

De Verbindende Schakel

Een interpretatief onderzoek naar de betekenisgeving van revalidatieartsen en andere betrokken actoren aan de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen



Departement Bestuurs- en Organisationswetenschap
Afstudeeronderzoek Master Organisaties, Verandering en Management

Emma Heesbeen (3805824)

Eerste lezer: K. M. Loyens

Tweede lezer: M. F. T. Dortants

Begeleiders Revalidatie Nederland: M. Leenders en K. van Londen

Utrecht, Januari 2017

Voorwoord

“De zorg moet anders”, “De zorgsector is aan het veranderen” en “De Nederlandse gezondheidszorg maakt grote ontwikkelingen door”. Sla een willekeurige onderzoek over de zorgsector open en je zal lezen over *verandering*. Het is duidelijk dat de zorg momenteel een dynamische periode doormaakt. De ultieme onderzoekscontext voor een afstudeeronderzoek van de master Organisaties, Verandering en Management, zo leek mij.

Dat die zorg aan het veranderen is, daar lijkt iedereen het over eens te zijn. Maar om wat voor veranderingen gaat het dan en wat houden deze precies in voor de mensen op de werkvloer? Hoe ervaren zij deze veranderingen? Heeft dit gevolgen voor hun rolopvattingen en de betekenis die zij geven aan hun werk als medisch professional? Deze vragen wekten mijn interesse op.

Bij Revalidatie Nederland, de branchevereniging van de Nederlandse revalidatiecentra, werd mij een platform geboden om mijn interesses om te zetten in onderzoek. Gedurende het afgelopen jaar ben ik hier bezig geweest met het onderzoeken van de betekenisgeving van revalidatieartsen en andere betrokkenen aan de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen. Het is een leuk, maar geen gemakkelijk jaar geweest. Ik heb veel geleerd op het gebied van de Nederlandse gezondheidszorg, de sector waar al zo lang mijn hart ligt, maar ook op het gebied van zelfkennis. Er zijn een aantal mensen die ik graag wil bedanken voor hun hulp het afgelopen jaar.

Ten eerste bedank ik mijn begeleider vanuit de Universiteit Utrecht, Kim Loyens, voor haar geduld, haar bemoedigende woorden maar bovenal haar vliegensvlugge feedback. Haar scherpe en kritische blik hebben mij geholpen dit onderzoek te maken tot wat het is geworden.

Ook wil ik mijn begeleiders vanuit Revalidatie Nederland, Michel Leenders en Karin van Londen, bedanken, net als de andere collega's bij RN. Door hen ben ik gastvrij verwelkomd, waarbij ik alle vrijheid kreeg om mijn onderzoek in te vullen op mijn manier en deel te nemen aan het leven binnen hun organisatie. Ook al heb ik mijn onderzoek nu afgerond, ik ben blij dat ik nog wat langer in jullie midden mag blijven.

Tot slot bedank ik al mijn respondenten voor hun bereidheid om mee te werken aan dit onderzoek. Ik heb er flink wat kilometers voor afgelegd, maar na elk interview realiseerde ik me weer hoezeer het dat waard was. De leerzame gesprekken en mooie verhalen hebben voor mij keer op keer bevestigd wat een complexe, maar vooral mooie en unieke sector de gezondheidszorg is. Eén ding weet ik dan ook zeker: dit afstudeeronderzoek is niet het laatste dat de Nederlandse zorgsector van mij zal horen!

Ik wens u veel plezier met het lezen van deze scriptie.

Emma Heesbeen

Utrecht, 13 januari 2017

Samenvatting

Dit is een onderzoek naar de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen. Deze is onderzocht middels de volgende onderzoeksvraag:

“Welke betekenis geven revalidatieartsen en andere betrokken actoren aan de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen?”

Het onderzoek heeft een *multiple embedded case study* ontwerp. Ik heb gebruik gemaakt van documentenanalyse, semi-gestructureerde interviews en observaties als data. Dit onderzoek diende een praktisch doel, namelijk het verschaffen van inzicht in de rol die de revalidatiesector in de zorgketen zou kunnen vervullen. Daarnaast heeft dit onderzoek een intellectueel doel, namelijk het bijdragen aan kennis over de processen van betekenisgeving van medisch professionals in een netwerk. Om de betekenisgeving beter te begrijpen, heb ik mijn hoofdvraag onderverdeeld in verschillende deelvragen:

1. *Hoe ziet de samenwerking in de CVA en dwarslaesie zorgketen eruit?*
2. *Welke verschillende rollen ziet men voor de revalidatieartsen in deze ketens weggelegd?*
3. *Welke knelpunten ervaart men bij het uitoefenen van die rollen?*
4. *Wat doen men eraan om deze knelpunten aan te pakken?*

De revalidatieartsen en andere betrokken actoren onderscheiden verschillende rollen voor de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen. Dit zijn de rol van toegangspoort, specialist en vangnet. We zien dat de revalidatieartsen betekenis geven aan hun rol in de zorgketens vanuit een medisch frame. Medisch handelen is voor hen het belangrijkste, met als doel ervoor te zorgen dat alle patiënten die baat hebben bij medisch specialistische revalidatie, deze zorg ook ontvangen. Ondanks hun interne motivatie om goede zorg te leveren, blijkt het dat de revalidatieartsen hier niet altijd in slagen. In de samenwerking met andere professionals in de zorgketen ervaren zij verschillende knelpunten. Via hun medisch frame biedt lukt het de revalidatieartsen niet om relevante betekenis te geven aan deze knelpunten. Hun medisch frame raakt dus verstoord en als reactie hierop verruimen de revalidatieartsen hun frame. Dit doen zij door zich niet alleen te richten op de medisch inhoudelijke processen die zich in de zorgketen afspelen, maar ook te kijken naar de organisationele kant van het werk. Hierdoor begrijpen zij de organisatorische context van de keten, waardoor zij in staat zijn drie verschillende niveaus te onderscheiden waarop knelpunten ontstaan in de keten. Dit zijn het systeemniveau, ketenniveau en niveau van het revalidatiecentrum. De revalidatieartsen proberen om te gaan met deze knelpunten door hun rol van medisch professional uit te breiden en ook verbindend professionalisme te vertonen. Hun doel is om meer verbinding tussen de verschillende ketenpartners te creëren, waardoor zij beter kunnen samenwerken. Zij geven gestalte aan die verbinding door *collaborative governance* activiteiten te ontplooiën, die de onderlinge samenwerking tussen de ketenpartners verbeteren.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
1.1 Probleembeschrijving	6
1.1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen	6
1.1.2 Zorgketens	7
1.1.3 De revalidatiesector in de zorgketen	8
1.2 Doelstellingen	9
1.3 Onderzoeksvraag	10
1.4 Leeswijzer	10
2. Theoretisch kader	12
2.1 De professional in een organisatie	12
2.1.1 De professional	13
2.1.2 De medisch professional	14
2.1.3 De relatie tussen professional en manager	15
2.1.4 Vervagende onderscheid tussen professionele en organisationele rollen	16
2.1.5 Herdefiniëring van de rol van professional	17
2.2 Netwerken	18
2.2.1 Zorgketens en netwerken	18
2.2.2 Doelen	19
2.2.3 Netwerk Governance	19
2.2.4 Collaborative Governance	20
2.3 Betekenisgeving	24
2.3.1 Het proces van betekenisgeving	25
2.3.2 Cognitieve dissonantie	26
2.4 Conclusie	26
3. Methodologie	27
3.1 Onderzoeksstrategie	27
3.2 Onderzoeksontwerp	28
3.3 Onderzoeksmethoden	30
3.3.1 Observaties	30
3.3.2 Documentenanalyse	31
3.3.3 Interviews en gesprekken	32
3.4 Analyse	32
3.5 Kwaliteitscriteria	33
3.4.1 Betrouwbaarheid	33
3.4.2 Validiteit	34
3.4.3 Bescherming respondenten	35
4. Bevindingen	36
4.1 De CVA en dwarslaesie zorgketen	36
4.1.1 CVA ketenzorg	37
4.1.2 dwarslaesie ketenzorg	38
4.2 De rol van 'Toegangspoort'	39
4.2.1 Betekenisgeving aan de rol van toegangspoort	39
4.2.2 Knelpunten	40
4.3 De rol van 'Specialist'	44
4.3.1 Betekenisgeving aan de rol van specialist	44
4.3.2 Knelpunten	46
4.4 De rol van 'Vangnet'	51
4.4.1 Betekenisgeving aan de rol van vangnet	51
4.4.2 Knelpunten	52

5. Discussie	56
5.1 Het medisch frame van de revalidatiearts	56
5.1.1 Het medisch frame	56
5.1.2 Uitbreiding van het medisch frame	57
5.2 Verschillende niveaus binnen de ketensamenwerking	58
5.2.1 Het systeemniveau	58
5.2.2 Het ketenniveau	59
5.2.3 Het niveau van het revalidatiecentrum	60
5.3 Roluitbreiding: verbindend professionalisme	61
6. Conclusie	62
7. Aanbevelingen	64
8. Bronnen	66

Bijlagen :

Bijlage 1: Respondentschema

Bijlage 2: Omschrijving ketens

Bijlage 3: Topic list

Bijlage 4: Overzicht van knelpunten in de CVA en dwarslaesie zorgketen

1. Inleiding

Voor u ligt een onderzoek naar rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen. Met een *multiple embedded case study* heb ik onderzocht welke betekenis revalidatieartsen en andere betrokkenen geven aan de rol van de revalidatiearts binnen deze zorgketens. In dit inleidende hoofdstuk omschrijf ik de context, de aanleiding en de focus van mijn onderzoek. Ik geef eerst een beschrijving van de ontwikkelingen die geleid hebben tot dit onderzoek. Vervolgens beschrijf ik mijn onderzoeksdoelen. Daarna presenteer ik mijn onderzoeksvraag, met bijbehorende deelvragen. Tot slot leg ik in de leeswijzer uit wat u kunt verwachten in de rest van dit onderzoeksrapport.

1.1 Probleembeschrijving

Samenwerking in zorgketens is een steeds vaker voorkomend fenomeen in de Nederlandse zorgsector (Kaljouw & van Vliet, 2015; RVZ, 2011; Nederlandse Zorgautoriteit, 2012). We beschouwen zorg steeds minder als aparte diensten, gescheiden door de grenzen van verschillende organisaties. In plaats daarvan realiseren zorgaanbieders zich dat de patiënt kijkt naar het hele pakket van zorg dat hij ontvangt, niet naar de losse delen. Om al die zorgdiensten goed op elkaar te laten aansluiten, is samenwerking tussen verschillende zorginstellingen nodig. Ook revalidatie-instellingen werken veel samen in dit soort ketens.

Revalidatie Nederland, de branchevereniging van de Nederlandse revalidatiecentra, merkt dat haar leden bezig zijn met definiëren van hun plaats en rol in deze ketens. Zij zoeken naar manieren om zichzelf het beste te positioneren en te profileren, ten opzichte van de patiënt, andere zorgaanbieders en de maatschappij als geheel. Ketens worden vaak per aandoening georganiseerd en elke keten is weer anders wat betreft patiënten en ketenpartners. De centra zullen keuzes moeten maken over vraagstukken als specialisering, verbreding, samenwerking en concurrentie, met bijbehorende gevolgen voor hun patiënten en hun medewerkers (Revalidatie Nederland, 2015). Om een goed beeld te krijgen van hun rol in de zorgketen, is het belangrijk dat de centra zich naar binnen richten, naar de eigen werknemers. Dat zijn degene die daadwerkelijk uitvoer geven aan ketenzorg, want zij zijn degene die de zorg leveren en daarbij met andere partijen samenwerken. De medewerkers uit de revalidatiecentra zullen duidelijke ideeën hebben over welke rollen het revalidatiecentrum in de keten vervult of zou kunnen vervullen. In dit onderzoek wil ik, door me te richten op de betekenis die men geeft aan de rol van de revalidatiearts in de keten, relevante inzichten opdoen die de revalidatiecentra kunnen gebruiken bij het bepalen van hun positie in de zorgketen.

In deze paragraaf besteed ik eerst aandacht aan de algemene maatschappelijke ontwikkelingen in de zorgsector, die ertoe leiden dat zorginstellingen steeds meer gaan samenwerken. Vervolgens leg ik uit wat ketenzorg precies is en wat men van deze organisatievorm verwacht. Daarna focus ik me op de revalidatiesector en omschrijf ik de uitdagingen waar de revalidatiecentra mee te maken krijgen. Tot slot leg ik uit hoe ik met mijn onderzoek wil bijdragen aan het bepalen van een geschikte rol voor het revalidatiecentrum in de zorgketen.

1.1.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

Verschillende maatschappelijke ontwikkelingen oefenen druk uit op de zorgsector om te veranderen. Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zal de indeling van de medisch-specialistische zorg er in 2020 heel anders uitzien dan nu (RVZ, 2011; 7). De noodzaak tot veranderen komt deels doordat de kosten van de zorg omlaag moeten. Momenteel kost de zorg ons ongeveer 13% van het nationaal inkomen, maar dit zou kunnen oplopen tot 22% of zelfs 31% in 2040, zo lezen we in een rapport van het Centraal Planbureau over de toekomst van de zorg (Van Ewijk, van der Horst & Besseling, 2013; 7). De Nederlandse overheid ziet deze kostenstijging als zeer onwenselijk. De zorgkosten moeten dus omlaag, terwijl de zorgvraag in de toekomst alleen maar toe zal nemen. We krijgen te maken met toenemende vergrijzing. De totale levensverwachting neemt toe, maar die extra jaren worden niet allemaal in goede gezondheid doorgebracht. Mensen zullen vaker leiden aan chronische aandoeningen en multimorbiditeit (RVZ, 2011; 13), wat leidt tot een grotere en complexere zorgvraag. Ook op sociaal-cultureel vlak vindt verandering plaats. Door de trend van de individualisering van onze samenleving verandert de relatie tussen patiënt en zorgaanbieder. De patiënt verwacht meer openheid over kwaliteit en keuzemogelijkheden. Ook vragen zij in toenemende mate een servicegerichte houding van zorgverleners (RVZ, 2011; 14). Via internet, dat een informatierevolutie heeft veroorzaakt, zijn patiënten steeds beter in staat zorgaanbieders met elkaar te vergelijken op aanbod en kwaliteit. Patiënten kunnen hierdoor steeds bewuster keuzes maken over hun gezondheid en gewenste zorg (Van Ewijk, van der Horst & Besseling, 2013; 15).

Al deze ontwikkelingen vragen om aanpassing van het zorgstelsel. Zorg moet goedkoper maar tegelijkertijd ook beter en transparanter worden geleverd. Hiervoor zijn volgens beleidsmakers grote veranderingen nodig. In het rapport *'Naar Nieuwe Zorg en Zorgberoepen'* geeft Zorginstituut Nederland een omschrijving van hoe deze nieuwe inrichting van het zorgstelsel eruit zou kunnen zien. Een belangrijk aspect van de omschreven visie is meer focus op integrale samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg (Kaljouw & van Vliet, 2015). Momenteel is de inrichting van de zorg georganiseerd vanuit de aanbieder, dus apart georganiseerd per zorginstelling, wat fragmentatie en 'hokjesdenken' met zich meebrengt. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg pleit voor afschaffing van deze 'echelonnering' in de zorg: zij wil af van het onderscheid tussen de generalistische eerste lijn en de specialistische tweede lijn (RVZ, 2011). In plaats daarvan moeten verschillende zorgaanbieders integraler gaan samenwerken, zodat efficiëntere en effectievere zorg wordt geleverd van een kwalitatief hoogwaardiger niveau. Zo lezen we in het rapport van de RVZ: *"Echelonnering creëert geen passend zorgaanbod. Goede zorg heeft twee kenmerken. In de eerste plaats een robuuste en integrale eerste opvang, goed toegankelijk (24 x 7). En in de tweede plaats ziekte- en beperkinggerichte ketens of netwerken. In beide kenmerken zijn generalistische en specialistische kennis en kunde vervlochten"* (RVZ, 2011; 20).

1.1.2 Zorgketens

Met die ketens of netwerken waar de RVZ over spreekt, waarin generalistische en specialistische kennis en kunde vervlochten zijn, bedoelt zij integrale samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hanteert de volgende definitie van ketenzorg: *"Ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt gezocht met diens omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling en begeleiding, maar ook van preventie, vroeg opsporen*

en zelfmanagement. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg” (VWS, 2008). Er wordt veel voordeel aan dit soort ketens toegeschreven. Zo kan de discontinuïteit tussen verschillende instellingen verminderen en dubbele of juist afwezigheid van verantwoordelijkheden kan worden voorkomen. Daarnaast kan ketensamenwerking ook een vermindering van kosten, betere klinische uitkomsten, hogere patiënttevredenheid en meer efficiency tot gevolg hebben (Minkman, 2011; 11). Het idee is dat de patiënt en zijn zorgbehoefte centraal komen te staan en dat de zorginstellingen het zorgproces om hen heen organiseren.

In zorgketens is het principe van *stepped care* een uitgangspunt. Dat wil zeggen: *“een patiënt krijgt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling, die gezien de aard en de ernst van de problematiek mogelijk is. Pas als blijkt dat de aangeboden behandeling onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere behandeling overgegaan”* (Revalidatie Nederland, 2015; 13). Om dit voor elkaar te krijgen is het nodig dat verschillende zorgaanbieders goed met elkaar samenwerken. De patiënt kan dan zo ‘laag’ mogelijk in de keten behandeld worden, het liefst in de generalistische eerste lijn, als het moet in de specialistische tweede of derde lijn. Het samenwerken volgens het *stepped care* principe heeft meerdere voordelen. Het is voor een patiënt prettig een minder intensieve behandeling te ontvangen, zo dicht bij huis als mogelijk. Daarnaast maakt het de zorg als geheel ook goedkoper, omdat zorg ‘lager’ in de keten vaak ook goedkoper kan worden geleverd. Een belangrijke voorwaarde voor geslaagde samenwerking volgens het *stepped care* principe, is dat overal in de keten de juiste kennis aanwezig is, zodat een patiënt op de juiste plek de juiste behandeling kan krijgen.

1.1.3 De revalidatiesector in de zorgketen

Ook revalidatiecentra werken veel samen in bovengenoemde zorgketens. De Nederlandse revalidatiesector maakt een relatief klein onderdeel uit van de totale zorgsector. Ter illustratie: in 2013 bedroeg de omzet van alle revalidatie-instellingen aangesloten bij branchevereniging Revalidatie Nederland in totaal 497 miljoen euro (Revalidatie Nederland, 2015; 1). Voor de Nederlandse ziekenhuizen, de algemene ziekenhuizen en UMC’s samen, was dat in totaal 22.484 miljoen euro (Panteia, 2016; 9). Verschillende partijen hebben ideeën over de rollen voor de revalidatiearts en de revalidatiesector in de zorgketen. Volgens het Beroepskader Revalidatie is binnen de keten voor de revalidatiearts de rol weggelegd om toe te zien op de principes van *stepped care* (Peerenboom & Spek, 2013; 8). De RVZ geeft aan dat de revalidatiesector in integrale ketens een sturend specialisme kan worden (2011; 26). Revalidatie Nederland schrijft in haar strategisch beleidsplan dat de groei van ketenzorg de revalidatiesector de kans biedt om een nieuwe rol naar zich toe te trekken, die van regisseur in de keten (Revalidatie Nederland, 2015; 8). Revalidatie Nederland ziet de zich steeds verder ontwikkelende samenwerking van zorgaanbieders in zorgketens dus als een mogelijkheid voor een regisseursrol in de keten, samenhangend met het feit dat de revalidatiearts in de keten toeziet op het *stepped care* principe. Tegelijkertijd merkt Revalidatie Nederland dat haar leden, de revalidatiecentra, nog aan het stoeien zijn met het bepalen hun rol in die ketens.

Om goed te kunnen begrijpen wat voor rollen de revalidatie op zich kan nemen binnen de zorgketen en op welke wijze zij zich wil profileren richting de maatschappij, is het uiterst belangrijk te begrijpen hoe de werknemers uit de revalidatiecentra hier zelf over denken. Een belangrijke medewerker uit het revalidatiecentrum is de revalidatiearts. Hij staat aan het hoofd van het medisch behandelteam, is

eindverantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt en is vaak degene die het revalidatiecentrum vertegenwoordigt in ketensamenwerking. Ik denk daarom dat het relevant is de betekenis te onderzoeken die men geeft aan zijn rol in die ketensamenwerking, want hij maakt in de dagelijkse praktijk mee wat het inhoudt om onderdeel te zijn van een zorgketen. Om de rol van de revalidatiearts zo goed mogelijk te begrijpen, denk ik dat het relevant is om niet alleen te kijken naar de betekenis die hij zelf geeft aan zijn rol. Ik denk dat andere actoren die ook betrokken zijn bij de ketensamenwerking relevante aanvullende inzichten kunnen bieden, op

Zorgketens worden vaak georganiseerd per aandoening. Zo was men tien jaar geleden al bezig met het vormgeven van CVA ketenzorg en is er sinds die tijd veel onderzoek naar deze ketens verricht. Het is dan ook verassend dat andere ketenvorming bij andere aandoeningen, zoals dwarslaesie, nog minder vaak wetenschappelijk onderzocht is. Dit terwijl de verwachting is, dat uiteindelijk alle aandoeningen in ketens georganiseerd gaan worden (Kaljouw & van Vliet, 2015; RVZ, 2011). Daarom lijkt het mij relevant om het wetenschappelijk onderzoek naar zorgketens uit te breiden en ook de minder onderzochte ketens te belichten. Daarom kies ik ervoor in dit onderzoek te kijken naar zowel CVA als dwarslaesie zorgketens. Mijn insteek is exploratief: ik wil achterhalen of er verschillen blijken te zijn in de betekenisgeving aan de rol van dwarslaesie en CVA revalidatieartsen, of dat grotendeels dezelfde processen en issues van werking zijn (Easterbrook et al., 2003; 3). In Hoofdstuk 3, Methodologie, kom ik uitgebreider terug op dit onderwerp.

1.2 Doelstellingen

Dit onderzoek heeft ten eerste een praktisch doeleinde. Op basis van gelezen documenten en gesprekken die ik heb gevoerd, merk ik dat binnen Revalidatie Nederland de overtuiging bestaat dat het organiseren van zorg in ketens een belangrijke ontwikkeling is waarmee, zowel vanuit bedrijfsmatig als zorginhoudelijk perspectief, veel voordelen kunnen worden behaald. Er bestaat echter nog geen eenduidig beeld over de organisatie van zorg in ketens en is een behoefte aan meer informatie over deze ontwikkelingen. Meer specifiek wil men graag weten welke rol de revalidatiearts als individu en de revalidatiesector als geheel in zo'n keten zou kunnen spelen. De RVZ (2011) heeft aangegeven dat de revalidatiegeneeskunde mogelijk een sturende rol in ketens zou kunnen vervullen. Revalidatie Nederland ziet dit als een kans en is benieuwd hoe actoren in de ketens zelf aan deze rol invulling geven. Ik denk dat de rol van de revalidatiearts een belangrijke eerste stap is om te onderzoeken. Hij staat immers aan het hoofd van het behandelteam in het revalidatiecentrum en werkt veel samen met andere organisaties binnen de keten. Hij heeft dus als geen ander een beeld van de samenwerking in zorgketens en de rol die hij daarin speelt. Door te kijken naar de processen van betekenisgeving omtrent zijn rol, hoop ik voor een deel in de informatiebehoefte van Revalidatie Nederland te voorzien.

Daarnaast heeft dit onderzoek een intellectueel doel, namelijk het bijdragen aan de wetenschappelijke kennis over netwerken en de rol van de medisch professional in netwerksamenwerking. In hoofdstuk 3, Methodologie, kom ik uitgebreider terug op de generalisering van mijn bevindingen en de manier waarop mijn onderzoek bijdraagt aan de wetenschappelijke literatuur. Door in mijn onderzoek te kijken naar zowel een wat verder ontwikkelde en een wat minder ver ontwikkelde case, CVA en dwarslaesie, wil ik nieuwe inzicht verschaffen in de rollen die revalidatieartsen voor zichzelf zien weggelegd in deze ketens. Zijn deze rollen anders in de verschillende ketens, of zijn zij grotendeels

hetzelfde? Daarnaast bekijk ik in dit onderzoek de thematiek vanuit een nieuwe invalshoek, want er bestaat nog weinig wetenschappelijk onderzoek over de organisatie van zorg in zorgketens vanuit het perspectief van revalidatieartsen en het revalidatiecentrum.

1.3 Onderzoeksvraag

Ik wil inzicht krijgen in de betekenis die revalidatieartsen en andere betrokken actoren geven aan de rol van de revalidatiearts in de dwarslaesie en CVA zorgketen. Daarvoor is het belangrijk om diep in te gaan op de betekenis die deze actoren geven aan de samenwerking in die ketens, zodat ik deze goed kan begrijpen. Vanuit welke overtuigingen geven de actoren betekenis aan het werk van de revalidatieartsen, wat vinden zij belangrijk en welke processen hebben hier invloed op? Hierop gebaseerd heb ik de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

“Welke betekenis geven revalidatieartsen en andere betrokken actoren aan de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen?”

Ik heb daarbij de volgende vier deelvragen opgesteld:

1. *Hoe ziet de samenwerking in de CVA en dwarslaesie zorgketen eruit?*
2. *Welke verschillende rollen ziet men voor de revalidatieartsen in deze ketens weggelegd?*
3. *Welke knelpunten ervaart men bij het uitoefenen van die rollen?*
4. *Wat doen men eraan om deze knelpunten aan te pakken?*

Processen van betekenisgeving zijn niet eenvoudig te achterhalen. Om diepgaand inzicht te verkrijgen in de innerlijke gedachteprocessen van de betekenisgever is goed begrip van de externe context nodig. Dit inzicht wil ik bieden met behulp van de eerste deelvraag. In de tweede deelvraag richt ik me op de verschillende rollen die men voor de revalidatieartsen onderscheidt. Zoals bleek uit de eerste paragraaf verloopt de ontwikkeling van het samenwerken in zorgketens niet zo snel als sommigen hopen. Daarom ben ik niet alleen nieuwsgierig naar de betekenis die men geeft aan de rol van de revalidatiearts, maar wil ik ook meer weten over de belemmeringen die men ervaart bij het samenwerken in ketens. Mogelijk kan ik hierdoor relevante inzichten opdoen die een verklaring kunnen bieden voor de knelpunten die men ervaart. Tot slot ben ik benieuwd hoe men met deze knelpunten omgaat. Dit is relevante, leerzame informatie voor de sector, maar ik ben ook nieuwsgierig of revalidatieartsen hier een rol in vervullen, of denken te moeten vervullen. Met de focus op knelpunten verwacht ik dus meer te leren over de betekenisgeving aan de rol van revalidatieartsen.

1.4 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk volgen nog zeven hoofdstukken. In het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, bied ik inzicht in relevante wetenschappelijke literatuur over een drietal thema's die centraal staan in dit onderzoek. Dit zijn de rol van de professional in een organisatie, samenwerking in netwerken en het proces van betekenisgeving. In hoofdstuk drie, de methodologie, besteed ik aandacht aan de methodische eigenschappen van dit onderzoek. Ik leg uit wat voor onderzoek dit is, welke methoden ik heb gebruikt en ik spreek over de kwaliteit van het onderzoek. In het vierde

hoofdstuk bespreek in de bevindingen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Dit doe ik aan de hand van drie verschillende rollen die de revalidatiearts en andere betrokkenen zien weggelegd voor revalidatieartsen, namelijk de rol van toegangspoort, specialist en vangnet. In hoofdstuk vijf, de discussie, analyseer ik mijn bevindingen met behulp van de wetenschappelijke theorieën uit het tweede hoofdstuk. Vervolgens geef ik in het zesde hoofdstuk een conclusie, waarin ik mijn bevindingen en analyse samenvat en antwoord geef op mijn onderzoeksvraag. Tot slot geef ik in het laatste hoofdstuk een aantal aanbevelingen op basis van de inzichten die mijn onderzoek hebben verschaft.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk geef ik een overzicht van de wetenschappelijke literatuur over relevante thema's voor mijn onderzoek. Op deze manier creëer ik een wetenschappelijk onderbouwd kader dat ik zal gebruiken bij het begrijpen en analyseren van mijn bevindingen. Ik behandel drie verschillende thema's: de rol van de professional in een organisatie, netwerken en de samenwerking in netwerken en de werking van het proces van betekenisgeving.

In de eerste paragraaf kijk ik naar de veel onderzochte rol van professionals in een organisatie. Een arts is een klassiek voorbeeld van een professional. Uit onderzoek is gebleken dat het zijn van professional veel invloed kan hebben op iemands identiteit. Om de betekenisgeving van revalidatieartsen aan hun rol in de keten goed te kunnen begrijpen, acht ik het daarom relevant om te onderzoeken wat het inhoudt om professional te zijn en wat voor implicaties dit kan hebben op iemands rolopvattingen. In de tweede paragraaf verdiep ik me in de brede context waarin de revalidatieartsen zich bevinden: een netwerk van samenwerkende organisaties. Ik onderzoek immers de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen, welke ik beschouw als een vorm van een netwerk. De literatuur biedt verschillende ideeën over de activiteiten die plaatsvinden in zo'n netwerk en over de activiteiten die zouden moeten plaatsvinden als voorwaarde voor goede samenwerking. Ik denk dat het begrijpen van de context waarin de revalidatieartsen zich bevinden, de zorgketen, mij kan helpen hun rolopvattingen beter te duiden. Tot slot ga ik in op de theorie omtrent betekenisgeving. Ik onderzoek immers de betekenis die actoren in de keten geven aan de rol van de revalidatiearts. Om deze goed te kunnen onderzoeken, is het relevant om te begrijpen hoe deze processen van betekenisgeving in zijn werk gaan.

