoek van de professionals zelf of het organisatorische perspectief wordt vanuit deze culturele benadering gekeken naar het handelen van professionals in een culturele dynamiek. Professionals dragen zelf zorg voor deze dynamiek: zij kiezen met wie zij verbindingen aangaan en welke relaties zij verbreken. Deze benadering legt verbindingen tussen het professionele perspectief en het organisatorische perspectief: professionals handelen in hun eigen autonome ruimte, waar een bepaalde culturele dynamiek heerst waar organisaties in meer of mindere mate invloed op kunnen hebben.

Naast interprofessionele grenzen worden vervolgens overbruggingsmechanismen behandeld. De wetenschappers die deze overbruggingsmechanismen bestuderen is een kleinere groep dan de wetenschappers die interprofessionele grenzen bestuderen. Ook zijn de onderzoeken rondom overbruggingsmechanismen jonger dan die over interprofessionele grenzen. Veel onderzoeken leggen de nadruk op de mechanismen die managers in kunnen zetten om overbruggingen te creëren (Wenger, 2000; Williams, 2002). Deze manager zou dan over empathisch vermogen moeten beschikken en bijvoorbeeld vertrouwen moeten kunnen wekken en openheid uitstralen (Williams, 2002). Uit dit onderzoek blijkt echter dat managers zelf weinig invloed hebben op het overbruggingsproces. De overbruggingsmechanismen die in kunnen worden gezet kunnen hulpmiddelen zijn bij dit overbruggingsproces maar het zijn de professionals die bepalen of deze mechanismen succesvol zijn, de empathische vermogens van managers hebben hier geen invloed op.

Verschillende wetenschappers gebruiken voor de categorisatie van de overbruggingsmechanismen een drietal paraplubegrippen, namelijk *boundary objects*, *brokering* en *interactions* (Wenger, 2000). Aangezien in dit onderzoek vanuit een cultureel perspectief naar het overbruggen van grenzen wordt gekeken hangt samenwerking samen met de interacties die plaatsvinden tussen artsen. Dat interacties daarom als overbruggingsmechanismen beschouwd worden is tautologisch: overbruggingsmechanismen worden ingezet om interacties te activeren of versterken. Als aanvulling op de huidige wetenschappelijke literatuur over *boundary objects* is in dit onderzoek ook een onderscheid gemaakt tussen concrete *boundary objects* en meer *abstractere boundary objects*. Uit het empirische onderzoek blijkt dat er nog een preciezer categorisering gemaakt kan worden, namelijk in fysieke middelen, tekstuele middelen, systemische middelen en financiële middelen.

In dit onderzoek is de hierboven genoemde literatuur getoetst aan de hand van een casus, namelijk de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen in het UMC Utrecht. De omvang van het onderzoek is beperkt,

om een breder beeld te krijgen van multidisciplinaire samenwerking tussen artsen, de interprofessionele grenzen die zich voordoen, de manieren waarop deze grenzen overbrugd kunnen worden en de factoren die dit overbruggingsproces beïnvloeden zal meer onderzoek nodig zijn. Er zullen hieronder suggesties gedaan worden voor verder onderzoek.

7.4.1 SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK

In dit gedeelte zullen een aantal suggesties worden gedaan voor verder onderzoek. Deze suggesties worden gedaan aan de hand van het theoretische en empirische onderzoek dat gedaan is.

LONGITUDINAAL ONDERZOEK NAAR OVERBRUGGINGSPROCESSEN

In multidisciplinaire overleggen komen artsen uit verschillende disciplines bij elkaar en wordt op de grensvlakken in meer of mindere mate multidisciplinair samengewerkt. Het blijkt dat in het UMC Utrecht de nieuwe strategie die is ingevoerd invloed heeft op de mate waarin wordt samengewerkt. Het speerpuntenprogramma is bovenop de divisiestructuur gelegd, waardoor een matrixstructuur is ontstaan. Deze structuur blijkt in het UMC Utrecht conflict te genereren, dat doorwerkt in het multidisciplinair overleg. Dit resulteert er in dat artsen zich terugtrekken naar hun eigen professionele domein en dit domein proberen te beschermen, waardoor grenzen geactiveerd worden. Het blijkt dus uit dit onderzoek dat de verschillende overbruggingsmechanismen niet het gewenste effect sorteren.

