

Grote zorg voor de allerkleinsten

Een interpretatief onderzoek naar de betekenisgeving van zorg-professionals aan samenwerking binnen en rondom het verloscentrum

Masterscriptie 'Organisaties, Verandering & Management'
Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap (USBO, UU)

Naam: Kirsten Jansen
Studentnummer: 3921646
Eerste lezer: dr. K. M. Loyens
Tweede lezer: ir. P. J. Linde



Universiteit Utrecht

Voorwoord

Afgelopen zomer bezocht ik een tentoonstelling van Salvador Dalí in Brugge, België. Tijdens het bekijken en bewonderen van alle kunst die daar was geëxposeerd, voelde ik mij verbonden met zijn werk en met zijn soms zichtbare worstelingen als kunstenaar. ‘Niets is wat het lijkt’, is iets wat ik toen zag en wat ik tijdens het doen van mijn onderzoek ook vaak gevoeld of gedacht heb. Veel dingen die je denkt te begrijpen blijken een diepere, soms compleet andere betekenis te hebben. Op één van de muren van de tentoonstelling stond het volgend citaat:

“The fact that I myself, at the moment of painting, do not understand my own pictures, does not mean that these pictures have no meaning; on the contrary, their meaning is so profound, complex, coherent, and involuntary that it escapes the most simple analysis of logical intuition.” – Salvador Dalí

Tijdens dit onderzoek ben ik gaan zoeken, ontdekken en proberen te begrijpen. Dat niet meteen alles een betekenis leek te hebben, of te bevatten viel, was na het lezen van bovenstaand citaat niet meer iets demotiverends: het werd een aanmoediging.

Bovenstaande sluit naar mijn mening goed aan bij het masterprogramma ‘Organisaties, Verandering & Management’, waar deze scriptie een afsluitende rol in heeft. Ik heb op een creatieve wijze mogen werken met een vraagstuk in de zorg wat aan verandering onderhevig is en ik heb mogen ervaren wat dat met mensen en een organisatie doet.

Ik wil mijn begeleidster van de Universiteit Utrecht, Kim Loyens, bedanken voor haar scherpe blik, snelle feedback, begrip en luisterend oor.

Ook gaat mijn dank uit naar de tweede lezer van dit stuk, Peter Linde: ik denk nog met plezier terug aan ons gesprek voor het vak ‘Veranderen & Verbeelden’. De metafoor van ‘Alice in Wonderland’ is voor mij werkelijkheid geworden.

[...], mijn begeleidster binnen het Ziekenhuis X: zonder jouw kennis, ervaring en openheid was mijn onderzoek niet geweest wat het nu is. Dank voor je hulp. Ditzelfde geldt voor alle respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek: bedankt dat ik jullie

verhalen mag vertellen.

Ook dank ik mijn familie en vrienden voor jullie geduld, bemoedigende woorden en vertrouwen. Graag draag ik mijn scriptie op aan mijn grootvader, F.P. van der Staaij, die, terwijl ik mijn onderzoek deed, plotseling kwam te overlijden.

Ik hoop dat mijn scriptie gelezen wordt met dezelfde nieuwsgierigheid en met hetzelfde plezier als waarmee ik het geschreven heb.

Kirsten Laila Jansen

Utrecht, december 2017

Samenvatting

Te weinig beddencapaciteit, onderbezet personeel en onvoldoende kwaliteit: de problematiek waar de geboortezorg mee te kampen heeft maakt op verschillende fronten slachtoffers; zowel patiënt als medewerker kan tegen de onwenselijke gevolgen aanlopen. Het Ziekenhuis X in Rotterdam heeft besloten naar meer gezinsgerichte zorg toe te willen werken om zo de kwaliteit van de zorg te kunnen verbeteren en meer volledige zorg aan te kunnen bieden. Dit betekent een reorganisatie voor hun geboortezorg, die momenteel uit drie afdelingen bestaat: het verloscentrum, de kraamafdeling en de afdeling neonatologie.

In dit onderzoek bekijk ik hoe professionals in de zorg de huidige samenwerking in en rondom het verloscentrum ervaren en hoe zij aankijken tegen een toekomst van meer gezinsgerichte zorg en hun samenwerkingen daarin. Dit doe ik aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

Welke betekenis geven zorgprofessionals aan de samenwerking binnen en rondom het verloscentrum in het Ziekenhuis X?

Uit het onderzoek blijkt dat ondanks de vele verschillende betekenissen die men geeft aan de interprofessionele samenwerking, er een aantal overeenkomstige gevoelens, behoeften en irritaties leven binnen en rondom het verloscentrum. Men spreekt van een angstcultuur en gebrek aan aanspreekcultuur, die met elkaar verband houden, en van een 'wij vs. zij'-gevoel. Men voelt een drempel om de ander aan te spreken op gedrag, omdat de ander ouder is, meer ervaring heeft of een hogere medische positie bekleedt en men plaatst de eigen discipline of afdeling tegenover die van de ander. Aan de hand van vier dimensies van interprofessionele samenwerking zijn de betekenissen omgezet in meer praktische begrippen en laat dit onderzoek zien op welke terreinen het Ziekenhuis X zich verder kan ontwikkelen. Hierbij richt men zich op het vergroten van een 'teamgevoel' door te kijken naar gedeelde doelen en visie, elkaar beter leren kennen op professioneel en persoonlijk vlak, het gebruik maken van de dagcoördinator als *institutional entrepreneur* en trainingen die elkaars rollen blootleggen.

Een punt wat van grote invloed is op de betekenisgeving zijn de verschillende afdelingen waarin de medewerkers van het ziekenhuis zich bevinden: ieder medisch discipline bevat

een eigen sociale structuur, een *institutionele logica*, die bepaalde regels, normen, waarden maar ook bepaalde taken en manieren van handelen omvat en die de gegeven betekenissen voor een deel vormt. Binnen en rondom het verloscentrum is sprake van conflicterende *logica's*, wat enerzijds botsingen veroorzaakt, maar anderzijds ook ruimte biedt voor verandering.

Tot slot vormt de complexiteit van dit vraagstuk ook deels het antwoord erop: alle verschillende interacties, relaties en betekenissen die daaraan gegeven worden zijn niet zomaar in een antwoord te vatten. Echter maakt dat juist dat de geboortezorg in het Ziekenhuis X zich makkelijker kan aanpassen, ontwikkelen en veranderen.

Inhoud

Hoofdstuk 1: Inleiding	9
1.1 Ontwikkelingen in de Nederlandse zorg	9
1.2 Nederlandse Geboortezorg	10
1.3 Casuïstiek Ziekenhuis X – Ontwikkeling Moeder-Kind Centrum	11
1.4 Probleemstelling	13
1.5 Doelstelling	14
1.6 Vraagstelling	15
1.7 Wetenschappelijke relevantie	15
1.8 Maatschappelijke relevantie	16
1.9 Leeswijzer	16
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	18
2.1 Professionals	18
2.1.1. De professional	18
2.1.2 Professionals in de zorg	19
2.2 Geboortezorg	21
2.2.1 Professionals en disciplines binnen de geboortezorg	21
2.2.2 Afdelingen binnen de geboortezorg – Het Ziekenhuis X	22
2.3 Samenwerking	22
2.3.1 Samenwerking - definiëring en karakteristieken	23
2.3.2 Interprofessionele samenwerking	24
2.3.3 Interprofessionele samenwerking binnen de geboortezorg	25
2.4 Betekenisgeving en ervaringen	27
2.5 Institutionele logica's en complexiteit	28
2.5.1 Instituties en institutionalisering	28
2.5.2 Institutionele logica	29
2.5.3 Institutionele complexiteit	31
Hoofdstuk 3: Methodologie	33
3.1 Wetenschapsfilosofische positie	33
3.2 Type onderzoek	34
3.3 Methoden	35
3.3.1 Documentenanalyse	35
3.3.2 Observaties	36
3.3.3 Participant observation	37
3.3.4 Verkennende gesprekken	38
3.3.5 Semi-gestructureerde interviews	40
3.4 Dataverzameling en –analyse	41
3.5 Validiteit – alternatieve criteria	42
3.5.1 Betrouwbaarheid	43

3.5.2 Authenticiteit	45
Hoofdstuk 4: Bevindingen	46
4.1 Disciplines en culturele aspecten	46
4.1.1 Verschillende disciplines	47
4.1.2 Jargon en documentatie	48
4.1.3 Medische houding en attitude naar de patiënt en onderling	50
4.1.4 Overige artefacten	53
4.1.5 Invloed van hiërarchie – samenwerkingen en spanningsvelden	53
4.2 Elkaar [leren] kennen	55
4.2.1 Professionele relaties	57
4.2.2 Wij vs. zij – verhoudingen tussen disciplines	60
4.2.3 Interpersoonlijke relaties	62
4.2.4 Professioneel en interpersoonlijk – een samenspel	62
4.3 Aanwezige culturen	63
4.3.1 Invloed van de Rotterdamse cultuur – de rol van geografie	63
4.3.2 Aanspreekcultuur	67
4.3.3 Angstcultuur	68
4.4 Nu en later – huidige situatie en toekomstblik	70
4.4.1 Samenwerkingsverbanden tussen afdelingen	70
4.4.2 Gezinsgerichte zorg	72
4.5 Conclusie	74
Hoofdstuk 5: Discussie	76
5.1 Interprofessionele samenwerking	77
5.1.1 Gedeelde doelen en visie	77
5.1.2 Kennismaking en vertrouwen	79
5.1.3 Structuur & leiderschap	80
5.1.4 Tools ter ondersteuning	81
5.2 Conflict & verandering	82
5.2.1 Pluralisme & conflict	83
5.2.2 Reconstructie van gedeelde betekenissen	85
5.3 Conclusie	86
Hoofdstuk 6: Conclusie	87
6.1 Beantwoording onderzoeksvraag	87
6.2 Aanbevelingen	89
6.2.1 Bewustwording	89
6.2.2 Teambuilding	89
6.2.3 De rol van de dagcoördinator	90
6.3 Vervolgonderzoek	90
6.3.1 De andere afdelingen	91
6.3.2 Relaties met de eerstelijnszorg	91

6.4 Persoonlijke reflectie	91
Bronvermelding	94
Bijlagen	99
Bijlage 1 - Model 1: <i>“Integraal model – Samenwerking Geboortezorg”</i>	99
Bijlage 2 – Topiclijst interviews	101
Bijlage 3: Uitnodiging interviews	103

1. Inleiding

In dit eerste hoofdstuk, de inleiding, wordt uiteengezet waar dit onderzoek precies over gaat. De casuïstiek en de bijbehorende probleemstelling, doelstellingen en onderzoeksvraag zullen worden geïntroduceerd en toegelicht. Hierbij wordt ook ingegaan op de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met een leeswijzer waarin de verdere hoofdstukken van dit onderzoek worden gepresenteerd.

1.1 Ontwikkelingen in de Nederlandse zorg

Samenwerking speelt binnen de Nederlandse zorg een steeds grotere rol, een fenomeen dat zich onder andere uit in de groei van de ketenzorg (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodríguez & Pineault, 2008, p. 1; Bolhuis, 2002, p. 9). Ook het aantal deelnemende huisartsen en patiënten dat gebruik maakt van multidisciplinaire ketenzorg neemt sinds 2008 sterk toe (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014, p. 7). Een van de belangrijkste redenen achter deze ontwikkeling was het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg en daarmee de uitkomsten van deze zorg. Uit landelijke benchmarks komt naar voren dat de gemeten kwaliteit zowel op basis van procesindicatoren als op basis van uitkomstindicatoren de afgelopen jaren een stijgende lijn vertoont (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014, p. 8). De Nederlandse Zorgautoriteit biedt een omschrijving van ketenzorg en de bijbehorende doelstelling. Een hoofdaspect hieruit is dat de patiënt de centrale actor in het proces is, met als doel optimale zorg te bieden:

“Het ketenzorgproces bevat de opeenvolgende stappen van hulpvraag tot zorgverlening. Het gaat over de zorg die, uit het perspectief van de patiënt, een continu karakter heeft door het afstemmen en samenwerken van de betrokken beroepsgroepen en instellingen. Zorgaanbieders vanuit verschillende disciplines maken onderling afspraken over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg. Het verlenen van de zorg door middel van een ketenbenadering heeft als doel om het zorgaanbod op elkaar af te stemmen om zo optimaal en doelmatig de zorgvraag van de patiënt te kunnen beantwoorden.” (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014, p. 13).

Om ketenzorg te kunnen bieden is meer samenwerking tussen zorgverleners vereist

(Calsbeek & Rosendal, 2007, p. 118; D'Amour et al, 2008, p. 2). Er zijn verschillende vormen van zorgaanbiedersgroepen, zoals onder andere centra of zorgketens. Professionals in de zorg worden geconfronteerd met een vraag naar interprofessionele en inter-organisatiele samenwerking, waarbij professionals van verschillende disciplines met elkaar in aanraking komen in vorm van nieuwe zorgnetwerken (Calsbeek & Rosendal, 2007, p. 119; D'Amour et al, 2008, p. 2; Minkman, 2012, p. 151). Hierbij is een hogere mate van samenwerking essentieel (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014, p. 14). Echter is er nog steeds behoefte aan beter begrip van deze samenwerkingsprocessen in een complex systeem als de zorg (D'Amour et al, 2008, p. 1; D'Amour, Ferrada-Videla, San Martin Rodriguez & Beaulieu, 2005, p. 116). Om zorgketens te kunnen construeren dienen er nieuwe structuren ontwikkeld te worden die gericht en gebaseerd zijn op samenwerking (D'Amour et al, 2008, p. 2).

1.2 Nederlandse Geboortezorg

In vergelijking met andere Europese landen presteert de Nederlandse geboortezorg relatief slecht, met een foetale sterftcijfer van 9,7‰. De afgelopen 50 jaar daalt de perinatale sterfte in Nederland, maar deze daling is de laatste jaren gestagneerd. Door die stagnatie kwam in 2008 de perinatale sterfte hoog op de politieke agenda te staan; de kwaliteit van de geboortezorg moest omhoog (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009, pp. 7-8; 11-12). In 25-30% van de sterftegevallen rondom geboorte lijkt er een relatie te bestaan tussen de sterfte en bepaalde sub-standaardfactoren; de zorg voldoet in deze gevallen niet aan de professionele eisen, landelijke standaarden en richtlijnen, of lokale protocollen van gangbare zorg en leiden in een aantal casus tot perinatale sterfte (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009, p. 20; Utrecht: Stichting Perined, 2016). Perinatale audits, waarbij de geleverde zorg op een kritische wijze geanalyseerd wordt, wijzen uit dat betere samenwerking binnen de zorg rondom zwangerschap en geboorte de kwaliteit van de zorg verhoogt en de perinatale sterfte doet dalen (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009, p. 20). De samenwerkingsverbanden die zich de laatste jaren door het gehele zorgspectrum ontwikkelen uit zich binnen de geboortezorg in verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). Binnen deze VSV sluit de zorg van verschillende disciplines beter op elkaar aan; verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, neonatologen, verpleegkundigen, kraamverzorgenden en andere [mogelijk] betrokkenen kunnen zo tot een betere samenwerking binnen de keten van

geboortezorg komen, met als doel de patiënt meer centraal te kunnen stellen en de kwaliteit van de zorg te kunnen verbeteren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015, p. 11). Toch is de problematiek hiermee niet volledig verholpen: de structurele en oplopende tekorten aan capaciteit en personeel zorgen voor toenemende problemen voor zorgverlener en patiënt. De geboortezorg staat onder druk en voor veel zwangeren met medische indicatie is geen plek in het ziekenhuis om te kunnen bevallen; deze situatie wordt door velen als onwenselijk en misschien zelfs gevaarlijk ervaren. Daarnaast stijgt de werkdruk voor personeel in de geboortezorg, die soms maar met moeite de vraag naar zorg kan beantwoorden (De Monitor, 2017). Ondanks het doel van samenwerkingsbanden die de zorgkwaliteit moeten verbeteren om de patiënt als het middelpunt van de zorg te zien, wordt die toch vaak de dupe van deze complicaties.