2.1 De professional in een organisatie

In deze paragraaf kijk ik naar de wetenschappelijke literatuur over professionals en hun rol in een organisatie. Ik bespreek de karakteristieke eigenschappen van de professional in het algemeen en de medisch professional in het bijzonder, waar de revalidatiearts onder valt. Vervolgens kijk ik naar de relatie tussen de professional en andere groepen werknemers binnen een zorginstelling, voornamelijk de groep managers. Het blijkt dat men vaak spreekt over een kloof tussen manager en professional, door verschil in rollen en taken. Ik leg uit waar deze dichotomie vandaan komt en dat deze zienswijze erg zwart wit is, wat problematisch kan zijn. Vervolgens omschrijf ik een aantal ontwikkelingen in onze samenleving die een herdefiniëring van het begrip 'professional' tot gevolg hebben en introduceer ik een antwoord dat de literatuur biedt op deze benodigde verandering, namelijk '*connective professionalism*' (Noordegraaf, 2011).

2.1.1 De professional

Als men het in de wetenschappelijke literatuur heeft over de 'professional', dan bedoelt men een groep werknemers met een specifieke set kennis en vaardigheden, die zij hebben geleerd tijdens een specialistische opleiding en die zij gebruiken om een bepaalde dienst te verlenen aan hun cliënten, in het geval van de revalidatiearts patiënten. Een professional heeft autonomie om zijn werk uit te voeren, zijn kennis op peil te houden en uit te breiden en zijn expertise en handelingen te verbeteren

(Noordegraaf, 2013; 2). Professionals maken deel uit van een afgebakende, beschermde beroepsgroep die opleidingsprogramma's opzet, gedragscodes opstelt en selectie- en toezichtprocedures hanteert om ervoor te zorgen dat de beroepsgroep haar autonomie behoudt, maar ook dat de leden ervan hun autonomie op de juiste wijze gebruiken. Professionals reguleren op deze wijze dus zichzelf (Noordegraaf, 2013; 2). Middels bovengenoemde regels en activiteiten vormen professionals voor zichzelf een bepaalde identiteit, hun 'professionalisme', wat te definiëren valt als: *"the aims, qualities and behaviors that characterize a profession or the nature of one who practices such a profession"* (Veloski & Hojat, 2006; 117). Medisch specialisten, zoals revalidatieartsen, zijn een bekend voorbeeld van de klassieke professional (Swick, 2000; 613). Medisch specialisten maken onderdeel uit van en vormen zo samen het medisch professionalisme.

Er is in de loop der tijd verwarring ontstaan rondom de definitie van 'professional'. Van oudsher werd daar de groep mee bedoeld zoals ik die hierboven omschreef, die een directe dienst verleent 'op de werkvloer' aan cliënten. Naar verloop van tijd kregen steeds meer groepen het label 'professional', ook als zij zich bezig hielden met het ondersteunen of managen van het proces in plaats van het verlenen van de dienst zelf. Noordegraaf (2011; 1352) schept duidelijkheid over de verschillende soorten professionals, door een onderscheid te maken tussen service professionals, die een dienst verlenen, en organisationele professionals, die taken uitvoeren om het verlenen van die diensten te ondersteunen. Onder die laatste groep vallen bijvoorbeeld managers.

2.1.2 De medisch professional

Naast de hierboven beschreven kenmerken van de professional, blijken er bepaalde activiteiten, houdingen en kenmerken te zijn die specifiek van toepassing zijn op het medisch professionalisme. Revalidatieartsen zijn medisch professionals en daarom acht ik het relevant om in te gaan op de literatuur over het medisch professionalisme. Stern (2006) heeft een model van medisch professionalisme ontwikkeld, waarin de eigenschappen opgenomen zijn die volgens hem kenmerkend zijn voor medisch professionals. Dit model is weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1 Model van medisch professionalisme, Stern (2006)



Stern (2006) onderscheidt drie verschillende fundamentele elementen van medisch professionalisme, namelijk medische kennis, communicatieve vaardigheden en begrip van ethische en juridische zaken. Deze elementen zijn voorwaardelijk, maar niet voldoende om de rol van medisch specialist te kunnen vervullen. Hij onderscheidt nog vier principes, of waarden, die centraal staan bij het definiëren van de medisch professional. Die geïnternaliseerde waarden maken dat iemand een medisch *professional* is en niet slechts iemand met veel medische kennis (Stern, 2006; 21). De eerste waardenpijler vormt humanisme: *“a sincere concern for and interest in humanity, a vital principle to guide a profession rooted in the interaction between people in need of assistance and people offering it”* (Stern, 2006; 23). Deze waarde houdt in dat eigenschappen zoals respect, compassie, empathie en integriteit de relaties en het handelen van een medisch professional sturen (Swick, 2000; 614). Excellentie is de tweede waarde die Stern onderscheidt. Een medisch professional streeft niet naar het behalen van minimale standaarden, hij is constant bezig de verwachtingen van zijn patiënt te overstijgen. Ook uit excellentie zich doordat de medisch professional continue probeert de kwaliteit van zorg te verbeteren en doordat hij bezig is met het ontwikkelen en verspreiden van nieuwe kennis en technologieën (Stern, 2006; 22). Zijn doel is hierbij anderen te helpen: *“It is the desire to share one’s knowledge for the benefit of others, whether patients, other physicians, or the community”* (Swick, 2000; 615). Ook binnen zorgketens speelt kennisdeling een belangrijke rol. Zo organiseert men binnen ketens vaak gezamenlijke scholing of voeren meerdere organisaties samen wetenschappelijk onderzoek uit.

Een derde waardenpijler van het medisch professionalisme is *‘accountability’*, ofwel toerekenbaarheid (Stern, 2006; 25). Hiermee bedoelt Stern de persoonlijke verantwoordelijkheid van de arts richting zowel een patiënt, diens familie als de gehele maatschappij om de best mogelijke zorg te leveren. Daarbij hoort bijvoorbeeld het accepteren van bepaalde ongemakken en risico’s in het belang van de patiënt, maar ook, wat in de context van dit onderzoek interessant is, *“an obligation to collaborate with other health professionals”* (Stern, 2006; 25). Men ziet samenwerken dus als een verantwoordelijkheid. We zien de toerekenbaarheid ook terug in de eerder besproken zelfregulering, zo kenmerkend voor groepen professionals. Zij beschikken over een hoge mate van autonomie in hun werk, maar in ruil daarvoor wordt van hen verwacht dat zij voor zichzelf bepaalde standaarden opstellen en de naleving hiervan ook controleren (Swick, 2000; 615). Tot slot wordt ook beroep gedaan op de toerekenbaarheid van de medisch professional tijdens belangenconflicten (Stern, 2006; 26). Zoals ik zal omschrijven in paragraaf 2 van dit hoofdstuk kunnen belangenconflicten ook binnen netwerksamenwerking voorkomen. Stern (2006; 26) noemt voorbeelden van situaties waar belangenconflicten kunnen spelen, zoals het toenemend aantal financiële afspraken tussen zorginstellingen en verzekeraars of farmaceuten, steeds meer nadruk op het verminderen van kosten en steeds meer samenwerking met organisaties met andere doelen. Volgens Stern (2006; 26) uit toerekenbaarheid van de medisch professional zich in het beschermen van de belangen van de patiënt bij dit soort conflicten.

De laatste pijler, het altruïsme, is volgens Stern moeilijk te definiëren. De essentie van altruïsme zit in acties die gericht zijn op het verhogen van het welzijn van een ander, met name degene die hulpbehoevend zijn (Stern, 2006; 27). Het komt ook tot uiting in de drie eerdergenoemde pijlers: humanisme, namelijk onbaatzuchtig gedrag, excellentie, namelijk het beste voor de patiënt eisen en toerekenbaarheid, namelijk het vermijden van eigenbelang. Er bestaat discussie over de vraag of altruïsme een vereiste is om medisch professional te zijn. Volgens sommigen kan iemand zonder altruïsme ook als arts functioneren. Swick (2000; 614) stelt echter dat altruïstische waarden zo centraal

staan bij het werk van een arts *“that no physician can truly be effective without holding deeply such values”*.

Een medisch professional leert bovenstaande waarden en kennis niet in zijn eentje. Zoals gezegd maakt hij onderdeel uit van een beroepsgroep en een vakgebied, in het geval van de revalidatiearts dus het vakgebied medisch specialistische revalidatie. Deze groep geeft hem een gemeenschappelijke identiteit, gebaseerd op gedeelde normen, waarden en ideeën. Zij controleren elkaar onderling op het naleven van de regels van de groep en hebben een tuchtrechtsysteem om deze controle eventueel af te dwingen (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; 7). Hierdoor beschikken zij over een zeker mate van autonomie (DiMaggio & Powell, 1983; 152). Waring en Currie (2009) zeggen hier over: *“Professional groups typically claim some notion of autonomy because their work remains grounded on expert and exclusive knowledge. This includes not only codified, abstract knowledge associated with formal training, but also esoteric, indeterminate and experiential knowledge that is tacit in nature, situated in practice and embodied in practice”* (Abbott, 1988; Freidson, 1986; Jamous & Peloille, 1970 in Waring & Currie, 2009; 758). Het bezitten en vergaren van exclusieve kennis maakt voor de professional dus een fundamenteel onderdeel uit van zijn identiteit. Op basis van deze kennis, zowel harde, meetbare, als zachte, impliciete kennis, kunnen zij zich onderscheiden van de ‘niet-professional’. Zij hebben toegang tot en controle over deze kennis en kunnen de inhoud en de aard ervan veranderen. Deze kennis geeft hen een bepaalde mate van autonomie, wat inhoudt dat zij hun eigen werk kunnen plannen en uitvoeren (Freidson, 1970 in Waring & Currie, 2009; 757).

Wat volgens Waring en Currie (2009) verwarrend kan zijn, is dat men deze autonomie vaak toepast op zowel technische inhoud als wel de sociale organisatie van het werk van de professional. Deze zijn met elkaar verweven, maar zijn niet hetzelfde. De eerste gaat over de technische toepassing van kennis en de ervaring die professionals in het werk zelf opdoen, in het geval van de revalidatiearts dus kennis over revalidatie en herstel. We zien dit ook terugkomen in het model van Stern (2006) (Figuur 1), waarin medische kennis een van de drie fundamenteen vormt voor de identiteit van de medisch professional. De sociale organisatie gaat over de manier waarop het technisch werk is georganiseerd. Waring en Currie (2009) betwijfelen of de autonomie van de professional ook van toepassing is op de organisatie van zijn werk. Volgens hen hebben professionals een bepaalde invloed op hun werk, maar kunnen zij in die zin niet zo exclusief beslissen over de organisationele context van hun werk, als zij dat kunnen over de beroepsmatige inhoud ervan (Waring & Currie, 2009; 757). Er zijn immers andere groepen binnen een organisatie, zoals het revalidatiecentrum, die zich ook bezighouden met de organisationele context van het werk van de professional. Een van die groepen is het management. Zoals ik in de volgende paragraaf zal laten zien, kunnen manager en professional nog weleens met elkaar botsen.

2.1.3 De relatie tussen professional en manager

Uit de literatuur blijkt dat de afgelopen jaren zijn gekenmerkt door een grote opkomst van de professionele manager, het zogenaamde ‘managerialisme’, waarbij managers het werk van professionals steeds meer proberen te beheersen en te vatten in hun eigen systemen (Noordegraaf, 2011; 1352). Ook in de gezondheidszorg zien we deze opkomst van de manager terugkomen. De snel stijgende vraag naar zorg in combinatie met steeds hogere kosten heeft geleid tot de behoefte om de zorg sneller en efficiënter in te richten. Het gevolg was een toename van managers, die zich

professioneel bezighouden met het optimaliseren en stroomlijnen van zorgprocessen. Volgens de Bruijn en Noordegraaf (2010; 8) was dit ‘*bijna onontkoombaar*’, omdat professionals lang niet altijd de noodzaak voelen om zich in te zetten voor snellere en efficiëntere nieuwe werkwijzen. Voor hen is het belangrijk dat zij hun werk zo goed mogelijk kunnen doen, zoals ook blijkt uit eerdergenoemde kernwaarden als excellentie, toerekenbaarheid en humanisme (Stern, 2006). Strenge eisen aan efficiency of snelheid kunnen aan deze waarden toornen. Dit kan leiden tot defensief gedrag van de professional, die zijn autonomie en zijn waarden in gevaar ziet komen. Het management is een geschikte partij om hier een tegenwicht aan te kunnen bieden (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; 8).

Veelgehoorde kritiek op het management in zorginstellingen is echter dat zij geen maat weet te houden, waardoor management steeds meer hoofdzaak lijkt te worden, waar de zorg aan ondergeschikt is (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; 7). Door hun eigen logica steeds meer op te dringen, proberen managers de inhoud van het werk van artsen te controleren. Zij definiëren bijvoorbeeld hoe de relatie tussen professional en cliënt eruit moet zien, zij stellen targets en bepalen indicatoren waarmee zij prestaties meten. Organisationele doelen reguleren zo de professionele autonomie van de artsen, waardoor zij worden beperkt in hun professionele vrijheid (Evetts, 2011; 408). Artsen reageren op hun beurt met manieren om de controle van de manager in te perken en hun eigen medische autonomie te vergroten, zoals bijvoorbeeld Waring en Currie (2009; 755) beschrijven. Vanuit deze kritiek gezien is het begrijpelijk dat de manager en zijn activiteiten niet altijd in een positief daglicht staan, ten opzichte van de eerlijke, humanistische professional: “*De dominante beeldvorming is zo dat tegenover goedwillende, gemotiveerde professionals een kaste van managers staat. Deze kaste is losgezongen van de professionele werkelijkheid en heeft een eigen werkelijkheid geconstrueerd, met behulp allerlei simplistische modellen en MBA-tools*” (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; 6). Zoals blijkt in de volgende paragraaf is dit beeld echter te zwart wit.

2.1.4 Vervagend onderscheid tussen professionele en organisationele rollen

Noordegraaf (2011; 1354) waarschuwt dat we het idee van ‘manager versus professional’ niet te snel als vaststaand feit moeten zien. Door deze tegenstelling te snel verklarend te laten optreden, kunnen we verandering en de effecten daarvan over het hoofd zien, waardoor minder snel nieuwe inzichten ontstaan. Vaak gaat men in onderzoek naar managers en professionals uit van een aantal impliciete assumpties, die kunnen zorgen voor een verkeerde analyse van de situatie. Men maakt bijvoorbeeld een strak onderscheid tussen ‘de’ manager, die zich met organisationele taken bezighoudt, en ‘de’ professional, die bezig is met het technisch inhoudelijke werk. Onze samenleving is echter aan het veranderen, waardoor het steeds minder relevant is om dit onderscheid zo duidelijk te maken (Noordegraaf, 2011; Evetts, 2011). “*This fundamental opposition between professional work and organizational contexts is remarkable. Strict distinctions between organizational and professional domains, and intrinsically conflicting relations between managers and professionals might lose their relevance in ‘liquid times*” (Noordegraaf, 2011; 1355). Noordegraaf (2011) stelt dat we in ‘*liquid times*’ leven, waarin veel maatschappelijke verandering plaatsvindt. Hierdoor wordt het onderscheid tussen de taken en rollen van manager en professional steeds minder relevant. In de volgende paragraaf leg ik uit welke veranderingen in de maatschappij volgens Noordegraaf (2013) invloed hebben op het verwaterende onderscheid tussen het professionele en organisationele domein.

2.1.5 Herdefiniëring van rol van de professional

De maatschappij verwacht steeds meer samenwerking tussen medisch professionals en multiprofessionele actie (Noordegraaf, 2013; 8). Zij wil dat zorgaanbieders niet meer denken binnen de grenzen van hun organisatie, in verschillende hokjes en aandoeningen. Het is inefficiënt om patiënten onder te verdelen in hokjes, omdat een patiënt vaak niet één gemakkelijk af te bakenen probleem heeft, maar allerlei verschillende behoeften, die verschillende professionals kunnen vervullen: *“Two or more professionals might be relevant, and they might come from different disciplines. This generates a push for multidisciplinary professional action (...). Professionals need to find ways to organize cooperation”* (Noordegraaf, 2013; 10). Noordegraaf (2013; 8) noemt dit de reorganisatie van het professionalisme, waar toenemende samenwerking het gevolg van is. Dit is precies wat ook gebeurt in ketensamenwerking, waarbij men over de grenzen van de eigen organisatie en de eigen diensten heen kijkt en in plaats daarvan probeert de zorg als een goed aansluitende, samenhangende dienst te verlenen. Hiervoor is samenwerking tussen verschillende disciplines nodig en dit vraagt om gezamenlijke actie van medisch professionals zoals de revalidatiearts.

Medisch professionals gaan dus steeds meer over de grenzen van hun eigen vakgebied heen kijken en leggen verbindingen met anderen. Daardoor volstaat de hedendaagse arts niet meer met technisch inhoudelijke kennis alleen. Om zijn werk goed te kunnen blijven uitvoeren, moet hij naast de inhoud van zijn werk ook betrokken zijn bij de organisatie ervan en de processen er omheen, zodat hij in verbinding kan treden met professionals uit andere domeinen en organisaties. Dat vraagt om vaardigheden op het gebied van communicatie, samenwerking en gezamenlijk leren (Noordegraaf, van der Steen & van Twist, 2014; 25). Ook in de zorgketens is dit van groot belang, want ook daar wordt samengewerkt tussen verschillende organisaties en disciplines. Het organiseren en managen van die samenwerking zal steeds meer gaan horen bij de rol van de medisch professionals (Noordegraaf, 2011; 1358).

We hebben gezien dat de veranderende tijden waarin onze samenleving zich bevindt, vragen om een veranderende rol van de medisch professional. Noordegraaf et al. (2014) noemen deze nieuwe invulling van de rol van professional *‘connective professionalism’*, ofwel verbindend professionalisme. Verbinding zoeken met andere professionals, samenwerken en het organiseren van die samenwerking gaan steeds meer horen bij het werk van de professional. In de zorg zien we dit tot uiting komen doordat reorganisatie en restratificatie van het professionalisme in toenemende mate leiden tot samenwerking tussen professionals in zorgketens (Noordegraaf, 2013). Een puur medische focus is daarbij niet voldoende. Bij geslaagde samenwerking komen ook organisationele taken en rollen kijken: *“Zolang de habitus (bijv. Witman, 2008) van de medische professional vooral medisch-inhoudelijk blijft, zullen artsen in ziekenhuizen niet snel op kritische en samenwerkende wijzen diensten verlenen”* (De Bruijn & Noordegraaf, 2010; 16). Samenwerken in zorgketens vraagt, naast medisch inhoudelijke kennis, dus ook om verbindend professionalisme, waarbij de medisch professionals in staat zijn verbinding met elkaar te zoeken en samen te werken.

Maar wat houdt die samenwerking precies in? Welke organisationele activiteiten komen er kijken bij het organiseren van zorg in een zorgketen? In paragraaf 2.2 van dit hoofdstuk zal ik onderzoeken wat de wetenschappelijke literatuur ons vertelt over samenwerking in een netwerk en de processen die hierin plaatsvinden.

2.2 Netwerken

In deze paragraaf richt ik me op de wetenschappelijke literatuur over netwerken en de samenwerking tussen organisaties in een netwerk. Ik beschouw een zorgketen als een specifieke vorm van een netwerk. Ik onderzoek de betekenis die revalidatieartsen en andere betrokken actoren geven aan de rol van de revalidatiearts in de context van een netwerk, de zorgketen. Daarom denk ik dat het relevant is om te kijken naar wat de wetenschappelijke literatuur ons leert over samenwerking in een netwerk. In de vorige paragraaf hebben we gezien dat van medisch professionals, zoals de revalidatiearts, steeds meer wordt verwacht dat zij samenwerken met verschillende organisaties en zorgaanbieders in netwerken. Deze toenemende samenwerking vraagt om een verbindende rol van de professional in het netwerk. Door me te verdiepen in netwerken en netwerksamenwerking, hoop ik meer inzicht te krijgen in wat het betekent om als revalidatiearts in een zorgketen samen te werken. Hierdoor zal ik de processen van betekenisgeving aan de rol van revalidatiearts beter begrijpen.

2.2.1 Zorgketens en netwerken

Netwerken komen steeds meer voor in zowel de private als de publieke sector en stellen organisaties in staat om samen complexe problemen op te lossen en gezamenlijke doelen te bereiken (Weber & Khademian, 2008; 334). Een definitie van 'netwerk' waar vaak naar verwezen wordt, is die van Provan en Kenis: "*groups of three or more legally autonomous organizations that work together to achieve not only their own goals but also a collective goal*" (2007; 3). Volgens Provan en Kenis (2007; 2) is een netwerk effectief als de deelnemende organisaties iets voor elkaar krijgen dat zij niet zouden kunnen bereiken als zij als individuele, onafhankelijke actoren zouden handelen. Dit is het voordeel dat organisaties halen uit de samenwerking, ook wel het '*collaborative advantage*' genoemd (Huxham, Vangen, Huxham & Eden, 2000; 338). Datgene wat de netwerkactoren gezamenlijk voor elkaar willen krijgen, wordt het collectieve doel genoemd.

Zorginstellingen in een zorgketen hebben ook een collectief doel. De gezondheidszorg, zoals ik in Hoofdstuk 1 liet zien, heeft te maken met verschillende maatschappelijke ontwikkelingen die om verandering vragen. Zowel patiënten, overheden als zorgverzekeraars willen af van de fragmentatie in de zorg (Kaljouw & van Vliet, 2015). In plaats daarvan moet de zorg meer als een integraal geheel beschouwd worden, waarbij de zorg van acute fase tot aan chronische fase goed op elkaar aansluit (Calsbeek & Rosendal, 2007; 17). Hierbij worden de principes van *stepped care* gevolgd: dichtbij als het kan, ver weg als het moet. Dat betekent dat 'eenvoudige' zorg dichtbij de patiënt wordt georganiseerd, in de eerste lijn. Dat is prettig voor de patiënt, want die kan dicht bij huis blijven en daarnaast is het ook goedkoper. Als eenvoudige zorg niet voldoet en de patiënt specialistische zorg nodig heeft, kan hij daarvoor terecht bij gespecialiseerde instellingen met regiofunctie, zoals een ziekenhuis of een andere specialist (Van Dijk et al, 2013; 12). Op deze manier houdt het *stepped care* principe de zorg bereikbaar en betaalbaar. Dit kunnen zorginstellingen echter alleen voor elkaar krijgen als zij goed met elkaar samenwerken, bijvoorbeeld in zorgketens (Minkman, 2012). Door met elkaar samen te werken in zo'n keten, behalen de verschillende zorginstellingen dus een *collaborative advantage* wat zij in hun eentje niet zouden kunnen bereiken: samen kunnen zij zorg volgens het *stepped care* principe leveren en deze kwalitatief beter en efficiënter maken.

Zorgorganisaties gaan dus steeds meer met elkaar samenwerken in ketens. Wat men onder 'zorgketen' verstaat, kan echter flink verschillen. Zo gebruiken Calsbeek en Rosendal (2007; 117) de term zorgketen voor concerns met een eigen management en ondersteunend apparaat, het resultaat van

zware juridische constructies zoals fusies en holdingvorming. Dit is een vrij nauwe definitie, waar lang niet alle samenwerkingsverbanden in de zorg aan voldoen. De vier ketens die ik onderzoek, zouden volgens deze definitie geen zorgketens zijn. Meijboom, Fleuren en van Geffen (2006; 2) hanteren een veel ruimere definitie. Zij spreken over “*lange termijn samenwerkingsvormen tussen diverse instellingen om integrale zorg te bieden aan patiënten met complexe zorgbehoeften*” (2006; 2). In dit onderzoek houd ik deze brede definitie aan. Ik ben er immers niet in geïnteresseerd via welke juridische constructies de organisaties hun zorg organiseren, maar in het feit dat verschillende organisaties met elkaar samenwerken om een gezamenlijk doel te bereiken, namelijk het bieden van integrale zorg, en wat de rol van de revalidatiearts daarin is.

2.2.2 Doelen

Een belangrijk aspect uit de netwerkdefinitie van Provan en Kenis (2007) is dat organisaties in een netwerk samenwerken om een collectief doel te behalen. Het is volgens Huxham (2003; 404) ‘*common wisdom*’ dat voor succesvolle samenwerking in een netwerk de netwerkactoren het met elkaar eens moet zijn over een gezamenlijk doel. Als de doelen van de partijen niet hetzelfde zijn, dan zouden ze op zijn minst verenigbaar moeten zijn, anders kan niet begonnen worden met samenwerking. Ook in de zorgketens hebben de organisaties een gezamenlijk doel, namelijk het leveren van een integraal zorgproduct, volgens de principes van *stepped care*. In de praktijk blijkt echter dat organisaties in een netwerk vaak eigen individuele agenda’s met bijbehorende doelen hebben. Deze kunnen de focus op het gezamenlijke doel soms bemoeilijken (Huxham, 2003; 404). Een andere dimensie die Huxham (2003) daarnaast inbrengt, is dat de verschillende partijen niet altijd open zijn over hun doelen. Deze kunnen expliciet geuit worden, maar ook verborgen zijn of worden aangenomen (‘*assumed*’). Door deze ambiguïteit in doelen is het vaak niet zo makkelijk als het lijkt om het collectieve doel van het netwerk te definiëren en behalen.

Volgens Winkler (2006) zijn er twee benaderingen als het gaat om doelen in netwerken. De ene benadering stelt dat een gedeeld doel of het met elkaar eens zijn over de doelen een voorwaarde is voor lange termijn *collaborative advantage*. De tweede benadering stelt dat niet zozeer gezamenlijke doelen hoeven worden bepaald, maar er moet wel een balans zijn tussen gedeelde doelen en concurrerende doelen. De netwerkpartners moeten daar mee om kunnen gaan (Winkler, 2006; 120). Zoals ik hiervoor besprak, hebben zorginstellingen in ketens een gezamenlijk doel, maar het is te verwachten dat iedere organisatie ook eigen doelen heeft en dat deze mogelijk conflicteren. Zo zijn sommige instellingen in bepaald opzicht elkaars ‘concurrent’, zij behandelen immers dezelfde groep patiënten. Het is interessant om te bekijken of de respondenten dit herkennen en hoe zij hiermee omgaan. Zoals we in de volgende paragraaf zullen zien, kan netwerk governance helpen bij het omgaan met verschillende doelen in een netwerk.

2.2.3 Netwerk governance

Volgens Provan en Kenis (2007; 3) vraagt het behalen van een collectief doel om gezamenlijke actie en het aansturen van deze activiteiten. Hierbij is netwerk governance volgens hen een kritieke factor. Governance in een netwerk zorgt ervoor dat participanten deelnemen in collectieve en elkaar ondersteunende acties en dat conflict wordt opgelost (Provan & Kenis, 2007; 3). Governance binnen netwerken is zo belangrijk omdat een netwerk vaak geen duidelijke hiërarchie heeft en

netwerkparticipanten vaak niet formeel verantwoordelijk zijn voor de netwerkdoelen (Provan & Kenis, 2007; Klein et al, 1995). Ook binnen de zorgketens zien we dat niet één partij de leiding heft over de andere partijen of verantwoordelijk is voor de hele zorg binnen de keten. De instellingen doen dit gezamenlijk. Klein et al. (1995) beschouwen network governance als succesvol *“if it promotes cooperation between actors and prevents, by-passes or removes the blockades which obstruct that cooperation”* (Klein et al., 1995; 450). Succesvol netwerkmanagement zien zij dus als een manier om knelpunten en belemmeringen te voorkomen, te omzeilen of te verwijderen. Ik richt mij ook op de belemmeringen die de revalidatieartsen ervaren bij het uitoefenen van hun werk in de zorgketen. Het is interessant om te kijken of zij network governance gebruiken bij het omgaan met die belemmeringen.

Netwerk governance kan op verschillende manieren plaatsvinden. Elke vorm van bestuur heeft unieke kenmerken en karakteristieken, die invloed hebben op de manier waarop men in een netwerk samenwerkt. In sommige netwerken zetten de actoren aparte bestuursorganen op of wijzen zij een leidende organisatie aan die alle belangrijke besluiten neemt (Provan & Kenis, 2007). Ook zorgketens kunnen zo bestuurd worden, maar we zien in zorgketens ook vaak een andere vorm van governance terugkomen, namelijk *collaborative governance*.

2.2.4 Collaborative governance

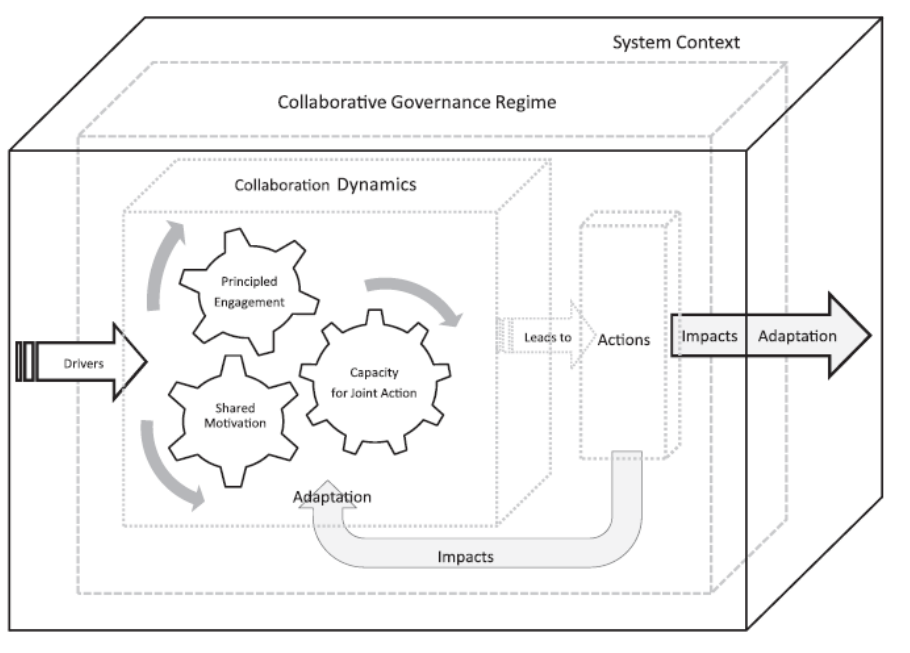
De afgelopen decennia is er in de (semi-)publieke sector een nieuwe vorm van netwerk governance ontwikkeld: *‘collaborative governance’*. Deze manier van governance houdt volgens Emerson, Nabatchi en Balogh (2012; 2) in: *“the processes and structures of public policy decision making and management that engage people constructively across the boundaries of public agencies, levels of government, and/or the public, private and civic spheres in order to carry out a public purpose that could not otherwise be accomplished”*. Ik beschouw de samenwerking tussen verschillende zorginstellingen in een zorgketen als een vorm van *collaborative governance*. Het is immers een samenwerkingsverband tussen verschillende semi-publieke organisaties, namelijk zorginstellingen, met een gedeeld publiek doel, het leveren van kwalitatief hoogwaardige, integrale zorg voor patiënten.