Onderzocht kan worden in hoeverre strategische keuzes overbruggingsprocessen kunnen beïnvloeden. Daarvoor zou een longitudinaal onderzoek gedaan moeten worden. Er kan een organisatie als *casestudy* worden uitgekozen waar een nieuwe strategie wordt ingezet om interprofessionele grenzen te overbruggen en om multidisciplinaire samenwerking te stimuleren. Zo zou eerst gekeken kunnen worden naar de situatie voordat de nieuwe strategie is geïmplementeerd, vervolgens zouden deze overbruggingsprocessen bestudeerd kunnen worden in de overgangperiode, waarna uiteindelijk onderzoek zou kunnen worden gedaan naar deze processen in de fase waarin de nieuwe strategie geïmplementeerd is in de hele organisatie. Interessant is, dat door deze vorm van onderzoek in kaart kan worden gebracht in hoeverre een strategische interventie van invloed kan zijn op de grensspelen en het overbruggingsproces. Op welke manier beïnvloedt de strategische interventie de organisatie in de overgangperiode en verandert dit wanneer de nieuwe strategie een langere periode in de organisatie bestaat?

Artsen spelen een erg belangrijke rol wanneer veranderingen moeten worden doorgevoerd in de organisatie. Doordat hun professionele domein gesloten is, is het lastig om innovaties te verspreiden. De volgende aanbeveling heeft betrekking op artsen als klassieke professionals.

ONDERZOEK NAAR DE HEDENDAAGSE KLASIEKE PROFESSIONAL

Uit het theoretische en empirische onderzoek blijkt dat artsen klassieke professionals zijn die in een eigen autonoom domein handelen. De medische professie beschikt over eigen beroepsverenigingen en heeft een eigen medische opleiding, waardoor zij een gesloten domein vormen. Tussen de verschillende domeinen van artsen bestaan interprofessionele grenzen. Het blijkt dat deze grenzen ook in het UMC Utrecht bestaan, uit de interviews en de observaties zijn drie soorten grenzen herkend, namelijk technische, sociale en cognitieve grenzen. Uit het onderzoek blijkt dat de artsen zichzelf binnen een bepaald domein zien, de artsen uit hetzelfde domein beschouwen zij als eigen, terwijl artsen uit het andere domein als 'de anderen' worden beschouwd. Door strijd in de organisatie trekken artsen zich nog verder terug in hun eigen domein en wordt de manifestatie van hun professionele kenmerken versterkt.

Om multidisciplinaire samenwerking mogelijk te maken tussen deze artsen, zullen zij over deze grenzen heen moeten stappen. Er zou dieper ingegaan kunnen worden op de kenmerken van de klassieke professional en de

beroepsopvattingen die deze professionals bezitten in relatie met de veranderingen die gaande zijn in de organisatie. Is het klassieke idee van professionalisme, waar professionals in autonome, gesloten domeinen werkzaam zijn, nog wel houdbaar, of is er een nieuwe kijk op het professionalisme nodig? Onderzocht kan worden in hoeverre multidisciplinaire samenwerking een professioneel kenmerk kan worden van de arts en op welke manieren dit gestimuleerd kan worden. Zou er, ten behoeve van de multidisciplinaire samenwerking, een heroriëntatie op de medische professe kunnen plaatsvinden, en is dit wenselijk? Hoe zou deze heroriëntatie er uit kunnen zien?

Ook zou onderzocht kunnen worden in hoeverre de medische opleiding een rol kan spelen in een mogelijke heroriëntatie van de medische professe. Er zou gekeken kunnen worden of elementen van multidisciplinaire samenwerking zijn opgenomen in de huidige curricula en of er competenties van de studenten worden gevraagd die gericht zijn op multidisciplinaire samenwerking. Vervolgens kan worden gekeken in hoeverre deze competenties invloed hebben op het latere multidisciplinaire handelen van artsen. Handelen artsen meer multidisciplinair wanneer er in de opleiding meer aandacht zal worden besteed aan multidisciplinaire samenwerking? En in hoeverre verandert dan ook de beroepsopvatting van artsen? Op welke manieren kan de opleiding multidisciplinaire samenwerking stimuleren?