1.3 Casuïstiek Ziekenhuis X

Een ziekenhuis dat meer en meer aandacht geeft aan de ontwikkeling naar samenwerkingsverbanden binnen de zorg is het Ziekenhuis X te Rotterdam. Zij zeggen topklinische zorg te bieden, waarbij opleiden, kwaliteit en veiligheid voorop staan; het Ziekenhuis X valt in het rijtje ‘STZ ziekenhuizen’, vereniging van ziekenhuizen die samen werken aan betere patiëntenzorg (STZ ziekenhuizen, 2017). De topklinische zorg die zij bieden betreft ‘een complete diagnostiek ‘in eigen huis’ en zonder verwijzingen, een hoog zorgvolume en een centrale positie in regionale zorgnetwerken. Het meest in het oog lopend is de wijze waarop de STZ ziekenhuizen de ‘personal touch’ onderhouden, in alle facetten staat de patiënt centraal.’ (STZ ziekenhuizen, 2017). Het ziekenhuis richt zich op ontwikkelen en behouden van interne samenwerkingsverbanden die de zorg en aandacht voor de patiënt centraal stellen.

Om die ontwikkeling naar samenwerkingsverbanden te bewerkstelligen en topklinische zorg te kunnen [blijven] bieden, stuurt het Ziekenhuis X aan op de ontwikkeling van ketenzorg binnen het ziekenhuis. Dit uit zich onder andere in de vorm van een toekomstblik naar een Moeder-Kind Centrum, gericht op gezinsgerichte zorg ‘in eigen huis’: het ziekenhuis heeft als ambitie om op alle vlakken rondom de geboorte medische en verpleegkundige zorg voor moeder en kind te kunnen bieden en hierbij de focus te leggen op het gezin als geheel. Hierbij zullen het verloscentrum, de kraamafdeling en de afdeling neonatologie intensiever gaan samenwerken binnen een centrum en kan de binding tussen ouders en kind beter worden gewaarborgd (Ziekenhuis X, 2010, p. 2). Een

bevalling brengt grote verandering teweeg in het leven een vrouw en haar partner; men kan dit zien als een overgang tussen twee levensfasen. Om deze omslag goed te laten voorlopen is het van belang dat het gezin zich in een veilige ruimte bevindt en kwalitatief goede zorg ontvangt. De oorsprong van deze gedachtegang is terug te vinden in de 'Family Centered Maternity Care' (FCMC): zorg die het gezin centraal stelt (Zorgenheid Gynaecologie, Obstetrie & Kindergeneeskunde, 2016, p. 14). Kijkend naar het Ziekenhuis X is de huidige situatie, namelijk zonder Moeder-Kind Centrum, hier nog niet op gericht: FCMC is het plan, maar nog niet de realiteit (Ziekenhuis X, 2016, p. 12). Reden hiervoor was om focus te kunnen behouden op één gebied: door functies als bijvoorbeeld neo- en obstetrieverpleegkunde te scheiden kon specifieke zorg geboden worden. Wel betekende dit aparte zorg, die onvoldoende gericht was op het gezin als geheel (Ziekenhuis X, 2016). Daarnaast bleken de verschillende zorgdisciplines qua werkprocessen en protocollen niet geïntegreerd in een multidisciplinaire samenwerking. Kernwaarden waar het Ziekenhuis X zich binnen de ontwikkeling van het Moeder-Kind Centrum op wil focussen en wil uitdragen zijn het centraal stellen van de klant, het borgen van hoogstaande kwaliteit, gelijkwaardig en onderling respect voor elkaars expertise, het dragen van een gezamenlijke verantwoordelijkheid en commitment voor het verbeteren van de verloskundige (keten)zorg en het leveren van goede communicatie en transparantie. Hierin ziet men de landelijke problematiek omtrent perinatale sterfte en interne verbeterpunten van het Ziekenhuis X samenkomen; de kwaliteit van de geboortezorg moet stijgen en bepaalde kernwaarden dienen verder te worden ontwikkeld en uitgewerkt.

Uit een intern tevredenheidsonderzoek onder verloskundigen blijkt dat de onderlinge verhoudingen en samenwerkingen tussen de zorgprofessionals van de verschillende disciplines soms wat stroef verlopen, iets waar uiteindelijk moeder en kind last van kunnen ervaren (Ziekenhuis X, 2015). Zo missen kraamvrouwen een snellere en meer persoonlijke terugkoppeling na een consult, zien ze te veel verschillende verpleegkundigen aan hun bed, ervaren verloskundigen de samenwerkingen met arts-assistenten als onvoldoende en missen beiden wat sfeer en gastvrijheid; de partner kan bijvoorbeeld niet blijven slapen (Ziekenhuis X, 2016). Naast deze factoren zijn ook ernstigere gevolgen te zien, wat voornamelijk op een landelijk niveau duidelijk in kaart te

brengen is: uit de *Perinatale audit van à terme sterfte¹ in 2013 & 2014* blijkt dat een aantal sub-standaard factoren over zorgcontext bij perinatale sterfte samenhangen met ‘gebrekkige communicatie en/of samenwerking’ (Stichting Perined, 2016, p. 4). Dit soort individu gebonden factoren lijken het functioneren van een VSV te beïnvloeden; de tot nu toe gefragmenteerde disciplines binnen een VSV lijken elkaar nog niet goed genoeg te kennen, vertrouwen en begrijpen, en communicatie en samenwerking lijden daaronder (Boesveld-Haitjema, Waelpunt, Eskes & Wiegers, 2008, pp. 11-12). Onbekend maakt onbemind?

1.4 Probleemstelling

Met oog op de landelijk problematiek binnen de geboortezorg, namelijk de stagnatie in het perinatale sterftcijfer en grote tekorten in capaciteit en personeel, dient er meer te worden aangestuurd op samenwerkingsverbanden omtrent de geboortezorg (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009; De Monitor, 2017). Samenwerking tussen onder andere verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en verpleegkundigen verbetert de kwaliteit van de verloskundige zorg in Nederland, maar deze samenwerkingsverbanden kwamen de afgelopen jaren moeilijk op gang (Boesveld-Haitjema et al., 2008, p. 11). Binnen het Ziekenhuis X uit het VSV zich in de ontwikkeling van het Moeder-Kind Centrum, waar meer gezinsgerichte zorg voorop staat en nauwere samenwerking tussen de disciplines die betrokken zijn bij de geboortezorg de nieuwe norm dient te zijn om kwalitatief goede zorg en prettige onderlinge omgang te waarborgen. De betrokken afdelingen, het verloscentrum, de kraamafdeling en de afdeling neonatologie werken nu op bepaalde vlakken al samen, maar nog niet in de mate die een Moeder-Kind Centrum verlangt en behoeft.

Om deze ontwikkeling te ondersteunen is meer inzicht nodig in onder andere de knel- en verbeterpunten binnen het samenwerkingsverband tussen zorgprofessionals en dient er onderzocht te worden welke aspecten van de huidige samenwerking reeds naar wens verlopen, zodat dit wellicht een basis kan vormen in de ontwikkeling van het Moeder-Kind Centrum. Momenteel is nog onvoldoende duidelijk hoe zorgprofessionals betekenis geven aan samenwerking met andere professionals in de vorm van bijvoorbeeld een

¹ à terme perinatale sterfte: alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 37 weken (Stichting Perined, 2016, p. 1)

Moeder-Kind Centrum en hoe zij de samenwerking tot nu toe ervaren. Er is in die zin dus sprake van een kennisprobleem dat moet worden aangepakt, alvorens de verdere problematiek binnen de geboortezorg kan worden opgelost.

1.5 Doelstellingen

Binnen dit onderzoek staan verschillende doelen centraal: mijn persoonlijke doelen, praktische doelen en intellectuele doelen (Maxwell, 1996).

Mijn persoonlijke doelen zeggen iets over mijn motivatie, ambitie en hoop. Vanuit het idee dat het belang van de patiënt voorop staat vind ik het belangrijk om in kaart te brengen wat dat in de weg zou kunnen staan. Het motiveert me om ondersteuning te bieden aan de ontwikkeling van het Moeder-Kind Centrum en daarmee aan de professionals die binnen dat toekomstige samenwerkingsverband werkzaam zijn. De gedachte dat mijn onderzoek wellicht uiteindelijk dan ook bijdraagt aan het welzijn van de patiënten is iets waar ik op hoop.

De intellectuele doelen van dit onderzoek richten zich op het begrijpen van iets, namelijk de betekenissen die zorgprofessionals geven aan de interprofessionele samenwerking tussen verschillende disciplines. De medewerkers van de drie afdelingen zijn constant in contact met elkaar en hun taken en handelingen vormen gezamenlijk de zorg die aan de patiënt geboden wordt. Dit roept verschillende vragen op: hoe ervaren zij die samenwerking, wat voelen zij daarbij en hoe denken zij daarover? Hoe zien zij de toekomst en wat vinden zij van meer gezinsgerichte zorg? Wat denken zij dat dat voor hun samenwerking gaat betekenen? Binnen een verandertraject gebeurt veel en lang niet alles daarvan is zichtbaar. Mijn gevoel zegt me dat organisaties ook emotionele plaatsen zijn en dat achter iedere professional ook gewoon maar een mens schuilt, die dingen op een bepaalde manier ziet, daarover nadenkt en daarbij iets voelt. Het lijkt me mooi om een toevoeging te kunnen doen aan de wetenschap door iets te kunnen zeggen over hoe zorgprofessionals hun onderlinge samenwerking ervaren en wat voor betekenis zij daaraan geven. Naar mijn mening is het van belang die betekenissen bloot te leggen om zo het verandertraject te kunnen ondersteunen: het biedt inzichten in de werkelijkheden van de mensen die de verandering moeten realiseren.

De praktische doelen van dit onderzoek zijn gericht op het bewerkstelligen van iets, namelijk op het vormen van aanbevelingen aan de hand van de gegeven betekenissen. Ik wil begrip creëren voor de verschillende manieren waarop samenwerkingen ervaren

kunnen worden, zodat daar binnen de ontwikkeling van het Moeder-Kind Centrum rekening mee gehouden kan worden. Ik zou graag door middel van dit onderzoek bijdragen aan het verandertraject dat deze afdelingen doormaken. Dit onderzoek vormt aanbevelingen die gericht zijn op beleid en praktijk en op vervolgonderzoek: ik laat zien wat het Ziekenhuis X kan doen om de samenwerking te verbeteren en wat zij kunnen meenemen in het verandertraject en ik geef aan op welke punten dieper kan worden ingegaan in de vorm van verder onderzoek, zodat het inzicht in dit soort samenwerkingsverbanden verder wordt vergroot.

1.6 Vraagstelling

Aan de hand van de bovenstaande doelstellingen heb ik de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Welke betekenis geven zorgprofessionals aan de samenwerking binnen en rondom het verloscentrum in het Ziekenhuis X?

De samenwerking binnen het verloscentrum betreft de interne samenwerking van het verloscentrum, of te wel de zorg en samenwerking rondom de geboorte. Daarnaast wordt gekeken naar de samenwerking rondom dit verloscentrum, namelijk tussen het verloscentrum en neonatologie en het verloscentrum en de kraamafdeling. Binnen dit kwalitatieve onderzoek maak ik gebruik van de interpretatieve benadering waarbij de onderzoeker op zoek is gegaan naar de betekenissen die zorgprofessionals binnen en rondom het verloscentrum toekennen aan hun samenwerking. Hier wordt gekeken naar wat de respondenten faciliterend of belemmerend ervaren wordt en hoe zij de toekomst van deze samenwerking, onder andere in het Moeder-Kind Centrum, zien. Dit proces van betekenisgeving en hoe zij hiertoe zijn gekomen kan verschillen van persoon tot persoon.

1.7 Wetenschappelijke relevantie

Kijkend naar onderzoek wat zich richt op samenwerkingsverbanden binnen de zorg ligt de focus voornamelijk op de relaties en verhoudingen tussen zorgmanagers en medische professionals en niet op de verhoudingen tussen zorgprofessionals onderling (Noordegraaf & van der Meulen, 2008; Noordegraaf, 2011).

Met oog op de ontwikkelingen in de zorg van de afgelopen jaren zullen samenwerkingsverbanden in de vorm van ketenzorg of zorgcentra een steeds grotere rol gaan spelen en daarmee ook hoe zorgprofessionals omgaan met die onderlinge verbanden die verschillende disciplines doorkruisen.

Dit onderzoek draagt bij aan het blootleggen van betekenissen die zorgprofessionals geven aan de interprofessionele samenwerkingsverbanden die ontstaan door de ontwikkeling van het Moeder-Kind Centrum. Deze betekenissen worden in verband gebracht met verschillende wetenschappelijke concepten, waarbij gepoogd wordt deze te verklaren en te onderzoeken op welke punten de literatuur hierbij tekortschiet. Op deze wijze kan wellicht een toevoeging worden gedaan aan de reeds bestaande wetenschappelijke theorieën over interprofessionele samenwerking binnen de zorg.

1.8 Maatschappelijke relevantie

Uit de ontwikkelingen binnen de zorg wordt duidelijk dat de maatschappelijke druk om steeds meer in samenwerkingsverbanden als ketens of centra te werken stijgt; het is een steeds vaker voorkomend verschijnsel in Nederland (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014). Door meer inzicht te krijgen in hoe zorgprofessionals tegen deze manier van zorg en samenwerking aankijken zouden bepaalde interventies kunnen worden gepleegd om deze ontwikkeling te ondersteunen, met als resultaat een hogere kwaliteit van de zorg en een prettige onderlinge samenwerking.

Met oog op de druk om perinatale sterfte te verminderen is het van belang de knelpunten binnen de samenwerking in de geboortezorg onder de loep te nemen. Welke betekenissen zorgprofessionals in die sector aan hun samenwerking geven kan inzichten bieden waarmee uiteindelijk de dalende lijn van de perinatale sterfte voortgezet kan worden. Het Ziekenhuis X staat momenteel middenin de ontwikkeling van een samenwerkingsverband omtrent de geboortezorg. Door tijdens deze ontwikkeling betekenissen en ervaringen van hun zorgprofessionals bloot te leggen kan hierop worden ingespeeld voordat het centrum volledig is gerealiseerd.