Collaborative governance heeft zich ontwikkeld als een alternatief op het adversarialisme en het managerialisme, manieren van besluitvorming die steeds minder goed passen in onze complexere wordende maatschappij (Ansell & Gash, 2007; 544). In besluitvorming gebaseerd op adversarialisme staan groepen lijnrecht tegenover elkaar. Zij gebruiken de beschikbare kennis op zo’n manier in het onderlinge debat, dat deze ondersteunend is aan hun eigen stellingname. Het probleem hierbij is dat er verwrongen communicatie plaatsvindt, doordat iedere partij vooral met het eigen gelijk bezig is en niet naar de anderen luistert (Busenberg, 1999; 1). Ansell en Gash noemen het een *‘winner-takes-all’* vorm van bemiddeling (2007; 547). In het managerialisme maken publieke instanties eenzijdige beslissingen, vaak gebaseerd op het oordeel van een expert, in een gesloten besluitvormingsproces. Verschillende stakeholders worden niet betrokken bij het proces (Ansell & Gash, 2007: 547). *Collaborative governance*, in tegenstelling, is een vorm van samenwerking waarin juist verschillende stakeholders worden betrokken. De deelnemers denken niet in winnaars en verliezers, maar nemen besluiten op basis van consensus. We zien dit terug in de zorgketens. Daarin is er niet één zorginstelling die de dienst uitmaakt en alle beslissingen neemt, op basis van macht of expertise. Elke instelling draagt bij aan het totale pakket van zorg en elke instelling is dus belangrijk bij het organiseren van een

samenhangend, aansluitend proces van zorg aan de patiënt. Het besturen van de ketens is dan ook iets dat gezamenlijk gedaan wordt, een proces van *collaborative governance*.

In dit onderzoek gebruik ik het model van *collaborative governance* van Emerson et al. (2012), zoals te zien is in Figuur 2, dat onder andere is gebaseerd op het model van Ansell en Gash (2007). Emerson et al. (2012) hebben een aantal nieuwe elementen aan dat model toegevoegd, die ik in de context van dit onderzoek als relevant beschouw. Ze besteden bijvoorbeeld aandacht aan de context van een netwerk, die in het geval van de zorgketens zeker van invloed is, zoals ik besprak in Hoofdstuk 1. Zij noemen de samenwerking in een netwerk een *collaborative governance regime* (CGR). Voor het definiëren van een regime volgen de auteurs de definitie van Krasnet (1983): “sets of implicit and explicit principles, rules, norms, and decision-making procedures around which actors’ expectations converge in a given area”. Emerson et al. (2012) noemen hun model van CGR een geïntegreerd framework voor *collaborative governance*. Zoals te zien is in Figuur 2 bestaat het model uit verschillende componenten, die ik zal bespreken.

Figuur 2 Het geïntegreerde framework voor *collaborative governance* (Emerson et al., 2012)



Een CGR bevindt zich volgens Emerson et al. (2012) altijd in een ‘*system context*’, bestaande uit politieke, juridische, sociaaleconomische en andere krachten. Deze beïnvloeden het CGR en creëren kansen en belemmeringen voor het netwerk. De gezamenlijke acties die in een netwerk zelf plaatsvinden, kunnen op hun beurt ook het systeem waarin het netwerk zich bevindt, beïnvloeden. Een systeem is niet statisch, het moet dan ook niet worden gezien als een starre begintoestand, maar als veranderende condities die een CGR gedurende haar hele levensduur kunnen beïnvloeden en naar verloop van tijd dus ook nieuwe mogelijkheden en uitdagingen kunnen creëren (Emerson et al., 2012; 9).

Drivers

Emerson et al. (2012; 9) onderscheiden in de context van een CGR verschillende ‘*drivers*’. Dit zijn krachten die een stimulerende invloed hebben op het opstarten van een samenwerking in een CGR.

Deze drivers zijn leiderschap, drijfveren, onderlinge afhankelijkheid en toenemende onzekerheid (Emerson et al, 2012; 7). Volgens Emerson et al. (2012; 10) is één van deze vier drivers nodig om een CGR op te starten. Naarmate meer van deze factoren aanwezig zijn, wordt de kans groter dat organisaties gaan samenwerken in een CGR.

Collaboratieve dynamieken

De vier drivers zorgen er dus voor dat een CGR opstart. Vervolgens worden verschillende ‘*collaboration dynamics*’ in werking gezet die de interne radars van een CGR vormen. Die collaboratieve dynamieken leiden tot bepaalde acties. Zoals we zien in Figuur 2 leiden die acties tot ‘*impacts*’, die mogelijk ‘*adaptation*’ ofwel aanpassing van de context of de CGR zelf tot gevolg hebben (Emerson, 2012; 6). Emerson et al. (2012; 10) onderscheiden drie soorten collaboratieve dynamieken, die onderling samenhangen, namelijk *principled engagement*, gedeelde motivatie en capaciteit voor gezamenlijke actie.

Ten eerste *principled engagement*, waarbij actoren met verschillende achtergronden, relaties en doelen samenwerken, over de grenzen van hun eigen instituties heen, om problemen of conflicten op te lossen (Emerson et al., 2012; 10). Ook in de zorgketens werken verschillende professionals met verschillende achtergronden en disciplines met elkaar samen. Face-to-face dialoog kan hierbij behulpzaam zijn. Volgens Ansell en Gash (2007; 558) is dit nodig, maar niet voldoende. Om de verschillende actoren echt betrokken te maken, is nette, open communicatie nodig, waarbij alle relevante belangen eerlijk gerepresenteerd worden (Emerson et al., 2012; 11). *Principled engagement* ontwikkelt zich door vier processen, te weten ontdekking, definiëring, afweging en vaststelling:

- Door ontdekking onthullen en verkennen de netwerkactoren de individuele en gedeelde belangen, zorgen en waarden, om op die manier samen het gezamenlijke doel te bespreken.
- Via definiëring bouwt men gezamenlijke betekenissen, door te spreken over gedeelde intenties en doelen, door concepten en terminologie met elkaar af te stemmen en door taken en verwachtingen naar elkaar duidelijk te maken (Emerson et al., 2012; 12).
- Door een proces van afweging gaat men vervolgens op een redelijke, open wijze in gesprek over de bestaande verschillen en onenigheden in het netwerk (Emerson, 2012; 12). Vooral als actoren duidelijk verschillende belangen en perspectieven hebben, is deze stap belangrijk. Iedere actor moet zich gehoord voelen zodat de netwerkpartners gezamenlijk kunnen bepalen wat geschikte oplossingen zijn voor de onenigheden en zodat zij samen een gemeenschappelijk doel kunnen bepalen (Emerson et al., 2012; 12).
- Tot slot is er het proces van vaststelling, waarbij men bijvoorbeeld afspraken maakt over gebruikte procedures of acties die uitgevoerd moeten worden (Emerson et al., 2012; 12).

Een tweede collaboratieve dynamiek die Emerson et al. (2012) onderscheiden is gedeelde motivatie, wat inhoudt dat de netwerkactoren gezamenlijk motivatie moeten creëren om samen te werken. Dit ontstaat door onderling vertrouwen, begrip, interne legitimiteit en commitment:

- Vertrouwen ontstaat en versterkt naarmate actoren samenwerken, elkaar leren kennen en aan elkaar bewijzen dat zij redelijk, voorspelbaar en zeker zijn. Hierdoor voelen mensen zich veilig om verder te kijken dan hun eigen referentiekaders, om te proberen anderen te begrijpen (Emerson et al., 2012; 13).

- Een tweede element van gedeelde motivatie is het vormen van wederzijds begrip, wat inhoudt dat de netwerkactoren in staat zijn elkaars positie en belangen te begrijpen en te respecteren, zelfs als men het niet met elkaar eens is (Emerson et al., 2012; 13).
- Interne legitimiteit gaat over het proces van samenwerking. Dit proces moet legitimiteit hebben, men moet er vertrouwen in hebben dat de verschillende deelnemers betrouwbaar en geloofwaardig zijn en efficiënte en eerlijke collaboratieve dynamieken nastreven (Emerson et al., 2012; 14). Ansell en Gash (2007; 559) noemen dit toewijding aan het proces.
- Het laatste element van gedeelde motivatie is commitment, wat netwerkactoren in staat stelt om over de grenzen van hun eigen organisaties heen te bewegen en gezamenlijk de verbintenis tot een gedeeld pad aan te gaan (Emerson et al., 2012; 14).

De derde soort collaboratieve dynamieken die Emerson et al. (2012) onderscheiden is het creëren van capaciteit voor gezamenlijke actie. Netwerkactoren hebben een gedeeld doel, dat zij apart niet zouden kunnen bereiken. Door samen te werken lukt hen dat wel, maar zij moeten daar wel capaciteit voor creëren en ervoor zorgen dat die capaciteit ook blijft bestaan. Die capaciteit bestaat volgens Emerson et al. (2012; 14) uit verschillende elementen, die gezamenlijk effectieve actie mogelijk maken. Dit zijn afspraken, leiderschap, kennis en bronnen:

- Ten eerste zijn afspraken en protocollen nodig om te bepalen hoe men activiteiten onderneemt in het netwerk. Deze kunnen gaan over hoe organisaties met elkaar omgaan binnen het netwerk, maar ook over hoe het netwerk zich als geheel verhoudt tegenover externe stakeholders. Protocollen kunnen de vorm hebben van formele regels, maar ook van informele normen (Emerson et al., 2012; 14).
- Het tweede element dat capaciteit voor gezamenlijke actie kan creëren, is leiderschap, wat ook in het model van Ansell en Gash (2007) terugkomt. Leiderschap kan op vele verschillende manieren van invloed zijn. Zo kan het een externe driver zijn die een CGR initieert, zoals we eerder bespraken, maar ook juist het proces van samenwerking zelf vergemakkelijkt.
- Een derde element is kennis. Zoals we hebben gezien vormt medisch inhoudelijke kennis voor medisch professionals een van de fundamenteën van hun professionalisme (Stern, 2006). Het genereren, uitwisselen en beoordelen van kennis maakt samenwerking in een CGR mogelijk. Met kennis bedoelen Emerson et al. (2012; 16) niet simpelweg 'objectieve' informatie, maar kennis die is gedeeld, verwerkt en geïntegreerd met de waarden en het oordeel van de verschillende netwerkpartners. Op die manier wordt gedeelde kennis sociaal kapitaal (Emerson et al., 2012; 16).
- Tot slot maken bronnen capaciteit voor gezamenlijke actie mogelijk (Emerson et al., 2012; 16). Door samenwerking kunnen netwerkactoren hun bronnen met elkaar delen. Dit kan in de vorm van geld, maar ook tijd, technische of logistieke ondersteuning, administratieve hulp of specifieke expertise in een bepaald vakgebied. Het is te verwachten dat men in zorgketens ook bronnen uitwisselt, bijvoorbeeld op het gebied van kennis. Dat is immers nodig om *stepped care* mogelijk te maken, waarbij de patiënt zo 'laag' in de keten als mogelijk is, zijn behandeling ontvangt. Die partijen in de eerste lijn moeten dan wel beschikking hebben over de juiste behandelkennis.

Uiteindelijk hebben bovengenoemde collaboratieve dynamieken bepaalde acties als gevolg, die impact uitoefenen op het netwerk en de omliggende context. Deze impact kan van uiteenlopende aard zijn. Zo kan het intentioneel zijn en aansluiten bij de doelen die de netwerkpartners tijdens het proces van

principled engagement hebben opgesteld. *Collaborative governance* kan echter ook onbedoelde impact tot gevolg hebben, zaken die men van tevoren niet had voorzien. Impact kan op de korte termijn effect hebben, of pas later tot uiting komen. In het geval van de samenwerking in een zorgketen is de gewenste impact een geïntegreerd, aansluitend zorgpad voor de patiënt volgens de principes van *stepped care*. Ik kijk in dit onderzoek ook naar de knelpunten die revalidatieartsen ervaren bij hun werk, wellicht stuit ik daarbij op onbedoelde impact van de samenwerking in zorgketens.

In deze paragraaf heb ik het concept netwerk onderzocht en heb ik gekeken naar een aantal belangrijke processen en karakteristieken van de samenwerking tussen organisaties en personen in een netwerk. Zo hebben we gezien dat veel auteurs gezamenlijke doelen als een belangrijke voorwaarde zien voor geslaagde samenwerking. Het blijkt dat organisaties ook individuele doelen met zich meebrengen naar een netwerk en dat deze al dan niet kunnen conflicteren met het gezamenlijke doel. Vervolgens heb ik gekeken naar de relationele processen die tussen verschillende netwerkactoren plaatsvinden. Op basis van eigen percepties van de regels en context van een netwerk handelen netwerkactoren op een bepaalde manier om hun eigen belangen en die van het netwerk te behalen. Dit doen zij door *policy games* te spelen waarin zij strategieën toepassen. Tot slot heb ik gekeken naar een vorm van netwerk governance die ik verwacht te zien in zorgketens, namelijk *collaborative governance*. Ik heb gekeken naar de processen die bij *collaborative governance* voorkomen. Betekenisgeving is een van de processen die hierin een rol spelen. In de laatste paragraaf van dit theoretische kader besteed ik hier aandacht aan.

2.3 Betekenisgeving

In dit onderzoek kijk ik naar de betekenis die revalidatieartsen en andere actoren geven aan de rol van de revalidatiearts in de zorgketen. Om goed inzicht te krijgen in deze processen van betekenisgeving is het belangrijk te begrijpen hoe betekenisgeving werkt. In de voorgaande paragrafen is betekenisgeving al een aantal keer aan bod gekomen. Zo zagen we in paragraaf 2.2.5 dat netwerkactoren door *collaborative governance* gezamenlijke betekenis creëren. Door het vormen van *principled engagement*, het opbouwen van gedeelde motivatie en het creëren van capaciteit voor gezamenlijke actie, geven netwerkactoren gezamenlijk betekenis aan hun samenwerking. Zij gaan met elkaar in interactie over zaken als eigen en gezamenlijke doelen en problemen en kansen waar zij tegenaan kunnen lopen (Emerson, 2012). In deze paragraaf leg ik uitgebreider uit wat betekenisgeving inhoudt.

Ik gebruik de definitie van Weick (1993), die veel onderzoek naar betekenisgeving heeft verricht. Hij noemt dit proces 'sensemaking' en omschrijft het als volgt: "*the basic idea of sensemaking is that reality is an ongoing accomplishment that emerges from efforts to create order and make retrospective sense of what occurs*" (1993; 635). Individuen zoeken dus naar manieren om te begrijpen wat er in de wereld om hen heen gebeurt en dat proces heet betekenisgeving. Interactie, taal en communicatie zijn belangrijke middelen in het proces van betekenisgeving. Als actoren onderling spreken over wat er om hen heen gebeurt, krijgen situaties, organisaties en contexten gestalte en betekenis. Zo raken deze "*talked into existence*" (Weick, Sutcliffe en Obstfeld, 2005; 409).

Er gebeurt veel in organisaties. Het is onmogelijk om aan alles aandacht te geven. Daarom passen organisatielieden via betekenisgeving selectie toe, door uit al die informatie relevante, begrijpelijke gebeurtenissen te halen (Weick et al., 2005; 410). Vaak vinden gebeurtenissen plaats die passen binnen de mentale modellen en frames van een actor. Bolman en Deal (2008) stellen dat ieder individu bepaalde frame hanteert op basis waarvan hij betekenissen creëert. Een frame is een mentaal model, een set van ideeën en aannames, die iemand helpen om zaken te begrijpen. Zo kan een actor plaatsen waar hij mee te maken heeft en hoe hij daarop moet reageren (Bolman & Deal, 2008; 11). Zo'n mentaal model "*makes it possible to register and assemble key bits of perceptual data into a coherent pattern – a picture of what's happening*" (Bolman & Deal, 2008; 11). Mentale modellen helpen iemand dus bij het geven van betekenis aan de gebeurtenissen om hem heen.

Zoals ik in paragraaf 2.1 heb besproken maken revalidatieartsen als medisch professionals onderdeel uit van een gesloten medische beroepsgroep, die hun medisch professionalisme vormt. Het medisch professionalisme heeft veel invloed op de revalidatieartsen, want het stuurt hun normen en waarden en bepaalt over welke kennis zij beschikken. Zij hebben een specialistische opleiding ondervonden die hen kennis, ideeën en gedrag heeft bijgebracht dat hoort bij hun beroepsgroep. De mentale modellen van revalidatieartsen zullen dus sterk beïnvloed zijn door hun opleiding en beroepsgroep. In processen van betekenisgeving zal de revalidatiearts dan ook beïnvloed worden door zijn identiteit als medisch professional en de kennis en ervaringen die hij daardoor heeft opgedaan.

2.3.1 Het proces van betekenisgeving

Het proces van betekenisgeving vindt constant plaats. Actoren in organisaties hebben te maken met een constante stroom van informatie, gebeurtenissen en ervaringen, die Weick et al. (2005; 411) *ecological change* noemen. Organisatielieden pikken hier voor hen relevante informatie uit. Dit proces is afhankelijk van hun geheugen en eerdere ervaringen. Ook in een zorgketen bestaat de dagelijkse realiteit uit chaos en een grote hoeveelheid informatie. Revalidatieartsen hebben te maken met patiënten, medebehandelaars, managers en bestuurders binnen hun eigen organisatie en daarnaast ook nog met actoren uit andere organisaties in de keten en uit het omringende systeem. Deze actoren zijn in de keten verbonden via allerlei interacties die een stroom van informatie en ervaringen met zich meebrengen. Via processen van '*enactment*' en selectie worden deze ruwe data vervolgens bewerkt en gelabeld (De Caluwé, 2012; 367). Een actor bepaalt hoe hij de informatie wil interpreteren. Hij probeert relevante betekenis toe te kennen aan gebeurtenissen en zo orde aan te brengen in de chaos om hem heen. Vaak selecteren actoren op zo'n manier, dat hun eigen werkelijkheid voortdurend bevestigd wordt, zodat deze aansluit bij hun mentale modellen.

Tot slot verwerken zij de resultaten van het selectieproces, hun persoonlijke ervaringen en betekenissen, en slaan deze op in hun mentale modellen. Dit proces heet *retention* (Weick et al., 2005; 414). Op die manier vormen en bevestigen mensen dus continue hun eigen causale kaarten. Een causale kaart is constant in ontwikkeling, terwijl iemand ervaringen opdoet, concepten vormt en verbanden legt. Soms loopt een actor echter tegen zaken aan die niet passen binnen zijn mentale model en zijn bijbehorende verwachtingen. Hij kan hier dan geen relevante betekenis aan geven. Wat er dan gebeurt, bespreek ik in de volgende paragraaf.

2.3.2 Cognitieve dissonantie

We hebben gezien dat hoe iemand informatie interpreteert, afhangt van zijn mentale modellen: zijn verwachtingen, overtuigingen en waarden. Mensen ervaren vaagheid, een overvloed aan informatie en onduidelijkheid in hun dagelijks leven en proberen daar begrip in te creëren, door het te bekijken via hun eigen frames (Bolman & Deal, 2008; 38). Deze mentale modellen helpen hen zo bij het reduceren van ambiguïteit, doordat deze hen in staat stellen hun persoonlijke ervaringen in patronen en structuren vast te leggen (Boonstra & De Caluwé, 2007; 198). In organisaties komen echter vaak situaties voor waarin de realiteit niet in lijn loopt met de verwachtingen, waardoor mentale modellen niet de juiste verklaring en niet voldoende begrip kunnen creëren. Op dat soort momenten ontstaat bij de actoren '*disruption*' (Weick, 1993; 633). Festinger (1957) noemt dit cognitieve dissonantie, wat inhoudt dat er in onze omgeving te veel dubbelzinnige en niet te plaatsen informatie aanwezig is, die niet past binnen onze vertrouwde denkbeelden (Festinger, 1957 in De Caluwé, 2012; 367). Die ambiguïteit creëert ongemak, onbalans en een gevoel van spanning. Actoren willen hier vaak wat doen. Dat kan op twee manieren. Zij kunnen hun cognitie veranderen, door iets anders te denken of te willen. Zij passen dan in feite hun mentale modellen aan, veranderen of verbreden deze. Zij kunnen ook hun gedrag veranderen en op die manier de disruptie stoppen (De Caluwé, 2012; 367). Door op deze manier hun denken of hun gedrag te veranderen, past de situatie weer binnen hun mentale model. Zij kunnen dan weer relevante betekenis geven aan de situatie.

2. 4 Conclusie

In dit hoofdstuk heb ik gekeken naar wetenschappelijke theorie over de concepten die een rol spelen in dit onderzoek. In paragraaf 2.1 heb ik de rol van een professional in een organisatie onderzocht, met de nadruk op medisch professionals. Ik onderzoek de rol van de revalidatiearts, een medisch professional. Het is daarom relevant om te begrijpen wat het betekent om een medisch professional te zijn en wat de implicaties hiervan kunnen zijn voor iemands rolopvattingen. Vervolgens heb ik in paragraaf 2.2 samenwerking in een netwerk bekeken. In mijn onderzoek richt ik me op de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen. Een zorgketen is te beschouwen als een netwerk. Door te bekijken wat het inhoudt om samen te werken in een netwerk, kunnen we de rol van de revalidatiearts in de keten beter begrijpen. In paragraaf 2.3 heb ik onderzocht hoe het proces van betekenisgeving in zijn werk gaat. Als ik dit wil onderzoeken, zal ik moeten begrijpen wat betekenisgeving inhoudt en op welke manier actoren betekenis geven aan de wereld om hen heen. In het volgende hoofdstuk leg ik uit welke methoden ik heb gebruikt om mijn onderzoeksvraag te beantwoorden.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk besteed ik aandacht aan de methodologische keuzes die ik heb gemaakt bij het uitvoeren van het onderzoek en onderbouw ik deze keuzes. De vraag die ik met mijn onderzoek wil beantwoorden is welke betekenis revalidatieartsen en andere betrokken actoren geven aan de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen. Uitgaande van mijn onderzoeksvraag heb ik gekozen voor een bepaalde onderzoeksstrategie en een geschikt onderzoeksontwerp, die ik toelicht in paragraaf 1 en 2. Vervolgens leg ik in paragraaf 3 uit welke verschillende methoden ik heb gebruikt om data te verzamelen. In paragraaf 4 omschrijf ik hoe ik de analyse van de data heb uitgevoerd en tot slot besteed ik in paragraaf 5 aandacht aan de kwaliteitscriteria die bij kwalitatief onderzoek relevant zijn.

3. 1 Onderzoeksstrategie

Ik heb dit onderzoek gedaan vanuit een interpretatieve benadering. Schwandt (1994; 132) noemt het interpretativisme een *'persuasion'*, een overtuiging die iets zegt over hoe iemand de wereld om hem heen bekijkt. Het interpretativisme is een epistemologische stroming die tegengesteld is aan het natuurwetenschappelijke positivisme. Volgens interpretativisten zijn de principes van het positivisme niet van toepassing op onderzoek naar de sociale wereld (Bryman, 2012; 28). Dat positivisme ziet de 'werkelijkheid' als een verzameling van feiten, die onafhankelijk van ons bestaan. Positivisten willen door middel van wetenschappelijk onderzoek deze feiten achterhalen en op die manier rationele kennis vergaren, die iets objectiefs zegt over hoe onze wereld 'is' (Schwandt, 1994; 125). Aanhangers van het interpretativisme daarentegen, geloven niet dat de sociale wereld, mensen en instituties, volgens deze benadering onderzocht moeten worden. Zij zien de sociale wereld niet als een objectieve, kenbare 'werkelijkheid' maar als een construct (Bryman, 2012; 28). Individuen geven bepaalde betekenissen aan die werkelijkheid om hen heen, die hun denken en handelen sturen. Kennis en waarheid bestaan niet onafhankelijk van ons, maar worden door ons gecreëerd tijdens sociale interactie (Schwandt, 1994; 125). Interpretatief onderzoek focust op de processen waarin deze betekenissen worden gecreëerd, onderhandeld, doorleefd en aangepast, in hun specifieke context (Schwandt, 1994; 120). Interpretatief onderzoek heeft dan ook niet als doel het *verklaren* van menselijk gedrag, maar het *begrijpen* ervan. De onderzoeker wil de *'lived experience'* van zijn onderzoeksobject begrijpen en onderzoekt daarom vanuit een *emic* perspectief, vanuit het oogpunt van degene die het ervaart (Schwandt, 1994, p. 119).

De interpretatieve benadering heeft bepaalde implicaties voor mijn positie als onderzoeker. De onderzoeker en haar onderzoeksobject zijn door onderlinge interacties aan elkaar gelinkt, en de onderzoeksbevindingen worden letterlijk gecreëerd tijdens die interactie in het onderzoeksproces (Guba & Lincoln, 1994; 111). Ik sta dus niet als een onafhankelijke, neutrale actor 'buiten' mijn onderzoek, zoals men in natuurwetenschappelijk onderzoek nastreeft, maar maak zelf ook onderdeel uit van processen van betekenisgeving. Interpretatief onderzoek is hierdoor subjectief. Zoals Stake het omschrijft: *"It may be the cases own story, but it is the researcher's dressing of the case's own story"* (1994; 240). De invloed van de onderzoeker op de onderzoeksresultaten zal er dus altijd zijn. Dat is niet problematisch, want de interpretatieve onderzoeker streeft niet naar objectiviteit. Het is echter wel belangrijk dat ik mij als onderzoeker bewust ben van mijn eigen rol, ervaringen en waarden, op

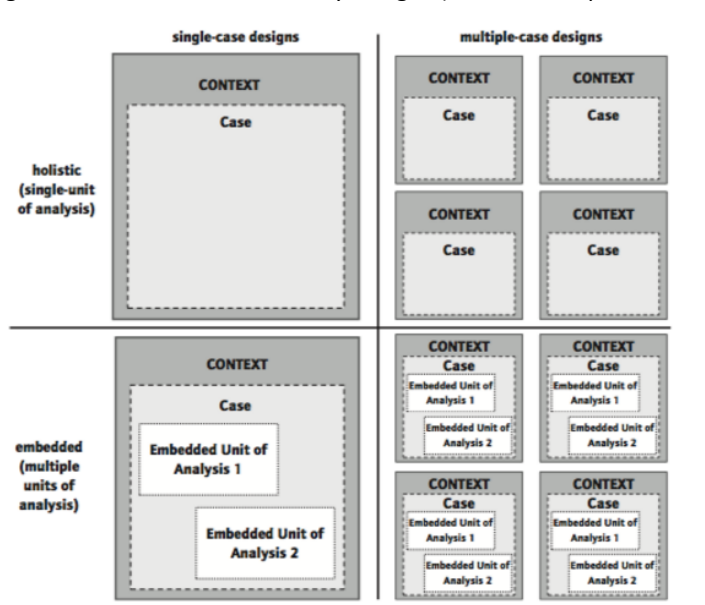
basis waarvan ik betekenis geef en te werk ga. Duidelijke reflectie hierover is belangrijk voor de kwaliteit van het onderzoek ('t Hart et al., 2005; 69). Ik besteed hier aandacht aan in paragraaf 5.

Een kwalitatief onderzoeksontwerp sluit goed aan bij een interpretatieve wetenschapsbenadering ('t Hart et al., 2005; 69). Om de gebeurtenissen en betekenisgeving vanuit het perspectief van de revalidatieartsen en andere betrokkenen te kunnen begrijpen, is het nodig dat ik diepgaand inzicht verkrijg in die processen van betekenisgeving. Kwalitatief onderzoek heeft als doel gedrag, ervaringen en beleving van actoren te beschrijven en is daardoor geschikt om een intensief en gedetailleerd inzicht te verkrijgen in een bepaald onderwerp ('t Hart, 2005; 253). *“It places a premium on detailed, rich descriptions of social settings”* (Bryman, 2012; 401). De onderzoeker is via het gebruik van kwalitatieve methoden in staat om niet alleen te kijken naar een fenomeen op zichzelf, maar zich ook te richten op de context van het fenomeen, en de manieren waarop deze context gedrag en betekenisgeving beïnvloedt (Bryman, 2012; 402).

3.2 Onderzoeksontwerp

Dit onderzoek heeft een *multiple embedded case study* ontwerp (Yin, 2003). Ik wil weten hoe revalidatieartsen en andere betrokkenen de rol van de revalidatiearts in de zorgketen zien. Een case study is een geschikt onderzoeksontwerp om de onderzoeker deze processen van betekenisgeving te laten begrijpen, omdat het hem in staat stelt diep in te gaan op de complexiteit en unieke aard van een case (Stake, 1994; 238). De onderzoeker kijkt naar een sociaal verschijnsel, de case, in haar natuurlijke omgeving gedurende een afgebakende periode en besteedt aandacht aan precieze beschrijvingen, interpretaties en verklaringen van de betrokkenen (Swanborn, 2008; 29). Yin maakt onderscheid tussen *single-case* en *multiple-case* designs en holistische en ingebedde designs. Dat resulteert in vier mogelijke onderzoeksontwerpen, zoals weergegeven in Figuur 3. Mijn onderzoek valt in te delen in het kwadrant rechtsonder.