ONDERZOEK NAAR BEÏNVLOEDINGSFACTOREN SAMENWERKING

Hierboven is genoemd dat wellicht de opleiding de mate waarin interprofessionele grenzen overbrugd kunnen worden en de mate waarin artsen multidisciplinair handelen kan beïnvloeden. Naast meer specifiek te kijken naar de opleidingsfactoren die de samenwerking kan beïnvloeden, kan ook in bredere zin gekeken worden naar verschillende factoren die in meer of mindere mate het overbruggingsproces kunnen beïnvloeden. Factoren die van invloed kunnen zijn op dit proces kan de organisatie zijn waarin de arts handelt, de omgeving en context waarin de organisatie zich bevindt en de professionele kenmerken van de arts zelf. Vervolgens kan gekeken worden of er bepaalde verbindingen tussen deze factoren kunnen bestaan. Bestudeerd kan worden in welke organisatie relatief veel multidisciplinair wordt samengewerkt, waarna vervolgens onderzocht kan worden welke factoren hier op van invloed zijn: is de omgeving zo ingesteld dat het multidisciplinaire samenwerking stimuleert, of oriënteren de professionals die er werkzaam zijn meer op multidisciplinaire samenwerking?

Zo is het opvallend dat in dit onderzoek de afdeling Psychiatrie geen multidisciplinaire overleggen houdt met artsen uit andere disciplines. Wanneer zij met andere artsen willen overleggen, telefoneren ze of vragen zij de betreffende de arts in consult. De psychiaters in de interviews geven zelf aan dat dit komt aangezien de ziektebeelden die zij behandelen zich niet lenen voor multidisciplinaire samenwerking, maar het kan zijn dat hier ook andere redenen voor zijn te vinden, zoals het feit dat meer nog dan bij andere professies de psychiatrie gescheiden is van de andere artsdomeneinen, door de grote verschillen in behandelmethoden. Waar alle andere artsen door middel van verschillende technieken aan kunnen tonen dat de patiënt ziek is, kunnen psychiaters dat niet.

Ten slotte zou er een breder onderzoek kunnen worden gedaan naar de rol en betekenis van specialisatie in de gezondheidszorg.

ONDERZOEK NAAR ROL VAN SPECIALISATIE

Het UMC Utrecht heeft zich door het inzetten van Strategie 3.0 gericht op de ontwikkelingen die nu spelen in de gezondheidszorg door via het speerpuntenbeleid hoogcomplexen, gespecialiseerde zorg aan te bieden rondom een beperkt aantal ziektebeelden. Ook de adviesraden van de gezondheidszorg wijzen er op dat in de toekomst specialisatie de enige manier is om als ziekenhuis te kunnen blijven voortbestaan. Toch zou er kunnen worden afgevraagd of dit inderdaad de juiste weg is voor ziekenhuizen om zich voor te bereiden op de toekomst. Er zou kunnen worden onderzocht wat de rol en de betekenis is van deze specialisatie binnen ziekenhuizen en de multidisciplinaire samenwerking die hier mee samenhangt. Wat betekent deze specialisatieontwikkeling voor multidisciplinaire samenwerking? En wat betekent een steeds verdergaande

specialisatietrend voor de multidisciplinaire samenwerking? Kan dan nog wel over multidisciplinaire samenwerking worden gesproken, aangezien artsen binnen één zorglijn steeds nauwere banden met elkaar hebben? Wellicht is een heroriëntatie op het begrip multidisciplinariteit dan op zijn plaats.

Tegenover de specialisatie staat generalisme, een begrip dat tegenwoordig vaak als een nieuwe visie genoemd wordt op de steeds verdergaande specialisatie in de gezondheidszorg. In het onderzoek van Plochg et. al (2011)¹³ wordt gepleit voor een andere benadering om als ziekenhuis om te kunnen gaan met de ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals het feit dat patiënten steeds vaker aan meerdere (chronische) ziekten tegelijkertijd lijden, multimorbiditeit genaamd. Door specialisatie zijn artsen gericht op één ziektebeeld. De expertise blijft volgens deze onderzoekers nog steeds valide, maar neemt in relevantie af door de veranderende behoeften en problemen van de samenleving. Aanbevolen wordt de balans te herstellen tussen specialisten en generalisten, door bijvoorbeeld generalistische ziekenhuisartsen aan te stellen, die als huisarts van het ziekenhuis beschouwd kan worden. De vraag is wat het effect is op multidisciplinaire samenwerking, wanneer een meer generalistische benadering in het ziekenhuis gehanteerd wordt. In het onderzoek kunnen dus verschillende scenario's geschetst worden rondom multidisciplinaire samenwerking. Eén scenario heeft dan betrekking op het ziekenhuis dat zich steeds verder specialiseert, het andere scenario kan dan betrekking hebben op het ziekenhuis dat zich laat leiden door meer generalistische ontwikkelingen.