1.9 Leeswijzer

Het doel van de bovenstaande inleiding is om een beeld te vormen bij de huidige ontwikkelingen in de zorgsector, die verder zijn uitgediept in de casuïstiek van het Ziekenhuis X. Hierbij is ook ingegaan op de probleem- en doelstellingen van dit

onderzoek, ondersteund door de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie. In het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, ga ik dieper ingegaan op essentiële concepten uit de wetenschappelijke literatuur. Vervolgens beschrijf ik in het methodologische hoofdstuk welke wetenschapsfilosofische positie binnen dit onderzoek wordt ingenomen, welk type onderzoek is gedaan en van welke onderzoeksmethoden gebruik wordt gemaakt om data te verzamelen en analyseren. In hoofdstuk 4 worden de bevindingen van dit onderzoek, voortkomend uit observaties, interviews en documentanalyses, gepresenteerd, welke in de discussie worden gekoppeld aan concepten uit wetenschappelijke literatuur. Op deze manier wordt gepoogd de verzamelde betekenissen te begrijpen. In laatste hoofdstuk presenteer ik de conclusie van dit onderzoek en formuleer ik een antwoord op de onderzoeksvraag. Tevens zullen aanbevelingen en mogelijkheden voor vervolgonderzoek worden aangedragen.

2. Theoretisch kader

Dit theoretisch kader vormt een overzicht van wetenschappelijke literatuur waarin verscheidene, voor dit onderzoek relevante, concepten worden uitgediept. Bepaalde concepten zijn voortgekomen uit verkennende gesprekken; dit licht ik verder toe in paragrafen 3.1 en 3.3.1.

Allereerst ga ik in op het begrip ‘de professional’ door een definitie en kenmerken te presenteren. Hier wordt ook gekeken naar de rol die professionals spelen binnen de zorg, gezien zij de ‘hoofdpersonen’ zijn van dit onderzoek. Vervolgens wordt de opbouw van de geboortezorg zoals die georganiseerd is in het Ziekenhuis X gepresenteerd. Er wordt ingegaan op de verschillende afdelingen en bijbehorende disciplines die in dit onderzoek naar voren komen. In paragraaf 2.3 behandel ik het begrip ‘samenwerking’ en kijk ik naar interprofessionele samenwerking, waarvan verschillende dimensies worden besproken. Daarbij wordt ingegaan op interprofessionele samenwerking binnen de geboortezorg, wat de context is van dit onderzoek. Het begrip ‘betekenisgeving’ wordt uitgediept in paragraaf 2.4. Ik kijk naar wat betekenisgeving is, hoe dat proces verloopt en wat gedeelde en botsende betekenissen voor gevolgen kunnen hebben voor een organisatie. Het theoretisch kader sluit ik af met wetenschappelijke concepten in de academische literatuur van de institutionele logica-benadering, waarbij ook, met oog op mogelijk botsende betekenissen binnen de organisatie, wordt ingegaan op complexiteit en conflict.

2.1 Professionals

In dit onderzoek staat de betekenisgeving van zorgprofessionals aan hun samenwerkingen binnen en rondom het verloscentrum centraal. In deze paragraaf bespreek ik de definiëring en kenmerken van ‘sterke’ professionals en hierbij wordt specifiek ingegaan op professionals in de zorg.

2.1.1. De professional

Professionals oefenen hun beroep uit met gebruik van specifieke kennis en vaardigheden waarmee zij specialistische diensten verlenen. Omdat mensen buiten de beroepsgroep moeite hebben met het doorgronden en evalueren van dergelijke professionele praktijken wordt aan professionals, binnen dit onderzoek zorgprofessionals, veel autonomie toebedeeld om hun beroep uit te kunnen oefenen (Noordegraaf & van der Meulen, 2008,

p. 1058; Swick, 2000, p. 631).

Professionaliteit heeft duidelijke middeleeuwse antecedenten: gilden kunnen in feite worden gezien als het begin van beroepen en professionaliteit en hier gaat een bepaalde controle van uit (Noordegraaf & van der Meulen, 2008, p. 1058). Deze professionele controle is geïnstitutionaliseerd om de toepassing van complexe expertise, kennis en bekwaamheid te structureren. De professionele controle wordt ondersteund door de gevormde beroepsgroepen voortkomend uit een professie; de professionals hebben een bepaalde mate van autonomie die het mogelijk maakt de toepassing van hun expertise te organiseren (Noordegraaf & van der Meulen, 2008, p. 1058).

Professionalisme gaan gepaard met een bepaalde begrenzing, wat zelfregulatie mogelijk maakt (Noordegraaf, 2007, p. 762). Met name klassieke, of 'sterke' professionals zoals artsen bevinden zich op begreemd gebied: de institutionele controle die uitgaat van hun professie zorgt voor een beroepsmatige 'sluiting', of '*occupational closure*'. Deze afsluiting is zowel functioneel als sociaal; men kan hier spreken van lidmaatschap en professionele identiteit (Noordegraaf, 2011, p. 1352; 2008, pp. 1058-1059; 2007, pp. 765-766).

De inhoud van een professie is gericht op kennis en vaardigheden; deze worden toegepast op individuele casussen en problemen. Vaak zijn deze kennis en vaardigheden op een bepaalde wijze gecodificeerd, wat de begrenzing en sluiting van een professie versterkt (Noordegraaf, 2007, p. 766). Deze institutionele controle is een karakteristiek van professionalisme. In tegenstelling tot de inhoud, die meer voorkomt uit het rationele en ethische en verband houdt met kennis, vaardigheden en ervaring, wordt de institutionele controle voornamelijk gestuurd door politieke en sociale factoren (Noordegraaf, 2007, pp. 767-768). De professies vormen, definiëren en controleren de werkzaamheden; autonomie, interne regels, codes en kennisoverdracht zijn hierin gevat (Noordegraaf (2007, p. 767). Deze differentie per professie is ook terug te zien binnen de zorg: er zijn meerdere specifieke beroepsgroepen te onderscheiden.

2.1.2 Professionals in de zorg

De verschillende disciplines die binnen de zorg bestaan zouden gezien kunnen worden als gilden met dezelfde professionele controle; medische specialisten benadrukken hun professionele kennis, vaardigheden en dienstverlening om hun professionele autonomie te rechtvaardigen (Noordegraaf & van der Meulen, 2008, p. 1057).

De laatste jaren hebben managers zich zodanig ontwikkeld binnen hun vakgebied dat zij

ook vaak worden geduid als professionals (Noordegraaf & van der Meulen, 2008). Echter wordt binnen dit onderzoek met de (zorg)professional een arts, specialist of verpleegkundige bedoeld en zal de rol van de manager niet als zodanig naar voren komen. Swick (2000) biedt een reeks eigenschappen aan die hij toebedeelt aan zorgprofessionals. Zij stellen belangen van anderen voorop, houden zich aan hoge ethische en morele normen en stellen humanistische kernwaarden vast, met inbegrip van eerlijkheid en integriteit, zorgzaamheid en mededogen, altruïsme en empathie, met respect voor anderen en betrouwbaarheid. Zij nemen verantwoording voor zichzelf en hun collega's, streven naar perfectie en reflecteren op hun acties en beslissingen (Swick, 2000, pp. 614-615). Arnold en Stern (2006, pp. 19) definiëren professionalisme als volgt: *“Professionalism is demonstrated through a foundation of clinical competence, communication skills, and ethical and legal understanding, upon which is built the aspiration to and wise application of the principles of professionalism: excellence, humanism, accountability and altruism.”*. De principes van professionalisme zijn eigenschappen die een grote rol spelen binnen de definiëring van een zorgprofessional (Swick, 2000, p. 614; KM & Gali, 2016, p. 14). Deze eigenschappen kunnen een beeld geven over de zorgprofessional en bepaalde karakteristieken die onderdeel uitmaken van zijn of haar identiteit. Echter dient men niet te vergeten dat professionals ook leven in een wereld waar autonomie, controle en begrenzing een grote rol spelen. In een samenwerkingsverband waar verschillende professies samenkomen kan dit soms botsen. Noordegraaf en van der Meulen (2008, p. 1059) geven aan dat de wereld waarin professionals leven vrij gefragmenteerd is door het bestaan van verschillende professionele kennis, vaardigheden en kunde. Dit onvermijdelijke pluralisme binnen professionele domeinen leidt tot een strijd om controle en het behouden van autonomie. De verscheidene, soms tegenstrijdige, systemen waarin professionals zich bevinden worden in de zorg extra benadrukt door het bestaan van verschillende disciplines. Het is dus interessant om in het binnen de geboortezorg van het Ziekenhuis X na te gaan in hoeverre professioneel pluralisme volgens de zorgprofessionals zelf een rol speelt en ervaren wordt en wat de invloed van professioneel pluralisme zou kunnen zijn binnen een verandertraject als de ontwikkeling van een Moeder-Kind Centrum; inzicht verwerven in mogelijk strijdige systemen die intensiever moeten gaan samenwerken kan bijdragen aan de ontwikkeling ketenzorg.

2.2 Geboortezorg

In paragraaf 2.2 beschrijf ik de verschillende disciplines en typen professionals die werkzaam zijn binnen de geboortezorg. Daarnaast worden de drie afdelingen rondom de geboortezorg van het Ziekenhuis X besproken.

2.2.1 Professionals en disciplines binnen de geboortezorg

Binnen de geboortezorg spelen verscheidene disciplines en professionals een rol. Ieder discipline kan worden gezien als een bepaald domein, waarbinnen een aantal artsen, specialisten en verpleegkundigen werkzaam zijn.

Verloskundige zorg is alle zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed. Disciplines die onderscheiden kunnen worden binnen de geboortezorg zijn verloskunde, gynaecologie, neonatologie, kindergeneeskunde en kraamzorg. Ieder domein bevat ook verplegend personeel (Borst & Wieggers, 2010, pp. 7, 11). Binnen de Nederlandse zorg bestaat een opsplitsing tussen nuldelijns-, eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg. Onder de nuldelijnszorg vallen zorgverleners die zorg bieden nog voordat mensen gezondheidsproblemen ervaren, zoals consultatiebureaus en de GGD. Eerstelijns zorgverleners zijn breed opgeleid; de generalisten binnen de zorg. Kijkend naar de geboortezorg verstaat men hieronder verloskundigen, verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg. Deze zorg vindt extramuraal plaats, dat wil zeggen zonder ziekenhuisopname. Op het moment dat de expertise van een eerstelijns zorgverlener tekortschiet voor de gezondheidsproblematiek van de patiënt, wordt deze doorverwezen naar de tweedelijnszorg, bijvoorbeeld naar een polikliniek van een ziekenhuis. Dit type zorg is medisch-specialistisch en omvat disciplines als gynaecologie, neonatologie en kindergeneeskunde en klinische, of te wel tweedelijns-, verloskunde (van der Burgt, van Mechelen-Gevers & te Lintel Hekkert, 2015, pp. 13-14; van der Burgt & van Mechelen-Gevers, 2007, p. 17). Deze disciplines spelen een rol binnen dit onderzoek, omdat binnen het ziekenhuis veel interactie plaatsvindt tussen deze zorgverleners die allemaal een andere specialisatie hebben en op een ander moment rondom de geboorte 'in actie komen'. Rondom deze disciplines is sprake van het eerdergenoemd professioneel pluralisme, maar om volledige zorg te kunnen bieden is samenwerken een noodzaak. Hoe de verschillende disciplines verdeeld zijn over verschillende afdelingen komt in paragraaf 2.2.2 aan bod.

Derdelijnszorg is topklinische zorg en wordt door een beperkt aantal centra, zoals

academische ziekenhuizen worden aangeboden. Dit type zorg zal, net als de nuldelijnszorg, niet verder worden opgenomen binnen dit onderzoek.

2.2.2 Afdelingen binnen de geboortezorg – Het Ziekenhuis X

De geboortezorg van het Ziekenhuis X omvat drie afdelingen: het verloscentrum, de kraamafdeling en de afdeling neonatologie. Binnen het verloscentrum vinden medische en poliklinische bevallingen plaats. Op deze plek zijn veel mensen werkzaam: verpleegkundigen, kraamverzorgenden, 1^e lijn en klinisch verloskundigen, arts-assistenten, arts-specialisten en gynaecologen. De zorg die hier geboden wordt is voornamelijk gericht op de aanstaande moeder, de kraamvrouw: zij moet zo goed mogelijk door de bevalling heenkomen. Speciale zorg voor het kind vindt plaats op de afdeling neonatologie, of bij spoed komt een kinderarts naar het verloscentrum. Er zijn zes verloskamers (VK's), waarvan er, door onderbezetting, standaard één gesloten is. Op het verloscentrum is ook de triage gevestigd. De kraamafdeling is gericht op zorg voor de moeder na de bevalling. Bij bepaalde medische indicaties is het beter om de moeder op te laten nemen, zodat zij hier verzorgd en gecontroleerd kan worden. De afdeling neonatologie richt zich volledig op pas en vroeg geboren en die extra zorg, controle en aandacht nodig hebben. Baby's kunnen hier vanaf 25 weken komen te liggen. De afdeling heeft verschillende ruimtes, ingericht op de verschillende typen zorg: high, medium of low care. Duidelijk wordt dat, ondanks dat de afdelingen contact hebben met elkaar en op dezelfde verdieping zitten, de zorg voor moeder en kind vrij gescheiden van elkaar aangeboden wordt. In het geval van moeder en kind die beiden zorg nodig hebben, worden zij dus gescheiden behandeld.

2.3 Samenwerking

In deze paragraaf wordt de definiëring van samenwerking behandeld en wordt dieper ingegaan op interprofessionele samenwerking, waar het samenwerkingsproces tussen gespecialiseerde beroepsgroepen een rol speelt. Tot slot kijk ik naar het samenwerkingsproces van zorgprofessionals binnen de geboortezorg, waarbij ik verschillende inzichten over interprofessionele samenwerking binnen de zorg worden combineer.

2.3.1 Samenwerking - definiëring en karakteristieken

Samenwerking kan worden gezien als complex, vrijwillig en dynamisch proces waarbij meerdere vaardigheden bij komen kijken. Dit gehele proces is voortdurend aan verandering onderhevig. Samenwerking is een term die op verschillende manieren geduid kan worden en waar meerdere betekenissen aan ten grondslag liggen. Belangrijke concepten die samenhangen met samenwerkingsprocessen zijn partnerschap, onderlinge afhankelijkheid en macht (D'Amour et al., 2005, p. 126; Lawson, 2004, p. 225).

In feite betreft samenwerking nieuwe relaties en interacties tussen twee of meer entiteiten. Een andere benaming voor deze entiteiten is stakeholders. Zij hebben belang bij gemeenschappelijke actie (Lawson, 2004, p. 226). Bij een samenwerkingsverband worden competentiedomeinen en middelen van verschillende stakeholders gemobiliseerd om zo gemeenschappelijke problemen op te lossen en te profiteren van elkaars kunnen. Stakeholders bundelen hun krachten en hun onderlinge afhankelijkheid groeit om zo gemeenschappelijke doelen te bereiken. Hierbij wordt een collectieve identiteit gevormd. Dit kan zich uiten in gedeelde taal, kennis, normen, waarden en vaardigheden en gedeelde verantwoordelijkheid en doet het onderling vertrouwen groeien. Vaak dienen bepaalde rolverdelingen en regels te worden herzien (Lawson, 2004, pp. 227-228).