Figuur 3 Verschillende case study designs (COSMOS Corporation in Yin, 2003)



Zoals ik in Hoofdstuk 1 heb toegelicht, heb ik ervoor gekozen de CVA en de dwarslaesie keten te onderzoeken, wat mijn onderzoek een *multiple-case study* maakt. Mijn onderzoek heeft een

exploratieve insteek, wat inhoudt dat het een oriënterend onderzoek is, waarin ik nieuwsgierig ben naar de verschillen en overeenkomsten tussen de betekenis die actoren geven aan de rol van de revalidatiearts in beide ketens. Exploratief onderzoek is “*ideal for analyzing what is common and/or different across cases that share some key criteria*” (Easterbrook et al., 2003; 3). CVA en dwarslaesie delen een voor mij relevant criterium: zij zijn beide geschikt voor organisatie in een keten, omdat beide zorgpaden redelijk vastliggen. Beide aandoeningen hebben een acute fase, een revalidatie fase en een chronische fase. Het organiseren van de zorg in een keten kan de samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders in deze opeenvolgende fasen verbeteren (Limburg & Voogdt, 2012; Spek, 2013). Zowel in de zorgstandaard Dwarslaesie als in de zorgstandaard CVA staat aangegeven dat optimalisatie van de samenwerkingsprocessen in de keten een belangrijk speerpunt is, dat zal leiden tot kwalitatief betere én efficiëntere zorg (Limburg & Voogdt, 2012; Spek, 2013). Met mijn onderzoek wil ik exploreren welke betekenissen betrokkenen geven aan de rol van de revalidatiearts en of deze betekenissen in de twee ketens met elkaar overeenkomen, of dat er belangrijke verschillen te vinden zijn.

Yin (2003) maakt ook verschil tussen holistische en ingebedde case studies (Afbeelding X). Een holistische case, zoals een organisatie, beschouwt hij als geheel. Bij een ingebedde case study onderscheidt men binnen de case verschillende analyse-eenheden, zoals afdelingen of werkgroepen, waar afzonderlijk op gefocust wordt (Yin, 2003). Binnen mijn onderzoek behandel ik de twee ketens als ingebedde cases. Dat maakt mijn onderzoek een *multiple embedded case study*. Ik beschouw ‘de CVA keten’ en ‘de dwarslaesie keten’ als gehele cases en heb per case twee ‘*units of analysis*’, ofwel twee regionale ketens, uitgekozen om te onderzoeken. Dit resulteert in vier ketens, verdeeld over twee regio’s, zoals te zien is in onderstaande Tabel 1. Voor een specifieke indeling van de respondenten per keten verwijst ik u naar Bijlage 1.

Tabel 1: Indeling onderzochte ketens

	CVA case	Dwarslaesie case
Regio A	<i>Keten 1</i>	<i>Keten 3</i>
Regio B	<i>Keten 2</i>	<i>Keten 4</i>

Caseselectie

Bij het selecteren van de vier ketens ben ik als volgt te werk gegaan. Bij de selectie was representativiteit van de regionale ketens geen criterium. Generalisaties van case studies zijn immers niet statistisch, wat zou betekenen dat ze iets zouden zeggen over de gehele populatie ketens, maar analytisch (Yin, 2003). Ik ga dieper in op het vraagstuk van generalisatie in paragraaf 5, Kwaliteitscriteria. Wat volgens Stake (1994; 244) leidend zou moeten zijn bij caseselectie is de ‘*opportunity to learn*’: welke case leert je het meest? Daarom heb ik de ketens geselecteerd waarvan ik meen dat ik er het meest van kan leren. Ik heb gezocht naar wat langer bestaande, duidelijk georganiseerde, interessante ketens die voor mij goed toegankelijk waren. Dat houdt in dat mij enerzijds vrije toegang werd verschaft om observaties en interviews uit te voeren en dat ik anderzijds toegang had tot geschreven informatie om te analyseren. Ik had ervoor kunnen kiezen om in slechts één regio de CVA keten en de dwarslaesie keten met elkaar te vergelijken, wat wellicht eenvoudiger was geweest, al was het maar omdat ik dan veel minder had hoeven reizen voor het afnemen van interviews. Ik ontdekte echter dat in Regio A de meest interessante, leerzame CVA keten te vinden was en in Regio B de meest interessante en leerzame dwarslaesie keten. Ik heb het devies van Stake (1994)

gevolgd en heb gekozen voor de grootste *'opportunity to learn'*, waardoor ik dus twee regio's ben gaan onderzoeken, in elke regio een CVA en een dwarslaesie keten. Ik verwijs u naar Bijlage 2 voor een samenvattend overzicht van de kenmerken van de vier verschillende ketens.

3.3 Onderzoeksmethoden

In case studies, zo ook in dit onderzoek, worden vaak verschillende onderzoeksmethoden met elkaar gecombineerd, zodat het fenomeen van verschillende kanten onderzocht en doorgrond kan worden (Bryman, 2012; 390). Dit heet datatriangulatie. Ik heb zo de inzichten uit meerdere bronnen met elkaar kunnen vergelijken en combineren, waardoor ik een vollediger beeld van het onderzochte fenomeen heb kunnen vormen. Ik heb gebruik gemaakt van drie verschillende methoden: observaties, documentenanalyse en interviews.

3.3.1 Observaties

De eerste methode van dataverzameling zijn observaties die ik heb gedaan tijdens situaties met relevante betekenis voor mijn onderzoek. Het was voor mij gemakkelijk om toegang te krijgen tot dit soort situaties, omdat ik gedurende de eerste vijf maanden van mijn onderzoeksperiode als stagiair een aantal dagen per week werkzaamheden verrichtte voor Revalidatie Nederland (RN). Ik was dus niet werkzaam binnen de onderzochte revalidatiecentra zelf, maar voor hun overkoepelende branchevereniging. Ik onderscheid twee verschillende soorten observaties, namelijk observaties 'in het veld', dus binnen de onderzochte organisaties, en observaties 'op kantoor', dus binnen de muren van RN.

Observaties in het veld kon ik maken als ik aanwezig was in de werkomgeving van mijn respondenten, dus binnen revalidatiecentra en in ziekenhuizen. Ik kwam daar wanneer ik interviews ging afnemen met respondenten, maar bijvoorbeeld ook tijdens twee symposia en twee werkbezoeken. Ik hield op die momenten altijd mijn oren en ogen open om bijvoorbeeld gesprekken op te vangen en gedrag waar te nemen. Hierdoor kon ik begrip ontwikkelen voor de context en omgeving waarin revalidatieartsen zich bevinden en heb ik de interactie tussen verschillende actoren uit de zorgketen kunnen waarnemen, wat mij informatie heeft opgeleverd over de processen van betekenisgeving die zich in de ketens afspelen.

Daarnaast heb ik vanuit mijn rol als stagiaire ook veel op het kantoor van RN gezeten, waar ik een eigen werkplek had. Bij RN komen talloze medewerkers uit de verschillende centra over de vloer, van revalidatieartsen tot bestuurders tot marketing- en communicatiemedewerkers. Deze verschillende actoren komen hier voor allerlei activiteiten, zoals bestuurscommissies, netwerkbijeenkomsten en platformen waarin overleg wordt gevoerd en ideeën worden uitgewisseld. Ketenzorg is tijdens dit soort bijeenkomsten een vaak besproken onderwerp. De rol van stagiair gaf mij een formele positie binnen de organisatie, op basis waarvan ik aanwezig kon zijn bij een tiental van dit soort bijeenkomsten, om observaties uit te voeren.

Ik heb mij tijdens mijn observaties geïntroduceerd als stagiair en onderzoeker, waardoor men op de hoogte was van mijn rol. Mijn observaties zijn te kenmerken als participatieve observaties ('t Hart et al., 2003; 272). Ik meng me als onderzoeker in het sociale leven van de betrokkenen en ik doe inzichten

op tijdens interactie met hen. 't Hart et al. (2003; 272) merken op dat deze vorm van observatie veel vraagt van een onderzoeker, omdat zij tegelijkertijd insider en outsider is, en voortdurend moet bepalen en onthouden welke observaties relevant zijn en welke niet. Om dit proces te vergemakkelijken heb ik voor mijzelf tijdens de observaties aantekeningen gemaakt van de gebeurtenissen die ik waarnam en relevant achtte. Dit soort aantekeningen worden ook wel *field notes* genoemd (Bryman, 2012; 477). In dit soort *field notes* probeerde ik zo concreet en objectief mogelijk te omschrijven wat ik waarnam. Na afloop van observaties werkte ik mijn *field notes* uit in uitgebreidere memo's, waarbij ik ook mijn eigen interpretaties van de situatie meenam. Op deze manier ontstond een uitgebreid logboek met daarin een waardevolle collectie gegevens ik heb gebruikt om de informatie uit interviews en documenten aan te vullen en te verdiepen.

Het is belangrijk te vermelden dat ik als observant altijd mijn eigen subjectiviteit meebreng in het proces van observatie, hoe objectief ik mijn *field notes* ook probeer te maken. Ik bepaal wat ik belangrijk genoeg vind om waar te nemen en op te schrijven. Dit doe ik deels omdat bepaalde theorie mij vertelt wat relevant zou kunnen zijn, maar ook deels door eigen onbewuste selectiecriteria. Bryman (2012) noemt dit de *observer bias*. Ook spelen simpele zaken als toeval een rol bij wat ik als onderzoeker wel of niet heb opgemerkt.

3.3.2 Documentenanalyse

Naast observaties heb ik in dit onderzoek verschillende documenten als bron van data gebruikt. Hieronder vallen onder andere:

- Interne beleidsdocumenten en openbare jaarverslagen van revalidatiecentra en Revalidatie Nederland
- Onderzoeksrapporten en toekomstvisies over de Nederlandse zorgsector in het algemeen en de revalidatiesector in het bijzonder, van onderzoeksbureaus zoals NIVEL, Transo, Nictiz, en de RVZ
- Medisch inhoudelijke zorgstandaarden, behandelkaders en protocollen omtrent CVA en dwarslaesie (keten)zorg
- Toegepast onderzoek, adviesrapporten, artikelen, columns en dergelijke over de organisatie van zorg in zorgketens

Aan het begin van het onderzoek hebben deze documenten mij geholpen bij het oriënteren op het onderwerp ketenzorg. Dit verschafte mij duidelijkheid over welke termen men gebruikt, welke onderwerpen momenteel spelen in het veld en welke zaken men belangrijk vindt. Daarnaast kreeg ik zo een idee hoe de structurele inrichting van een zorgketen eruit ziet. Ook heb ik ze gebruikt om een globaal idee te krijgen van het medisch inhoudelijk aspect van CVA en dwarslaesie zorg, voor zover mijn achtergrond als organisatiewetenschapper dat toeliet.

Ook gedurende het onderzoek ben ik doorgedaan met het verzamelen van relevante documenten, afkomstig uit de specifieke ketens die ik onderzocht. Bepaalde documenten waren vrij toegankelijk, bijvoorbeeld via de website van een revalidatiecentrum. Andere documenten, zoals beleidsplannen, kreeg ik opgestuurd van respondenten als zij dachten dat deze voor mij relevant konden zijn. Deze documenten verschafte mij inzichten in de wijze waarop men in de onderzochte ketens over ketenzorg spreekt. Dit gaf mij aanwijzingen over de manier waarop men betekenis geeft aan de

samenwerking in zorgketens. Tijdens het lezen van deze documenten heb ik memo's bijgehouden, van relevante ideeën en inzichten, die ik opnam in het logboek waarin ik ook mijn observaties uitwerkte.

3.3.3 Interviews en gesprekken

De meest omvangrijke bron van data voor dit onderzoek zijn interviews met revalidatieartsen en andere betrokkenen binnen de zorgketens. Het afnemen van interviews stelden mij in de gelegenheid om in gesprek te gaan met de respondenten over de ervaringen die zij meemaken tijdens het samenwerken in een zorgketen. Door diep in te gaan op hun meningen, emoties, en frustraties probeerde ik voor mijzelf een beeld te vormen hoe zij betekenis geven aan die samenwerking en hoe zij hun eigen rol daarin ervaren. Ik heb semi-gestructureerde interviews gehouden, omdat deze vorm van interviewen ruimte biedt voor de eigen bewoording en eigen inbreng van de respondenten, wat mij hielp hen beter te begrijpen (Bryman, 2012; 212). Ik gebruikte een topic list met redelijk specifieke onderwerpen die ik aan bod wilde laten komen. Deze onderwerpen heb ik van tevoren geselecteerd op basis van relevante concepten uit de wetenschappelijke literatuur over netwerken en medisch professionals (Hoofdstuk 2). Deze topiclist is te vinden in Bijlage 3. Het interview is echter niet volledig vastgelegd, maar biedt ruimte voor onderwerpen die niet in de topic list voorkomen (Bryman, 2012; 470). Hierdoor krijgt de respondent de mogelijkheid om in eigen woorden duiding te geven aan de onderwerpen die ik aanstip. Het stelt mij ook in staat dieper in te gaan op nieuwe onderwerpen die de respondenten ter sprake brengen. Gedurende het onderzoeksproces heb ik mijn topic list uitgebreid met onderwerpen die in voorgaande interviews relevant bleken te zijn bij processen van betekenisgeving.

Voor de selectie van respondenten heb ik per keten gekeken welke organisaties in die keten revalidatieartsen in dienst hadden. De meeste revalidatieartsen die ik heb gesproken werken voor revalidatie-instellingen, ik heb echter ook een klein aantal revalidatieartsen gesproken die in dienst zijn van een ziekenhuis. Een ziekenhuis of revalidatie-instelling heeft per aandoening slechts een of een klein aantal revalidatieartsen met die betreffende specialisatie in dienst, daarom was de keuze uit respondenten niet groot en was het een kwestie iedereen benaderen die CVA of dwarslaesie als specialisatie had. Ik heb twee afwijzingen ontvangen, voor de rest waren alle revalidatieartsen bereid om mee te werken aan het onderzoek. In totaal heb ik 11 CVA revalidatieartsen geïnterviewd en 8 dwarslaesie revalidatieartsen. Wat betreft de categorie 'overige betrokken actoren' heb ik gebruik gemaakt van de methode genaamd 'snowball sampling', wat inhoudt dat ik mij door eerder gesproken respondenten heb laten doorverwijzen naar nieuwe, relevante respondenten (Bryman, 2012; 202). Voor deze categorie had ik immers geen afgebakende groep in mijn hoofd, maar wilde ik een brede en bovenal relevante groep mensen spreken die aanvullende perspectieven konden bieden op de rollen die de revalidatieartsen voor zichzelf in de keten zagen liggen. Uit deze groep heb ik in totaal 7 respondenten gesproken. Omdat deze groep bestaat uit zulke uiteenlopende personen, kan ik het onderzoeksrapport niet naar hun functies verwijzen, zoals ik dat bij de revalidatieartsen wel doe. Hun anonimiteit komt dan in het geding. Daarom heb ik er voor gekozen naar deze groep te verwijzen als 'ondersteunend/organisationeel', omdat deze termen het werk van al deze personen dekken. Voor een overzicht van de indeling van (anonieme) respondenten per keten verwijs ik u naar Bijlage 1.

3.4 Analyse

Naast het verzamelen van verschillende soorten data heb ik een belangrijk deel van mijn tijd besteed aan het analyseren van deze data. Ik heb dit gedaan via zogenaamde ‘thematische analyse’, wat inhoudt dat ik heb gekeken naar de verschillende thema’s die ik in mijn data terug zag komen. Voor het analyseren van mijn data heb ik gebruik gemaakt van NVivo 11 Pro, een softwarepakket voor kwalitatieve analyse van tekstuele data. Ik heb de getranscribeerde interviewdata en de observatieverslagen in het programma geupload, zodat ik deze kon coderen. Coderen houdt in dat de onderzoeker zijn data opbreekt in kleine stukjes, waar hij een label of een ‘code’ aan hangt (Bryman, 2012; 568). Ik heb gebruik gemaakt van open, axiaal en selectief coderen, een strategie van Strauss en Corbin (1990) (in Bryman, 2012; 569). Ik ben begonnen met open coderen. Ik was toen ook nog bezig met het verzamelen van data. Binnen kwalitatief onderzoek is het echter niet problematisch dat de dataverzamelings- en de analysefase in elkaar overlopen, omdat de onderzoeker bezig is met constante vergelijking. Nieuwe gegevens worden vergeleken met data die er al waren. Op die manier kan de onderzoeker patronen ontdekken in categorieën die hij onderscheidt en constant zijn ideeën controleren, verrijken en aanvullen (’t Hart et al., 2005; 277).

Bij open coderen geeft de onderzoeker elk stukje tekst een inhoudelijke code (Bryman, 2012; 569). Aan het begin van het coderen wist ik nog niet wat er wel en niet relevant was in mijn onderzoek en dus heb ik alle fragmenten uit de gecodeerde interviews een code gegeven. Sommige fragmenten kregen twee of zelfs meerdere codes toegewezen, omdat deze op verschillende manieren te thematiseren waren. Ik ben hiermee gestopt toen ik geen nieuwe codes meer kon genereren en de volgende nieuwe fragmenten allemaal onder bestaande codes onder te verdelen waren. Het resultaat van deze eerste codeerronde was een lijst van zo’n 140 codes, die onderwerpen weerspiegelden die allemaal in meer of mindere mate relevant leken te zijn binnen mijn onderzoek. Om wijs te worden uit de grote hoeveelheid codes die open coderen oplevert, is de tweede stap in het analyseproces axiaal coderen. Hierbij worden verbindingen gemaakt tussen de verschillende codes. Sommige codes lijken met elkaar verbonden te zijn, doordat ze bijvoorbeeld vaak samen voorkomen of een oorzaak-gevolg relatie lijken te hebben (Bryman, 2012; 569). Door met elkaar verbonden codes te clusteren in groepen vormden zich overkoepelende thema’s, met bijbehorende subthema’s. Daarnaast had ik een aantal codes die dubbel voorkwamen of deels overlaptten, deze heb ik samengevoegd. Op deze manier nam het aantal codes af, ontstond steeds meer structuur en kreeg ik overzicht over de belangrijke en minder belangrijke thema’s in het onderzoek. Ik kreeg tijdens deze fase steeds meer ideeën over de bevindingen die uit mijn onderzoek kwamen. Ik was in deze fase dan ook constant verschillende versies aan het schrijven van mijn bevindingenhoofdstuk, om zo voor mezelf helder te krijgen wat ik over wilde brengen. De laatste stap van het coderen is selectief coderen. Hierbij moet de onderzoeker zijn ‘*core categories*’ bepalen, zijn centrale thema’s waarbij alle andere thema’s zijn onder te brengen (Bryman, 2012; 569). Aan het eind van het coderen had ik een helder beeld van de belangrijkste thema’s binnen het onderzoek. De drie rollen van de revalidatiearts kwamen hierbij naar voren als de drie hoofdthema’s waar ik alle thema’s, knelpunten en oplossingen onder kon verdelen. Op basis van ben ik mijn resultaten definitief gaan uitwerken.

3.5 Kwaliteitscriteria

3.5.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid zegt iets over de mate waarin de *“findings of a study are independent of accidental circumstances of their production”* (Kirk & Miller, 1986 in Silverman, 2011; 360) en gaat over de herhaalbaarheid van het onderzoek. Dit onderzoek is volledig door mij uitgevoerd en in mijn handelen oefen ik een bepaalde invloed uit op het onderzoeksproces, van het verzamelen en analyseren van data tot het opschrijven van bevindingen. Hierdoor is het onontkoombaar dat mijn resultaten voor een deel zullen afhangen van de toevallige omstandigheden van dit onderzoek en van mijn persoonlijke invulling als onderzoeker. Daarom kan kwalitatief onderzoek nooit exact worden herhaald. Dat wil niet zeggen dat dit onderzoek niet betrouwbaar is. Er kan immers veel gedaan worden om de betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te houden. Volgens Silverman (2011) is transparantie hierbij erg belangrijk. Ik hou mijn onderzoeksproces zo transparant mogelijk, door in dit hoofdstuk inzicht te geven in de methodologische keuzes die ik heb gemaakt bij het plannen en uitvoeren van dit onderzoek. Daarnaast geef ik in Bijlage 3 inzicht in de gebruikte topic list bij de semigestructureerde interviews. Door hier inzicht in te bieden, kunnen geïnteresseerden nagaan of ik de juiste keuzes heb gemaakt en kan het onderzoek in theorie op dezelfde manier opnieuw uitgevoerd worden.

3.5.2 Validiteit

Men maakt onderscheid tussen interne en externe validiteit. Een veelgehoord punt van kritiek op kwalitatief onderzoek in het algemeen en case studies in het bijzonder, is het probleem van generalisatie, ofwel externe validiteit (Bryman, 2012; 69). De vraag is in hoeverre de bevindingen van één of een klein aantal cases van een bepaald fenomeen van toepassing zijn op dat fenomeen als geheel. Volgens Yin (2003; 43) is het bij het bepalen van externe validiteit belangrijk het verschil te maken tussen statistische generalisatie en analytische generalisatie. Statistische generalisatie is van toepassing op enquêteonderzoek en wil zeggen dat de getrokken steekproef representatief moet zijn voor de onderzochte populatie als geheel. Bij een case study, zoals dit onderzoek, werkt men echter niet met steekproeven uit een populatie. Statistische representativiteit is voor mij dan ook niet aan de orde. In plaats daarvan streef ik naar analytische generalisatie (Yin, 2003; 54). Yin (2003; 43) stelt dat *“in analytical generalization, the investigator is striving to generalize a particular set of results to some broader theory”*. Dit houdt in dat de onderzoeksresultaten bij een inhoudelijke theorie passen en deze aanvullen of nuanceren. Dit is wat ik doe in mijn onderzoek. Ik maak gebruik van reeds bestaande wetenschappelijke kennis, waaruit ik een relevant theoretisch kader heb samengesteld (Hoofdstuk 2), op basis waarvan ik een idee ontwikkel over wat voor soort bevindingen ik zal doen (Smaling, 2009; 7). Als mijn bevindingen het theoretisch kader bevestigen, kan ik op basis daarvan generaliseren naar nieuwe gevallen die passen binnen het theoretische kader (Smaling, 2009; 8). Dit zou betekenen dat de inzichten die ik opdoe in mijn onderzoek, mogelijk ook toepasbaar zijn op gelijksoortige gevallen, die zich binnen dezelfde theoretische context bevinden, zoals bijvoorbeeld revalidatieartsen binnen een andere CVA of dwarslaesie keten in Nederland.

Interne validiteit houdt zich bezig met de vraag of de verkregen gegevens wel juist worden begrepen door de onderzoeker en niet in een verkeerde richting worden geïnterpreteerd ('t Hart et al, 2005; 281). Hiermee bedoelt men dus dat er een match is tussen wat de onderzoeker waarneemt en de theoretische ideeën die hij op basis daarvan opdoet. Ik heb dit bewaakt door mijn denkstappen regelmatig te bespreken met mijn begeleiders, om te controleren of ik logische redeneringen maak. Daarnaast besteed ik aandacht aan theoretische transparantie, door duidelijk aan te geven op welke manier ik theoretische conclusies trek uit mijn geanalyseerde data (Silverman, 2011, p. 360). Een

manier waarop de interne validiteit van een onderzoek ondermijnd kan worden, is wanneer respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven, bijvoorbeeld doordat zij zich verplicht voelen dit te doen of het gevoel hebben in de gaten te worden gehouden ('t Hart et al., 2005; 169). Een onderzoeker kan nooit zeker weten wanneer een respondent sociaal wenselijke in plaats van eerlijke antwoorden geeft. Hij kan echter wel zorgen voor een zo veelzijdig mogelijke beschrijving van de situatie, waardoor afwijkende antwoorden zullen opvallen en gecontroleerd kunnen worden. De onderzoeker kan dit doen door gebruik te maken van datatriangulatie (Bryman, 2012; 390), wat ik ook heb gedaan in mijn onderzoek. Ik heb meerdere onderzoeksmethoden naast elkaar gebruikt, waardoor ik uit verschillende bronnen data kon verzamelen en met elkaar vergelijken. Op die manier ontstaat een diepere en veelzijdigere beschrijving van de situatie. Ik vind het belangrijk om hierbij een zwakte van dit onderzoek aan te stippen. Ik ben niet bij medisch inhoudelijke overleggen, zoals een MDO, aanwezig geweest, in verband met het medisch beroepsgeheim. Dit zijn wel belangrijke momenten waarop samenwerking in de zorgketen plaatsvindt, dus het was relevant geweest als ik hier bij had kunnen zijn. Soms heeft een onderzoeker echter bepaalde grenzen te accepteren. Zoals ik heb omschreven, heb ik echter andere observaties gedaan, waardoor ik heb geprobeerd de interne validiteit van het onderzoek zo veel mogelijk te waarborgen.

3.5.3 Bescherming respondenten

In dit onderzoek laat ik mijn respondenten anoniem. Hun namen zijn weggelaten, functies worden wel aangegeven. Daarnaast heb ik ook alle namen van steden, organisaties en zorgdiensten geanonimiseerd, om ervoor te zorgen dat respondenten hierdoor niet kunnen worden herleid. Het is voor de context van mijn onderzoek niet relevant om welke specifieke organisaties en personen het gaat, dus ik beschouw deze anonimiteit niet als een afbreuk aan de kwaliteit van dit onderzoek.

4. Bevindingen

In dit hoofdstuk deel ik aan de hand van citaten uit de interviews, observaties en documentenanalyse de resultaten die uit mijn onderzoek naar voren zijn gekomen. Op basis van deze bevindingen wil ik antwoord geven op mijn onderzoeksvraag:

“Welke betekenis geven revalidatieartsen en andere betrokken actoren aan de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen?”

Om antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag, heb ik een aantal verschillende deelvragen opgesteld, zoals ik heb uitgelegd in de inleiding.

1. *Hoe ziet de samenwerking in de CVA en dwarslaesie zorgketen eruit?*
2. *Welke verschillende rollen nemen revalidatieartsen aan in deze ketens?*
3. *Welke knelpunten ervaren zij bij het uitoefenen van die rollen?*
4. *Wat doen zij eraan om deze knelpunten aan te pakken?*

Voor een goed begrip van de processen van betekenisgeving is het belangrijk de unieke situatie en context te begrijpen waarin de revalidatieartsen zich bevinden. De eerste deelvraag is dan ook bedoeld als verkenning van het veld waar de revalidatieartsen zich in bevinden: de CVA en de dwarslaesie zorgketen. Deze vraag behandel ik in paragraaf 4.1. Op basis van informatie uit interviews en documenten, zoals medische zorgstandaarden en behandelkaders, geef ik een globale omschrijving van hoe een CVA en een dwarslaesie keten eruit zien, zonder daarbij al af te dalen naar het niveau van een specifieke case.

Vervolgens richt ik me op de betekenis die revalidatieartsen en andere actoren in de keten geven aan de rol van de revalidatiearts in de keten. Ik heb in de interviews en observaties niet één duidelijk afgebakende rol ontdekt, maar drie verschillende rolpercepties. Dit zijn de rol van ‘toegangspoort’, van ‘specialist’ en van ‘vangnet’. In paragraaf 4.2, 4.3 en 4.4 zal ik deze drie rollen achtereenvolgens behandelen. De betekenisgevingsprocessen van de revalidatieartsen zijn hierbij leidend en ik gebruik het perspectief van andere actoren om aanvullende, verbredende of contrasterende zienswijzen aan te stippen. De derde en vierde deelvraag zijn gericht op de knelpunten die revalidatieartsen ervaren bij het uitoefenen van hun rollen en welke acties zij ondernemen om deze knelpunten te omzeilen of op te lossen. Omdat de respondenten per rol specifieke knelpunten ervaren, besteed ik hier per paragraaf aandacht aan. Sommige knelpunten komen voor in zowel de CVA als de dwarslaesie keten, andere knelpunten zie ik alleen terug in één van beide ketens. Ik maak waar mogelijk per knelpunt een vergelijking tussen de CVA en dwarslaesie keten. In Bijlage 4 geef ik een overzicht van de besproken knelpunten en oplossingen.

4.1 De CVA en dwarslaesie zorgketen

In deze eerste paragraaf geef ik een korte beschrijving van het zorgproces in een CVA en een dwarslaesie keten. Ik omschrijf welke partijen bij de zorg betrokken zijn en hoe de patiëntenstromen verlopen. Ik kijk ook naar een aantal verschillen en overeenkomsten tussen CVA en dwarslaesie zorg.

Het doel is om duidelijkheid te scheppen in de context waarin de revalidatieartsen zich bevinden. Dat zal ons helpen bij het begrijpen van de processen van betekenisgeving aan de rol van de revalidatiearts.

4.1.1 CVA ketenzorg

Volgens de Zorgstandaard CVA/TIA is een CVA “een acute verstoring van de bloedvoorziening van de hersenen, die tot neurologische verschijnselen aanleiding geeft en langer dan 24 uur duurt of binnen die tijd leidt tot de dood. [...] Bij een CVA raakt het hersenweefsel door een gebrek aan zuurstof en glucose of door de directe druk van de bloeding beschadigd. Afhankelijk van de omstandigheden kan het hersenweefsel een zuurstoftekort soms urenlang overleven. Er treedt dan een verlies van functies op, maar die kunnen terugkeren nadat de normale bloedvoorziening is hersteld (Limburg & Voogdt, 2012, p. 4). Herstel kan verschillend verlopen, van bijna volledige genezing tot vergaande blijvende beperkingen of overlijden (Limburg & Voogdt, 2012, p. 4).

Het zorgpad dat de CVA patiënt doorloopt, is volgens het Kennisnetwerk CVA op te delen in drie fases. De acute fase betreft het moment dat de patiënt de beroerte heeft tot de eerste paar dagen daarna. In deze fase is het belangrijk dat de beroerte zo snel mogelijk herkend wordt, zodat de patiënt direct kan worden doorgestuurd naar het ziekenhuis. Dit gebeurt al dan niet via de huisarts en/of een ambulance. In het ziekenhuis krijgt de patiënt een behandeling, gericht op het voorkomen van complicaties en nieuwe beroertes. Als de patiënt is gestabiliseerd, bepaalt de behandelend specialist, vaak in een multidisciplinair overleg (MDO) met onder andere revalidatiearts en/of specialist ouderengeneeskunde, waar de patiënt gaat revalideren. Dit proces wordt triage genoemd (Limburg & Voogdt, 2012; 7).