¹³ Plochg, T., Klazinga, N., Schönstein, M., Starfield, B. (2011). *Reconfiguring health professions in times of multi-morbidity: eight recommendations for change. Chapter 4.* Parijs: OECD.

7.5 DISCUSSIE EN REFLECTIE

Zoals in de beantwoording van de hoofdvraag is uiteengezet blijkt de keuze van de organisatie voor Strategie 3.0 conflicten te generen, doordat de verdeling van middelen, financiën en capaciteiten strijd kan oproepen tussen de verschillende divisies en binnen de divisies, tussen de afdelingen. Deze conflicten zijn als zodanig niet ernstig, het zijn de multidisciplinaire teams binnen de speerpunten waar de organisatie zich op richt. De organisatie zal voor de multidisciplinaire teams binnen de speerpunten voldoende middelen (personeel en budget) ter beschikking stellen zodat de teams optimale zorg kunnen leveren. Het blijkt echter dat de spanningen die vanuit de divisies merkbaar zijn voor artsen, tot uiting komen in het multidisciplinaire team, doordat artsen zich in hun domein terugtrekken en dit domein willen beschermen. Hierdoor kunnen grenzen in het multidisciplinair overleg geactiveerd worden. Zoals in de conclusie is uiteengezet is echter het speerpuntenbeleid, rekening houdende met de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg, een goede strategie als ziekenhuis ook in de toekomst goede zorg te kunnen leveren.

De problemen die op dit moment in de organisatie spelen lijken dus onvermijdelijk te zijn. Het is echter de vraag of dit tijdelijke problemen zijn, of dat deze spanningen een vaste plek gaan vinden in het ziekenhuis. Zoals al eerder in het onderzoek is uiteengezet is het veranderen van strategie in een grote organisatie vaak een langzaam, incrementeel proces waarin zeer geleidelijk vooruitgang wordt geboekt. Dat de twee structuren een periode naast elkaar staan, kan daarom ook niet vermeden worden. Deze matrixstructuur kan gemanaged worden door onder andere zorg te dragen voor effectieve randvoorwaarden en ondersteunende middelen in te zetten, als het gemeenschappelijke elektronische patiëntendossier. Het UMC Utrecht kan er echter ook voor kiezen om de organisatie langzaam te veranderen in een structuur dat gericht is op aandoeninggericht samenwerken.¹⁴ De divisiestructuur zal dan worden losgelaten, het ziekenhuis kan zich zo richten op de zes speerpuntprogramma's waarin de organisatie per zorglijn is gestructureerd. Dit heeft gevolgen voor multidisciplinaire samenwerking, dat een centrale plek zal innemen in de organisatie. Het is denkbaar dat de spanningen die voorheen voorkwamen als gevolg van de divisie verminderen, doordat artsen zich niet meer kunnen verbinden aan hun divisie. Wel is het zo dat artsen klassieke professionals zijn, die zich tot een bepaald professioneel domein rekenen. Ondanks de verdwijning van de divisiestructuur kunnen door een sterke manifestatie van professionele kenmerken toch professionele domeinen ontstaan. Ook in dat geval zal er een overbruggingsproces ingezet moeten worden.

Wanneer nu meer ingezoomd wordt op de multidisciplinaire overleggen zelf, kan worden gekeken naar het doel van deze overleggen. Het primaire doel van het multidisciplinair overleg is het afstemmen van behandelplannen van patiënten tussen artsen, artsen zijn dan ook dienstbaar aan dit doel. Het blijkt echter dat het multidisciplinair overleg ook een minder bewust doel heeft, namelijk het onderhouden van relaties tussen artsen en het leggen van verbindingen. Communicatie en interacties tijdens deze overleggen zorgen voor gedeelde betekenissen en repertoires. De relaties die binnen deze multidisciplinaire overleggen ontstaan zijn van invloed op de hele organisatie: daardoor kunnen innovaties hun weg vinden. Wanneer er interprofessionele grenzen bestaan in het multidisciplinair overleg hoeft dit niet te betekenen dat de behandelplannen van patiënten niet goed meer afgestemd worden tussen de artsen en dat patiënten daardoor slechte zorg ontvangen, maar dat er weinig nieuwe verbindingen gemaakt worden. Dit kan van invloed zijn op de organisatie als geheel. Innovaties waar verschillende medewerkers bij betrokken zijn, vinden zonder deze verbindingen geen doorgang in de organisatie. De verbindingen die artsen in het multidisciplinaire overleg kunnen maken zijn daarom erg waardevol: zij worden daardoor niet alleen zelf meer ontvankelijk voor innovaties en veranderingen die in de organisatie spelen, maar ook anderen in de organisatie kunnen van deze