Samenwerking kan daarmee ook moeilijkheden met zich meebrengen; het is tegelijkertijd de kracht, maar ook het centrale probleem in iedere collectieve actie. Het is gebaseerd op het uitgangspunt dat in dit geval professionals binnen de geboortezorg dienen samen te werken om zorg van hogere kwaliteit te bieden. Echter hebben zij, naast dat gemeenschappelijk doel, ook eigen belangen en een zekere mate van autonomie en afhankelijkheid die zij willen behouden (D'Amour et al, 2008, p. 2). Hier kunnen ook bepaalde politieke, hiërarchische machtsstructuren bij komen kijken, zoals bijvoorbeeld een verpleegkundige die een arts niet op een fout durft te wijzen, gebrek aan terugkoppelingen na behandeling, het gevoel niet serieus te worden genomen door personen hoger in de medische hiërarchie, het gevoel van gebrek aan respect en een neerbuigende attitude, te weinig contactmomenten, et cetera. (Minkman, 2012, p. 151; Stichting Perined, 2016, p. 4; Ziekenhuis X, 2015). Dit politiek 'spel', wat binnen iedere samenwerking een rol speelt, kan de onderlinge verhoudingen complexer doen maken en kan de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden bemoeilijken (Minkman, 2012, p. 151; D'Amour et al, 2008).

D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez en Pinealt (2008, pp. 2-3) hebben een studie gedaan om een beter begrip van samenwerkingsprocessen tussen zorgprofessionals te ontwikkelen. Hierbij geven zij relationele en organisatorische dimensies aan: de relationele dimensies bestaan uit 'gedeelde doelstellingen en visie' en 'internalisatie', de organisatorische dimensies zijn 'formalisering' en 'bestuur'.

Gedeelde doelstellingen en visie spreekt het belang uit van een gemeenschappelijk doel en visie daarop en van een bewustzijn dat dit niet altijd het geval is: men moet erkennen dat daaromheen ook diverse verwachtingen, beelden en motieven kunnen bestaan met oog op de samenwerking (D'Amour et al, 2008, p. 2).

Internalisatie richt zich op het besef dat professionals binnen een samenwerkingsverband een bepaalde wederkerige afhankelijkheid hebben en het belang daarvan inzien. Hierdoor groeit onderlinge betrokkenheid, kennis van elkaars waarden en vakgebied en onderling vertrouwen (D'Amour et al, 2008, p. 2).

Formalisatie is een organisatorische dimensie die zich richt op de structurering van de zorg. Zijn er procedures waarin de gewenste output en gedrag worden gecommuniceerd binnen het samenwerkingsverband? Formalisatie verheldert de verwachtingen en verantwoordelijkheden van de betrokken professionals (D'Amour et al, 2008, p. 2). Ten slotte het bestuur, wat binnen deze context gericht is op leiderschapsfuncties die de samenwerking ondersteunen. Deze vorm van bestuur geeft richting aan de professionals bij het uitvoeren van interprofessionele en inter-organisatorische praktijken in een samenwerkingsverband (D'Amour et al, 2008, p. 2). Met oog op de sub-standaard factoren die een rol spelen bij de perinatale audit zou disbalans bij de bovengenoemde dimensies van invloed kunnen zijn op het verloop van de samenwerking (Stichting Perined, 2016).

2.3.2 Interprofessionele samenwerking

Interprofessionele samenwerking is een samenwerking van professionals uit twee of meer gespecialiseerde beroepsgroepen (Bolhuis, 2002, p. 15; Lawson, 2004, p. 226). Binnen dit onderzoek vindt dit type samenwerking plaats tussen de verschillende disciplines die het Moeder-Kind Centrum omvat. Dit proces wordt ook wel multidisciplinaire samenwerking genoemd. De reden dat men, ook binnen dit onderzoek, liever spreekt van interprofessionele samenwerking, is omdat de term 'interprofessioneel' beter de gewenste dynamische interactie onder professionals reflecteert (Bolhuis, 2002, p. 15). Binnen de samenwerkingsverbanden speelt de

onderlinge interactie een grote rol voor de uitkomsten van de samenwerking: als deze niet goed verloopt, zal dit ten koste gaan van de kwaliteit (Zwarenstein, Goldman & Reeves. 2009, pp. 1, 3; D'Amour et al., 2005, p. 116). Interprofessionele samenwerking is een complex proces. De steeds verdere ontwikkeling van de zorg en de groei van medische kennis gaan gepaard met verdere specialisatie in de zorg. Hierdoor ontstaan meer (sub-)specialismen, wat leidt tot differentiatie binnen de zorg. Hierdoor worden samenwerkingsverbanden complexer en bestaat er risico op fragmentatie (Bolhuis, 2002, p. 9).

Kijkend naar deze samenwerkingsverbanden staat de patiënt centraal: het doel is om deze zorg van de hoogst mogelijke kwaliteit te kunnen bieden. Hoe de interprofessionele samenwerking er binnen de zorg uitziet hangt dus af van de disciplines die betrokken zijn bij de patiënt. De gewenste samenwerking is afgestemd op de doelen die gevormd zijn omtrent de zorg die geboden wordt (Bolhuis, 2002, pp. 7, 11). Gebrek aan goede samenwerking kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt, zoals communicatieproblemen, 'gaten' in de zorg, lange wachttijden of onnodige herhaling van onderzoek (Bolhuis, 2002, p. 11).

Naast de kwaliteitsverbetering van de zorg, het hoofddoel van samenwerking in de zorg, brengt interprofessionele samenwerking nog andere voordelen met zich mee, de zogeheten secundaire doelen en effecten. Hieronder vallen meer plezier in het werk door toenemende sociale contacten, vergroting van professionele competentie door het leren van elkaar, flexibeler organisatie en vergroting van de loopbaanmogelijkheden (Bolhuis, 2002, p. 12).

2.3.3 Interprofessionele samenwerking binnen de geboortezorg

Aan de hand van verschillende concepten uit de wetenschappelijke literatuur en modellen is een integraal model opgebouwd wat een leidraad voor dit onderzoek vormt. De karakteristieken van dit model komen voort uit verkennende gesprekken en zijn gekoppeld de eerdergenoemde wetenschappelijke literatuur omtrent samenwerking tussen professionals in de zorg, onderzoeksresultaten van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek binnen VSV's en de SSF's over zorgcontext bij à terme sterfte 2013 en 2014.

Het model vormt een combinatie van inzichten over interprofessionele samenwerking in de zorg, die binnen dit onderzoek naar het Moeder-Kind Centrum wellicht van belang zijn.

Echter zal hiernaast ook ruimte zijn voor de betekenissen van respondenten, ook als deze niet in het model gevat worden. Het model is opgebouwd uit vier dimensies die als bouwstenen van interprofessionele samenwerking kunnen worden gezien.

Dimensie 1: De eerste dimensie richt zich op gedeelde of gezamenlijke doelen en visie. Hierin worden de doelen van de samenwerking gevat (D'Amour et al., 2008, pp. 2-3, 5). Daarnaast wordt een basis geboden waarop iedereen kan terugvallen, samen met kaders voor de nadere uitwerking van de samenwerking. Op het moment van een gedeelde visie hoeven factoren als domeinstrijd, hiërarchie en gebrek aan vertrouwen in elkaar geen rol meer te spelen (Minkman, 2012, p. 151; Boesveld-Haitjema et al., 2008, p. 13). Op het moment dat deze dimensie niet aanwezig is binnen de samenwerking kan de onderlinge communicatie en samenwerking onvoldoende worden en zal de kwaliteit van in dit geval de zorg hieronder lijden (Stichting Perined, 2016, p. 4).

Dimensie 2: De tweede dimensie richt zich op internalisatie, waarin wederzijdse kennismaking en vertrouwen een grote rol speelt (Calsbeek & Rosendal, 2007, p. 119; D'Amour et al., 2008, pp. 2-3, 5). 'Respondenten geven aan dat het belangrijk is dat eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners elkaar beter leren kennen. Zo ontstaat er meer begrip, vertrouwen en respect voor elkaar. Dit vormt de basis voor goed overleg en structurele afspraken'. Binnen een samenwerkingsverband bestaat een bepaalde wederkerige afhankelijkheid en door daar het belang van in te zien kan vertrouwen en betrokkenheid groeien (Boesveld-Haitjema et al., 2008, pp. 12-13). Gebrek hieraan kan leiden tot onvoldoende communicatie en samenwerking, met een lagere kwaliteit tot gevolg (Minkman, 2012, p. 151; Stichting Perined, 2016, p. 4).

Dimensie 3: Binnen deze dimensie staat 'bestuur' centraal, waarbij gekeken wordt naar leiderschapsfuncties en factoren die de samenwerking ondersteunen (D'Amour et al., 2008, pp. 2-3, 5). Een voorbeeld hiervan is een goede vergaderstructuur: 'een duidelijke vergaderstructuur beïnvloedt de samenwerking positief. Ondersteuning door secretariaat en een onafhankelijke voorzitter kan hierbij behulpzaam zijn. Het werkt positief als er een 'trekker' is die iedereen enthousiast kan maken en kan samenbinden' (Boesveld-Haitjema et al., 2008, p. 13). Het ontbreken hiervan kan niet alleen leiden tot onvoldoende communicatie en samenwerking, maar ook tot onvoldoende of slechte documentatie. Beiden beïnvloeden de kwaliteit negatief (Stichting Perined, 2016, p. 4).

Dimensie 4: De vierde en laatste dimensie richt zich op formalisatie, of te wel de structurering van in dit geval de zorg. Formalisatie verheldert de verwachtingen en

verantwoordelijkheden van de betrokken professionals. Hierbij kunnen bepaalde tools, zoals procedures en protocollen, ondersteuning bieden (Calsbeek & Rosendal, 2007, p. 119; D'Amour et al., 2008, pp. 2-3, 6). Gebrek hieraan kan leiden tot onvoldoende of slechte documentatie, vertragingen, onvoldoende diagnostiek, gebrekkig onderzoek en technische of logistieke problemen met bijvoorbeeld apparatuur (Stichting Perined, 2016, p. 4).

Deze dimensies zijn uitgewerkt in Model 1: *"Integraal model – Samenwerking Geboortezorg"* (D'Amour et al., 2008; Boesveld-Haitjema et al., 2008; Stichting Perined, 2016). Voor toelichtingen en volledige definiëring, zie bijlage 1.

2.4 Betekenisgeving en ervaringen

In dit onderzoek wordt gekeken naar welke betekenis zorgprofessionals geven aan de interprofessionele samenwerking binnen het Moeder-Kind Centrum, welke factoren zij als faciliterend of belemmerend ervaren en hoe zij kijken naar de samenwerking in de toekomst.

Betekenisgeving wordt binnen deze context gezien als het proces van (*organizational*) 'sensemaking'. Een passende naam, volgens Weick, die het proces van sensemaking ziet als 'the making of sense': het maken van betekenis, van begrip. Het gaat om de interactie in het nastreven van wederzijds begrip, over het begrijpen en het construeren van betekenissen (1995, pp. 4, 6). Het kan worden gezien als een narratief proces waarin betekenissen worden opgebouwd en gedeeld (Buchanan & Dawson, 2007, p. 675). Dit kan individueel en collectief gebeuren, waarbij mensen op zoek gaan naar hoe de wereld om hen heen 'in elkaar zit'. Het is een continu proces waarbij men, vanuit eigen perspectief en referentiekader, poogt te begrijpen wat er gebeurt: het proces van betekenisgeving (Weick, 1995, pp. 2-4, 6; Bode, Lange & Märker, 2016, p. 4).

In het geval van een samenwerkingsverband zoals het Moeder-Kind Centrum is het belangrijk om hier ook een gedeelde betekenis aan te kunnen geven. Het hebben van een gedeelde betekenis kan ook nadelen hebben, zoals een verkleinde ruimte voor eventuele tegenspraak, kritiek en nieuwsgierigheid (Homan, 2009, p. 20). Echter zagen we eerder binnen de vier dimensies het belang van zaken als een gezamenlijk doel en visie, begrip, vertrouwen en onderlinge afhankelijkheid en betrokkenheid. Het hebben van een gedeelde betekenis kan hierbij ondersteuning bieden. Daarnaast dient men bewust te zijn van de mogelijke nadelen: het is belangrijk om te zien wat gedeelde maar ook botsende

betekenissen doen met mensen. Een kritische blik en het durven kijken naar nieuwe betekenissen maakt verandering mogelijk (Homan, 2009, p. 20).

2.5 Institutionele logica's en complexiteit

Kijkend naar de verschillende medische disciplines en afdelingen die bestaan binnen de geboortezorg van het Ziekenhuis X ziet men een tal van samenwerkingsverbanden en interacties tussen professionals. Een vraag die hierbij gesteld kan worden is waardoor hun omgang beïnvloed wordt en wat dat betekent voor het proces van betekenisgeving aan die samenwerkingen. Een theorie die hier licht op werpt is de institutionele logica benadering, welke uitgediept wordt in paragraaf 2.5.2. Voordat deze benadering besproken wordt, geeft paragraaf 2.5.1 eerst een korte omschrijving van het begrip 'instituties', een centrale term binnen de theorie over institutionele logica.

Tenslotte gaat paragraaf 2.5.3 in op het bestaan van meerdere logica's naast elkaar en waar eventuele botsingen tussen logica's, of te wel institutionele complexiteit, toe kunnen leiden.

2.5.1 Instituties en institutionalisering

Een institutie kan worden gezien als 'een manier van denken of handelen die beïnvloed wordt door bepaalde gewoonten van een groep die zijn ingebed'. Deze definitie benadrukt het belang van handelen en gedragingen uit gewoonte en ziet instituties als hetgeen wat dat in stand houdt (Qian, & Burritt, 2008, p. 235).

De literatuur laat zien dat er niet één vaste, absolute definitie voor instituties bestaat, maar draagt wel bepaalde karakteristieken aan. Scott (2008) ziet instituties als: 'sociale structuren die bepaalde waarden, normen, procedures, standaarden en routines omvatten'. Instituties bestaan uit regulerende, normatieve en culturele elementen die samen met de bijbehorende activiteiten en middelen stabiliteit en betekenis geven aan het sociale leven (Qian, & Burritt, 2008, p. 235).

Deze sociale normen hebben enerzijds het vermogen om het gedrag en de beslissingen van actoren in het veld te beïnvloeden, maar worden anderzijds zélf ook weer gevormd of ontwikkeld door gedrag en beslissingen van die actoren; het is een interactief proces, waarbij gedrag betekenis krijgt door de sociale normen die eruit voortvloeien: het proces van institutionalisering (Qian, & Burritt, 2008, pp. 235-236). Institutionalisering maakt

dat activiteiten die voldoen aan de ingebedde sociale normen en regels als legitiem worden gezien en soms zelfs als de 'enige denkbare realiteit' (Qian, & Burritt, 2008, p. 236).

Een organisatie, maar ook bepaalde groepen binnen een organisatie, kunnen gezien worden als sociale actor(en) die de sociale structuren als het ware 'dragen'; door het eerder beschreven proces worden deze structuren in leven gehouden, aangepast of verder ontwikkeld. Maar naast dat deze structuren het handelen of denken van de actoren beïnvloeden, werken ze ook door in een ander proces wat zich in elke organisatie voordoet: het proces van betekenisgeving.