In de revalidatiefase heeft de patiënt verschillende mogelijkheden. Kennisnetwerk CVA onderscheidt grofweg vijf opties:

1. De patiënt gaat direct naar huis en ontvangt eventueel thuiszorg, paramedische begeleiding en/of poliklinische revalidatiebehandeling.
2. De patiënt wordt voor medische specialistische revalidatie opgenomen in een revalidatiecentrum. Daarna gaat hij naar een vervolginstelling of naar huis, waar hij eventueel nog aanvullende zorg ontvangt.
3. De patiënt wordt voor geriatrische revalidatie opgenomen in een verpleeghuis. Daarna blijft hij op een permanente afdeling in een verpleeghuis, of gaat hij naar huis, waar hij eventueel nog aanvullende zorg ontvangt.
4. Sommige patiënten worden direct voor permanent verblijf opgenomen in een verpleeghuis.
5. Sommige patiënten worden in het ziekenhuis overgeplaatst naar een andere afdeling, omdat zij nog andere specialistische zorg nodig hebben (Werkgroep Zorg in de chronische fase, 2015; 6).

Als een CVA patiënt na de acute fase klinisch moet revalideren, kan dat op twee manieren. Hij kan naar het revalidatiecentrum voor medisch specialistische revalidatie onder verantwoordelijkheid van de revalidatiearts, of hij gaat naar een verpleeghuis voor geriatrische revalidatie, waar de specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar is. Algemeen gesteld zijn geriatrische revalidatiepatiënten minder goed belastbaar, minder trainbaar en daardoor minder geschikt voor het volgen van een

intensief medisch specialistisch revalidatieprogramma, zoals dat in het revalidatiecentrum wordt gegeven (Achterberg, 2011; 168). Geriatrische revalidatie houdt hier rekening mee, heeft een lager tempo en is minder belastend voor de patiënt.

De revalidatiefase duurt tot ongeveer zes maanden na het CVA. Tot aan dat moment is over het algemeen nog verbetering van het functioneren van de patiënt mogelijk. Daarna breekt de chronische fase aan. Die is vooral gericht op het (leren) omgaan met de blijvende beperkingen die het CVA heeft veroorzaakt, het voorkomen van achteruitgang, het bevorderen van participatie en het ondersteunen van de mantelzorg(er) (Limburg & Voogdt, 2012; 7). Er zijn allerlei instanties die zich richten op het adviseren, begeleiden en ondersteunen van de patiënt in de chronische fase. Vaak ontvangt de patiënt ook in de chronische fase nog (para)medische behandeling in de eerste lijn. Er bestaat overigens discussie over het strakke onderscheid tussen de revalidatie- en chronische fase. Critici benadrukken dat óók in de chronische fase de patiënt nog in staat kan zijn te herstellen, dus dat ook hier revalidatiebehandeling nog van zeer toegevoegde waarde kan zijn (Willems, de Boer-Fleischer, Schepers, van de Port & Visser-Meily, 2012; 75). Ik ben het hier mee eens, maar omdat het de overzichtelijkheid vergroot, zal ik in dit rapport toch gebruik maken van het onderscheid tussen de drie fasen.

4.1.2 Dwarslaesie ketenzorg

De dwarslaesie zorgketen heeft veel overeenkomsten met de CVA keten, maar er zijn ook een aantal belangrijke verschillen. Ook bij dwarslaesie onderscheidt men een acute, revalidatie en chronische fase. Net als bij een CVA blijft iemand met een dwarslaesie altijd patiënt, omdat de patiënt nooit volledig geneest. Volgens de Zorgstandaard Dwarslaesie is een dwarslaesie: *“een beschadiging van het ruggenmerg ten gevolge van een trauma, vaatstoornissen, ontsteking, ziekteproces of is aangeboren (spina bifida). Door de beschadiging kunnen signalen via de zenuwbanen niet meer hun doelgebied bereiken. Hierdoor treedt er een verlies op van lichaamsfuncties”*. Het kan gaan om bewegingsuitval, gevoelsuitval of uitval van vegetatieve functies, de ernst en grootte van de uitval hangt af van hoeveel ruggenmerg er beschadigd is (Spek, 2013; 13). Al denkt men bij de oorzaak van een dwarslaesie vaak aan een ernstig ongeval, dwarslaesies kunnen ook hele andere oorzaken hebben. In tegenstelling tot CVA patiënten, die in de meeste gevallen op de neurologische afdeling van het ziekenhuis liggen onder verantwoordelijkheid van de neuroloog, kunnen dwarslaesie patiënten op allerlei afdelingen in het ziekenhuis liggen, onder verantwoordelijkheid van verschillende soorten specialisten.

Een ander verschil met de CVA keten is dat vrijwel alle dwarslaesie patiënten in de revalidatiefase voor klinische revalidatiebehandeling naar een revalidatiecentrum gaan. Alleen als de prognose dermate slecht is, bijvoorbeeld bij oncologische patiënten, gaat de patiënt direct naar huis of naar een verpleeghuis. Het komt ook nog weleens voor dat een patiënt een zeer incomplete dwarslaesie heeft, waardoor hij nauwelijks uitval heeft en dus weinig zorg nodig heeft. Klinische revalidatie is dan niet nodig en hij kan direct naar huis. Dit is echter eerder uitzondering dan regel.

Het Nederlands Vlaams Dwarslaesie Genootschap (NVDG) onderscheidt twee patiëntgroepen: NVDG-niveau 1 patiënten en NVDG-niveau 2 patiënten. Deze twee subgroepen gebruikt men om de mate van complexiteit van de dwarslaesie aan te geven. Kort gezegd vallen onder niveau 1 ofwel patiënten met

al langer bestaande dwarslaesies of caudalaesies¹, ofwel recent ontstane, relatief ‘simpele’ caudalaesies zonder blaas-, darm- of seksuele stoornissen. Niveau 2 patiënten zijn alle mensen met een recent ontstane dwarslaesie, of mensen met een recent ontstane caudalaesie mét blaas-, darm- of seksuele stoornissen (Sluis, 2011; 2). Het Behandelkader Dwarslaesie stelt bepaalde eisen aan de klinische behandeling van NVDG-niveau 2 patiënten. Er zijn in Nederland acht revalidatiecentra die voldoen aan deze eisen, de zogenaamde gespecialiseerde dwarslaesiecentra. NVDG-niveau 2 patiënten moeten voor de klinische behandeling naar één van deze centra. Voor het poliklinische deel van de revalidatie is het wel mogelijk dat de patiënt zich in een niet-specialistisch (verder: perifeer) centrum laat behandelen.

Na de revalidatiefase gaat de patiënt weer terug naar huis en breekt de chronische fase aan. Dwarslaesiepatiënten kampen vaak met problematiek die zeer aandoeningsspecifiek is, zoals doorligwonden, spasticiteit, zitproblematiek, blaas- en darmproblematiek en seksualiteitsproblematiek (Spek, 2013; 50). Doordat dwarslaesies relatief weinig voorkomen, hebben huisartsen weinig dwarslaesiepatiënten in hun praktijk, waardoor zij onvoldoende op de hoogte zijn van de specifieke behandeling ervan. Een dwarslaesiepatiënt blijft dan ook vrijwel altijd onder controle bij een revalidatiearts en/of een speciale nazorgverpleegkundige in het revalidatiecentrum. De frequentie van de controles is afhankelijk van de specifieke situatie van de patiënt (Spek, 2013; 49).

Nu ik een globaal overzicht heb gegeven van de aard van de aandoeningen en het pad dat een patiënt door de CVA en dwarslaesie keten aflegt, kunnen we ons een beeld vormen van de context van de revalidatiearts. In de volgende paragrafen zal ik mij richten op de betekenis die zij aan hun werk geven en de verschillende rollen die zij voor zichzelf zien weggelegd in de keten.

4.2 De rol van ‘Toegangspoort’

Alle respondenten zijn het erover eens dat de belangrijkste taak van revalidatie is, te garanderen dat de patiënten in de keten die baat hebben bij medisch specialistische revalidatie, deze zorg ook krijgen. Zoals ik uitlegde in de eerste paragraaf beginnen de werkzaamheden van de revalidatiearts al in het ziekenhuis, tijdens de acute fase. Hij is dan betrokken bij het bepalen van de vervolgbehandeling van de patiënt, de triage. Daarnaast geeft hij in het ziekenhuis ook behandeling en advies (De Jong & Passier, 2016; 11). Niet alle revalidatieartsen zijn werkzaam in een ziekenhuis, maar degene die dat wel zijn, hebben volgens de respondenten een cruciale toegangspoort-rol. Door een indicatie voor revalidatiezorg te geven, zorgen zij ervoor dat patiënten die revalidatiezorg nodig hebben, deze ook kunnen ontvangen.

4.2.1 Betekenisgeving aan de rol van toegangspoort

De triage in het ziekenhuis is hét moment waarop de revalidatiearts zijn rol als toegangspoort kan invullen. Die vindt plaats in het MDO met verschillende leden van het behandelteam van de patiënt. De behandelend specialist heeft de verantwoordelijkheid, daarnaast zijn behandelaren en soms ook de specialist ouderengeneeskunde en de revalidatiearts betrokken. Tijdens het MDO kijken zij hoe het

¹ Een caudalaesie is een dwarslaesie in het onderste deel van het ruggenmerg, de *cauda equina*. De symptomen lijken op dwarslaesie, maar vaak kan iemand met een caudalaesie nog wel lopen (Spek, 2013).

vervolgtraject er voor de patiënt uitziet en welke zorg hij nodig heeft. Op basis daarvan wordt bepaald of hij naar huis kan of dat hij naar een vervolginstelling gaat. Het is belangrijk dat bij de triage een goede afweging wordt gemaakt, anders komt een patiënt op een verkeerde plek terecht. De zorg in de keten kan goed georganiseerd zijn, maar als een patiënt niet op de verkeerde plek ligt, kan hij ook niet de juiste zorg ontvangen.

Voor een groot deel vindt deze triage plaats op basis van gestandaardiseerde kaders en normen. Hierin staat helder omschreven welke patiënt welke vervolgbehandeling zou moeten krijgen. Bij de meeste patiënten is het vrij duidelijk of zij een kandidaat zijn voor medisch specialistische revalidatie of niet. Echter, de revalidatieartsen benadrukken dat voor een deel van de patiënten de blik van een professional nodig is. Juist bij die *'twijfelgevallen'* is de medische kennis en ervaring van de revalidatiearts essentieel. De revalidatieartsen zien de triage dus als een proces gebaseerd op standaard normen, maar het interpreteren van die normen vraagt in complexe gevallen om de blik van een specialist. Deze specialistische taak is weggelegd voor de revalidatiearts. Wanneer zij die taak succesvol kunnen uitvoeren tijdens de triage, slagen zij in hun rol als toegangspoort, want dan kunnen zij de juiste patiënten de toegang verschaffen tot de medisch specialistische revalidatie. Inhoudelijke kennis en ervaring is hiervoor dus een belangrijke eigenschap.

Voor een goed uitgevoerde toegangspoort-rol is volgens de respondenten niet alleen inhoudelijke expertise voldoende. Er is ook een sociaal aspect aan verbonden. De revalidatiearts in het ziekenhuis moet zichtbaar zijn, want de hoofdbehandelaar in het ziekenhuis moet eraan denken hem bij de triage te vragen. Onderstaande revalidatiearts, zelf niet werkzaam in een ziekenhuis, legt uit welke sociale factoren er komen kijken bij het werk van zijn collega's in het ziekenhuis:

“Er zijn meerdere factoren waarom wij afhankelijk zijn. Hoe goed verloopt die samenwerking nou? He met die revalidatiearts die eh, de consulten doet in het ziekenhuis. Hoe presenteert die zich daar? Hoe actief is die bezig op de afdeling? Hoe vaak laat die zich daar zien?” –
Revalidatiearts CVA

Goede bekendheid en zichtbaarheid in het ziekenhuis zijn dus belangrijk voor de revalidatiearts om zijn rol als toegangspoort goed te kunnen uitvoeren. Een revalidatiearts die zich niet duidelijk presenteert in het ziekenhuis, zou minder snel om advies gevraagd kunnen worden. Ook al verloopt het proces dus redelijk gestandaardiseerd, toch is een goede connectie met de collega's in het ziekenhuis ook essentieel voor soepele invulling van de rol als toegangspoort. Zoals we in de volgende paragraaf zullen zien, ervaren de revalidatieartsen een aantal knelpunten bij het invullen van die rol.

4.2.1 Knelpunten

De revalidatieartsen ervaren bij het uitoefenen van hun rol als toegangspoort soms bepaalde knelpunten. Deze belemmeren hen bij het uitvoeren van hun rol, waardoor zij sommige patiënten geen toegang kunnen verschaffen tot hun revalidatiegeneeskundige zorg. Ik behandel twee veelgenoemde knelpunten.

Knelpunt 1: Soms is in het ziekenhuis nog niet duidelijk waar een patiënt het beste zijn vervolgbehandeling kan ontvangen, maar moet hij al wel doorstromen naar een vervolginstelling.

Dit knelpunt houdt in dat patiënten soms te snel het ziekenhuis moeten verlaten, waardoor de revalidatiearts niet goed kan bepalen waar hij het beste zijn vervolgbehandeling kan ontvangen. Volgens de revalidatieartsen komt deze tijdsdruk met name van de neuroloog in het ziekenhuis. Er bestaan richtlijnen voor de optimale ligduur in het ziekenhuis, die bijvoorbeeld ook zijn opgenomen in het ketenprotocol van één van de cases. Deze richtlijnen voor ligduur zijn vastgesteld op basis van medische argumenten: het is beter voor de patiënt als hij zo snel mogelijk weg kan uit het ziekenhuis om met zijn revalidatieproces te beginnen (Limburg & Voogdt, 2012; 24). Verzekeraars oefenen druk uit op de ziekenhuizen om zich te houden aan deze richtlijnen voor ligduur. Het is namelijk niet alleen beter voor de patiënt, maar het maakt de zorg ook goedkoper, sneller en efficiënter. Een ziekenhuis kan namelijk met hetzelfde aantal bedden meer patiënten behandelen en verdient hierdoor dus ook meer (Bouwman, 2011; 3).

De respondenten merken dat medische afwegingen niet de enige reden zijn dat de neuroloog de patiënt graag snel uit het ziekenhuis wil hebben. Zij hebben het idee dat neurologen de financiële belangen van het ziekenhuis soms verkiezen boven de belangen van de patiënt. Volgens sommige revalidatieartsen is het voor bepaalde neurologen belangrijker dát de patiënt weggaat, dan wáár hij heengaat, zoals onderstaande revalidatiearts aangeeft:

“R: eigenlijk is mijn beeld dat de patiënt zo snel mogelijk doorstroomt naar een revalidatie instelling, en welke dat dan precies is, ik weet niet of ik het zo ongenueanceerd mag zeggen, maakt voor de neuroloog niet heel erg veel uit

I: dus dat is vanuit het ziekenhuis echt het grootste belang, de doorstroom

R: dat is mijn beeld” – Revalidatiearts CVA

Neurologen willen patiënten dus zo snel mogelijk ontslaan, dit is volgens respondenten hun belangrijkste doel. Dit levert in de meeste gevallen geen problemen op. De meeste patiënten worden besproken in het MDO, waarna duidelijk is waar zij naartoe moeten, zodat zij gewoon kunnen doorstromen binnen de afgesproken tijd. Bij bepaalde, moeilijk te triëren patiënten heeft de revalidatiearts echter langer de tijd nodig dan de gestelde normen toestaan om te bepalen welke vervolgbehandeling een patiënt nodig heeft. Krijgt hij deze tijd niet, dan bestaat het risico dat een patiënt verkeerd wordt getrieerd. Deze gaat dan naar een revalidatiecentrum terwijl later blijkt dat hij beter in een verpleeghuis had kunnen liggen, of andersom. De revalidatiearts slaagt dan niet in zijn rol als toegangspoort, omdat hij door de tijdsdruk de verkeerde patiënten naar het revalidatiecentrum stuurt. Langer de tijd nemen voor triage creëert echter een spanningsveld, omdat dit strookt met de wens van de neuroloog om de patiënt juist zo snel mogelijk door te laten stromen. Onderstaande respondent geeft aan hij dit probleem beschouwt als een negatief gevolg van ketensamenwerking.

“R: Als revalidatiearts wil je eigenlijk het liefst iets langer kijken zodat je de patiënt op de beste plek krijgt. Ja daar krijg je bijna de kans nu niet meer voor(..).

I: dus dat is eigenlijk misschien vanuit het revalidatieperspectief een wat minder positief puntje van die ketensamenwerking en al die afspraken die daaruit voortvloeien?

R: ja, ja. Soms wil je eigenlijk wel langer kijken” – Revalidatiearts CVA

Niet alleen revalidatieartsen merken de druk uit het ziekenhuis op. De directrice van patiëntenvereniging Hersenletsel.nl vraagt in een interview ook aandacht voor dit probleem, omdat patiënten hier uiteindelijk de dupe van worden: *“Er is druk van de verzekeraars om de behandeling zo kort mogelijk te houden. Dit betekent in de praktijk dat ook de triage snel – vaak te snel - plaatsvindt”* (Lindhout, 2016; 14). De revalidatieartsen voelen zich soms dus bedreigd bij het uitvoeren van hun rol als toegangspoort, omdat de neurologen hen niet voldoende tijd geven voor triage van complexe patiënten. Tegelijkertijd zien we dat de neurologen die druk niet zelf genereren. Zij ervaren op hun beurt druk uit hun omgeving om zich aan de ligduur te houden, bijvoorbeeld door verzekeraars. Verschillende krachten spelen hier dus door elkaar heen.

Overigens geven de revalidatieartsen aan dat het per ziekenhuis en per neuroloog kan verschillen hoezeer zij die tijdsdruk ervaren. Zo zegt deze revalidatiearts over de neurologen van een ziekenhuis uit zijn keten: *“de tijd wordt wel gegund, maar op een gegeven moment komt er wel de druk, als er beddendruk is bij de neurologie, ja dan gaat het wel door”*. Hij spreekt over ‘gunnen’, waaruit duidelijk blijkt hoe belangrijk het eerder besproken sociale aspect bij de rol van toegangspoort is. Als de revalidatiearts en neuroloog een goede onderlinge band hebben, kan dat de kans vergroten dat de neuroloog de revalidatiearts wat extra tijd gunt voor de triage.

Mogelijke oplossing

In beide cases hebben respondenten ideeën over het oplossen van dit spanningsveld, namelijk het inrichten van een zogenaamde transferafdeling. Zo’n afdeling kan worden opgezet als samenwerkingsvorm tussen verpleeghuis, revalidatiecentrum of ziekenhuis. Het idee is dat de patiënt, als hij in het ziekenhuis is uitbehandeld, direct doorgaat naar zo’n afdeling. Daar kan men de tijd nemen voor de triage van de patiënt, ook als dat wat langer is dan de behandelkaders voorschrijven. Het voordeel van zo’n afdeling is volgens een respondent dat de revalidatiearts op de regie kan houden over waar de patiënt terecht komt en dus beter invulling kan geven aan zijn rol van toegangspoort: *“dan hebben wij veel meer de regie in handen over waar past deze patiënt nou het best. He, waar moet die nou z’n revalidatieproces gaan volgen”*. Tijdens observaties is gebleken dat andere revalidatiecentra in Nederland experimenteren met het opzetten van transferafdelingen (Observaties, 8 april, 3 juni, 7 oktober). Een bestuurder deelt in een vergadering zijn successen met andere bestuurders en vertelt enthousiast dat men er in zijn organisatie dankzij zo’n afdeling in is geslaagd de totale ligduur van de patiënt te verkorten met 30 dagen (Observatie 7 oktober).

Bij dwarslaesie speelt verkeerde triage door tijdsdruk nauwelijks. Het probleem dat de revalidatiearts binnen de gestelde tijdsnormen niet goed kan voorspellen waar de patiënt het beste heen kan gaan voor revalidatie, is hier bijna nooit aan de orde. Zoals in paragraaf 4.1 namelijk werd uitgelegd, gaat vrijwel elke dwarslaesiepatiënt voor revalidatie naar een revalidatiecentrum. Hierdoor is de kans dat de revalidatiearts verkeerd trieert bij dwarslaesie patiënten erg klein. In de acute fase speelt bij de dwarslaesie keten echter een ander probleem, wat ik in het volgende knelpunt uitleg.

Knelpunt 2: Medisch specialisten in het ziekenhuis zijn niet goed op de hoogte van het bestaan van de keten, waardoor sommige patiënten zorg mislopen.

Dit knelpunt doet zich voornamelijk voor in de dwarslaesie keten. Momenteel zijn medisch specialisten volgens respondenten uit beide cases nog onvoldoende op de hoogte van het bestaan en de

mogelijkheden van dwarslaesierevalidatie. Onderstaande respondent vertelt dat het daardoor kan voorkomen dat specialisten in het ziekenhuis patiënten die voor dwarslaesierevalidatie in aanmerking komen, niet doorsturen naar de revalidatiearts. Die kan de patiënt dan niet naar het revalidatiecentrum verwijzen, waardoor de patiënt zorg misloopt die hij wel had moeten krijgen. Over medisch specialisten in het ziekenhuis zegt deze revalidatiearts:

“Nou, ik denk dat die nog onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden. Wat de revalidatie eigenlijk voor rol heeft in de revalidatiezorg. En dat is niet alleen bij de dwarslaesie zo, dat merken we bij héél veel specialisten of zaalartsen op de afdeling, dat ze in feite eigenlijk geen idee hebben wat de revalidatiearts doet. Dus daar mis je eigenlijk een bepaalde koppeling in dat patiënten ook dingen worden aangeboden die er zijn. Het kan zijn dat er dus best wel wat patiënten zijn die niet de zorg krijgen die ze in feite zouden moeten krijgen hierdoor” - Revalidatiearts dwarslaesie (perifeer)

Revalidatieartsen ervaren dit als een ernstige en frustrerende situatie: *“dat is echt bizar, het bestaat nu zestig jaar, het specialisme, het is gewoon nog steeds niet iets wat standaard in het hoofd van de neuroloog zit of de traumatoloog”*. Op deze manier slagen zij er immers niet altijd in hun rol als toegangspoort goed te vervullen. De specialist in het ziekenhuis moet hen immers op consult vragen, maar als die specialist helemaal niet weet wat de revalidatiearts allemaal kan met zijn vak, zal dit niet altijd goed gebeuren.

Respondenten begrijpen tegelijkertijd ook dat niet elke medisch specialist goed op de hoogte is van de precieze details van dwarslaesierevalidatie. Medisch specialisten zijn expert op het gebied van hun eigen specialisme. Van andere aandoeningen hebben zij globale kennis, maar het is onmogelijk van hen te verwachten dat zij alles weten van elke aandoening. De respondenten zien het als een *‘uitdaging’* en een *‘aandachtspunt’* om ervoor te zorgen dat de juiste personen in het ziekenhuis toch goed op de hoogte zijn van het bestaan van de dwarslaesie keten en de zorg die men daarin kan bieden. Daarom moeten de revalidatieartsen in het ziekenhuis volgens de respondenten constant werken aan hun zichtbaarheid en het onder de aandacht brengen van de keten bij andere specialisten. Het is onderdeel van het sociale aspect van hun rol als toegangspoort om ervoor te zorgen dat men bekend is met de mogelijkheden die revalidatie biedt. Dit vraagt om *‘continue alertheid’* of je als arts betrokken wordt bij elke dwarslaesiepatiënt.

Het blijkt dat deze situatie andersom ook speelt. Revalidatieartsen weten ook niet altijd wat andere specialisten precies kunnen. Zo gaf een revalidatiearts tijdens een discussie met collega’s aan dat hij ook niet altijd goed op de hoogte is van wat zijn collega artsen in de keten doen, zoals de specialist ouderengeneeskunde. Hij zei: *“het is moeilijk tijdens de triage om je patiënt naar de juiste plek te sturen, als je niet eens weet wat je collega doet!”* (Observatie, 18 november). Het blijkt dus dat op de hoogte zijn van wat er allemaal mogelijk is bij je ketenpartners essentieel is voor goede samenwerking. Je moet immers wel weten wat de ander doet, anders kan je ook niet naar hem verwijzen.

In deze paragraaf heb ik de eerste rol van de revalidatiearts besproken, die van toegangspoort. Ik heb laten zien hoe belangrijk deze rol voor hen is, want als zij de juiste zorg willen leveren, moeten zij de juiste patiënten kunnen bereiken. Zoals is gebleken, ervaren zij hierbij soms belemmeringen, maar zijn zij tegelijkertijd ook bezig met oplossingen voor die belemmeringen. Als de revalidatiearts is geslaagd

in zijn rol als toegangspoort en de patiënt toegang krijgt tot revalidatiegeneeskundige zorg, dan neemt de revalidatiearts een tweede rol aan, namelijk die van specialist. Daar kom ik op terug in de volgende paragraaf.

4.3. De rol van ‘specialist’

Zowel voor de dwarslaesie als voor de CVA keten geldt dat revalidatie een specialistisch onderdeel uitmaakt van het totale pakket van zorg dat organisaties in de keten aanbieden. Nadat zij de juiste patiënten de toegang tot hun zorg hebben verschaft, zien revalidatieartsen hun rol dan ook vooral als een specialist in de keten. Zij zijn expert op het gebied van revalidatie en herstel en willen er zijn voor die mensen die deze zorg nodig hebben.

4.3.1 Betekenisgeving aan de rol van specialist

Revalidatieartsen zien verschillende manieren waarop zij iets voor een patiënt kunnen betekenen. Ten eerste leveren zij, vanzelfsprekend, zorg aan hun eigen patiënten, zowel klinisch als poliklinisch. Dit proces vormt de kern van hun beroep en hun identiteit als specialist. Ten tweede kunnen zij ook op specifieke onderdelen behandeling bieden aan patiënten van ketenpartners. Zo komen veel revalidatieartsen uit de CVA cases maandelijks op consult in verpleeghuizen in de keten, om patiënten daar te helpen met revalidatievraagstukken. Ook andere respondenten zien deze rol weggelegd voor de revalidatiearts. Onderstaande respondent, met een organisationele achtergrond, geeft aan dat hij de specialistische behandelingen van het centrum graag bekender zou willen maken in de regio. Op die manier weten bijvoorbeeld behandelaars uit de eerste lijn ook dat zij voor specifieke revalidatievraagstukken terecht kunnen bij de revalidatiearts:

“Ik zou willen dat die mensen wel gebruik kunnen maken van onze kennis en kunde. Je hoort mij niet zeggen dat ik de behandelaar wil worden van die patiënt. Dus eh, wat ik zeg is eigenlijk meer, dat ik vind dat wijd en breed in de regio bekend moet zijn wat wij hier kunnen doen. Dat als een fysiotherapiepraktijk in [dorp in de regio], dat die iets zien bij een patiënt, wacht even, ik neem even contact op met [revalidatiecentrum] want ik weet dat zij voor dit onderdeel je even verder kunnen helpen” – Ondersteunend/Organisationeel

In de dwarslaesie keten krijgt de rol van specialist een ietwat andere invulling, doordat in deze keten een onderscheid bestaat tussen specialistische en perifere centra. Door de beroepsgroep is bepaald dat acht centra in Nederland gespecialiseerde behandelingen uit mogen voeren en alle respondenten staan volledig achter deze regel, zo legt ook deze revalidatiearts uit: *“er was ook geen discussie over het feit dat verse dwarslaesies gewoon in [specialistisch centrum A] of [specialistisch centrum B] thuishoren. Dat is geen enkel punt van discussie. Zij zien ook wel dat de dwarslaesie zo complex is dat je dat echt moet concentreren op een bepaald aantal plekken in Nederland, om die expertise in die acute fase op dermate niveau te houden, dat dat niet kan in alle revalidatiecentra in Nederland”*. Alle revalidatieartsen zien de artsen uit de specialistische centra dus als de grootste ‘specialisten’ in de keten. Zij doen in ieder geval de klinische behandeling van elke dwarslaesie patiënt en daarnaast springen zij bij als een perifeer centrum daar behoefte aan heeft. Zo legt onderstaande respondent uit hoe patiënten voor een specifiek stukje zorg soms tijdelijk van het ene naar het andere revalidatiecentrum worden overgeplaatst:

“We hebben nu bijvoorbeeld ook een patiënt opgenomen, die was primair hier opgenomen, die is voor de tweede fase van de revalidatie naar [perifeer centrum] gegaan, en die hebben we hier nu een week terug, omdat ze een hele specifieke vraag hebben rondom lopen en loopbalans. Die nemen we nu weer een week op. Die gaat vrijdag weer gewoon terug naar [perifeer centrum], met een advies. Zo lang je daar maar heel open in blijft en goed in communiceert, geen probleem!” – Revalidatiearts dwarslaesie (specialistisch)

Samenwerking in de keten kan dus ook de vorm aannemen van het tijdelijk uitwisselen van patiënten, waarbij openheid en goede communicatie belangrijk zijn.

Een derde manier waarop revalidatieartsen invulling geven aan hun rol als specialist, is door het delen van hun kennis met andere organisaties. Om goed invulling te geven aan het *stepped care* principe is het volgens de respondenten belangrijk dat de juiste kennis op de juiste plek in de keten aanwezig is. Concreet houdt dit in dat de verschillende partijen in de keten bereid moeten zijn kennis en kunde met elkaar te delen. Door middel van bijvoorbeeld scholing kunnen zij dan anderen in staat stellen goede zorg te leveren, waardoor die een deel van de zorg kunnen overnemen. Die kennisdeling kan op verschillende manieren plaatsvinden. In alle cases is het revalidatiecentrum betrokken bij allerlei vormen van kennisuitwisseling in de keten. Dit kan op collectieve manieren, via scholing, inhoudelijke bijeenkomsten en symposia. Daarnaast geven respondenten ook aan dat zij open staan voor individuele ad hoc vragen van ketenpartners.