¹⁴ Deze visie wordt onder andere door hoogleraar Radiotherapie Marco van Vulpen van het UMC Utrecht in zijn oratie van 19 juni 2012 uitgesproken. Volgens hem is de indeling in specialismen achterhaald, de route van de patiënt moet centraal staan. Iedere route bestaat uit diverse teams van artsen uit diverse disciplines die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de zorg voor een bepaalde patiënt (uit: www.zorgvisie.nl, geraadpleegd op 22 juni 2012).

verbindingen profiteren, zoals artsen die niet deelnemen aan het multidisciplinair team maar bijvoorbeeld binnen de divisie in contact staan met artsen die wel lid zijn van het multidisciplinaire team.

7.6 KORTOM

Het ziekenhuis is een broedplaats van mensen, waarbinnen zij uiteenlopende taken hebben in de organisatie, verschillende ervaringen bezitten, andere visies delen en verschillende beelden over het ziekenhuis hebben. Toch delen al deze mensen ook iets, namelijk dat zij allen werken in een organisatie waar één belang voorop staat en dat is zo optimaal mogelijke zorg leveren aan de patiënt. De patiënt verbindt al die verschillende mensen met elkaar en is de spil waar de organisatie om draait: een spin in het web. Dat multidisciplinair samenwerken steeds belangrijker wordt en een onmisbaar element lijkt te zijn in de gezondheidszorg is een gevolg van de veranderende patiënt en veranderende behoeftes van de patiënt. Complexere ziektes vragen om complexere zorg, een arts kan niet meer alleen, of met zijn collega-specialist, een patiënt behandelen zonder de hulp van andere artsen die ook gespecialiseerd zijn in het betreffende ziektebeeld. Wetenschap en technologie maken een snelle groei door, er worden steeds meer behandelingen en technieken ontwikkeld die ingezet kunnen worden in de behandeling van een patiënt. Door die snelle groei is het onmogelijk voor artsen om alles bij te houden: zij moeten het werk verdelen, maar tegelijkertijd een sterk team vormen waar al deze behandelingsmethoden en technieken bij elkaar komen. Het multidisciplinaire team is als een spinnenweb, vele fijne draadjes van verbindingen vormen samen een stevig vangnet waarin de patiënt optimale zorg kan verwachten.

8. LITERATUURLIJST

- Abbott, A. (1995). Things of Boundaries. In: *Social Research*, 62(4), 857-852.
- Ackroyd, S., Kirkpatrick, I., Walker, R.M. (2007). Public management reform in the UK and its consequences for professional organization: a comparative analysis. In: *Public Administration*, 85(1), 9-26.
- Adler, P.S., Kwon, S.W., Walker, R.M. (2008). Perspective - Professional Work: The Emergence of Collaborative Community. In: *Organization Science*, 19(2), 359-376.
- Amersfoort, van, M., Rijk, van, L., Prins, S., Stegwee, R. (2011). *Het ziekenhuis voorbij?! Ziekenhuisbestuurders aan het woord*. Capgemini Consulting.
- Baarda, D.B en Goede, de P.M (1992). *Methoden en technieken*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Bucher, R. & Strauss (1961). Professionals in Process. In: *The American Journal of Sociology*, 66 (4), 325-334.
- Carlile, P.R. (2002). A pragmatic view of knowledge and boundaries: boundary objects in new product development. In: *Organization Science*, 13(4), 442-455.
- DiPalma, C. (2004). Power at Work: Navigating Hierarchies, Teamwork and Webs. In: *Journal of Medical Humanities*, 25 (4), 291-308.
- Fay, D., Borrill, C., Amir, Z., Haward, R. (2006). Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. In: *The British Psychological Society*, 79, 553-567.
- Ferlie, E. Fitzgerald, L., Wood, M., Hawkins, C. (2005). The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. In: *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-34.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M., & Hawkins, C. (2002). Interlocking Interactions, the Diffusion of Innovations in Health Care. In: *Human Relations*, 55(12), 1429-1449.
- Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., Followfield, L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? In: *Lancet Oncol*, 7, 935-943.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity.
- Glouberman, S. M. en Mintzberg, H (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part II: Integration. In: *Health Care Management Review*, 26(1), 70-84.
- Kapral, O. (2011). Healthcare managers on interprofessional teams. In: *Journal of interprofessional care*, 25(1), 77-78.
- Kimble, C. G.-P. (2010). Innovation and knowledge sharing across professional boundaries: Political interplay between boundary objects and brokers. In: *International Journal of Information Management*, 30 (5), 437-445.
- Korteland, E., en Bekkers, V. (2008). The diffusion of electronic service delivery innovations in Dutch e-policing: The case of digital warning systems. In: *Public Management Review*, 10(1), 71-88.
- Larson, M.S. (1977). *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: University of California Press
- Lawson, H. (2004). The logic of collaboration in education and the human services. In: *Journal of Interprofessional care*, 18(3), 225-237.