2.5.2 Institutionele logica

De institutionele logica-benadering wordt gezien als een nieuw perspectief vanuit de nieuwe institutionele theorie. Binnen deze benadering is meer oog voor de professionele handelingsruimte en de invloed van de professionals zelf op de organisatie; het gaat uit van 'actieve en reflectieve actoren' die hun context beïnvloeden, veranderen en vormen (Waardenburg, 2016, p. 41-42). Daar waar binnen de nieuwe institutionele theorie de relatie tussen organisatie en organisationele context centraal staat, biedt de institutionele logica-benadering meer focus voor de professionals binnen die organisatie, hoe zij zich verhouden tot hun organisationele context en hoe zij handelen (Waardenburg, 2016, pp. 39, 42). De institutionele logica-benadering kan worden gezien als een kader dat het analyseren van samenhang en relaties tussen instituties, organisaties en individuen mogelijk maakt. Het biedt ondersteuning bij het zoeken van antwoorden op de vraag hoe actoren beïnvloed worden door (meerdere) instituties (Thornton, Ocasio & Lounsbury, 2012, p. 2).

De betekenissen die mensen als individu en als groep geven aan gebeurtenissen, relaties, context, et cetera., worden deels vooraf bepaald door de institutionele logica waarin zij zich bevinden; dit gebeurt vaak onbewust (Vermeulen, 2012, p. 5).

Institutionele logica worden binnen dit onderzoek gedefinieerd als *'the socially constructed, historical patterns of material practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meaning to their social reality'* (Thornton & Ocasio, 2008, p. 101).

Een institutionele logica is dus gevuld met instituties, of te wel de sociale structuren die die regels, normen, waarden, et cetera omvatten, waarbij individuen hun leven indelen en

betekenis geven aan hun sociale werkelijkheid. Dit gaat vooraf aan het individuele; een institutionele logica beïnvloedt sociale actoren en vormt voor een deel hun identiteit (Thornton & Ocasio, 2008, p. 101). Volgens deze definitie geeft een institutionele logica een verband aan tussen individueel handelen en sociaal geconstrueerde praktijken, regels en structuren. Kijkend naar hoe Weick (1995) '*sensemaking*' omschrijft, wordt het individu binnen een institutionele logica beïnvloedt door de sociaal geconstrueerde praktijken, regels en structuren bij het creëren van begrip en lijkt het individu binnen dit proces minder actief dan bij '*the making of sense*', waarbij men zoekt naar verklaringen voor hun werkelijkheid. Daarnaast vormen en creëren institutionele logica [sociale] regels en relaties waar macht en status aan wordt ontleend, behouden of verloren raakt. Enerzijds vertrouwen actoren in de organisatie op hun begrip en interpretatie van de institutionele logica in de strijd om macht, status en de mogelijkheid om op hun manier te kunnen handelen, met oog op het in stand houden en voortbestaan van de heersende, dominante logica die dat voor hen mogelijk maakt (Thornton & Ocasio, 2008, p. 112). Anderzijds worden deze logica niet altijd bewust ervaren of volledig begrepen; dat maakt het lastig om ze te 'gebruiken' of te veranderen (Vermeulen, 2012, p. 5).

Een belangrijk mechanisme waarmee een institutionele logica de individuele cognitie vormt, is door middel van sociale classificatie en categorisatie. Deze categorieën duiden, anders dan vaak wordt aangenomen, niet op organisatorische activiteiten, zoals bijvoorbeeld louter iemands functie in de organisatie; het gaat hier over sociale, institutionele categorieën (Thornton & Ocasio, 2008, p. 112).

Binnen een logica zijn eigen praktijken, regels en bepaalde artefacten als vakjargon, specifieke medische handeling en kleding ingebed (Pratt, Rockmann & Kaufmann, 2006, p. 248; Yanow, 1996, p. 10). Yanow (1996) ziet al deze artefacten als uitkomst van betekenisgevingsprocessen: de manier waarop men handelt en praat, hoe men met elkaar omgaat, de voorwerpen die men wel of juist niet gebruikt, dit alles kan iets vertellen over de onderliggende normen, waarden, overtuigingen en gevoelens van actoren. Echter werkt dit twee kanten op: artefacten geven ook betekenis aan handelen, praten, gebruiken, et cetera, omdat zij ook als bron van een betekenisgevingsproces kunnen worden beschouwd (Smircich, 1983, p. 353). Het is, net als het proces van betekenisgeving [besproken in paragraaf 2.4] zelf, een interactief proces.

Opvallend is dat de institutionele logica-benadering zich binnen de bestaande literatuur voornamelijk op sectoren richt, terwijl binnen de geboortezorgcontext al meerdere logica

lijken te bestaan, welke soms ook strijdig kunnen zijn (Waardenburg, 2016, p. 42). Kijkend naar de verschillende afdelingen en verschillende disciplines binnen de afdelingen bestaan mogelijk verschillende logica. Interessant is om te onderzoeken in hoeverre de institutionele logica-benadering, in principe gericht op sectoren, bruikbaar is op afdelingsniveau.

De verschillende professies en bijbehorende logica's oefenen invloed uit op houding en gedrag en macht; welke logica is dominant (Tummers, 2014, p.4)? Wat zijn de gevolgen van een botsing tussen logica?

2.5.3 Institutionele complexiteit

Binnen een organisatie kunnen meerdere institutionele logica bestaan, een fenomeen waarnaar wordt gerefereerd als institutioneel pluralisme (Vermeulen, 2012, pp. 9-10). De eerder benoemde instituties binnen een organisatie, de sociale structuren, worden ook wel aangeduid als *'the rules of the game'*; op het moment dat er sprake is van institutioneel pluralisme worden er meerdere 'spellen' tegelijkertijd gespeeld, waarbij men kan indenken dat dit proces niet altijd zonder slag of stoot verloopt (Kraatz & Block, 2008, p. 2). Kijkend naar de context van dit onderzoek zijn er meerdere institutionele logica te onderscheiden, namelijk het verloscentrum, de kraamafdeling en de afdeling neonatologie. Binnen deze afdelingen kunnen ook verschillende logica ontdekt worden, die ontleend worden aan de verscheidene professies binnen de afdeling.

Het bestaan van meerdere institutionele logica binnen één context kan leiden tot fragmentatie, incoherentie, conflict, ambiguïteit en organisatorische instabiliteit, wat gevat kan worden binnen *institutional complexity* of institutionele complexiteit (Kraatz & Block, 2008, p. 4). Hier bestaan tegenstrijdige, onverenigbare 'regels' uit meerdere institutionele logica. De uitwerking van deze institutionele complexiteit is dubbelzijdig: enerzijds kan het leiden tot strijdigheid en conflict, maar anderzijds ook tot ontwikkeling, verandering en het ontstaan van nieuwe institutionele logica (Smets & Jarzabkowski, 2013, p. 1283). Bode, Langer en Märker (2016, pp. 4-5) geven aan dat het naast elkaar bestaan van 'concurrerende tendensen', of te wel verschillende, botsende logica, het aanpassingsvermogen van organisaties doet behouden: op het moment dat men de ambivalentie tussen logica accepteert kan men, bij een organisatieverandering, het proces van meerdere kanten bekijken. Institutioneel pluralisme en complexiteit bieden dus ook kansen voor organisaties en hun verandertrajecten.

De relaties tussen naast elkaar bestaande logica worden vaak zeer vereenvoudigd voorgesteld, waarbij de logica worden afgeschilderd als binair: ze zijn wel of niet verenigbaar (Smets & Jarzabkowski, 2013, p. 1284). Dit onderscheid is echter niet als zodanig te schetsen. Smets en Jarzabkowski (2013) geven aan dat de logica, en daarbij ook hun onderlinge relaties, voortdurend worden geconstrueerd en gereconstrueerd door de omgeving en wat daarin gebeurt. Een logica is daardoor niet iets volledig vaststaands, maar ook een proces dat aan verandering onderhevig kan zijn. Aangegeven wordt dan ook dat institutionele logica, en hun mate van interne tegenstrijdigheid, eerder worden geconstrueerd dan dat ze gegeven zijn; het maakt de logica's en hun verhoudingen emergent en veranderlijk [kunnen] zijn (Boulton & Allen, 2007).

Begrip voor het institutioneel pluralisme en de verschillende logica kan ondersteuning en verdieping bieden aan de betekenissen gegeven door de zorgprofessionals, en inzicht geven in waar die betekenissen (deels) hun oorsprong vinden.

3. Methodologie

In dit hoofdstuk worden gekozen onderzoeksstrategie, -ontwerp en -methoden behandeld. Mijn gekozen wetenschapsfilosofische positie wordt toegelicht en er zal worden ingegaan op het type onderzoek. Ook worden de verschillende onderzoeksmethoden die zijn gehanteerd, de dataverzameling en -analyse besproken. Binnen al deze punten wordt ingegaan op de methodologische keuzes die ik heb gemaakt tijdens het onderzoek, worden de krachten en zwaktes besproken en is oog voor de voor- en nadelen van de gebruikte methoden. Tot slot zal de validiteit van dit onderzoek worden behandeld, waarbij ingegaan wordt betrouwbaarheid en authenticiteit.

3.1 Wetenschapsfilosofische positie

In dit onderzoek staat de vraag centraal welke betekenissen zorgprofessionals toekennen aan hun samenwerkingen binnen en rondom het verloscentrum. Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van een interpretatieve benadering omdat deze het best aansluit bij de aard van het onderzoek en bij mijn persoonlijke overtuigingen en gevoelens als onderzoeker. Binnen dit onderzoek is sprake van *sophisticated inductivism*, omdat bepaalde wetenschappelijke theorieën al een rol hebben gespeeld voordat interviews werden afgenomen (O'Reilly, 2012, p. 29). Hier kom ik op terug in paragraaf 3.3.1.

Allereerst is het voor mij als onderzoeker, mede met oog op de hoofdvraag van dit onderzoek, belangrijk om de mensen in de organisatie niet te zien als onderzoeksobjecten, maar om hen te zien als personen die actief betekenissen toekennen aan wat er in hun omgeving gebeurt (Deetz, 1996, p. 202). Het lijkt mij prettig om een relatie met mijn respondenten aan te kunnen gaan met zo min mogelijk hiërarchische ongelijkheid: ik wil samen met de personen in de organisatie antwoorden vinden op de onderzoeksvraag en hen hier niet simpelweg voor gebruiken. Ik wil de medewerkers een stem geven, hen laten spreken (Deetz, 1996, p. 202; Douglas & Coussens, 2011, pp. 150, 153). Voor mij ligt de focus op het begrijpen van mijn respondenten, en niet op het trekken van harde conclusies. Dit gevoel vindt aansluiting bij de interpretatieve benadering, waarbij ik niet uit ga van één vaste werkelijkheid, maar van meerdere, verschillende betekenissen die voor de respondenten waar zijn (Boeije, 2012, p. 27).

Ten tweede zorgt deze benadering naar mijn idee voor de mogelijkheid tot een grotere betrokkenheid van de onderzoeker: dit kan als voordeel en als nadeel worden gezien. Het zou nadelig kunnen zijn omdat de onderzoeker hierdoor de resultaten van het onderzoek

beïnvloedt; nu de onderzoeker ook deel uitmaakt van de werkelijkheid van de organisatie en dus mogelijk ook die van de respondenten, zullen onderzoeksuitkomsten wellicht niet het precieze verhaal vertellen over de organisatie zoals dat was voordat de onderzoeker hier een rol in nam (Douglas & Coussens, 2011, p. 153). De vraag die naar mijn mening hierbij gesteld moet worden is: in hoeverre is dat erg, of onwenselijk? Een voordeel van dit type onderzoek is namelijk dat, doordat ik als onderzoeker geen neutrale actor hoef en kan zijn, ik van toegevoegde waarde kan zijn bij het naar boven halen van betekenissen en gevoelens die leven bij de respondenten. Ik ben van mening dat er altijd verschillende perspectieven op een werkelijkheid bestaan en dat die ook allemaal waar kunnen zijn. Een samenwerking tussen onderzoeker en onderzoeksorganisatie kan naar mijn idee leiden tot meer diepgang en verrijking van het onderzoek. Wel moet ik mij bewust zijn van mijn invloed binnen dit proces en zal het noodzakelijk zijn dat ik hierop reflecteer. Een manier om hiermee om te gaan is om, ook binnen dit onderzoek, de respondent aan het woord te laten. Hoe ik dit doe wordt toegelicht in paragrafen 3.3.4, 3.3.5 en heeft uitwerking in het bevindingenhoofdstuk (hoofdstuk 4).

3.2 Type onderzoek

Dit onderzoek is van kwalitatieve aard, wat de mogelijkheid biedt om samen met de respondenten van dit onderzoek betekenissen proberen bloot te leggen die iets vertellen over hun werkelijkheid en wat er om hen heen gebeurt. Dit wordt gedaan in het Ziekenhuis X, bij de afdelingen die te maken hebben met de geboortezorg van het ziekenhuis: het verloscentrum, de kraamafdeling en de afdeling neonatologie. Dat maakt dat dit onderzoek een case study is; het is een gedetailleerde en intensieve analyse die alleen binnen dit ziekenhuis, binnen deze afdelingen, plaatsvindt. De focus ligt op de complexiteit en specifieke aard van deze 'case' (Bryman, 2012, p. 66). De keuze voor kwalitatief onderzoek houdt niet per definitie verband met een case study. Een case study omvat weliswaar elementen van kwalitatief onderzoek die goed aansluiten bij het onderzoeken van een case, zoals interviews en observaties. Echter kunnen kwantitatieve elementen ook een basis vormen voor dit type onderzoek; vaak wordt een combinatie van beide gebruikt voor een case study (Bryman, 2012, p. 68). Voorbeelden hiervan binnen dit onderzoek zijn het gebruik van een intern tevredenheidsonderzoek onder verloskundigen en uitkomsten van de Perinatale audit van à terme sterfte in 2013 & 2014 (Ziekenhuis X, 2015; Stichting Perined, 2016). Als onderzoeker zelf heb ik geen

kwantitatieve methoden ingezet om nieuwe data te verzamelen; de methoden van dataverzameling zijn binnen dit onderzoek van kwalitatieve aard.

Dit onderzoek is een *exemplifying case*, waarbij ‘omstandigheden en voorwaarden van dagelijkse situaties worden vastgelegd’ (Bryman, 2012, p. 70). Er is geen sprake van extreme of ongebruikelijke situaties en het belichaamt daardoor een bredere categorie van cases; uitkomsten van de interprofessionele samenwerkingen binnen de geboortezorg kunnen wellicht ook iets zeggen over andere samenwerkingsverbanden binnen het ziekenhuis, voor andere STZ-ziekenhuizen of voor andere VSV’s.

3.3 Methoden

Er zijn verschillende kwalitatieve methoden naast elkaar gebruikt om een zo compleet en diepgaand mogelijk onderzoek te doen. Hierbij is gekeken welke methoden enerzijds nodig zijn voor het creëren van een zo volledig mogelijk beeld van de situatie en een rijke, voltallige beantwoording van de onderzoeksvraag, anderzijds welke methoden passend zijn kijkend naar de organisatie en haar medewerkers.

De volgende methoden zijn gebruikt om dit te bewerkstelligen: verkennende gesprekken, documentenanalyse, verschillende typen observaties en (semi)-gestructureerde interviews. Deze methoden worden in onderstaande stukken verder toegelicht en uitgewerkt.