Relatie tot management

Vanuit hun rol als specialist is correct medisch handelen voor de revalidatieartsen zeer belangrijk. Het zo goed mogelijk helpen van de patiënten die dat nodig hebben, is daarbij hun doel. *‘Medisch is leidend’* is voor hen een principe, waarmee zij bedoelen dat bij al hun handelen de medische overwegingen het belangrijkste zijn. Ook bij het samenwerken in de keten vinden de revalidatieartsen dat dit ten eerste een medisch doel zou moeten hebben. Veel samenwerkingen zijn dan ook geïnitieerd door artsen zelf, vanuit medische overwegingen, om de zorg te verbeteren, zoals ook deze revalidatiearts vertelt over haar keten: *“dus er is niet een strategisch uitgangspunt geweest dat we zoveel mogelijk patiënten binnen [centrum A] of binnen [centrum B] krijgen, maar echt vanuit kwaliteit van zorg gedacht”*. Een groep binnen de organisatie die hen hierbij af en toe tot last kan zijn, is het management. Onderstaande revalidatiearts uit zijn frustraties over het management binnen zijn organisatie, dat graag de samenwerking in de keten wilde stimuleren met allerlei bijeenkomsten, terwijl hij daar zelf de toegevoegde waarde niet van inzag:

“Ik merkte dat ik best wel vaak heel kritisch was en zei oke, dus vanuit het protocol is het nodig dat er elk jaar een symposium georganiseerd wordt voor patiënten of voor, maar wát gaan we nou, of er moet élk jaar moet een bijeenkomst komen met iedereen van de werkvloer, dat ik zeg waaróm? Wat wil je dan bespreken? Wat is het doel? ‘Ja nee dat hoort’. En dan zei ik ja maar, hallo, is er behoefte aan? Wat wil je? ‘Ja, eh, duidelijk maken wat de keten doet’. Ik zeg oke, maar dat moet concreet worden voor de werkvloer want anders werkt het niet!” – Revalidatiearts CVA

Door zichzelf te onderscheiden van het management met hun managementdoelen definiëren de revalidatieartsen hun eigen identiteit en hun eigen doelen. De managers weerspiegelen voor hen het bedrijfsmatige aspect van de organisatie, met alle zaken als (onnodige) protocollen en bezuinigingen. Dit terwijl de artsen zichzelf identificeren met het zorginhoudelijke aspect van hun organisatie, waarop hun rol als medisch specialist gebouwd is. Zo spreekt onderstaande respondent over de ‘eigen wereld’ en ‘eigen werkelijkheid’ van managers, die niet altijd lijkt te stroken met de zijne:

“[Managers] zitten ook heel erg gevangen in hun eigen wereld, wat ik ook wel begrijp. Maar goed, ik vind het zelf nog wel eens lastig om altijd daar tegen in te gaan, want die hebben ook zo iets van ‘ja, jij geeft teveel geld uit’. Dat snap ik ook wel weer. Maar waar het misgaat is het moment dat je niet het proces goed volgt, maar dat je echt kijkt naar de cijfertjes alleen en zegt ‘ja er moet minder geld’. Dan ga je vervolgens overal op beknibbelen terwijl je niet goed kijkt van wat is nou in het proces de reden waarom het relatief veel geld kost [..]. Maar goed, ieder heeft zo z’n eigen werkelijkheid natuurlijk” – Revalidatiearts dwarslaesie (specialistisch)

Volgens deze arts zijn managers dus vooral bezig met bezuinigen, zonder daarbij te kijken naar het inhoudelijke proces. Het beeld dat de revalidatiearts heeft van de manager kan dus gebaseerd zijn op onderlinge spanningen en conflict. Tegelijkertijd zijn de revalidatieartsen zich er ook terdege van bewust dat zij het management nodig hebben en door samen te werken juist veel kunnen bereiken. Zolang ‘Medisch is leidend’ het uitgangspunt is, kan het management hen ondersteunen op financieel en bedrijfsmatig vlak.

4.3.1 Knelpunten

Bij het uitoefenen van hun rol als specialist ervaren de revalidatieartsen een aantal knelpunten. Uit de data komt naar voren dat het grootste knelpunt bij beide ketens te maken heeft met uitwisseling van patiënten tussen verschillende zorginstellingen. In de CVA keten gaat het om uitwisseling tussen revalidatiecentra en verpleeghuizen, in de dwarslaesie keten gaat het om uitwisseling tussen specialistische en perifere centra. Het gaat dus om verschillende problemen, maar ik behandel beide als één knelpunt, omdat zij beide over uitwisseling gaan.

Knelpunt 3: Het overplaatsen van patiënten van de ene naar de andere instelling wordt soms belemmerd, wat nadelig kan zijn voor patiënten.

Wat veel respondenten uit de CVA ketens als een knelpunt zien, is het overplaatsen van een patiënt van het revalidatiecentrum naar een verpleeghuis en andersom. Het komt voor dat een patiënt in het ziekenhuis naar een vervolginstelling is gestuurd waar hij toch niet op zijn plek blijkt te zijn, zoals ik bij knelpunt 1 heb besproken. Daarom is het volgens respondenten belangrijk dat, indien dat nodig is, een patiënt opnieuw beoordeeld kan worden en eventueel naar een andere vervolginstelling kan, waar hij beter geholpen kan worden (Limburg & Voogdt, 2012; 11).

In het verleden was zo’n uitwisseling volgens de respondenten makkelijk te realiseren. Tegenwoordig is dit echter lastig, door een verandering in wetgeving en financiering. Hierdoor is een patiënt die al met een behandeling in het revalidatiecentrum is gestart, voor een verpleeghuis financieel onaantrekkelijk om over te nemen, wat een reden kan zijn om een patiënt te weigeren. De kans bestaat

dat zij verlies op deze patiënt maakt, en dat wil zij voorkomen. Daardoor wordt patiëntenuitwisseling dus lastiger. De mening van respondenten hierover varieert van *“het kan wel, maar je moet er moeite voor doen”* tot *“gewoon onmogelijk”*. Ook in observaties kwam naar voren dat zowel artsen als andere behandelaars vinden dat dit moeilijk is (Observatie, 18 november). In een gesprek tussen behandelaars uit een verpleeghuis en uit een revalidatiecentrum werd onderling geklaagd over hoe lastig patiëntenuitwisseling is en hoe onlogisch men de nieuwe regelgeving vindt. Zij zien dit als de schuld van het systeem, wat vol zit met *‘hele rare prikkels’*.

In dit soort situaties zorgt de starheid van de financiële en regulatieve systemen er dus voor dat de revalidatiearts geen goede invulling kan geven aan zijn rol als specialist: hij zit met ‘verkeerde’ patiënten en de patiënten die hij zou kunnen helpen, zitten juist in andere organisaties. Als oplossingen voor dit probleem noemen respondenten verschillende manieren om patiënten die ‘vast’ zitten in bijvoorbeeld een verpleeghuis, toch revalidatiezorg te kunnen bieden. Zo komt in veel verpleeghuizen af en toe een revalidatiearts op consult. De revalidatieartsen zien mogelijkheden om dit soort samenwerking uit te breiden en zo meer patiënten te kunnen helpen. Een andere oplossing is om verpleeghuispatiënten voor kleine stukjes behandeling naar het revalidatiecentrum te laten komen. Volledige overplaatsing is dan niet nodig, maar zo kunnen zij in een later stadium nog wel gebruik maken van de expertise van de revalidatiearts. Hiervoor is wel goede samenwerking tussen revalidatiearts en specialist ouderengeneeskunde nodig, zoals deze revalidatiearts aangeeft:

“Dus daar zie ik nog wel mogelijkheden om de specialisten ouderengeneeskunde te motiveren om misschien toch vaker dan nu patiënten nog in tweede instantie nog naar ons te verwijzen, als ze weer thuis zijn. Ik denk dat het wel mooi zou zijn als je dat in de keten, als je daar meer afspraken over zou hebben” – Revalidatiearts CVA

Het is volgens deze arts dus niet alleen een kwestie van goed samenwerken, de revalidatiearts zal anderen ook moeten motiveren om patiënten naar hem door te verwijzen, zodat hij meer mensen met zijn specialisatie kan helpen.

In de dwarslaesie keten vindt in de twee onderzochte cases weinig uitwisseling van patiënten tussen revalidatiecentra en verpleeghuizen plaats. Zoals ik in paragraaf 1 uitlegde, is dit voor de meeste patiënten niet relevant, omdat zij sowieso in een revalidatiecentrum terechtkomen. Mocht er echter wel sprake zijn van uitwisseling, dan is dat ook hier lastig te realiseren, zoals deze revalidatiearts dwarslaesie uitlegt: *“Het is een heel gedoe om die patiënt van het verpleeghuis naar ons te krijgen, want die indicatie is niet gesteld (..) En dan blijft dus de patiënt, niet vanwege het feit dat hij niet revalideerbaar is, maar vanwege het feit dat het een ander potje is, blijft hij in het verpleeghuis. Dat is ongelofelijk toch?”*. Ook hier merken we dus frustratie over belemmeringen die het systeem veroorzaakt.

In de twee onderzochte dwarslaesie cases vindt een ander soort patiënten uitwisseling wél veelvuldig plaats, namelijk tussen perifere en specialistische centra. Zoals omschreven in paragraaf 1, heeft het NVDG besloten dat alleen de acht specialistische dwarslaesiecentra nieuwe gevallen van dwarslaesie mogen behandelen. Als een dwarslaesiepatiënt in het ziekenhuis wordt gezien door een revalidatiearts die werkzaam is in een perifeer centrum, stuurt die de patiënt dus door naar het dichtstbijzijnde specialistische centrum voor klinische revalidatie. Als de patiënt het wil, kan hij voor poliklinische revalidatie terug worden verwezen naar een perifeer centrum, bijvoorbeeld als dat dichterbij in de buurt

is van huis. De respondenten uit beide cases geven aan dat zij hiervoor afspraken hebben gemaakt met één of meerdere revalidatiecentra in de regio. Op die manier geeft men ook invulling aan het *stepped care* principe.

In één case werken vier centra met elkaar samen op het gebied van dwarslaesiezorg (zie Bijlage 2). Sinds kort hebben zij deze samenwerking officieel ondertekend, daarvoor werkten bepaalde centra onderling ook al samen. In deze case is het ook mogelijk dat patiënten het laatste stuk van hun klinische behandeling afmaken in een perifere centrum. Zo kan de patiënt dus nóg eerder dichtbij huis behandeld worden, wat in lijn is met het doel van ketensamenwerking: zorg dichtbij als het kan en ver weg als het moet. De respondenten in deze case zijn uiterst tevreden over de onderlinge samenwerking. Zo vertelt één revalidatiearts dwarslaesie: *“Ik heb nog nooit zulke inspirerende, soepel verlopende overleggen gehad tussen vier centra”*. Een belangrijke oorzaak van deze succesvolle samenwerking is volgens de respondenten dat het aantal revalidatiecentra in deze regio beperkt is. Hierdoor spreekt men elkaar vaak en *“zijn de lijntjes kort”*. Daarnaast geven zij aan dat de afspraken over welke patiënten op welk moment in welk centrum moeten liggen, voor iedereen helder zijn en door iedereen nageleefd worden. Men heeft er vertrouwen in dat patiënten op de juiste momenten overgeplaatst en teruggeplaatst worden, zoals ook onderstaande respondent uitlegt.

“Nu ook met alle vier de centra, nou volgens mij zijn we twee keer bij elkaar geweest en toen lag het [de samenwerkingsovereenkomst] er. Er is geen getouwtrek geweest van wie krijgt welke patiënten, eigenlijk helemaal niet. Ligt natuurlijk ook een beetje aan hoe je er zelf in staat en dat is denk ik de crux van het samenwerken. Als je elkaar als dokters weet te vinden, en je respecteert elkaar in waar die en die goed in zijn, dan gaat het, wat onze ervaring is, eigenlijk altijd best wel goed. Het is toch een kwestie van geven en nemen” – Revalidatiearts dwarslaesie (specialistisch)

Volgens deze respondent weten de artsen elkaar te vinden en *‘respecteren’* zij elkaar. Men is niet aan het touwtrekken over wie welke patiënten krijgt, maar erkent dat ieder zijn specialisatie heeft en dat echte samenwerking een kwestie van *‘geven en nemen’* is. De artsen zijn het met elkaar eens dat de artsen uit specialistische centra primair invulling geven aan de rol van specialist, maar dat artsen uit perifere centra voor het laatste stuk van de behandeling ook prima de rol van *‘specialist’* op zich kunnen nemen.

In de andere case vindt er ook patiëntenuitwisseling tussen perifere en specialistische centra plaats, maar hier gaat het telkens om individuele afspraken tussen twee centra. In deze case zijn de respondenten soms wat minder zeker over de onderlinge samenwerking dan in de andere case en lijkt er wat verwarring te zijn over wie nou wanneer de rol van specialist op zich mag en kan nemen. Revalidatieartsen uit zowel de specialistische als uit de perifere centra geven aan dat zij niet goed weten of de gemaakte afspraken ook altijd worden nageleefd en of patiënten wel altijd goed worden doorverwezen naar het juiste centrum. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat tussen sommige centra de afspraken nog niet zijn geformaliseerd, zoals onderstaande respondent uitlegt. Hun samenwerking is niet concreet gemaakt, waardoor voor beide partijen mogelijk soms niet duidelijk is wanneer een patiënt door- of teruggestuurd moet worden. Over een specialistisch centrum aan de rand van zijn regio zegt hij:

“Daarvan kun je eigenlijk niet zeggen dat we daar een ketenafspraken mee hebben. Die is er niet. Dus die dokter zegt wel van ja, als jullie de patiënt sturen dan sturen we die ook wel voor poliklinisch vervolg naar jullie, maar dat is eigenlijk alleen maar telefonisch is daar toen zo over gesproken. Daar hebben wij nooit iets concreet over gemaakt” – Revalidatiearts dwarslaesie (perifeer)

Een telefonische afspraak is voor deze arts niet genoeg om volledig vertrouwen in te hebben. Er bestaan verschillende afspraken tussen verschillende centra, maar een uniform samenwerkingsverband tussen meerdere centra waarin elke partij dezelfde afspraken maakt over doorverwijzing uit het ziekenhuis, terugverwijzing naar perifere centra en scholing, zoals in de andere case, is er niet. Dit zou een verklaring kunnen zijn waardoor de artsen in deze case (nog) niet zo veel vertrouwen ervaren als in de andere case en waardoor er soms onduidelijkheid lijkt te heersen over wie wanneer invulling kan geven aan de rol van specialist.

Knelpunt 4: Bedrijfsbelangen belemmeren optimale beweging van patiënten door de keten.

Naast lastige regelgeving en verwarring over wie wanneer de rol van specialist op zich kan nemen, verloopt uitwisseling van patiënten soms ook niet optimaal doordat bedrijfsbelangen boven het patiëntbelang lijken te gaan. Revalidatieartsen voeren behandelingen uit in het belang van de patiënt, vanuit hun rol als specialist, maar daarnaast speelt er binnen iedere organisatie ook een bedrijfsbelang waar zij rekening mee moeten houden. Om een organisatie financieel gezond te houden, moet voldoende productie worden gedraaid. Voor zorginstellingen houdt dit in dat zij een bepaald aantal patiënten per jaar moeten behandelen, omdat zij anders niet genoeg opbrengsten binnenkrijgen. Revalidatieartsen merken dat hierdoor een patiënt niet altijd op de juiste plek in de keten terecht komt:

“Het is niet zo dat we zeggen van joh, het maakt niet uit waar die patiënt de keten binnenkomt, we zorgen dat die op de beste plek terecht komt. Daar zie ik toch nog wel sterk dat eh, ja ook het bedrijfsbelang geldt, dat eh, dat je patiënt wil behandelen enerzijds omdat je vindt dat dat jouw taak is, maar aan de andere kant is ook productie en opbrengst en dergelijke is ook eh, speelt ook mee” – Revalidatiearts CVA

Zoals blijkt uit bovenstaand citaat merken revalidatieartsen dus dat ook bedrijfsbelangen een rol spelen in het zorgproces. Soms halen organisaties een patiënt binnen, of nemen hem juist niet op, vanwege de financiële consequenties die dit heeft. De meeste revalidatieartsen benadrukken echter dat zij zich daar zelf niet door laten leiden. Zoals eerder besproken, zien de revalidatieartsen zichzelf voornamelijk als inhoudelijk specialisten. Zij handelen vanuit medisch perspectief en willen zich in hun werk niet laten beïnvloeden door zaken als bedrijfsbelangen:

“R: de motivatie is dat de patiënt zo optimaal mogelijk wordt begeleid, behandeld, en waar het kan zo dicht mogelijk bij huis. En die visie heeft iedereen.

I: ja, en dat is dan inderdaad het patiëntbelang. Maar qua organisatiebelang?

M: daar hou ik me niet mee bezig [lacht]” – Revalidatiearts dwarslaesie (specialistisch)

Deze revalidatiearts geeft duidelijk aan dat hij zich niet bezighoudt met organisatiebelangen in de keten. Hij is bezig met medisch inhoudelijke behandeling van de patiënt en de rest is niet zijn werkgebied. Bedrijfsbelangen horen volgens de revalidatieartsen thuis in de wereld van het management. Patiënten binnen halen met andere redenen dan puur medisch, is volgens hen dan ook eerder iets wat managers zouden doen. Zo vertelt deze revalidatiearts over een manager die een tijdje in het MDO zat, die meer met bedrijfs- dan met patiëntbelang bezig leek te zijn: *“Er heeft ook nog weleens een tijdje zo’n meer management-achtig type in gezeten, die toch wel erg zei van hup, ik haal alles maar binnen. En ja, dan hoor je ook wel dat het bij hen eh, ook niet zo heel vlot loopt. Dat zij ook lege bedden hebben staan. Dus die willen zeker graag wel mensen krijgen”*. Dit ‘management-achtig type’ was volgens deze revalidatiearts dus niet bezig met patiëntenzorg, maar met het opkrikken van zijn productiecijfers, iets wat de arts, vanuit zijn identiteit als medisch specialist, niet kan waarderen.

Toch kunnen revalidatieartsen de bedrijfsbelangen niet negeren. Uiteindelijk is de financiële gezondheid van de organisatie iets wat ook hen aangaat. Een bestuurder geeft aan dat hij zijn revalidatieartsen dan ook bewust probeert te maken van het bedrijfsbelang en hen stimuleert om hier rekening mee te houden, door actief patiënten te werven als de productiecijfers teruglopen: *“dan zeggen we ja weet je, productie loopt wat achter, wat doe jij eraan om met die dokters in contact te komen, hoe benader jij die huisartsen. We zijn heel nadrukkelijk aan het sturen dat ze daar zaken voor gaan doen”*. Deze bestuurder is dus actief ‘aan het sturen’ om zijn artsen meer bedrijfsmatig naar de zorg te laten kijken en actief patiënten te werven. Dit wordt voor de revalidatieartsen problematisch als het belang van de patiënt hierdoor in het gedrang komt, bijvoorbeeld als kosten belangrijker lijken te zijn dan patiënten helpen. Onderstaande revalidatiearts uit zijn frustraties hierover:

“Iedereen die dekt zich in, want iedereen wil zo goedkoop mogelijk ook. Dat krijg je natuurlijk ook steeds vaker he, ‘nee doe maar niet bij ons, is te ingewikkeld, is te duur’. En ‘nee, die kan niet bij ons hoor’. En vervolgens zit jij met het probleem!” – Revalidatiearts dwarslaesie (specialistisch)

We zien dus dat organisaties in de keten bepaalde patiënten naar zich toetrekken af juist van zich afhouden, niet omdat zij wel of niet het beste voor die patiënt kunnen zorgen, maar omdat er op de achtergrond een bedrijfsbelang meespeelt. Hierdoor ontstaan gevoelens van concurrentie, bijvoorbeeld in strijd om de goedkoopste of makkelijkste patiënten. Of zoals het citaat hierboven aangeeft, juist het naar elkaar overspelen van ingewikkelde, dure patiënten die niemand ‘wil’. Ook uit observaties blijkt dat bestuurders worstelen met gevoelens van concurrentie in de keten. In een gezamenlijke vergadering geven ze aan dat ze het liefst hun ketenpartners vertrouwen, maar dat iedereen uiteindelijk toch ook bezig is met het gezond houden van de eigen financiën (Observatie, 1 juni). De respondenten, zowel revalidatieartsen als medewerkers met organisationele achtergrond, geven aan dat zij concurrentie niet de juiste uitgangspositie vinden voor goede ketensamenwerking. Een term die een aantal respondenten in deze context gebruiken is ‘gunnen’: *“Je moet het elkaar wel gúnnen, maar in tijden van concurrentie is dat nog weleens lastig”*. Met gunnen bedoelen zij accepteren dat de eigen instelling niet alle patiënten naar zich toe moet trekken, maar dat sommige patiënten beter op hun plek zijn in andere instellingen. Elke instelling heeft zijn eigen specialisaties. Instellingen moeten volgens hen op basis daarvan goed met elkaar afstemmen wie welke patiënten het best kan behandelen en elkaar die patiënten vervolgens ook gunnen. Respondenten geven aan dat dit het beste gaat in inhoudelijke overleggen, zoals het MDO. Daar zitten medisch professionals bij

elkaar, en ook al zijn zij op bepaalde vlakken elkaars concurrent, uiteindelijk is voor hen allemaal het patiëntbelang het belangrijkste. Daarom kunnen zij over het algemeen ook eerlijk naar elkaar zijn over het eigen kunnen en in openheid bespreken waar de patiënt het beste af is, zo geeft onderstaande respondent aan:

“In een bepaald grijs gebied zijn we natuurlijk concullega, de ene keer ben je weer collega en de andere keer heb je soms het gevoel dat het concurrentie is. Maar op het niveau van de zorgprofessional voel ik dat verder niet. Dus ik heb geen discussie met de specialist ouderengeneeskunde over dat we elkaars patiënten afpakken of zo. Juist omdat we met elkaar daar aan tafel zitten bij een MDO kunnen we, nou ja, goed bespreken op welke plek de patiënt het beste af is” – Revalidatiearts CVA

In bovenstaande paragraaf beschreef ik op welke manieren de revalidatieartsen uiting geven aan de tweede rol die zij aannemen in de keten, die van specialist. Door het behandelen van de eigen patiënten en die van ketenpartners en door het uitwisselen van kennis, proberen zij zo veel mogelijk patiënten met hun specialistische expertise te helpen. Lastige regels, onduidelijke afspraken en de aanwezigheid van bedrijfsbelangen maken het hen hierbij soms lastig, maar we hebben gezien dat de revalidatieartsen proberen zich hier niet door te laten belemmeren. In de volgende paragraaf bespreek ik de laatste rol van de revalidatieartsen, die van ‘vangnet’.

4.4 De rol van ‘vangnet’

Een revalidatiebehandeling is eindig. Na afronding van een klinisch of poliklinisch revalidatietraject is het de bedoeling dat een patiënt weer op eigen benen kan staan. Het doel van revalidatie is immers de zelfredzaamheid van de patiënt te bevorderen en participatie in de maatschappij mogelijk te maken, zodat de patiënt zo veel mogelijk zelfstandig kan leven. Uit de gesprekken blijkt echter dat de revalidatieartsen zich verantwoordelijk blijven voelen voor de gezondheid van hun patiënten, ook nadat deze zijn ontslagen. Dit verantwoordelijkheidsgevoel uit zich in de laatste rol die revalidatieartsen zichzelf geven, de rol van ‘vangnet’ voor de patiënten in de chronische fase.

4.1 Betekenisgeving aan de rol van vangnet

Een revalidatiearts CVA legt uit: *“In overleg met de patiënt spreek je op een gegeven moment af van nou, er hoeft eigenlijk nu geen bemoeienis door ons meer te zijn, dus ik ontsla je. Eh, maar als er in de toekomst vragen zijn eh, dan weet je ons te vinden. Dus meestal is dat de afspraak”*. Deze arts geeft dus aan dat in het geval van vragen, de patiënt zich altijd kan keren tot het revalidatiecentrum. Niet alleen richting patiënten, ook richting bijvoorbeeld de huisarts neemt de revalidatiearts graag een laagdrempelige houding aan wat betreft het stellen van vragen. Samenhangend met hun rol als specialist willen de revalidatieartsen dat hun hulp in de chronische fase alleen wordt ingeroepen als het écht nodig is. Het is volgens hen de bedoeling dat een patiënt in principe zichzelf red en zich anders richt tot andere partijen in de chronische fase, zoals de eigen huisarts of andere instanties die hulp en begeleiding bieden. Zo geeft onderstaande revalidatiearts aan dat hij het belangrijk vindt zijn eigen vakgebied af te bakenen en andere partijen in de keten ook hun stuk te laten doen.

“Ik denk dat de revalidatie ook wel probeert om zich een beetje als spin in het web in de keten te profileren, maar tegelijkertijd ook wel probeert om zeg maar haar eigen taak af te bakenen. En eigenlijk ook verantwoordelijkheid neer te leggen juist bij het verpleeghuis en de partijen in de chronische fase. [...] Revalidatie wil ook wel de verbindingen leggen tussen de acute fase en de chronische fase, maar waakt er ook wel voor om niet alle verantwoordelijkheid naar zich toe te trekken” – Revalidatiearts CVA

Wat deze revalidatiearts benadrukt is dat iedere partij zijn verantwoordelijkheden heeft en dat de revalidatie deze zeker niet allemaal naar zich toe wil trekken. Zij wil helpen met het leggen van verbindingen tussen patiënten en organisaties, bijvoorbeeld door patiënten naar andere organisaties door te verwijzen.

De rol van vangnet speelt zich dus af in de chronische fase en het is geen grote rol. De meeste patiënten zullen de revalidatiearts als vangnet niet nodig hebben en zullen dicht bij huis de oplossingen voor mogelijke problemen kunnen vinden. Echter, de revalidatieartsen vinden het wel een belangrijke rol, die nauw samenhangt met hun doel zorg te leveren aan de juiste personen. Voor die mensen die hun hulp echt nodig hebben, willen zij klaarstaan. Voor hen willen zij beschikbaar zijn om vragen te beantwoorden of behandeling te geven.

4.4.2 Knelpunten

Tot slot ervaren artsen ook bij het uitoefenen van de rol van vangnet soms knelpunten. De eerste heeft te maken met het regelen van voorzieningen en de tweede met complicaties die niet goed worden opgemerkt. Ik bespreek deze knelpunten nu.

Knelpunt 5: Het regelen van voorzieningen bij ontslag van de patiënt is ingewikkeld en duurt lang.

Wat zowel binnen de dwarslaesie als de CVA keten speelt, is problematiek met het regelen van voorzieningen voor patiënten die ontslagen zijn. Respondenten spreken ook wel over de ‘*achterdeur van de keten*’: het moment dat de patiënt de keten ‘uit gaat’. Bij ontslag naar huis heeft een patiënt vaak nog bepaalde faciliteiten nodig, zoals thuiszorg, dagbehandeling, huisaanpassingen of hulpmiddelen. Veel voorzieningen moeten worden geregeld via de gemeente, wat volgens de respondenten een lastige partij is om mee samen te werken. Door de ingewikkelde wet- en regelgeving kan het erg lang duren om voorzieningen te regelen, wat een ontslag zomaar met een paar weken kan vertragen, tot frustratie van de respondenten. Zij noemen dit ‘*lastig*’, ‘*bizar*’ en ‘*een doorn in het oog*’. Onderstaande respondent noemt een voorbeeld van een patiënt die door lastige regelgeving noodgedwongen veel te lang in het revalidatiecentrum moest blijven zitten:

“Een patiënt die wilden we uitplaatsen naar huis, en die had nog aanvullende zorg thuis nodig. Dat was een vrij specifiek pakketje zorg dat die nodig had. Maar dat moet dan met de gemeente besproken worden, dat is allemaal gedecentraliseerd dus dan ga je naar de gemeente en dan zeg je joh, het zit er aan te komen. En dan zegt de gemeente, die had het beleid, we gaan het eerst netjes inventariseren, dat duurt dan weer twee weken, dan maken ze een profiel van de patiënt, dat profiel zetten ze op een veilig, mogen partijen op bieden, en dan is de goedkoopste

partij die krijgt de patiënt. En zo'n veiling duurt dan zes weken. En intussen staan wij acht weken in de wacht met uitplaatsen. Bizar. Echt bizar" - Revalidatiearts CVA

Door dit soort situaties kan een patiënt niet naar huis, terwijl hij wel kan worden ontslagen. De revalidatieartsen voelen zich echter verantwoordelijk voor hun patiënt en zullen deze, zoals bovenstaande arts uitlegt, niet zo maar naar huis sturen. Hierin zien we hun rol van vangnet tot uiting komen. Op deze manier houden patiënten echter wel een plek bezet die al door een nieuwe revalidant ingevuld had kunnen worden. Hierdoor ontstaat voor het revalidatiecentrum een wachttijd, waar de instelling ervóór ook weer last van heeft. Op deze manier ervaart de hele keten dus hinder van een probleem, wat op het eerste gezicht alleen aan het eind van de keten speelt. Ook observaties tijdens het onderzoek bevestigen dat het regelen van voorzieningen een knelpunt is. Tijdens een vergadering van bestuurders was een patiënt uitgenodigd om zijn verhaal te komen doen. Op de vraag wat volgens hem het grootste knelpunt in de dwarslaesie keten is, gaf hij aan dat het regelen van voorzieningen één van de grootste problemen vormt bij hun terugkeer naar huis. Ervoor zorgen dat dit beter geregeld wordt, zou de overgang van zorginstelling naar huis voor een patiënt een stuk makkelijker maken (Observatie 7 oktober).

Er zijn volgens respondenten mogelijkheden om bovenstaand probleem binnen de keten op te lossen. Zo zouden revalidatiecentra met verpleeghuizen kunnen samenwerken door uitbehandelde patiënten, die nog niet naar huis kunnen, een tijdje te laten wonen in het verpleeghuis. Op die manier wordt de doorstroom niet belemmerd: *"Aan het einde zie je soms dat mensen moeten wachten op woningaanpassing bijvoorbeeld he. Daar zouden misschien afspraken met verpleeghuizen heel handig in zijn, van goh, mensen liggen niet hier te wachten maar mensen gaan tussentijds naar het verpleeghuis, wat ons weer ruimte geeft om nieuwe patiënten op te nemen"*. Via zo'n samenwerking in de keten kan dit uitstroomprobleem dus aangepakt worden. Dit soort oplossingen vraagt echter wel om samenwerking tussen meerdere partijen, bijvoorbeeld met het verpleeghuis. Hiervoor is het nodig om binnen de keten draagvlak en motivatie te creëren, zodat die samenwerking ook opgezet en uitgevoerd kan worden. Het blijkt echter dat dit niet altijd zo makkelijk is. Een van de respondenten geeft aan dat hij al een aantal keer heeft geprobeerd bovenstaand knelpunt op de agenda te zetten in het overkoepelend ketenoverleg met alle ketenpartners. Die waren het er niet mee eens om gezamenlijk naar een oplossing te zoeken: *"Nee, is geen sprake van, dat wilde men niet in de keten hebben. Dus dat was toen actief beleid, ja dat is jullie probleem, dat moeten jullie zelf oplossen"*. Dit tot spijt van deze respondent.