- Lemieux-Charles, L. en McGuire, W. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. In: *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.
- Klijn, A. (2010). *Verlangen naar verbetering. 375 jaar academische geneeskunde in Utrecht*. Amsterdam: Boom.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Noordegraaf, M. (2007). From 'Pure' to 'Hybrid' Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. In: *Administration and Society*. 39(6), 761-785.
- Noordegraaf, Mirko (2008). *Management in het publieke domein*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Noordegraaf, M., en Van der Klauw D. (2011). *Professional boundary work: theorization of change and boundaries in multidisciplinary health care practices*. Paper gepresenteerd op EGOS, mei 2011, Gothenburg.
- Osborne, S. P., & Brown, K. (2005). *Managing Change and Innovation in Public Service Organizations*. London: Routledge.
- Øvretveit, John (1996). Five ways to describe a multidisciplinary team. In: *Journal of interprofessional care*, 10(2), 163 -171.
- Payne, Malcolm (2006). Identity politics in multiprofessional teams. In: *Journal of Social Work*. 6(2), 137-150.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010a). *Gezondheid 2.0*. Breda: Broese en Peereboom.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010b). *Perspectief op gezondheid 20/20*. Breda: Broese en Peereboom.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011). *Ziekenhuislandschap 20/20. Droomland of Niemandland?* Breda: Broese en Peereboom.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011a). *Medisch-specialistische zorg in 20/20. Dichtbij en ver weg*. Breda: Broese en Peereboom.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010). *Van Gezond naar Beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Robinson, M., Cottrel, D. (2005). Health professionals in multi-disciplinary and multi-agency teams: Changing professional practice. In: *Journal of Interprofessional Care*, 19(6), 547-560.
- Rye-Beecken, C., Kimberly, J. (2007). The adoption of innovations by provider organizations in health care. In: *Medical Care Research and Review*. 64(3), 235-278.
- Siebers, Hans, Verweel, Paul en Ruijter, de Arie (2002). *Management van diversiteit in arbeidsorganisaties*. Utrecht: Uitgeverij Lemma B.V.
- Thiel, van S. (2010). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Wenger, E. (2000). Communities of Practice and Social Learning Systems. In: *Organization*, 7(2), 225-246.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2006). *De verzorgingsstaat herwogen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Wilensky, H. (1964). *The Professionalization of Everyone?* Chicago: Chicago University Press.

Williams, P. (2002). The Competent Boundary Spanner. In: *Public Administration*, 80(1) , 103-124.

BIJLAGE I: OPERATIONALISATIE

Multidisciplinaire samenwerking		
	Mate van samenwerking	Weinig samenwerking
		Intensieve samenwerking
	Lidmaatschap	Interdisciplinaire samenwerking
		Multidisciplinaire samenwerking
	Gebruik van middelen	Eigen professionele middelen
		Collectieve middelen
	Management	Afzonderlijk geleid/gemanaged
		Als groep geleid/gemanaged
	Behandelpad patiënt	Parallel (per professie)
		Gekruist
Grenzen		
	Technische grenzen	Methoden
		Vaardigheden
		Richtlijnen
	Cognitieve grenzen	Kennis (wetenschap)
		Waarden & Normen
		Wereldbeeld
	Sociaal-culturele grenzen	Interactie
		Loyaliteit
		Professionele verbanden
Overbruggingsmechanismen		
	Directe mechanismen	Kennis
		Geld
		Interactie/communicatie
	Indirecte mechanismen	Socialisatie
		Regulering
		Macht

A. Introductie

**Opleiding Publiek Management*

**Stage beleidsstaf Bart ter Horst (naam via Sandra van Weelden onderzoeksbureau)*

**2 speerpuntprogramma's: Brain en Personalized Cancer Care*

**Kwalitatief onderzoek*

**Verzekeren anonimiteit*

B. Algemeen

1. Wat is uw leeftijd?

- M/V

2. Wat is uw achtergrond? Opleiding/arbeidsverleden

3. Wat is uw functie?

- Wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden? / Kunt u vertellen hoe een gemiddelde werkdag eruit ziet?