3.3.1 Verkennende gesprekken

Aan de hand van verkennende gesprekken heb ik bepaalde keuzes kunnen maken binnen mijn onderzoek, omdat deze gesprekken mij bepaalde informatie verschafte die bijdroegen aan het uitstippelen van een bepaalde route die ik als onderzoeker wilde afleggen. Daarnaast hebben de gesprekken geholpen bij het vormen van de onderzoeksvraag.

Aan de start van dit gehele proces had ik voor ogen onderzoek te doen naar de betekenisgeving aan interprofessionele samenwerking tussen verschillende disciplines, maar ik kon moeilijk een keuze maken op welke afdelingen onderzoek zou willen doen. Verkennende gesprekken met mijn begeleider en verschillende zorgmanagers en professionals zorgden ervoor dat ik bij verschillende afdelingen een beter beeld kon vormen en uiteindelijk een besluit kon nemen met betrekking tot mijn onderzoeksvraag.

Een ander punt waarbij de verkennende gesprekken mij hebben ondersteund was bij het opbouwen van het theoretisch kader. De hoofdpunten van het integrale model, wat opgebouwd is uit verschillende wetenschappelijke bronnen, zijn voortgekomen uit de verkennende gesprekken. Het model is mede gebruikt voor het opstellen van de topiclijst voor de interviews. Zoals benoemd in paragraaf 3.1 kan binnen dit onderzoek niet worden gesproken van 'klassiek' interpretatief onderzoek, omdat mijn gebruik van theorie maakt dat de manier van onderzoek doen niet zuiver inductief is; er is sprake van *sophisticated inductivism*, waarbij gesteld wordt dat het mogelijk is reeds bestaande theorie te bekijken en vervolgens alsnog open te staan voor de 'verrassingen' van de eigen case. Binnen dit onderzoek heeft een continu proces plaatsgevonden van deductie en inductie, waarbij sprake was van *building, testing and rebuilding* van theorie (O'Reilly, 2012, pp. 29-30). Deze verkennende gesprekken vallen niet in de categorie van formele interviews en zijn dan ook niet opgenomen en getranscribeerd; ik wilde juist van het informele karakter van het gesprek gebruik maken om zo veel mogelijk informatie te verzamelen voor het doel waartoe de gesprekken dienden: achtergrondinformatie verzamelen en keuzes kunnen maken. Daarom is gekozen om een samenvatting te maken van deze verkennende gesprekken om zo inhoudelijke informatie over de organisatie te kunnen vastleggen. De informatie verkregen uit deze gesprekken is dan ook niet direct opgenomen in dit onderzoek, maar diende een ondersteunend doel.

3.3.2 Documentenanalyse

Binnen dit onderzoek zijn verschillende documenten geanalyseerd, waarin een onderscheid kan worden aangebracht tussen interne en externe documentatie. Interne bronnen zijn in dit onderzoek beleidsdocumenten, plannen van aanpak, onderzoeksrapporten en toekomstvisies. Externe documentatie bestaat uit scans van de Nederlandse Zorgautoriteit, landelijke perinatale audits en adviesrapporten en omtrent de perinatale zorg en de verloskundige zorgketen.

Met name interne documenten vormen een belangrijke informatiebron binnen een case study (Bryman, 2012, p. 551). Deze documenten, die iets zeggen over de organisatie en haar leden, zullen binnen dit onderzoek gebruikt worden om een scherper beeld te krijgen van de organisatie en hoe zaken momenteel gearrangeerd zijn. Ze bieden mij, als onderzoeker, ondersteuning aan het vormgeven van de case en kunnen dienen als herkenningspunten binnen de verkennende gesprekken en interviews. Het is wel

belangrijk om bewust te zijn van het feit dat deze documenten geen objectieve data vormen: de auteur heeft het opgesteld vanuit zijn of haar eigen positie en perspectief binnen en op de organisatie (Bryman, 2012, p. 551). Daarom gebruik ik deze informatie om mij voor te bereiden op gesprekken en interviews, waar ik ook de mogelijkheid krijg om elementen uit de documenten te bevragen aan mijn respondenten.

Externe documentatie verschaft meer algemene informatie en biedt definiëring en toelichting over onder andere overkoepelende termen. Het schetst een groter beeld, in geval van dit onderzoek vaak vanuit landelijk oogpunt bezien. Deze globale verklaringen bieden houvast bij het onderzoeken van een specifieke casus; men krijgt de mogelijkheid om af en toe in- en uit- te zoomen en situaties in een breder perspectief te plaatsen. Bovendien ondersteunt deze documentatie deels de relevantie en noodzaak van dit onderzoek; landelijke ontwikkelingen kondigen bepaalde veranderingen in de zorg aan, iets wat ook op afdelingsniveau van het Ziekenhuis X gevoeld zal worden.

De kwaliteitstoetsing van interne en externe documenten vindt plaats aan de hand van vier criteria, opgesteld door J. Scott (1990): (1) authenticiteit; (2) geloofwaardigheid; (3) representativiteit, en (4) betekenis (Bryman, 2012, p. 554).

3.3.3 Observaties

Binnen het Ziekenhuis X heb ik verschillende typen observaties kunnen doen, namelijk als *complete participant* en in *the participant as observer*-houding. Binnen de eerste soort observaties had ik als onderzoeker een ‘dubbelrol’ en tijdens de tweede soort observaties wist men van mijn onderzoeksactiviteit. Deze observaties worden besproken in paragraaf 3.3.4.

Observeren kan daarbij omschreven worden als het: “systematisch, zorgvuldig en aandachtig gadeslaan van gedragingen waarin de onderzoekers zijn geïnteresseerd” (Maso & Smaling, 1998, p. 49). In dit onderzoek is een observatie met name relevant om meer te weten te komen over het functioneren van de organisatie in zijn natuurlijke context (Boeijs, 2005, p. 21). Uit observaties van gedragingen kunnen geen betekenissen worden afgeleid, ik kan hier hooguit zélf betekenis aan toekennen. Het doel van de observaties is om als onderzoeker te kunnen ervaren hoe dagen op de afdelingen eruitzien, om zo meer diepgang uit de interviews te kunnen halen; er kan worden teruggekoppeld naar bepaalde situaties en ik als onderzoeker kan concrete voorbeelden inzetten om bepaalde vragen te formuleren.

De observaties zijn gedaan tijdens het meelopen op afdelingen. Tijdens het meelopen met de zorgprofessionals tijdens hun dagelijkse werkzaamheden kijk wat er gebeurt en maak ik hier korte notities van (*field notes*) (Bryman, 2012, p. 431). Observaties geven mij de mogelijkheid om te werken met wat mij opvalt binnen de organisatie en met wat er om mij heen gebeurt. Dit heb ik in de interviews kunnen laten terugkomen en hierbij kan ik ook mijn eigen interpretaties voorleggen aan en bespreken met de respondent. Wel ben ik mij ervan bewust dat door het feit dat ik aanwezig ben om te observeren, de werkelijkheid die ik op dat moment aanschouw waarschijnlijk een andere is dan als ik er toen niet was geweest. Daarbij komt ook nog dat mijn aantekeningen van de observaties mijn interpretaties zijn van de werkelijkheid; ik kan dat op dat moment zelf niet controleren. Dit is nadeel van het doen van observaties; het gaat gepaard met een zekere mate van subjectiviteit. Als onderzoeker moet ik waakzaam zijn om niet mijn eigen betekenissen te laten spreken in dit onderzoek. Ik heb geprobeerd dit op te lossen door hierop terug te komen tijdens de interviews en mijn interpretaties en betekenissen voor te leggen aan de respondenten.

Tijdens alle observaties draag ik dienstkleiding, welke bestaat uit een witte broek en blouse. Dit is dezelfde kleding die door de verpleegkundigen gedragen. Daarnaast heb ik een naamkaartje en een toegangspas, waarop mijn naam staat met als functie 'stagiaire obstetrie'. Hiermee heb ik toegang tot dezelfde afdelingen als de zorgprofessionals (Bryman, 2012, p. 435). Deze elementen overbruggen mogelijk de kloof tussen mij en degenen die ik op dat moment observeer; ik kruip als het ware zelf ook in de huid van iemand die werkzaam is in de zorg door middel van participant observation.

3.3.4 Participant observation

Tijdens het observeren beschrijft men systematisch gebeurtenissen, gedrag en artefacten uit de sociale situatie die men bestudeert (Kawulich, 2005, p. 2). Participerende observatie voegt daar een dimensie aan toe, namelijk het inmengen in de desbetreffende gemeenschap zodat de leden daarvan zich natuurlijk gedragen en zodat men zich als het ware onderdompelt in de data die men verzamelt (Kawulich, 2005, p. 2). Hierbij is een open houding vereist, waarbij geïnteresseerd is in anderen zonder over hen te oordelen. Belangrijk is om een goede luisteraar te zijn en open te staan voor het onverwachte (Kawulich, 2005, p. 2). Tijdens deze observaties is het voor de onderzoeker mogelijk om non-verbale expressies te controleren, te bepalen wie met wie interacteert, te bekijken

hoe organisatieleden met elkaar communiceren en zien hoe veel tijd aan bepaalde activiteiten wordt besteed; er kan een holistisch begrip worden gecreëerd, wat ook de validiteit van het onderzoek ondersteund. Participerende observaties kunnen bijdragen aan een beter en vollediger begrip van de context en situatie die men onderzoekt (Kawulich, 2005, p. 4).

Binnen dit onderzoek heb ik opgetreden als *complete participant* en in *the participant as observer*-houding (Kawulich, 2005, pp. 8-9). Als *complete participant* nam ik deel aan (multidisciplinaire) overleggen, liep ik rond op de afdeling en zat ik vaak op de teamposten; mijn rol als onderzoeker bleef in principe verborgen zodat ik niet de gang van zaken zou verstoren (Bryman, 2012, p. 436). Het dragen van dienstkleiding droeg hier ook aan bij. Sommige medewerkers wisten van mijn onderzoek, omdat ik hen eerder had ontmoet en hierover met hen had gesproken, maar anderen waren niet altijd op de hoogte: zij dachten dat ik een nieuwe verpleegkundige was en stelden zich aan mij voor als nieuwe collega's. Ook een aantal patiënten benaderden mij alsof ik een verpleegkundige was. Op momenten dat het ethisch onverantwoord was om mijn daadwerkelijke identiteit voor me te houden of als een observatie was afgerond, heb ik wel openheid gegeven over mijn rol als onderzoeker op de afdeling. Hierover heb ik namelijk afspraken gemaakt met de zorgmanagers en dagcoördinatoren: ik zou nooit bepaalde verpleegkundige handelingen verrichten en ik zou altijd mijn identiteit onthullen en toelichten als de situatie daarom vroeg. De dagcoördinatoren en zorgmanagers gaven mij goedkeuring voor mijn observaties en waren op de hoogte van welke momenten ik bijwoonde. Hierdoor heeft mijn dubbelrol geen schade kunnen aanrichten. Een nadeel van deze methode is dat het maken van *field notes* ook mijn rol als onderzoeker kon weggeven, maar ik niet op enkel mijn geheugen kon vertrouwen. Dit heb ik opgelost door een notitieblokje te kopen, wat sommige verpleegkundigen ook bij zich dragen. Op het moment dat zij aantekeningen maakten over het overleg en de patiënten, kon ik mijn observaties noteren (Bryman, 2012, p. 436).

Op de momenten dat ik mijn rol als onderzoeker bloot gaf, ging mijn houding over op *participant as observer*: men was op de hoogte van mijn onderzoeksactiviteit en ik was een deelnemer die meer gericht was op observeren dan actief deelnemen (Kawulich, 2005, pp. 8-9).

3.3.5 Semi-gestructureerde interviews

De grootste bron van data binnen dit onderzoek wordt gevormd door de (semi-gestructureerde) interviews. Deze methode is passend voor een kwalitatief onderzoek omdat het ruimte biedt voor eigen inbreng van respondenten en hun visie op het onderwerp (Bryman, 2012, pp. 212, 383). Bij de voorbereiding op deze interviews heb ik als onderzoeker wel een vragenlijst (bijlage 2) opgesteld, maar met het idee de respondent ook richting te kunnen laten aanbrengen in het gesprek. Daarnaast zijn in sommige, latere, interviews punten bevraagd die voortkwamen uit een eerder gesprek (Boeije, 2012).

Tijdens mijn observaties heb ik veel zorgprofessionals leren kennen een aan het werk gezien. Het meelopen op de afdelingen maakte dat ik hen toen al wat kon vertellen over mijn onderzoek en kon peilen of men geïnteresseerd was om mee te werken. Uiteindelijk zijn alle respondenten officieel benaderd via e-mail; ik had een eigen account van het Ziekenhuis X gekregen en kon zo de e-mailadressen van medewerkers vinden. In de uitnodiging (bijlage 3) verschaftte ik informatie over het doel van het onderzoek, de duur van een interview en het verwerken van de data in het onderzoek, wat anoniem is gebeurd. Er zijn tien interviews van rond de 45 minuten gehouden met zorgprofessionals uit verschillende disciplines en van verschillende niveaus. Binnen deze interviews kwamen een aantal vast thema's terug, gericht op de ervaringen en gevoelens van de respondent en bepaalde facetten van interprofessionele samenwerking zoals gedeelde doelen, onderlinge relaties, taken en verantwoordelijkheden, en faciliterende of belemmerende elementen. Daarnaast heb ik bepaalde situaties vanuit mijn observaties bevraagd en kreeg de respondent de ruimte om zelf bepaalde onderwerpen in te brengen en werden die in daaropvolgende interviews gebruikt. Het volgende schema biedt een overzicht van de respondenten van dit onderzoek, wat hun professies zijn en op welke afdelingen hun werkzaamheden plaatsvinden:

Tabel 3.1 *Respondentenschema*

Verloscentrum	Kraamafdeling	Afdeling neonatologie
Gynaecoloog		Arts-assistent in opleiding
Klinisch verloskundige		Dagcoördinator en gespecialiseerd verpleegkundige
Arts-assistent in opleiding		
Arts-assistent niet in opleiding		
Dagcoördinator en gespecialiseerd verpleegkundige		
Gespecialiseerd verpleegkundige		
Gespecialiseerd verpleegkundige		
Kraamverzorgster		

Daarnaast maakt dit schema inzichtelijk dat het verloscentrum en de kraamafdeling in een bepaalde mate met elkaar verweven zijn; bepaalde respondenten zijn daardoor op beide afdelingen werkzaam. De afdeling neonatologie heeft wel volledig ‘eigen’ personeel; de zorgprofessionals die hier werkzaam zijn hebben in principe geen taken te verrichten op de andere afdelingen, tenzij een specifieke situatie hierom vraagt.

Van deze tien respondenten is 90% vrouw en is de gemiddelde leeftijd 39,7 jaar, met een verschil van 28 jaar tussen de oudste en jongste respondent. De respondenten hebben in hun werk te maken met collega’s van zeer uiteenlopende leeftijden.