Knelpunt 6: Complicaties in de chronische fase worden soms niet adequaat behandeld.

Het laatste knelpunt houdt in dat complicaties die een patiënt in de chronische fase oploopt, of die dan pas tot uiting komen, soms niet of niet op tijd worden opgemerkt. Als een patiënt na ontslag weer thuis komt, krijgt hij te maken met flinke veranderingen. Hij kan in een 'zwart gat' vallen, nu hij niet meer de zorg en begeleiding ontvangt zoals hij die in het ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum kreeg. Hij staat weer op zichzelf en moet leren omgaan met de gevolgen van zijn aandoening. Volgens de respondenten is dit voor veel patiënten moeilijk. Soms lopen zij tegen nieuwe problemen aan, die tijdens de revalidatiefase nog niet zijn opgemerkt of tot uiting zijn gekomen. Denk aan cognitieve of emotionele problematiek, zoals gedragsverandering of concentratieproblemen (Werkgroep Zorg in de Chronische Fase, 2012; 3). Dit soort problematiek kan grote invloed hebben op

het leven van de patiënt en zijn welzijn en geluk sterk verminderen. Doordat het echter vaak om ‘onzichtbare’ problemen gaat, komt het veel voor dat patiënten ermee blijven rondlopen zonder professionele hulp te zoeken. Op die manier kunnen de revalidatieartsen niet voldoen aan hun rol als vangnet. Zij willen graag iets voor deze patiënten betekenen, maar dan moeten die hen wel weten te vinden.

Overzicht in de nazorgmogelijkheden

Respondenten vinden het wel belangrijk dat als een patiënt toch weer bepaalde zorg nodig heeft, hij wel goed terecht komt op de juiste plek in de keten, zoals deze revalidatiearts uitlegt: *“We hoeven niet iedereen in beeld te houden, maar het zou prettig zijn dat we als keten weten dat het goed zit. Dat als er iets is, dat iemand aan de bel trekt van, die moet even terug naar de revalidatie, of naar de neuroloog, of naar iemand anders. En dat je daar op kunt vertrouwen”*. De respondenten willen dat zowel de patiënt als alle ketenpartners een goed overzicht hebben van de mogelijkheden die er zijn op het gebied van nazorg in de chronische fase. Momenteel is dit nog niet altijd het geval. Er zijn veel organisaties die diensten leveren op het gebied van nazorg en dit aanbod kan onoverzichtelijk zijn. De werkgroep Zorg in de chronische fase gaf haar rapport niet voor niets de ondertitel *“Een leidraad in het doolhof van zorg in de chronische fase na een CVA”*. Revalidatieartsen geven aan dat een patiënt die vragen of hulp nodig heeft, soms niet weet tot wie hij zich kan richten. Ook de ketenpartners zelf blijken niet altijd goed op de hoogte te zijn van wat er precies aan nazorg wordt aangeboden in hun keten. Het vergt overleg en afstemming om dit helder te krijgen, zoals deze medewerker uitlegt:

“Als je elkaar weet te vinden door een netwerk te bouwen en elkaars werk inzichtelijk te maken. De meeste hebben toch wel een core business en in het grensvlak overlap je elkaar een beetje maar daarna niet meer. Dus op het moment dat je dat inzichtelijk maakt (...) van goh, wanneer kun je een beroep doen, met welke problematiek op [Organisatie X]. Nou als zij dat inzichtelijk hebben hoeven ze minder vragen te behandelen, want die vraag komt bij hun bijvoorbeeld heel vaak binnen” – Ondersteunend/Organisationeel

Volgens deze respondent is het dus belangrijk dat men ‘elkaar weet te vinden’ en inzicht heeft in elkaars werk. Hiervoor is het nodig dat men bij elkaar komt om elkaar te leren kennen, informatie uit te wisselen en zaken af te stemmen. Sommige revalidatieartsen zien meerwaarde in een centraal aanspreekpunt, dat inzicht heeft in de verschillende mogelijkheden voor zo’n patiënt in de chronische fase. Zij vinden niet dat zij zélf die rol van aanspreekpunt zouden moeten invullen, maar zouden het fijn vinden als zo’n partij er wel is voor de patiënten. Die zou ze dan kunnen doorverwijzen naar de revalidatiearts, in de gevallen dat dat nodig is. Hieruit blijkt opnieuw dat zij hun rol in de chronische fase dus echt zien als laatste vangnet, alleen voor de patiënten die het echt nodig hebben.

Ook bij dwarslaesie vinden respondenten de eigen regie van de patiënt in de chronische fase belangrijk. Een belangrijk verschil tussen de CVA en dwarslaesie ketens is dat de meeste dwarslaesie patiënten hun hele leven lang voor controle terug blijven komen bij de revalidatiearts of dwarslaesieverpleegkundige, waardoor de kans groot is dat zij eventuele complicaties opmerken. Het probleem dat bij de CVA keten speelt, namelijk dat de patiënt na het nazorgtraject weer volledig op zichzelf aangewezen is, speelt hier dus minder. Toch gebeurt het ook bij dwarslaesiepatiënten dat bepaalde problemen niet of te laat worden opgemerkt. Zij vallen voor de normale medische zorg namelijk gewoon weer onder verantwoordelijkheid van hun huisarts. Die is vaak niet op de hoogte van de specifieke details van dwarslaesie problematiek. Hierdoor kan hij bepaalde complicaties over het

hoofd zien, waardoor toch problemen kunnen ontstaan. Het is volgens de respondenten niet mogelijk om huisartsen hierover te scholen en actief in de keten te betrekken, omdat een huisarts maar heel weinig dwarslaesiepatiënten ziet. Dit zou dus voor een huisarts dus niet de (tijds)investering waard zijn. In plaats daarvan vinden revalidatieartsen dat huisartsen moeten weten dat zij zich met vragen altijd tot het revalidatiecentrum kunnen richten. Een laagdrempelige houding richting huisartsen vinden zij hiervoor essentieel.

Daarnaast is het volgens respondenten uit zowel de dwarslaesie als de CVA keten belangrijk om ervoor te zorgen dat de patiënt zélf op de hoogte is van zijn specifieke zorgvraag en de problemen waar hij tegenaan kan lopen. Uiteindelijk is de patiënt degene die goed moet weten wat hij in zijn specifieke situatie wel en niet nodig heeft. Het is nodig hier extra in te investeren, volgens meerdere respondenten. Niet alleen artsen vinden dit belangrijk, andere actoren benadrukken dit. Onderstaande respondent, met een organisationele achtergrond, noemt een voorbeeld over doorligwonden. Die hebben bij een dwarslaesiepatiënt speciale behandeling nodig, wat een huisarts vaak niet weet. Daarom moet de patiënt dit zelf weten, zodat hij adequaat behandeld kan worden:

“De patiënt moet zelf heel alert zijn, moet zó goed weten hoe het in elkaar steekt, zodat hij of zij ook de eigen regie kan houden. En natuurlijk heb je een dokter daarvoor nodig. Maar als de patiënt weet als die een [doorligwond] heeft, dat hij hier geleerd heeft waarom hij van die plek af moet, niet mag zitten maar moet liggen, als de huisarts zegt van joh, hier heb je een goede pleister, ga maar gewoon aan het werk, je gaat toch niet gewoon liggen, dat is zonde, je kan beter aan het werk gaan. Dat die patiënt dan zegt van nee, die pleister is prachtig, maar dit mag niet. Neem even contact op met [het revalidatiecentrum]” – Ondersteunend/Organisationeel

Met eigen regie bedoelen respondenten dus niet dat de patiënt zelf alles maar op moet lossen. Het gaat erom dat hij weet op welke momenten zijn situatie hulp vereist en waar hij die hulp kan halen. In sommige gevallen is dat het revalidatiecentrum, waarin de arts dan graag als vangnet optreedt.

4.5 Conclusie

In dit bevindingenhoofdstuk heb ik gekeken naar processen van betekenisgeving in de CVA en dwarslaesie zorgketen en daaruit zijn drie rollen voor de revalidatiearts naar voren gekomen. Dat zijn de rol van toegangspoort, van specialist en van vangnet. We hebben ook gezien dat de revalidatieartsen en andere betrokken actoren knelpunten ervaren in de ketensamenwerking, die zich in verschillende fasen van het zorgproces uiten. Deze knelpunten zorgen ervoor dat de revalidatieartsen er niet in slagen om invulling te geven aan de rollen die zij voor zichzelf onderscheiden. Deze knelpunten hebben diverse oorzaken, die zowel lijken te komen uit het systeem dat de keten omringd, van andere ketenpartners als wel uit de revalidatiecentra zelf. In het volgende hoofdstuk zal ik mijn bevindingen analyseren aan de hand van mijn theoretische kader en laten zien hoe de betekenisgevingsprocessen van de revalidatieartsen en andere betrokken actoren tot stand komen.

5. Discussie

In dit hoofdstuk analyseer ik mijn bevindingen door gebruik te maken van de theoretische concepten die ik heb besproken in hoofdstuk 2. Ik zal laten zien dat de revalidatieartsen betekenis geven aan hun rol in de keten via een medisch frame. Hun identiteit als medisch professional is bepalend voor de inhoud van dit frame en het frame stuurt hen bij het bepalen van hun doel en hun rollen in de keten. Het blijkt dat dit medische frame echter niet voldoet om de samenwerking in de zorgketen te begrijpen. De respondenten ervaren verschillende knelpunten bij die samenwerking, die zij proberen te begrijpen door hun medisch frame uit te breiden en ook naar de organisatorische context rondom het proces van zorgverlening te kijken. Door de organisationele processen in de zorgketens op systeemniveau, ketenniveau en niveau van het revalidatiecentrum te bekijken, vormen de revalidatieartsen begrip van de oorzaken van de knelpunten.

Gebaseerd op hun identiteit als medisch professional voelen de revalidatieartsen zich verantwoordelijk voor hun patiënten en voor het oplossen van de knelpunten die zij ervaren. Ik zal laten zien dat zij *collaborative governance* activiteiten gebruiken om de gezamenlijke actie en samenwerking in de keten te stimuleren. Door middel van verbindend professionalisme slagen zij er in de samenwerking en dus het leveren van zorg in de keten te verbeteren. Zij zien echter ook dat er nog steeds zaken niet gaan zoals zij willen. Zij zien voor zichzelf én anderen in de keten de verantwoordelijkheid om hier gezamenlijke actie op te ondernemen en oplossingen voor te zoeken.

5.1 Het medische frame van de revalidatiearts

Een individu geeft betekenis aan de gebeurtenissen in de wereld om hem heen op basis van mentale modellen, ook wel ‘frames’ genoemd (Bolman & Deal, 2008). Zaken als opvoeding, educatie en ervaringen beïnvloeden de vorming van deze frames, die bestaan uit normen, waarden en ideeën over hoe de wereld in elkaar zit. Zij helpen een individu bij het begrijpen van gebeurtenissen (Weick et al., 2005). Ook de revalidatieartsen hanteren frames om begrip te creëren en betekenis te geven aan hun rol in de samenwerking in de zorgketen. Ik zie dat de revalidatieartsen vanuit hun identiteit als medisch professional betekenis geven aan hun werk via een medisch frame, dat ik nu zal bespreken.

5.1.1 Het medische frame

De literatuur over professionals leert ons dat hun beroepsgroep een belangrijke invloed heeft op hun identiteit. Met hun beroepsgroep delen professionals kennis, normen, waarden en ideeën over hoe zij horen te denken en handelen (Noordegraaf, 2011). Medisch professionals hebben karakteristieke eigenschappen, waarvan we een aantal duidelijk terugzien bij de revalidatieartsen, zowel in de CVA als in de dwarslaesie ketens. Zij hebben een sterke interne motivatie om patiënten te helpen, wat wijst op hun humanistische overtuiging. Zij willen hun werk zo goed mogelijk uitvoeren en uiten hun frustraties over de momenten waarop dit niet lukt, wat wijst op hun drang tot excellentie. Verder vertonen zij een sterk gevoel van toerekenbaarheid. Hun patiënten én de maatschappij verwachten van hen dat zij goede zorg volgens het *stepped care* principe leveren en zij voelen zich verantwoordelijk hieraan te voldoen (Stern, 2006; Swick, 2000). We zien dus dat zijn medisch professionele identiteit een belangrijke invloed heeft op de betekenis die de revalidatiearts geeft aan de samenwerking en zijn

rol in de zorgketen. Hij bekijkt die samenwerking vanuit een 'medisch frame'. Medisch handelen in het belang van de patiënt moet volgens hem leidend zijn binnen de samenwerking. Op basis van dat medische frame vormen de revalidatieartsen voor zichzelf een doel in de keten: garanderen dat alle patiënten in de keten die baat hebben bij medisch specialistische revalidatie, deze zorg ook ontvangen. Dit doel zien zij als hun persoonlijke verantwoordelijkheid, die zij meebrengen in de ketensamenwerking (Huxham, 2003). De rollen van toegangspoort, specialist en vangnet zijn allemaal gericht op het bereiken van dit doel.

Zoals we hebben gezien, verloopt de samenwerking in de keten niet altijd even goed. Knelpunten in de zorg leiden ertoe dat sommige patiënten revalidatiezorg mislopen, waardoor de revalidatieartsen hun doel niet bereiken. Zo zien we dat patiënten soms niet in het revalidatiecentrum terechtkomen, patiëntenuitwisseling soms lastig is en dat ook in de chronische fase patiënten weleens door het net glijpen. Met een puur medisch inhoudelijk frame kunnen de revalidatieartsen geen oplossingen vinden voor deze knelpunten. Zij doen immers al hun uiterste best om de patiënt de juiste zorg te bieden en toch lukt dit niet altijd. Dit veroorzaakt cognitieve dissonantie bij de revalidatieartsen. Hun medische mentale model biedt niet de juiste verklaringen en handvatten om te knelpunten in de keten te begrijpen en op te lossen (Bolman & Deal, 2008; Festinger, 1957 in De Caluwé, 2012). Dit is te herkennen aan de gevoelens van frustratie, onbegrip en bezorgdheid die de revalidatieartsen uiten, als zij merken dat zij hun doelen niet bereiken (Weick, 1993). Daarom breiden zij hun medisch frame uit, zoals ik in de volgende paragraaf uitleg.

5.1.2 Uitbreiding van het medisch frame

Een actor kan omgaan met disruptie van een mentaal model door zijn gedachten, zienswijzen en ideeën aan te passen (De Caluwé, 2012). We zien dit ook gebeuren bij de revalidatieartsen. Zij merken dat een puur medisch inhoudelijke benadering niet voldoet bij het begrijpen van de knelpunten in de keten en het oplossen daarvan. De revalidatieartsen realiseren zich dat zij ook aan de organisatorische kant van het zorgproces aandacht moeten besteden om hun doel te behalen. In de ketens werken zij samen over de grenzen van hun eigen organisatie heen, met professionals uit andere organisaties van andere disciplines. Die samenwerking vraagt om meer dan alleen het leveren van zorg. Zo hebben we in de bevindingen gezien dat de revalidatieartsen ook bezig zijn met zaken als conflicten oplossen, logistieke processen afstemmen, zichzelf bekend maken in de keten, afspraken maken, bouwen aan onderling vertrouwen, het stimuleren van ketenpartners tot meer samenwerking en het creëren van motiveren van ketenpartners om patiënten naar hen door te sturen. Dit zijn allemaal *collaborative governance* activiteiten, die niet zozeer medisch inhoudelijk van aard zijn, maar vallen onder de organisatie van het zorgproces (Emerson et al., 2012).

De literatuur over professionele rollen ondersteunt wat we in de ketens zien gebeuren. Verschillende onderzoeken wijzen erop dat de veranderende tijden waarin onze maatschappij zich bevindt, leiden tot een vertroebeling van het onderscheid tussen het inhoudelijke werk van een professional en de organisationele kant van dat werk (Noordegraaf, 2011; Waring & Currie, 2009). Dit leidt tot een verruiming of herdefiniëring van de rol van een professional (Noordegraaf, 2013). Ook in de zorgketens zien we dat goede ketensamenwerking van de revalidatieartsen vraagt dat zij organiserende rollen en taken op zich nemen. We zien dat de revalidatieartsen dit doen, door organisationele activiteiten te ondernemen op het gebied van *collaborative governance* (Emerson et al., 2012). Zij realiseren zich dat

dit nodig is om hun doelen te behalen en te zorgen dat ketensamenwerking succesvol is. In de volgende paragraaf laat ik zien op welke manier de revalidatieartsen begrip geven aan de knelpunten die zij in de ketensamenwerking ervaren. Ook laat ik zien hoe zij door middel van *collaborative governance* deze knelpunten proberen op te lossen en op deze manier hun professionele rol herdefiniëren (Emerson et al., 2012; Noordegraaf, 2013).

5.2 Verschillende niveaus binnen de ketensamenwerking

Zoals blijkt uit de bevindingen zijn de knelpunten die de revalidatieartsen in de samenwerking ervaren heel divers en zijn de oorzaken ervan niet onder één noemer te vatten. *Collaborative governance regimes* zoals zorgketens zijn complexe, meerlagige systemen (Emerson et al., 2012). Daarin lopen allerlei interne en externe dynamieken door elkaar heen, die invloed uitoefenen op de samenwerking in zo'n netwerk. Ook in de zorgketens zien we dit terug. We zien dat de revalidatieartsen en andere betrokkenen op verschillende niveaus naar de knelpunten in de ketens kijken. Zij klagen bijvoorbeeld over "*het systeem*" met perverse prikkels, benoemen de onvermijdbare "*gevoelens van concurrentie*" tussen verschillende ketenorganisaties en spreken over frictie tussen de wereld van managers en artsen binnen het revalidatiecentrum.

Sommige knelpunten zien we terug in zowel de dwarslaesie als de CVA ketens, anderen komen alleen voor in één van beide ketens. Dit komt doordat het proces van zorgverlening in de CVA en dwarslaesie ketens niet geheel hetzelfde is, er bestaan verschillen. Ik zie echter dat de betrokken actoren uit beide ketens dezelfde niveaus onderscheiden op basis waarvan zij de knelpunten proberen te begrijpen. Dit zijn het systeemniveau, het ketenniveau en het niveau van het revalidatiecentrum. Deze niveaus geven verschillende lagen aan van de zorgketen en zijn context. Organisaties, de keten en het systeem overlappen elkaar en zijn onderling verbonden. Krachten die vanuit het systeem komen, hebben invloed op de interactieprocessen tussen organisaties in de keten en tussen groepen binnen een organisatie. Andersom hebben de interacties tussen verschillende groepen binnen een organisatie hun uitwerking op de samenwerking tussen organisaties in de keten. Ik licht de niveaus nu toe.

5.2.1 Het systeemniveau

Als eerste zoom ik uit, om het netwerk vanuit een breder perspectief te bekijken. Zoals Emerson et al. (2012) uitleggen, staat een *collaborative governance regime* niet op zichzelf. Het bevindt zich in een context, die door middel van *drivers* het netwerk op allerlei manieren beïnvloedt, door bijvoorbeeld politieke, juridische, economische en sociaal-demografische krachten (Emerson et al, 2012). Binnen de onderzochte ketens hebben we gezien dat de respondenten zich bewust zijn van krachten buiten de eigen organisatie en buiten het netwerk, die invloed uitoefenen op gebeurtenissen binnen de ketens. De respondenten merken dat zaken als wetgeving, afkomstig uit het externe systeem, goede werking van de keten belemmeren. Zo zien we bij knelpunt 5 dat omslachtige en traag werkende bureaucratische regels van de gemeente de revalidatieartsen flink hinderen bij het vervullen van hun rollen. Ook het starre zorgstelsel en de complexe financiering daarvan is een externe kracht die ervoor zorgt dat de revalidatiearts zijn werk niet goed kan verrichten, zoals we zagen bij knelpunt 3. Patiëntenuitwisseling tussen organisaties gaat hierdoor lastig, vanwege de negatieve financiële consequenties die dit kan hebben voor een organisatie. We zien dus dat krachten uit het omliggende systeem op deze manier ook invloed uitoefenen op de onderlinge dynamiek tussen ketenorganisaties.

De oplossingen voor de belemmeringen die de artsen ervaren vanuit het systeem waarin zij zich bevinden, zijn niet gemakkelijk. Het zijn complexe problemen waar de keten als collectief last van ondervindt en deze vragen om een gezamenlijke aanpak. Zoals blijkt uit de voorbeelden die de artsen noemen, slagen zij hierin door bijvoorbeeld slimme samenwerkingsverbanden op te zetten op het gebied van patiëntenuitwisseling. Hier is echter wel de juiste motivatie van relevante ketenpartners voor nodig. De artsen zien het als hun taak om deze gedeelde motivatie te creëren, door de juiste ketenpartners te betrekken en enthousiasmeren om mee te zoeken naar oplossingen voor de knelpunten (Emerson et al., 2012). Zoals we hebben gezien blijkt het lang niet altijd zo makkelijk om dat voor elkaar te krijgen. Het opbouwen van vertrouwen richting elkaar, door aan te tonen dat de verschillende doelen van de organisaties verenigbaar zijn, helpt hierbij.

5.2.2 Het ketenniveau

Het tweede niveau dat de revalidatieartsen onderscheiden, noem ik het ketenniveau, waarbij zij kijken naar interacties die plaatsvinden tussen ketenpartners. Door onderlinge interactie werken de verschillende actoren aan gezamenlijke betekenisgeving en creëren zij een gezamenlijk doel, namelijk het ten uitvoer brengen van het *stepped care* principe: de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek. Naast gezamenlijke doelen brengen organisaties ook eigen doelen mee binnen een samenwerkingsverband (Huxham, 2003; Winkler, 2006). Ook in de keten hebben de ketenpartners hun eigen doelen en die komen op diverse manieren tot uiting. Zo zien we bij knelpunt 2 dat medisch specialisten in het ziekenhuis soms niet goed op de hoogte zijn van het bestaan van de dwarslaesie keten. De doelen van de specialisten komen niet overeen met die van de revalidatieartsen. Hun prioriteiten liggen simpelweg niet bij de dwarslaesie keten, waardoor hun betrokkenheid ook veel minder is (Huxham et al., 2000; 348). De revalidatieartsen zien het als hun taak de juiste specialisten toch bij de keten te betrekken. Dit begint bij het aangaan van de dialoog met verschillende specialisten in het ziekenhuis, waarbij zij hun vakgebied profileren, om zo de bekendheid te vergroten. Ook de literatuur over *collaborative governance* wijst uit dat face-to-face dialoog een belangrijke voorwaarde is voor geslaagde samenwerking in een netwerk (Ansell & Gash, 2008; Emerson et al., 2012). Op die manier kunnen de specialisten en revalidatieartsen in een proces van *principled engagement* gedeeld begrip creëren (Emerson et al., 2012). Door gezamenlijke belangen te ontdekken en definiëren, creëren zij zo gedeelde motivatie en betrokkenheid bij hen en de specialisten, waardoor zij gezamenlijke actie kunnen ondernemen (Emerson et al., 2012).

Organisaties willen vaak ook zelf iets uit een samenwerking halen en soms conflicteren deze individuele doelen met elkaar (Huxham & Vangen, 2000). De revalidatieartsen werken volgens het credo 'medisch is leidend', maar zij merken dat soms ook financiële belangen een rol spelen bij de samenwerking met andere organisaties. Elke organisatie wil ook financieel gezond blijven. Dit onderkennen zowel de revalidatieartsen als actoren met een organisationele achtergrond. We zien dit bij knelpunt 1, waar revalidatieartsen het idee hebben dat neurologen tijdens het triageproces naast medisch inhoudelijke ook financiële belangen laten meespelen. Dit belemmert de revalidatieartsen bij hun rol als toegangspoort, waardoor zij hun doel soms niet bereiken, omdat zij patiënten verkeerd triëren. We zien dat de revalidatieartsen *principled engagement* gebruiken om dit probleem op te lossen (Emerson et al., 2012). Revalidatieartsen en neurologen hebben duidelijk verschillende

belangen, maar via processen van afweging hebben zij gezamenlijk een oplossing gevonden voor dit probleem, namelijk transferafdelingen (Emerson et al., 2012).

Ook bij knelpunt 3 zien we dat het bedrijfsmatige belang zwaarder weegt dan het patiëntbelang, wanneer een verpleeghuis een patiënt uit het revalidatiecentrum niet wil opnemen omdat zij hier dan verlies op maakt. Dit uit zich op ketenniveau door frictie tussen de organisaties onderling, maar de achterliggende oorzaak komt uit het systeem, namelijk tegenwerkende wetgeving en financiering. Toch doen ook hier de revalidatieartsen hun uiterste best hun doel te bereiken en alle patiënten die het nodig hebben revalidatiebehandeling aan te bieden. Zij geven bijvoorbeeld aan ketenpartners te motiveren om patiënten toch naar hen te sturen, als die daar baat bij hebben. Op deze manier proberen zij gedeelde motivatie op te bouwen, door aan hun ketenpartners het belang en de toegevoegde waarde van revalidatie duidelijk te maken en zo wederzijds begrip en gedeelde motivatie te creëren (Emerson et al., 2012).

Bij knelpunt 4 zien we dat bij een van de twee dwarslaesie ketens een ander issue speelt. Hier zijn de samenwerkingsafspraken tussen bepaalde perifere en specialistische centra niet duidelijk vastgelegd, waardoor er geen onderling vertrouwen heerst. We hebben gezien dat afspraken en protocollen een manier zijn om capaciteit voor gezamenlijke actie te creëren (Emerson et al., 2012). We zien dit terugkomen in de andere dwarslaesie keten, waar wel duidelijk afspraken zijn. Via *principled engagement* zijn de revalidatieartsen in deze keten met elkaar in gesprek gegaan, waarbij ze de inhoud van de samenwerking hebben bepaald en vervolgens vastgelegd. Dit zorgde voor gedeeld vertrouwen en begrip, wat stimulerend werkt voor onderlinge samenwerking (Emerson et al., 2012).

5.2.3 Het niveau van het revalidatiecentrum

Het laatste niveau van waaruit de revalidatieartsen naar de samenwerking kijken is het niveau van het revalidatiecentrum zelf. Hierbij zorgt vooral de interactie tussen revalidatieartsen en managers voor knelpunten. Het blijkt dat er vaak onenigheid of zelfs machtsstrijd tussen deze groepen voorkomt (Waring & Currie, 2009; De Bruijn & Noordegraaf, 2010; Noordegraaf, 2011). Ook binnen de revalidatiecentra belemmert het management de revalidatieartsen soms bij het behalen van hun doelen in de zorgketen. De managers hebben andere doelen, die kunnen conflicteren met die van de revalidatieartsen. Managers maken volgens hen deel uit van een 'andere wereld', de bedrijfsmatige wereld. Het is de taak van het management om ervoor te zorgen dat het revalidatiecentrum financieel gezond is en blijft. Zoals blijkt uit knelpunt 4 hebben de revalidatieartsen soms het idee dat die bedrijfsbelangen ook aan hen worden opgedrongen. Hierdoor gaan zij bijvoorbeeld hun ketenpartners als concurrentie zien. De revalidatieartsen willen echter niet handelen volgens het bedrijfsbelang. Voor hen is het credo 'medisch is leidend' en als dit ondergesneeuwd raakt, voelen zij zich in een hoek gedreven. Zij gaan hiermee om door in de ketensamenwerking niet te focussen op onderlinge concurrentie, maar juist op specialisatie. Als iedere organisatie zich op zijn eigen specialisatie focust en zich richt op de daarbij behorende patiënten, hoeft er niet gestreden te worden om wie welke patiënt krijgt. Het elkaar 'gunnen' van patiënten is hierbij belangrijk en de revalidatieartsen proberen dit te stimuleren door richting ketenpartners duidelijk te maken dat zij alleen maar in het belang van de patiënt handelen. Hierdoor bouwen zij onderling vertrouwen en begrip op met medisch professionals uit andere organisaties (Emerson et al., 2012).

Door de knelpunten in de keten op een systeem-, keten- en organisatieniveau te analyseren, proberen de revalidatieartsen voor zichzelf begrip te creëren van de gebeurtenissen. Het helpt hen bij het begrijpen waarom, ondanks het gezamenlijke doel van alle ketenpartners, namelijk het bieden van de juiste zorg aan de juiste patiënt, toch soms dingen anders lopen dan het beste zou zijn voor de patiënt. Doordat het gaat om complexe problemen die komen van verschillende niveaus, waarbij meerdere organisaties betrokken zijn, zijn deze knelpunten niet op te lossen door individuele actoren of organisaties. We zien dat revalidatieartsen proberen deze gezamenlijke actie te stimuleren, door allerlei principes van *collaborative governance* toe te passen en zo de samenwerking te verbeteren.

5.3 Roluitbreiding: verbindend professionalisme

We hebben gezien dat de revalidatieartsen in de CVA en dwarslaesie ketens op basis van hun medische frame zichzelf als doel hebben gesteld ervoor te zorgen dat alle patiënten die dat nodig hebben, revalidatiezorg kunnen ontvangen. Hun medisch professionalisme zorgt ervoor dat de zij zich sterk verantwoordelijk voelen om hun patiënten zo goed mogelijk te helpen. Dit kunnen zij niet alleen, goede samenwerking met verschillende professionele disciplines in de keten is hiervoor noodzakelijk. Om via die samenwerking hun doel te kunnen bereiken, realiseren de revalidatieartsen zich dat zij zich niet alleen moeten bezighouden met het primaire proces van patiëntenzorg. Naast medisch inhoudelijke taken nemen zij daarom ook organisationele taken op zich. Zij houden zich bezig met *collaborative governance* activiteiten om de knelpunten die zij in de samenwerking ervaren, op te lossen. Door het creëren van *principled engagement*, het opbouwen van gedeelde motivatie tot samenwerking en het vrijmaken van capaciteit tot gedeelde actie, proberen zij de samenwerking met hun ketenpartners te verbeteren (Emerson et al., 2012).