- Kunt u iets vertellen over het behandelpad dat een patiënt moet afleggen?

C. Multidisciplinaire samenwerking

4. Wat verstaat u onder multidisciplinaire samenwerking?

5. Wat betekent samenwerking voor u?

6. In wat voor team(s) bent u actief?

- Waarom wel/niet actief in multidisciplinair team?

**Lidmaatschap: met wie?*

- Hoe werken jullie binnen dat team?

** Bestaan er standaarden/protocollen om samenwerking te bevorderen?*

- Hoe verloopt de samenwerking?

**Mate van samenwerking*

**Gebruik van middelen: bestaan er buiten de overleggen andere middelen voor samenwerking?*

**Leiding in team: Hoe worden beslissingen in de groep gemaakt?*

- Hoe kan de cultuur/gewoonten in het team omschreven worden?

**Vertrouwen*

**Wederzijds respect*

- Hoe houden jullie beslissingen etc. van elkaar bij?

7. Hoe vindt u de samenwerking zelf gaan?

8. Zijn de patiënten/ziektebeelden/behandelmethodes veranderd? In hoeverre beïnvloedt dat de samenwerking?

9. Hoe is de samenwerking veranderd ten opzichte van het verleden?

D. Obstakel/grenzen

10. Ervaart u problemen tussen artsen van verschillende disciplines in multidisciplinaire teams?
11. Hoe uiten deze grenzen zich?
 - **Technische grenzen* (hanteert men bijv. verschillende technieken, heeft men verschillende vaardigheden, houdt men zich aan verschillende richtlijnen?)
 - **Cognitieve grenzen* (Wordt er op dezelfde manier tegen zaken aangekeken? Andere waarden en normen? Wordt er anders omgegaan met wetenschappelijke kennis etc?)
 - **Sociale grenzen* (Hoe is de interactie met elkaar, loyaliteit hetzelfde begrip, hoe zijn de verhoudingen onderling?)
12. Beschouwt u deze grenzen als problematisch/ denkt u dat het nodig is deze grenzen te overbruggen?

E. Overbruggingsmechanismen

13. Ervaart u dat men op bepaalde manieren bezig is met grenzen overbruggen?
 - **Binnen het team*
 - **Buiten het team (bv. management)*
14. Ervaart u dat er activiteiten worden georganiseerd die grenzen proberen te overbruggen? (*Wordt er geld, tijd etc uitgegeven om hier iets aan te doen? Wordt erover gecommuniceerd? Worden er bijeenkomsten georganiseerd?*)
15. Door wie worden deze activiteiten georganiseerd? (*managerial, professioneel, instrumenteel*)
16. Heeft u zelf ook ideeën hoe deze grenzen overbrugd zouden kunnen worden?

F. Strategie 3.0

- * Op welke manieren komt u Strategie 3.0 tegen in uw dagelijkse werkzaamheden?
- * Hoe kijkt u tegen Strategie 3.0 aan?
- * Beïnvloed Strategie 3.0 het samenwerkingsproces?

G. Afsluiting

- *Bedanken
- *Vragen/opmerkingen
- *Informereren naar observatiemogelijkheden

A. Introductie

**Opleiding Publiek Management*

**Stage beleidsstaf Bart ter Horst (naam via Sandra van Weelden onderzoeksbureau)*

**2 speerpuntprogramma's: Brain en Personalized Cancer Care*

**Kwalitatief onderzoek*

**Verzekeren anonimiteit*

B. Algemeen

17. Wat is uw leeftijd?

- M/V

18. Wat is uw achtergrond? Opleiding/arbeidsverleden

19. Wat is uw functie?

- Wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden? / Kunt u vertellen hoe een gemiddelde werkdag eruit ziet?
- Met welke artsen heeft u in de dagelijkse praktijk te maken?

C. Multidisciplinaire samenwerking

20. Wat verstaat u onder multidisciplinaire samenwerking?

21. Wat betekent samenwerking voor u?

22. Welke rol speelt samenwerking op uw afdeling?

- Wat is de mate van deze samenwerking?
- In welke vormen uit deze samenwerking zich?
- Bestaan er standaarden/protocollen om de samenwerking te bevorderen?