3.4 Dataverzameling en -analyse

Het selecteren van respondenten voor de verkennende gesprekken en interviews gebeurt binnen dit onderzoek aan de hand van *purposive of purposeful sampling*; de keuzes binnen het selectieproces zijn gekoppeld aan het doel van het onderzoek en met oog op het beantwoorden van de onderzoeksvraag (Bryman, 2012, p. 418; Maxwell, 1996, p. 88). Deze methode van sampling is ook toegepast bij de één van de twee typen observaties: de keuzes binnen het selectieproces van welke afdelingen en situaties wel of niet te observeren heeft bepaalde doelen die aan het onderzoek verbonden zijn en die uiteindelijk bijdragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Zo geeft het mij als onderzoeker wat meer ‘gevoel’ bij de afdelingen, de medewerkers en hun dagelijkse werkzaamheden en zullen daarnaast de observaties dienen om uitspraken te doen met

oog op het vraagstuk van dit onderzoek. Een belangrijk doel bij deze sampling-methode zijn het creëren van een bepaalde mate van heterogeniteit (Maxwell, 1996, pp. 90-91). Gezien de focus op het blootleggen van betekenissen binnen dit onderzoek, wil ik juist ook de verschillen in betekenissen kunnen laten zien. Door *purposeful sampling* en de keuze voor respondenten van verschillende afdelingen en met verschillende functies wordt de kans op betekenissen vanuit verschillende perspectieven op de samenwerking vergroot. De analyse van de uit de gesprekken en interviews voortgekomen data zal gebeuren door het coderen van de transcripten. Alle interviews zijn letterlijk uitgetypt, of te wel getranscribeerd, en vervolgens door gebruik van NVivo² gecodeerd. Dit is op verschillende manieren gedaan. Allereerst zal er 'open' gecodeerd worden: Bryman (2012) omschrijft dit als "het proces van het afbreken, onderzoeken, vergelijken, conceptualiseren en categoriseren van data". Deze manier van coderen levert concepten op, die vervolgens kunnen worden gegroepeerd en omgezet in categorieën (Bryman, 2012, p. 569). Hierna kan men gebruik maken van de methode 'axiaal coderen', "waarbij gegevens op nieuwe manieren worden samengevoegd na open codering, door verbindingen tussen categorieën te maken". Dit wordt gedaan door codes te koppelen aan contexten, gevolgen, patronen van interactie en aan oorzaken (Bryman, 2012, p. 569). Vervolgens kan hier dieper op in worden gegaan door selectief coderen, waarbij een 'kerncategorie' geselecteerd wordt die systematisch verband houdt met andere categorieën.

Een kerncategorie is het centrale probleem of focus waar omheen alle andere categorieën zijn geïntegreerd; het kan worden gezien als de rode draad, een verhaallijn (Bryman, 2012, p. 569). Hier kan de link worden gelegd met theoretische inzichten uit de wetenschappelijke literatuur.

3.5 Validiteit – alternatieve criteria

Validiteit zegt iets over de correctheid of geloofwaardigheid van beschrijvingen, verklaringen, conclusies of interpretaties, waarbij men niet toe werkt naar één objectieve waarheid. Het is zaak om *validity threats*, momenten waarop een onderzoeker het fout zou kunnen hebben, te identificeren (Maxwell, 1996, p. 106).

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe validiteit. Interne

² QSR NUD*IST Vivo

validiteit richt zich op de vraag of men meet wat men wil meten, externe validiteit focust zich op de generaliseerbaarheid van onderzoeksresultaten (Bryman, 2012, p. 390). Deze omschrijvingen ogen vrij kwantitatief en er bestaat discussie over of validiteit in deze vorm past bij kwalitatief onderzoek. Guba en Lincoln (1985 & 1994 in: Bryman, 2012, p. 390) ontwikkelden twee alternatieve criteria om een kwalitatief onderzoek te kunnen beoordelen: betrouwbaarheid en authenticiteit.

3.5.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek bestaat uit vier criteria, die elk een equivalent criterium hebben met kwantitatief onderzoek. Guba en Lincoln (1985 & 1994 in: Bryman, 2012, p. 390) stellen deze als volgt voor: '*1) credibility, which parallels internal validity; 2) transferability, which parallels external validity; 3) dependability, which parallels reliability, 4) confirmability, which parallels objectivity*'.

Geloofwaardigheid richt zich op het bestaan van meerdere, sociale werkelijkheden en hoe een onderzoeker daarmee omgaat: welke werkelijkheden worden meegenomen in het onderzoek en wie bepaalt de aanvaardbaarheid daarvan? Binnen dit onderzoek zijn twee strategieën gebruikt om met deze kwestie om te gaan, de geloofwaardigheid van het onderzoek te verhogen en dus de interne validiteit te vergroten: *respondent validation* en triangulatie.

Respondent validation richt zich op het terugkoppelen van interpretaties en conclusies naar de respondent toe. Dit worden ook wel *member checks* genoemd. Hierdoor kunnen eventuele misinterpretaties over de betekenissen van de verhalen van de respondenten worden rechtgezet. Daarnaast krijgt de onderzoeker zo ook meer inzicht in zijn of haar 'bias' (Maxwell, 1996, p. 111; Bryman, 2012, pp. 390-391).

Triangulatie is het gebruik van meer dan één methode of databron om onderzoek te doen. Hierdoor wordt het risico op toevallige uitkomsten of systematische biases verkleind (Bryman, 2012, pp. 390, 392; Maxwell, 1996, p. 112; Kawulich, 2005, p. 4). Binnen dit onderzoek wordt dan ook gebruik gemaakt van documentenanalyses, observaties, verkennende gesprekken en (semi)-gestructureerde interviews. Door tijdens de interviews terug te koppelen naar de andere methoden kon worden gecontroleerd hoe respondenten tegenover die verkregen data staan. Naast dat het gebruik van verschillende databronnen een vollediger beeld van de case verschaft, maakte triangulatie het mogelijk om na te gaan of de informatie ook klopt.

Binnen een case study vormt de externe validiteit of generaliseerbaarheid een groot punt van discussie; hoe kan één case zodanig representatief zijn dat de uitkomsten in algemenere zin kunnen worden toegepast op andere cases (Bryman, 2012, pp. 69; 390)? Naast dat ik denk dat dat niet kan, denk ik ook niet dat dit moet. Een case study biedt de mogelijkheid om diep te kunnen kijken in plaats van breed, waarbij ruimte is voor unieke, specifieke en rijke, gedetailleerde bevindingen (Bryman, 2012, p. 392). Kijkend naar de overdraagbaarheid van dit onderzoek zouden die bevindingen wellicht ondersteuning kunnen bieden bij het bestuderen van andere, soortgelijke cases, zoals andere samenwerkingsverbanden in de geboortezorg, of over andere samenwerkingen binnen het ziekenhuis; dit onderzoek is immers een, zoals in paragraaf 3.2 besproken, *exemplifying case*, waarbij gekeken wordt naar dagelijkse situaties (Bryman, 2012, p. 70). Daarnaast kan onderzoek doen naar deze ene case kan een aanvulling vormen op bestaande onderzoeken naar ketenzorg en samenwerking binnen de geboortezorg.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt gewaarborgd door het bijhouden van *field notes* (paragrafen 3.3.3 en 3.3.4), een aantekeningen in een dagboek, de selectie van respondenten beargumenteren (paragraaf 3.4), het uitwerken van interviews in transcripten (paragraaf 3.4), et cetera (Bryman, 2012, p. 392). Een grote bedreiging binnen kwalitatief onderzoek is namelijk de *researcher bias*, waarbij de subjectiviteit van de onderzoeker een rol speelt. Bij het selecteren en interpreteren van data bestaat het risico dat de onderzoeker data gebruikt die past bij zijn of haar vooroordelen (Maxwell, 1996). Dit is naar mijn mening niet te voorkomen; ik zie een onderzoeker niet als objectief wezen, maar als een persoon die bepaalde waarden en overtuigingen heeft die niet apart beschouwd kunnen worden. Daarom is het van belang om als onderzoeker bewust te zijn van de *researcher bias*, hierover over na te denken en hierop te reflecteren. Ik heb hierop gereflecteerd door een *file* aan te leggen: een dagboek waarin ik door het schrijven van korte memo's maar ook door het maken van tekeningen mijn gevoelens en gedachten vastlegde. Dit hielp mij om onderscheid te maken tussen mijn eigen ideeën en emoties en die van mijn respondenten. Dit ondersteunde mij bij het kritisch kijken naar dit onderzoek en bij het bepalen of ik daadwerkelijk de respondent aan het woord liet of mijzelf.

De bevestigbaarheid van dit onderzoek wordt gekoppeld aan de integriteit van de onderzoeker. Hoewel naar mijn mening volledige objectiviteit onmogelijk is binnen dit onderzoek, heb ik laten zien dat ik mij bewust was van mijn eigen gevoelens en gedachten. Het bijhouden van een dagboek heeft hier ondersteuning aan geboden. Dit heeft de kans

dat mijn persoonlijke opvattingen de bevindingen van dit onderzoek hebben beïnvloed, verkleind (Bryman, 2012, pp. 392-393).

3.5.2 Authenticiteit

Authenticiteit wordt door Guba en Lincoln (1985 & 1994 in: Bryman, 2012, p. 393) in meerdere criteria gevat, die zich richten op de bredere, politieke impact van het onderzoek. Hierbij worden vragen gesteld als: *'Does the research help members to arrive at a better understanding of their social milieu? Does the research help members to appreciate better the perspectives of other members of their social setting? Has the research acted as an impetus to members to engage in action to change their circumstances? Has the research empowered members to take the steps necessary for engaging in action?'*

In paragraaf 1.5 zijn deze vragen meegenomen in de doelstellingen van dit onderzoek. Dit onderzoek probeert betekenissen die zorgprofessionals geven aan hun samenwerkingen bloot te leggen en begrip te creëren voor die betekenissen. Daarnaast is tijdens dit onderzoek rekening gehouden met het verandertraject naar een Moeder-Kind Centrum toe. Hierop ingaan tijdens het houden van interviews maakte dat de respondenten hardop konden nadenken over hun visie daarop. Onderdelen hiervan komen aan bod in de aanbevelingen van dit onderzoek (paragrafen 6.2 en 6.3).

4. Bevindingen

In dit hoofdstuk zal aan de hand van de gedane observaties, interviews en documentanalyses een basis worden gelegd om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag:

Welke betekenis geven zorgprofessionals aan de samenwerking binnen en rondom het verloscentrum in het Ziekenhuis X?

Hierbij wordt ook ingegaan op wat door de respondenten als faciliterend of belemmerend ervaren wordt binnen hun samenwerkingen en hoe zij die samenwerkingen in de toekomst, bijvoorbeeld in vorm van het Moeder-Kind Centrum, zien. Dit proces van betekenisgeving en hoe zij hiertoe zijn gekomen kan verschillen van persoon tot persoon. Het bestuderen van deze betekenissen gebeurt in dit onderzoek aan de hand van vier grotere thema's: de verschillende disciplines, professionele en interpersoonlijke relaties, culturele aspecten en een toekomstblik. Kijkend naar de samenwerking binnen en rondom het verloscentrum, maken deze vier thema's het mogelijk om de betekenisgeving aan die samenwerkingen bloot te leggen. De afdelingen en professies daarbinnen bevatten verschillende disciplines, waartussen relaties op professioneel en persoonlijk vlak bestaan. Daarnaast wordt de samenwerking voor een deel beïnvloed door culturele aspecten van het ziekenhuis zelf en de verschillende disciplines. Met oog op het verandertraject wordt gekeken naar hoe de respondenten de toekomst van hun samenwerking voor zich zien en hoe zij tegenover een meer intensieve samenwerking staan die bij de realisatie van een Moeder-Kind Centrum komt kijken.

Het aanhouden van deze vier thema's heeft als gevolg dat sommige topics minder worden belicht, omdat deze niet voldoende aansluiting vinden met de onderzoeksvraag en met de vier grotere, terugkerende thema's uit de observaties, interviews en documentanalyses.

4.1 Disciplines en culturele aspecten

Als men kijkt naar de samenwerkingen binnen en rondom het verloscentrum, dan ziet men allerlei soorten medische disciplines die met elkaar interacteren. Elke zorgprofessional heeft eigen manieren van doen, gebruikt bepaalde taal en handelt op een bepaalde wijze, afhankelijk van het medische discipline waartoe diegene behoort. In paragraaf 4.1 worden deze onder de loep genomen om zo te bekijken welke

samenwerkingen er precies bestaan tussen de disciplines en hoe men daar betekenis aan geeft.

4.1.1 Verschillende disciplines

De diverse medische disciplines van de geboortezorg van het Ziekenhuis X, hebben aan de onderzoeker hun functie en bijbehorende taken hebben toegelicht. Afhankelijk van hun functie, taken en bepaalde medische handelingen die zij moeten verrichten zijn verscheidene samenwerkingen ontstaan, waar op verschillende manieren betekenis aan gegeven wordt.

Binnen het verloscentrum heeft de gynaecoloog de hoogste medische verantwoordelijkheid; hij of zij is eindverantwoordelijke voor wat er op de afdeling gebeurt. Daarnaast begeleidt de gynaecoloog de arts-assistenten in opleiding; met hen heeft hij of zij nauw contact over de patiënten en het traject van de arts-assistenten zelf. In die zin heeft de gynaecoloog ook een docerende rol.³ Daarnaast overlegt de gynaecoloog met de dagcoördinator over de meer organisatorische aspecten van de zorg, bijvoorbeeld hoe veel bedden er open kunnen, of bij drukte de triage open kan blijven en wat de zorglast is die gedragen kan worden door de verpleegkundigen.⁴ Door de huidige onderbezetting vormt dit soms een spanningsveld.

Een andere groep zijn de arts-assistenten (wel en niet in opleiding). Deze medische professionals zijn niet echt een apart, afgescheiden discipline; een deel van hen is immers in opleiding tot gynaecoloog en zij dragen de verantwoordelijkheid van de gynaecoloog op het moment dat deze er niet is. Echter zal deze groep binnen dit onderzoek apart worden bekeken, omdat zij vanuit hun rol als assistent (wel of niet in opleiding) niet zomaar vergelijkbaar zijn met een gynaecoloog: hun functie, rol en takenpakket is niet volledig hetzelfde.

Binnen het verloscentrum zijn de arts-assistenten in opleiding tot gynaecoloog. Zij draaien diensten op de afdelingen en nemen op dat moment verantwoordelijkheid over de patiënten. Hun stappen koppelen ze terug aan hun 'baas'; de gynaecoloog, die de eindverantwoordelijkheid draagt. Verder verrichten zij, net als de arts niet in opleiding, medische handelingen waartoe zij zijn opgeleid en hebben zij onderling contact over hun patiënten en pasgeborenen. De arts niet in opleiding is een basisarts die geen opleiding

³ Arts-assistent

⁴ Gynaecoloog, dagcoördinator

volgt tot een bepaald specialisme; voor hen staat de gynaecoloog wel boven hen, maar gaat de docerende rol niet op.

De klinisch verloskundige werkt ook onder de gynaecoloog en neemt de bevallingen met een medische indicatie voor haar rekening. Dit zijn soms ook bevallingen die zijn overgenomen van de eerstelijns verloskundige. Zij stuurt ook de verpleegkundigen aan die bij de bevalling zijn en overlegt veel met de arts-assistenten; samen met de gynaecoloog werkt zij hen in.

De dagcoördinatoren nemen bepaalde organisatorische rollen op zich, waarbij zij nauw contact hebben met de gynaecoloog. Naast hun organisatorische positie, vervullen zij ook taken van gespecialiseerd verpleegkundige.