Op deze manier breiden zij hun rol van medisch professional uit. Deze rol is, naast medisch inhoudelijk, ook steeds meer verbindend van aard (Noordegraaf et al., 2014). Voor succesvolle samenwerking moeten de verschillende stakeholders met elkaar in verbinding treden. Als het hen helpt om hun patiënten beter van dienst te zijn, zien de revalidatieartsen het als hun taak om voor die verbinding te zorgen. We zien dan ook dat zij dit op verschillende manieren doen als zij op zoek gaan naar oplossingen voor ervaren knelpunten. Activiteiten als het opbouwen van onderlinge relaties, creëren van gezamenlijk betekenis, bespreken en verenigen van eigen doelen en die van anderen en het helder maken van afspraken, zijn voorbeelden van manieren waarop zij vormgeven aan het verbindend professionalisme.

Concluderend zien we dus dat het medisch inhoudelijk professionalisme voor de revalidatieartsen de kern van hun rol vormt. Dat stuurt hun denken en handelen en bepaalt hoe zij betekenis geven. We zien echter in toenemende mate dat zij verbindende taken en eigenschappen aan hun handelen toevoegen. De revalidatieartsen breiden hun rol dus uit door naast medisch professionalisme ook verbindend professionalisme te vertonen (Noordegraaf et al., 2014). We hebben voorbeelden gezien van situaties waarin zij er door deze verbindende activiteiten in slagen knelpunten in de keten op te lossen en het proces van zorgverlening te verbeteren. We hebben echter ook situaties gezien waarbij de revalidatieartsen wel ideeën hebben over hoe zij een knelpunt kunnen oplossen, maar dat hen nog niet lukt. Ik denk dan ook dat het toepassen van verbindend professionalisme door de revalidatieartsen een proces is dat nog in ontwikkeling is.

6. Conclusie

In deze conclusie geef ik een antwoord op de volgende onderzoeksvraag:

“Welke betekenis geven revalidatieartsen en andere betrokken actoren aan de rol van de revalidatiearts in de CVA en dwarslaesie zorgketen?”

Ik wilde exploreren of er verschillen of overeenkomsten te vinden zijn in de betekenisgeving aan de rol van de revalidatiearts in de dwarslaesie en CVA zorgketen. Daarom koos ik voor een *multiple embedded* case study ontwerp. Door het kwalitatieve ontwerp was ik in staat de processen van betekenisgeving van mijn respondenten diepgaand te begrijpen. Ik heb hiervoor gebruik gemaakt van documentenanalyse, semi-gestructureerde interviews en observaties als data. Om de betekenisgeving beter te begrijpen, heb ik mijn hoofdvraag onderverdeeld in verschillende deelvragen:

1. *Hoe ziet de samenwerking in de CVA en dwarslaesie zorgketen eruit?*
2. *Welke verschillende rollen ziet men voor de revalidatieartsen in deze ketens weggelegd?*
3. *Welke knelpunten ervaart men bij het uitoefenen van die rollen?*
4. *Wat doen men eraan om deze knelpunten aan te pakken?*

Het blijkt dat de manier van samenwerking in de CVA en dwarslaesie keten vooral overeenkomsten vertoont. De zorg in beide ketens is te verdelen in een acute, revalidatie en chronische fase. Dezelfde typen zorginstellingen werken samen in de ketens en in beide ketens is de revalidatiearts bij alle zorgfasen betrokken. We zien dan ook dat de rollen die men voor de revalidatieartsen in beide ketens ziet weggelegd, met elkaar overeenkomen. In beide ketens neemt de revalidatiearts de rol van toegangspoort, specialist en vangnet op zich. Deze rollen dienen allemaal hetzelfde doel van de revalidatiearts: ervoor zorgen dat de patiënten die baat hebben bij medisch specialistische revalidatie, deze zorg ook kunnen ontvangen.

Ik heb laten zien dat revalidatieartsen als medisch professionals vanuit een medisch frame naar hun rollen en taken kijken. Zij handelen volgens een humanistische overtuiging, willen hun werk zo excellent mogelijk uitvoeren en voelen zich sterk verantwoordelijk voor hun patiënten. Ondanks deze grote interne motivatie tot het leveren van goede zorg, zien we dat de revalidatieartsen in de samenwerking met andere instellingen en professionals te maken krijgen met knelpunten. Deze knelpunten zijn verschillend van aard (zie Bijlage 4), maar hebben allemaal tot gevolg dat de revalidatiearts er niet in slaagt zijn doel in de keten te bereiken. Vanuit een puur medisch frame kan hij deze knelpunten niet verklaren en niet oplossen.

De reactie van de revalidatieartsen op deze disruptie is een verruiming van hun medische frame. Door zich niet alleen te richten op de zorginhoudelijke kant van het zorgproces, maar ook te kijken naar de organisatorische context, kunnen zij de problematiek in de keten wel plaatsen en er beter mee omgaan. Als zij vanuit een organisatorisch perspectief naar de zorgketen kijken, onderscheiden de revalidatieartsen en andere betrokken actoren drie niveaus waarop knelpunten ontstaan in de samenwerking. Dit zijn het systeemniveau, het ketenniveau en het niveau van het revalidatiecentrum.

We zien dat zich op deze niveaus verschillende, elkaar onderling beïnvloedende processen afspelen, die leiden tot knelpunten.

De revalidatieartsen gaan om met de knelpunten die zij in de ketens tegenkomen, door hun rol van medisch professional te herdefiniëren en uit te breiden. Dit houdt in dat zij zich niet alleen bezighouden met inhoudelijke zorgprocessen, maar ook activiteiten ondernemen aangaande de organisationele context van het inhoudelijk werk. Het doel hiervan is om meer verbinding tussen de verschillende ketenpartners te creëren, waardoor zij beter kunnen samenwerken en hierdoor gezamenlijk in staat zijn oplossingen voor de knelpunten te vinden. Dit doen de revalidatieartsen door het opbouwen van *principled engagement*, het stimuleren van gedeelde motivatie en het creëren van capaciteit voor gezamenlijke actie. Door te werken aan deze processen van *collaborative governance* geven de revalidatieartsen invulling aan verbindend professionalisme. Dit onderzoek heeft voorbeelden laten zien hoe zij op deze manier gezamenlijk oplossingen voor knelpunten creëren. Soms lukt het hen echter niet om oplossingen te vinden, doordat zij er (nog) niet in slagen genoeg verbinding tussen de ketenpartners te creëren. Het is aannemelijk dat de herdefiniëring van de rol van de revalidatiearts een proces in ontwikkeling is.

7. Aanbevelingen

In dit onderzoek heb ik verschillende inzichten opgedaan, op basis waarvan ik in dit hoofdstuk een aantal concrete aanbevelingen geef. Deze aanbevelingen zijn ten eerste gericht tot de Nederlandse revalidatiecentra. Zij zijn zowel interessant voor zorginhoudelijke medewerkers, waaronder revalidatieartsen, als voor het management en bestuur. Ten tweede zijn deze aanbevelingen gericht tot Revalidatie Nederland, dat graag wilde weten wat de positie van het revalidatiecentrum in de zorgketen is.

1. Laat medisch leidend blijven

Mijn eerste aanbeveling is om ketensamenwerking zo veel mogelijk te laten initiëren, invullen en uitbreiden door revalidatieartsen en andere medisch professionals. Zij zijn degene met concrete kennis over de keten en zij weten het beste welke knelpunten en kansen er liggen. We hebben gezien dat zij vinden dat bij ketensamenwerking altijd moet gelden: ‘medisch is leidend’. Alleen als de samenwerking volgens hen bijdraagt aan het patiëntbelang, zullen zij gemotiveerd zijn om in de keten samen te werken. Als zij het idee hebben dat zij slechts bezig zijn met het dienen van bedrijfsbelangen of het volgen van standaard protocollen, zullen zij zich niet inzetten voor samenwerking. En zonder hun inzet zal een ketensamenwerking niet slagen. Samenwerking en afstemming met het management is essentieel, maar zou nooit leidend moeten zijn.

2. Stimuleer en ontwikkel verbindend professionalisme

Ten tweede raad ik het management van revalidatie instellingen aan om vooral aan te sluiten bij de behoeften van de revalidatieartsen. Dat houdt in dat zij geen bijeenkomsten, scholingen of symposia moeten organiseren als daar geen behoefte aan is. Tegelijkertijd zouden managers ook goed moeten luisteren waar juist wél behoefte aan is. We hebben gezien dat het organiseren van zorg in een zorgketen om heel andere vaardigheden vraagt dan medische kennis. Wellicht zijn er revalidatieartsen of andere medisch professionals die behoefte hebben aan scholing op het gebied van organisationele processen zoals samenwerking, motiveren, conflicthantering of leiderschap. We hebben gezien dat dit soort organisationele vaardigheden essentieel zijn bij het samenwerken in zorgketens en het oplossen van knelpunten. Medisch professionals hebben tijdens hun opleiding veel vakinhoudelijke kennis meegekregen, maar wellicht hebben zij daarnaast behoefte aan versterking van hun organisationele kennis en vaardigheden.

Naast de juiste vaardigheden is tijd een belangrijke stimulans voor verbindend professionalisme. Er is tijd voor nodig om een stevige samenwerking op te bouwen. Ik raad dan ook aan dat men hiervoor in de keten meer tijd vrijmaakt als dat nodig is. Ik heb laten zien dat revalidatieartsen zelf veel ideeën hebben over wat zij kunnen doen om knelpunten in de samenwerking op te lossen. Mooie dingen komen volgens hen voort uit de momenten waarop medisch professionals bij elkaar komen om open en eerlijk te bespreken wat zij ervaren in de samenwerking, wat er goed en minder goed gaat, om vervolgens samen te bedenken hoe ze dat kunnen verbeteren. Wat ze daar voor nodig hebben is vrij eenvoudig: tijd. Toch gaat het daar al vaak mis. Ik heb een aantal artsen horen zeggen dat ze graag meer verbinding zouden willen maken met andere organisaties, maar dat ze daar simpelweg de tijd

niet voor hebben. Ik denk dat door tijd vrij te maken voor ketensamenwerkingsactiviteiten grote verbeteringen kunnen worden behaald.

3. Trek meer regie naar je toe

Mijn laatste aanbeveling is gericht tot Revalidatie Nederland. In haar Strategisch Beleidsplan spreekt zij over een mogelijke regiefunctie van de revalidatiearts in de zorgketen. Ik denk dat regie van de revalidatiearts over de gehele keten niet wenselijk is. Het is niet nodig dat één partij of persoon de regie heeft over de acute fase, revalidatiefase én de chronische fase. In elke fase valt de patiënt onder de verantwoordelijkheid van een andere medisch professional. Bij de acute fase komen heel andere dingen kijken dan in bijvoorbeeld de chronische fase, waar de benadering van de patiënt veel breder is dan puur medisch. We zien echter dat de revalidatieartsen voor het behalen van hun eigen doelen wél de regie (willen) nemen over de samenwerking. Het is hun doel ervoor te zorgen dat alle patiënten die baat hebben bij medisch specialistische revalidatiebehandeling, deze zorg ook ontvangen. Door op de juiste punten de juiste verbindingen te leggen, proberen zij zowel in de acute, de revalidatie- als in de chronische fase zo zichtbaar en bereikbaar mogelijk te zijn voor zowel patiënten als verwijzers. Ik denk dat zij nog meer patiënten kunnen bereiken dan nu het geval is, door meer slimme samenwerkingsverbanden te sluiten en hun stem luider te laten horen op meerdere plekken in de keten. Zij zullen nog meer verbindend professionalisme moeten gaan vertonen. We hebben gezien dat de knelpunten waar zij mee te maken krijgen complex en meerlagig zijn, waardoor geen eenvoudige oplossingen te vinden zijn. Alleen door per situatie te bekijken welke actoren betrokken zijn, welke verschillende belangen een rol spelen en welke processen belemmerend werken, zijn via maatwerk gezamenlijke oplossingen te vinden. Hier is verbinding voor nodig en ik zie de revalidatiearts als een geschikte actor hiervoor. Door zijn veranderende rol nog meer te omarmen en meer *connective professionalism* in zijn rolopvatting op te nemen, kan hij nog meer betekenen in de keten en meer mensen bereiken met zijn specialisme.

8. Bronnen

Alexander, J. A., Zuckerman, H. S. & Pointer, D. D. (1995). The Challenges of Governing Integrated Health Care Systems. *Health Care Management Review*, 20(4), 69-81.

Ansell, C. & Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.

Arnold, L. & Stern, D. T. (2006). What Is Medical Professionalism? In Stern, D.T. (Eds.), *Measuring Medical Professionalism* (pp. 15-38). Oxford: Oxford University Press.

Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2008). *Reframing Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.

Boonstra, J. & De Caluwé, L. (2007). *Intervening and Changing. Looking for Meaning in Interactions*. West Sussex: John Wiley & Sons.

Bouwman, B. (2011). *Ligduurmonitor Nederlandse Ziekenhuizen 2010*. Arnhem: Coppa Consultancy.

De Bruijn, H. & Noordegraaf, M. (2010). Professionals Versus Managers? De Onvermijdelijkheid van Nieuwe Professionele Praktijken. *Bestuurskunde*, 6(3), 6-20.

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods. 4th Edition*. Oxford: Oxford University Press.

Busenberg, G. (1999). Collaborative and Adversarial Analysis in Environmental Policy. *Policy Sciences*, 32(1), 1-11.

Calsbeek, H. & Rosendal, H. (2007). Waarom Ketenzorg Zo Moeizaam van de Grond Komt: De Slaag- en Faalfactoren. *Nederlands Tijdschrift van Evidence Based Practice*, 5(5), 117-121.

De Caluwé, L. (2012). Losjes Gekoppelde Systemen. In Ruijters, M. & Simons, R. (Eds.), *Canon van het Leren* (pp. 361-372). Deventer: Kluwer.

Van Dijk, C. E., Korevaar, J. C., de Jong, J. D., Koopmans, B., van Dijk, M. & de Bakker, D. H. (2013). *Ruimte Voor Substitutie? Verschuivingen van Tweedeijns- Naar Eerstelijnszorg*. Utrecht: NIVEL.

Easterbrook, S., Yu, E., Aranda, J., Fan, Y., Horkoff, J., Leika, M. & Abdul Qadir, R. (2005). Do Viewpoints Lead to Better Conceptual Models? An Exploratory Case Study. *13th IEEE International Conference on Requirements Engineering*, 5(1), 199-208.

Emerson, K., Nabatchi, T. & Balogh, S. (2012). An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29.

Evetts, J. (2011). A New Professionalism? Challenges and Opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406-422.

Van Ewijk, C., Van der Horst, A. & Besseling, P. (2013). *Gezondheid Loont: Tussen Keuze en Solidariteit*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

't Hart, H., Boeije, H. & Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Meppel: Boom Onderwijs

Huxham, C., Vangen, S., Huxham, C. & Eden, C. (2000). The Challenge of Collaborative Governance. *Public Management: An International Journal of Research and Theory*, 2(3), 337-358.

Huxham, C. (2003). Theorizing Collaboration Practice. *Public Management Review*, 5(3), 401-423.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Jaarrapport 2003*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De Jong, A. W. L. & Passier, P. E. C. A. (2016). *Behandelkader CVA*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen.

Kaljouw, M. & van Vliet, K. (2015). *Naar Nieuwe Zorg en Zorgberoepen: De Contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Kimchi, J., Polivka, B. & Stevenson, J.S. (1991). Triangulation: Operational Definitions. *Nursing Research*, 40(6), 364-366.

Limburg, M. & Voogdt, M. (2012). *Zorgstandaard CVA/TIA*. Maastricht: Kennisnetwerk CVA.

Lindhout, M. (2016). Nu de Triage bij Hersenletsel Nog! *Revalidatie Magazine*, 22(3), 14.

Meijboom, B., Fleuren, H. & van Geffen, W. (2006). Transparantie in de Zorgketen. *ZM Magazine*, 22(1), 1-6.

Minkman, M. M. N. (2011). *Developing Integrated Care: Towards a Development Model for Integrated Care*. Deventer: Kluwer.

Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Marktscan Ketenzorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Noordegraaf, M. (2011). Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues. *Organization Studies*, 32(10), 1349-1371.

Noordegraaf, M., Van der Steen, M. & Van Twist, M. (2014). Fragmented or Connective Professionalism? Strategies for Professionalizing the Work of Strategists and Other (Organizational) Professionals. *Public Administration*, 92(1), 21-38.

- Panteia (2016). *Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2014*. Utrecht: Stichting DHD.
- Peerenboom, P. B. G. & Spek, J. (2013). *Medisch Specialistische Revalidatie. Aanspraak en Praktijk*. Elst: Tangram Zorgadviseurs.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2011). *Medisch-Specialistische Zorg in 2020: Dichtbij en Ver Weg*. Den Haag: Broese en Peereboom.
- Revalidatie Nederland (2015). *Branchegegevens Revalidatiecentra 2013*. Utrecht: Revalidatie Nederland.
- Revalidatie Nederland (2015). *Strategisch Beleidsplan 2015-2019*. Utrecht: Revalidatie Nederland.
- Silverman, D. (2011). *Interpreting Qualitative Data*. Londen: Sage Publications, Inc.
- Sluis, T. (2011). *Behandelkader Dwarslaesie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen.
- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in Kwalitatief Onderzoek. *KWALON*, 14(3), 5-12.
- Spek, J. (2013). *Zorgstandaard Dwarslaesie*. Utrecht: Dwarslaesie Organisatie Nederland.
- Stake, R. E. (1994). Case Studies. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 236-247). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Swanborn, P. G. (2008). *Case-study's. Wat, Wanneer en Hoe?* Meppel: Boom Onderwijs.
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 118-137). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Swick, H. M. (2000). Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Academic Medicine*, 75(6), 612-616.
- Veloski, J. & Hojat, M. (2006). Measuring Specific Elements of Professionalism: Empathy, Teamwork, and Lifelong Learning. In Stern, D. T. (Eds.), *Measuring Medical Professionalism* (pp. 117-146). Oxford: Oxford University Press.
- Waring, J. & Currie, G. (2009). Managing Expert Knowledge, Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession. *Organization Studies*, 30(07), 755-778.
- Weber, E. P. & Khademian, A. M. (2008). Wicked Problems, Knowledge Challenges and Collaborative Capacity Builders in Network Settings. *Public Administration Review*, 68(2), 334-349.

Weick, K. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628-652.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M. & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the Process of Sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421.

Werkgroep Zorg in de Chronische Fase (2012). *Uitbehandeld? Hoezo!* Maastricht: Kennisnetwerk CVA Nederland.

Werkgroep Zorg in de chronische fase (2015). *Centrale Zorgverlener CVA Voor de Patiënt en Zijn Naaste(n) in de Chronische Fase*. Maastricht: Kennisnetwerk CVA Nederland.

Willems, M., de Boer-Fleischer, T., Schepers, V., van de Port, I. & Visser-Meily, A. (2012). Aandacht Voor Chronische Fase na CVA. *Tijdschrift voor Praktijkondersteuning*, 7(3), 72-76.

Winkler, I. (2006). Network Governance Between Individual and Collective Goals: Qualitative Evidence From Six Networks. *Journal of Leadership and Organizational Studies*. 12(3), 119-134.

Witman, Y., Smid, G. A. C., Meurs, P. L. & Willems, D. L. (2010). Doctor in the Lead: Balancing Between Two Worlds. *Organization*. 18(4), 477-495.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Bijlagen

Bijlage 1: Respondentenschema

	CVA case	Dwarslaesie case
Regio A	<i>Keten 1</i> CVA keten in regio A	<i>Keten 3</i> Dwarslaesie keten in regio A
Regio B	<i>Keten 2</i> CVA keten waar in regio B	<i>Keten 4</i> Dwarslaesie keten in regio B

	CVA case	Dwarslaesie case
Regio A	<i>Keten 1</i>	<i>Keten 3</i>
Ondersteunend/Organisatieel	Revalidatiearts	Revalidatiearts
	Revalidatiearts	Revalidatiearts
	Revalidatiearts	Revalidatiearts
	Revalidatiearts	Revalidatiearts
	Revalidatiearts	Ondersteunend/ Organisatieel
	Revalidatiearts	
	Revalidatiearts	
	Ondersteunend/ Organisatieel	
Regio B	<i>Keten 2</i>	<i>Keten 4</i>
Ondersteunend/Organisatieel	Revalidatiearts	Revalidatiearts
Ondersteunend/Organisatieel	Revalidatiearts	Revalidatiearts
	Revalidatiearts	Revalidatiearts
	Revalidatiearts	Revalidatiearts
	Ondersteunend/ Organisatieel	Ondersteunend/ Organisatieel

Bijlage 2: Omschrijving ketens

3.2.1 Keten 1

Deze CVA keten in wat betreft samenwerking het meest ver gevorderd van de vier onderzochte cases. Deze keten bestaat 20 jaar. De keten is klein begonnen en in de loop der jaren zijn steeds meer instellingen aangesloten. Momenteel bestaat de keten uit zo'n 20 organisaties, waaronder meerdere ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en thuiszorginstellingen. De keten heeft een algemeen bestuur, met afgevaardigden van alle lidinstellingen, en een dagelijks bestuur met daarin alle verschillende disciplines vertegenwoordigd. De keten heeft een ketencoördinator, die de taak heeft de samenwerking in de keten te coördineren, problemen op te lossen en strategie te bepalen. De keten heeft een logo, een eigen website waarop jaarverslagen, protocollen en andere documenten te vinden zijn. Het academisch ziekenhuis in de regio heeft de keten opgericht. Het revalidatiecentrum dat ik heb onderzocht is in een later stadium bij de keten aangesloten. Ik heb met 7 respondenten gesproken uit het revalidatiecentrum in deze case, en daarnaast met 1 respondent buiten het centrum.

3.2.2 Keten 2

Deze CVA keten heeft, in tegenstelling tot de 1e case, geen overkoepelend bestuur. Ik sprak met 6 revalidatieartsen en ook hier met 1 respondent buiten het revalidatiecentrum. Respondenten uit het onderzochte revalidatiecentrum geven aan dat zij de samenwerking op het gebied van CVA niet als één keten zien. Er zijn meerdere ketens, die elk starten vanuit een ziekenhuis in de regio. Zoals een respondent het omschrijft: *“Vanuit mijn perspectief wordt iedere keten eigenlijk vanuit een ziekenhuis georganiseerd, in die zin, de [Ziekenhuis X] keten staat weer los van de [Ziekenhuis Y] keten, en weer los van de [Ziekenhuis Z] keten. Uiteraard zijn daar wel verbindingen in, omdat soms ook patiënten uit perifere ziekenhuizen alsnog naar het [Academisch ziekenhuis] worden overgeplaatst. Maar die worden dan vaak ook zo snel mogelijk weer teruggeplaatst (...). En ik noem ze allemaal omdat wij in het revalidatiecentrum dus wel van al deze ziekenhuizen ook aanmeldingen krijgen voor revalidatie”*. Het revalidatiecentrum participeert dus in meerdere ketens. Uniek aan deze keten is dat het revalidatiecentrum officieel onderdeel is van het academisch ziekenhuis. Revalidatieartsen uit het centrum zijn in meerdere ziekenhuizen in de regio betrokken bij het MDO en de triage. Respondenten geven aan wel te willen gaan naar meer overkoepelende samenwerking tussen de verschillende ketens. Verschillende partijen werken in deze regio op het gebied van Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) samen in een Hersenletselcentrum. De respondenten zien in dit hersenletselcentrum een mogelijk platform waar het samenvoegen van de ketens gefaciliteerd zou kunnen worden.

3.2.3 Keten 3

In deze case heb ik gesproken met 6 respondenten uit drie verschillende revalidatiecentra, waarvan twee perifeer en een specialistisch. Beide perifere centra geven aan afspraken te hebben met het specialistische centrum, bijvoorbeeld op het gebied van scholing of patiëntenuitwisseling, maar niet met elkaar. Daarnaast hebben de perifere centra ook nog afspraken met andere specialistische centra. In deze case is de samenwerking dus niet te zien als één duidelijk definieerbare keten, maar meer als een netwerk waarin verschillende centra verschillende afspraken met elkaar hebben, en niet elke organisatie met alle andere verbonden is. Elk centrum werkt samen met het dichtstbijzijnde ziekenhuis, en er worden ook wel zaken afgestemd met thuiszorginstellingen. Samenwerking met verpleeghuizen, zoals in de CVA cases, komt weinig voor.

3.2.4 Keten 4

De respondenten uit de revalidatiecentra in deze case geven aan dat zij in een dwarslaesie *netwerk* zitten. Dit is een samenwerkingsverband tussen vier verschillende revalidatiecentra, waarvan twee

gespecialiseerde dwarslaesiecentra en twee perifere centra. Ik heb met 7 respondenten gesproken, afkomstig uit alle vier de centra. Sinds kort werken deze vier organisaties samen op het gebied van dwarslaesierevalidatie, een samenwerking zoals die verder in Nederland niet voorkomt. Zij hebben afspraken gemaakt over de klinische revalidatiefase, de poliklinische revalidatie en de nazorg. Ook op het gebied van kennisuitwisseling, opleiding, onderzoek, netwerkontwikkeling en belangenbehartiging zijn zij van plan de handen ineen te slaan, zo valt te lezen op de website van een van de instellingen. Met deze samenwerking willen de vier centra het mogelijk maken voor de patiënt zo dicht mogelijk bij huis behandeld te worden: de primaire revalidatie ontvangt hij in een van de twee specialistische centra, maar zodra het mogelijk is, kan een patiënt worden overgeplaatst naar een perifeer centrum, mocht dat dicht bij zijn huis zijn. Hierbij is vastgelegd dat de perifere centra altijd kunnen terugvallen op de expertise van de specialistische centra.

Bijlage 3: Topic list

I. Oriëntatie

Omschrijving samenwerkingsverband

De keten in de dagelijkse werkzaamheden

Met welke partijen contact:

- *Ziekenhuizen*
- *Revalidatie*
- *Verpleeghuizen*
- *Thuiszorg*
- *Huisartsen/eerste lijn*
- *Overig?*

II. Ketensamenwerking

Beginsituatie:

- *Vershil in macht/middelen*
- *Motivatie leden tot deelname*
- *Voorgeschiedenis van concurrentie/stereotypen*

Samenwerkingsproces: op patiënt en keten niveau

- *Face-to-face contact*
- *Vertrouwen*
- *Commitment*
- *Wederzijds begrip*
- *Vieren tussenliggende resultaten*
- *Gezamenlijk leren/kennis delen*
- *Evaluatie samenwerking*

Institutioneel design

- *Toegang tot de keten*
- *Alternatieve fora*
- *Proces en regel transparantie*

Belemmerende factoren

Bevorderende factoren

III. Governance

Bestuurlijke vormgeving

Ketenregie

- *Organisatorisch niveau*
- *Patiëntniveau*

Bijlage 4: Overzicht van knelpunten in de CVA en dwarslaesie zorgketen

Knelpunt	CVA	Dwarslaesie
<i>Knelpunt 1: Soms is in het ziekenhuis nog niet duidelijk waar een patiënt het beste zijn vervolgbehandeling kan ontvangen, maar moet hij al wel doorstromen naar een vervolginstelling.</i>	Doordat een patiënt te snel moet doorstromen, kan hij op een verkeerde plek terecht komen en niet de juiste zorg ontvangen. Een transferafdeling kan dit probleem oplossen	Speelt vooral bij CVA. Verreweg de meeste dwarslaesiepatiënten gaan naar het revalidatiecentrum, dus verkeerde triage komt nauwelijks voor
<i>Knelpunt 2: Medisch specialisten in het ziekenhuis zijn niet goed op de hoogte van het bestaan van de keten, waardoor sommige patiënten zorg mislopen.</i>	Speelt vooral bij dwarslaesie. CVA patiënt komt bijna altijd op neurologie terecht en wordt vanuit daar besproken in het MDO.	Specialisten kennen dwarslaesierevalidatie soms niet en verwijzen patiënten niet. De revalidatiearts moet zijn vak meer bekendmaken en uitleggen aan collega's.
<i>Knelpunt 3: Het overplaatsen van patiënten van de ene naar de andere instelling wordt soms belemmerd, wat tegen het patiëntbelang ingaat.</i>	Door regelgeving en financiering is het lastig patiënten uit te wisselen tussen verpleeghuis en revalidatiecentrum. Door de patiënt op andere manieren behandeling te bieden, krijgen zij de zorg die ze nodig hebben.	Uitwisseling tussen perifere en specialistische centra verloopt nog niet soepel, door onduidelijke afspraken en gebrek aan vertrouwen. Het maken van schriftelijke afspraken kan dit verhelpen.
<i>Knelpunt 4: Bedrijfsbelangen belemmeren optimale beweging van patiënten door de keten.</i>	Financiële overwegingen overheersen soms, waardoor instellingen patiënten wel/niet opnemen. Oplossing is uitgaan van eigen specialisme en andere organisaties ook patiënten gunnen, sterke leiding kan dit bevorderen.	Financiële overwegingen overheersen soms, waardoor instellingen patiënten wel/niet opnemen. Oplossing is uitgaan van eigen specialisme en andere organisaties ook patiënten gunnen, sterke leiding kan dit bevorderen.
<i>Knelpunt 5: Het regelen van voorzieningen bij ontslag van de patiënt is ingewikkeld en duurt lang.</i>	Patiënt wordt zonder juiste voorzieningen naar huis gestuurd of blijft te lang in het centrum zitten en houdt dan een plek bezet. Oplossing kan zijn de patiënt tijd te laten overbruggen in verpleeghuis.	Patiënt wordt zonder juiste voorzieningen naar huis gestuurd of blijft te lang in het centrum zitten en houdt dan een plek bezet. Oplossing kan zijn de patiënt tijd te laten overbruggen in verpleeghuis.
<i>Knelpunt 6: Complicaties in de chronische fase krijgen soms geen adequate behandeling.</i>	Aanbod van nazorg is onoverzichtelijk, waardoor patiënten soms zorg mislopen. Overzicht in de mogelijkheden	Huisarts kent specifieke dwarslaesieproblematiek vaak niet. Oplossingen zijn laagdrempeligheid richting

	en het stimuleren van de eigen regie helpen hiertegen.	huisartsen en stimuleren van eigen regie patiënt.
--	--	---