23. Welke rol speelt u als manager met betrekking tot samenwerking?

- Moet de samenwerking op uw afdeling bevorderd worden?
- Wat is uw taak daarin?

24. Wat vindt u van de multidisciplinaire samenwerking op uw afdeling?

D. Obstakel/grenzen

25. Ervaart u problemen tussen artsen van verschillende disciplines in multidisciplinaire teams?

26. Hoe uiten deze grenzen zich?

**Technische grenzen* (hanteert men bijv. verschillende technieken, heeft men verschillende vaardigheden, houdt men zich aan verschillende richtlijnen?)

**Cognitieve grenzen* (Wordt er op dezelfde manier tegen zaken aangekeken? Andere waarden en normen? Wordt er anders omgegaan met wetenschappelijke kennis etc?)

**Sociale grenzen* (Hoe is de interactie met elkaar, loyaliteit hetzelfde begrip, hoe zijn de verhoudingen onderling?)

27. Beschouwt u deze grenzen als problematisch/ denkt u dat het nodig is deze grenzen te overbruggen?

E. Overbruggingsmechanismen

28. Ervaart u dat men op bepaalde manieren bezig is met grenzen overbruggen?

**Binnen het team*

**Buiten het team (bv. management)*

29. Ervaart u dat er activiteiten worden georganiseerd die grenzen proberen te overbruggen? (*Wordt er geld, tijd etc uitgegeven om hier iets aan te doen? Wordt erover gecommuniceerd? Worden er bijeenkomsten georganiseerd?*)

30. Door wie worden deze activiteiten georganiseerd? (*managerial, professioneel, instrumenteel*)

31. Heeft u zelf ook ideeën hoe deze grenzen overbrugd zouden kunnen worden?

F. Strategie 3.0

* Op welke manieren komt u Strategie 3.0 tegen in uw dagelijkse werkzaamheden?

* Hoe kijkt u tegen Strategie 3.0 aan?

* Beïnvloed Strategie 3.0 het samenwerkingsproces?

Afsluiting

*Bedanken

*Vragen/opmerkingen

A. Introductie

**Opleiding Publiek Management*

**Stage beleidsstaf Bart ter Horst*

**2 speerpuntprogramma's: Brain en Personalized Cancer Care*

**Kwalitatief onderzoek*

**Verzekeren anonimiteit*

B. Multidisciplinaire samenwerking

- Waarom is multidisciplinaire samenwerking belangrijk volgens u?
- Waar bestaat deze samenwerking uit?
- Hoe kunnen artsen bijdragen aan de samenwerking?

C. Strategie 3.0

- Draagt Strategie 3.0 bij aan multidisciplinaire samenwerking?
 - Op welke manier?

D. Grenzen en overbruggingsmechanismen

- Zijn er obstakels die samenwerking in het UMC in de weg staan?
 - Welke obstakels zijn dit?
 - Waardoor worden deze obstakels veroorzaakt?
- Welke problemen ontstaan er door deze obstakels?

- Hoe kunnen deze problemen opgelost worden?
 - Wie moeten deze problemen oplossen?
 - Welke mechanismen/middelen kunnen hiervoor ingezet worden?

Afsluiting

*Bedanken

*Vragen/opmerkingen

1. Exogene factoren

- Veranderende patiënt
 - Veranderende rol patiënt
- Complexiteit zorg
 - Specialisatie
 - Zorg
 - Wetenschap
 - Generalisme

2. Endogene factoren

- UMC Utrecht
 - Verbinding divisie
 - Strategie 3.0
 - Speerpuntenbeleid
 - Ervaringen speerpuntenbeleid

3. Multidisciplinaire samenwerking

- Samenwerking algemeen
- Voordelen multidisciplinaire samenwerking
- Multidisciplinair team
 - Multidisciplinair overleg
 - Frequentie
 - Lidmaatschap
 - Besluitvorming
 - Leiding
 - Rollen in het team
 - Gebruik middelen
 - Cultuur
 - Samenwerking buiten overleg
 - Regionale samenwerkingsverbanden

4. Interprofessionele grenzen

- Ervaren van grenzen
 - Technische grenzen
 - Cognitieve grenzen
 - Sociale grenzen
 - Hiërarchie
- Problemen door grenzen
- Voordelen grenzen

5. Overbruggingsmechanismen

- Interactie
 - Het multidisciplinair overleg
 - Activiteiten
- Sturing
 - Voorhoedetypes
 - Invloed management
 - Gebruik middelen
 - Budget