De gespecialiseerd verpleegkundigen begeleiden het verpleegkundig aspect in de bevallingen en voeren de daarbij behorende handelingen uit. Daarbij werken zij ook samen met de kraamverzorgenden, die een ondersteunende rol hebben. Zij lopen mee met de verpleegkundigen en voeren de niet-medische handelingen uit.

Ieder bovenstaand beschreven discipline bevat bepaalde geschreven en ongeschreven regels, taal, artefacten, gedragingen en stereotypering, die continu met elkaar in aanraking komen. Deze punten zullen in 4.1.2 t/m 4.1.5 verder worden uitgewerkt. De samenwerkingen binnen de afdeling komen voort uit het moeten bieden van bepaalde zorg aan een patiënt, wat maakt dat de verschillende disciplines elkaar ook nodig hebben: een bevalling succesvol laten verlopen is iets wat vaak niet door alleen één discipline gerealiseerd kan worden.

4.1.2 Jargon en documentatie

Uit observaties op de teampost van het verloscentrum blijkt dat men veel spreekt en overlegt in bepaalde afkortingen en medische termen die voor buitenstaanders niet zomaar te herleiden zijn. Deze geneeskundige terminologie komt niet alleen in gesprekken terug, maar ook op de whiteboards die op de teamposts hangen. Hierop worden onder andere gegevens van moeder, kind en de bevalling bijgehouden. Ik noteerde hierover het volgende:

'Het whiteboard is ingedeeld in meerdere vakken; elk vak staat voor één 'VK' (verloskamer). Binnen elk vak staan gegevens van de kraamvrouw genoteerd en deze worden door de verpleegkundigen besproken:

*“Een vrouw van [X] jaar, zit op [X] aantal weken, tweede kind. Primer⁵”.
Bij verdere ontwikkelingen en veranderingen wordt de informatie
op het bord aangevuld. Hierbij worden getallen, afkortingen en tekens
gebruikt. Zo wordt het aantal centimeters ontsluiting wordt door een
specifiek teken (Ø) aangegeven.’*

Eenzijds is taal een aspect dat de disciplines van elkaar onderscheid, anderzijds is het ook een verbindende factor. Het whiteboard is een voorbeeld van een communicatiemiddel wat door alle disciplines wordt gebruikt en wat een snelle, duidelijke onderlinge communicatie mogelijk maakt. In deze zin is taal een verbindende factor. Echter bepaalt de discipline welke documentatie er bijgehouden dient te worden over een patiënt; zo houdt bijvoorbeeld de verpleegkundige het verpleegkundig dossier bij, en een arts-assistent het medisch dossier. Het artefact ‘taal’ is hier dus voor deze twee groepen verschillend; afhankelijk van de discipline worden bepaalde zaken wel of niet genoteerd en op een bepaalde manier. Deze twee disciplines voeren dus ook een aparte overdracht, gebaseerd op hun eigen gegevens en informatie. Een arts-assistent en dagcoördinator geven aan het gevoel te hebben dat zij te veel bezig is met administratieve handelingen en dat de zorg patiëntgericht moet worden, en dat er, ondanks de gescheiden benadering, soms overlap bestaat tussen het verpleegkundig en medisch dossier. Kijkend naar de samenwerking tussen de verschillende disciplines blijkt dat, ondanks de verschillen in werkwijze tussen de disciplines, er ook overeenkomsten bestaan; een hechtere samenwerking omtrent het documenteren zou een mogelijkheid kunnen zijn, waarbij intensiever contact tussen verpleegkundigen en arts-assistenten. Zij zien namelijk mogelijkheden voor efficiënter documenteren:

“Wij schrijven de status [van de patiënt], maar de verpleegkundige schrijft óók de status. Het verpleegkundig en het medisch dossier. [...] Heel veel dingen doe je dus eigenlijk dubbel. Want je schrijft bijvoorbeeld een geboortegewicht van een kind op, maar de verpleegkundige schrijft dat ook op. Dat wordt niet overgenomen. Dat gaat, vind ik, een beetje dubbelop. En we hebben ook nog eens een keer de overdracht in een powerpoint, waarin

⁵ ‘Een ‘primer’ betekent dat de baarmoedermond rijp is gemaakt voor het breken van de vliezen’ – Gespecialiseerd verpleegkundige

we kort samengevat het verhaal zetten, en dan hebben we ook nog eens een keer een word-lijstje die we uitprinten waarin het verhaal ook staat. Dus eigenlijk doe je het op drie plekken. Dus ja, dat kan zeker efficiënter.”⁶

Ook een gespecialiseerd verpleegkundige denkt dat efficiënter documenteren voor meerdere disciplines wenselijk is:

“Ja, dat is het ook, als je ook ziet hoe veel administratie je hebt, dat is in die zin ook frustrerend moet ik zeggen, dat je denkt ‘jeetje, hoe veel tijd houd ik nog over voor mijn patiënt?’. En ook artsen hoor, hoe veel administratie zij ook hebben...”

De communicatie tussen alle disciplines wordt ondersteund door het medisch jargon; het is kenmerkend voor een bepaald vakgebied en maakt een snellere en duidelijke terugkoppeling mogelijk. De dossiers en overdrachten maken het mogelijk om gestructureerd en makkelijk met elkaar te communiceren over de status van de patiënt en uitgevoerde handelingen.

4.1.3 Medische houding en attitude naar de patiënt en onderling

De verschillende disciplines worden onder andere gekenmerkt door hun attitude naar patiënten toe. Uiteraard heeft ieder een eigen karakter en manier van doen, maar toch kan men per discipline ook een bepaalde houding onderscheiden. Daarnaast speelt communicatie een grote rol: wat wordt er gezegd, maar vooral ook hóé?

Voor alle disciplines staat het leveren van goede zorg voorop, maar ieder vakgebied draagt dat op een andere manier uit. Van kraamverzorgsters en verpleegkundigen gaat veelal een warme, ietwat ‘huiselijke’ sfeer uit, waarbij zij ook letten op hun interacties met de kraamvrouw en partner. Bemoediging en geruststelling speelt een grote rol bij de zorg die zij leveren. Een verpleegkundige spreekt van het doen van een ‘warme overdracht’: hierbij wordt bij de overdracht niet louter gelet op medische gegevens en informatie, maar kijkt men ook naar de achtergrond en emotionele staat van de zwangere, of zij ergens mee zit of bang voor is en naar de verdere interacties die hebben plaatsgevonden. Arts-assistenten en gynaecologen worden vaak, naar zeggen van een arts-assistent, als

⁶ Arts-assistent

wat zakelijker gezien, en richten zich meer op de volledig medische aspecten, aangezien zij daar ook de hogere verantwoordelijkheid over dragen.

Ook in de onderlinge relaties ziet men deze houdingen terug, zoals bijvoorbeeld de zakelijke houding van de gynaecologen: door sommige respondenten wordt dit soms als 'autoritair' ervaren, maar ook 'gestructureerd' en 'to the point'. Er heerst een bepaalde tegenstrijdigheid omtrent de mening naar de houding van gynaecologen toe. Sommigen hebben het gevoel dat zaken soms worden doorgedrukt, terwijl anderen aangeven proberen te begrijpen waar de houding van de gynaecoloog vandaan komt. Hierbij lijkt het niveau van medische verantwoordelijkheid invloed te hebben op de gevoelens jegens gynaecologen: des te 'verder' een discipline van hen af staat, des te meer men spreekt van autoriteit in plaats van strak georganiseerd.

Dit wordt ook gevoeld door de belangenstrijd die soms heerst op de afdeling. Door de onderbezetting wordt een hoge werkdruk ervaren door met name het verplegend personeel. Bij grote drukte hebben zij liever geen kraamvrouwen erbij, terwijl een gynaecoloog geen eigen patiënten (die al langer bij de gynaecoloog lopen vanwege hun zwangerschap) wil weigeren. De uiteindelijke beslissing ligt, weliswaar na overleg met een dagcoördinator, bij de gynaecoloog, waardoor sommige verpleegkundigen zich soms over het hoofd gezien voelen of het idee hebben dat er naar hen niet geluisterd wordt. Een verpleegkundige geeft aan dat duidelijke en open communicatie hier een rol in kan spelen.

“Maar ja, dat blijft altijd. Of ze nou thuis zijn en dienst hebben, of ze zijn hier, of ze nou wel of niet aan het bed staan, maakt niet uit, het zijn hún patiënten. Zij zijn áltijd eindverantwoordelijke. Dus als de gynaecoloog tegen mij zegt ‘ik wil het echt linksom’, en ze leggen dat ook gewoon goed uit, nou, prima. Als zij mij uitleggen hoe of wat, dan is er in dat opzicht ook niks aan de hand. Ik heb in ervaringen hiervoor wel gehad, de arts was de baas en daar had je gewoon naar te luisteren. Ik heb wel eens gehad dat een arts tegen me stond te schreeuwen, toen stond ik hem ook aan te kijken van ‘ehm, dit is niet helemaal de bedoeling’. Het is natuurlijk wel druk, maar dingen moeten goed besproken worden.”

Andere, meer open manieren van communicatie lijken de kloof tussen bijvoorbeeld het

verplegend personeel en de gynaecologen te kunnen overbruggen; het is de toon die de muziek maakt. Door de manier van communicatie aan te passen lijken botsende houdingen en attitudes dichterbij elkaar te komen of makkelijker naast elkaar te kunnen bestaan. Daarnaast geeft een verpleegkundige aan dat dit ook de andere kant op werkt:

“Kijk, ik vind, die patiënt staat centraal, dus dáár moet je je vooral op richten [...], maar zo’n arts kan ook niet altijd. [...] Dus je moet je ook proberen een beetje in te leven, dat het voor hen ook niet altijd makkelijk is.”

Een arts-assistent en de gynaecoloog geven aan dat veel communicatie tussen de gynaecoloog en het verplegend personeel via de dagcoördinator en de arts-assistenten loopt. De gynaecoloog zegt het volgende over zijn communicatie met de disciplines onder zich:

“Dus de dagcoördinatoren spreek je wel veel, en met visite lopen loop je zelf mee. Maar ja, het [contact met verpleegkundigen, kraamverzorgsters] is ietsje meer op afstand, meestal zitten er assistenten tussen.”

Je inleven in elkaars positie en strubbelingen kan de redenen achter bepaalde keuzes ook verduidelijken. Het vergroten van het onderlinge begrip tussen de verschillende disciplines is iets waar meerdere respondenten het belang van inzien. Toch zijn er situaties waarin het moeilijk lijkt te realiseren, kijkend naar bijvoorbeeld een arts-assistent die waardering van een gynaecoloog mist, of een verpleegkundige die het idee heeft dat een gynaecoloog eigen besluiten doordrukt.

Toch is er een concrete vorm die lijkt te helpen bij het vergroten van onderling begrip en het creëren van duidelijkheid: de ‘dagstart’. Deze korte bijeenkomst van alle disciplines vindt plaats aan het begin van de dag, waarbij de planning voor die dag wordt besproken. Het is een moment van samenkomen en het kort en bondig bespreken van praktische zaken, zoals bijvoorbeeld de bedden capaciteit. Meerdere respondenten geven aan dat dit soort initiatieven goed ontvangen worden:

“Natuurlijk werden dat soort zaken al overlegd, maar het is fijn dat het

nu gestructureerd besproken wordt. [...] Het moet niet te langdradig worden, want er vinden natuurlijk ook nog overdrachten plaats. Maar het is wel fijn hoor, dat je daarbij ook meteen weet met wie er die dag allemaal dienst heeft. Het geeft wat meer overzicht.”⁷

Meer inzicht hebben in welke collega's die dag werkzaam zijn en hoe de planning eruitziet lijkt bij te dragen aan het overbruggen van de kloof tussen verpleegkundig en medisch personeel en lijkt irritaties vanuit onbegrip te doen verminderen: duidelijkheid kan een bepaalde rust bieden.

4.1.4 Overige artefacten

Binnen de afdelingen bestaan verscheidene artefacten, zoals kledij. Uit observaties blijkt dat de verschillende disciplines ook worden gekenmerkt voor hun eigen kleding. Zo dragen kraamverzorgsters en verpleegkundigen een witte broek en blouse, een klinisch verloskundige een witte broek en jas, en de arts-assistenten en gynaecologen een witte jas. Allen dragen een mobiele werktelefoon bij zich en bepaalde medische attributen welke verband houden met hun eigen taken en bevoegdheden. De gynaecologen en arts-assistenten zijn de enigen die schoenen dragen; de andere disciplines lopen op klompen. Kijkend naar de betekenisgeving aan samenwerking worden de verschillen tussen de disciplines die met elkaar samenwerking geduid door hun kleding. De kledij is verbonden met een bepaalde positie, waar men bepaalde ideeën of gevoelens bij heeft, zoals onder andere besproken in paragraaf 4.1.3. Het onderscheid in disciplines wordt zichtbaar gemaakt door de verschillen in kleding.

4.1.5 Invloed van hiërarchie – samenwerking en spanningsvelden

De hiërarchie binnen de afdelingen komt naar voren aan de hand van bovenstaande aspecten. Er bestaan verschillende vormen van hiërarchie: hiërarchie kan ontleend worden aan iemands medische positie en bijkomende verantwoordelijkheid. Zo heeft bijvoorbeeld een gynaecoloog de medische eindverantwoordelijkheid, en daarmee ook een hoge hiërarchische positie. Maar daarnaast spelen factoren als leeftijd en jaren ervaring ook een rol; zo kan het zijn dat een arts-assistent (vaak jong en met relatief

⁷ Arts-assistent, dagcoördinator, gespecialiseerd verpleegkundige, gynaecoloog, klinisch verloskundige

weinig praktijkervaring) botst met een oudere verpleegkundige die minder medische verantwoordelijkheid draagt maar al jarenlang haar vak uitoefent:

“Ja, dat is inderdaad wel lastig. En ik⁸ kan dat van een verpleegkundige ook voorstellen dat dat vanuit hen ook lastig is. Want, er komen hier natuurlijk ook mensen die echt net beginnen, als arts-assistent. [...] Toen ik net begon, weet ik dat ik het inderdaad merkte aan de verpleegkundigen dat zij, ja, veel meer ervaring hebben. En ik vind dan dat er soms een beetje te veel dat verschil arts – verpleegkundige zeg maar, qua niveau benadrukt wordt. Terwijl je heel veel kan leren ook van een verpleegkundige. [...] Want zij weten eigenlijk stiekem, op dat moment, nog veel meer dan jij. [...] En ik merk hier ook wel, dat je soms een verpleegkundige hoort dat ze het wel vervelend vinden als artsen zich autoritair opstellen, terwijl ze eigenlijk nog heel weinig ervaring hebben.”

Volgens een gynaecoloog, arts-assistenten, en verpleegkundigen is dit een spanningsveld wat vaak naar voren komt. Dit vloeit voort uit de verschillen in leeftijd en jaren ervaring; verpleegkundigen hebben minder medische bevoegdheid dan de arts-assistenten, maar zitten vaak al veel langer in het vak. Hun expertise is, naast hun opleiding, gebouwd op jarenlange ervaring. Dit botst soms met de manier van aanpak van de arts-assistenten; die komen immers ‘nog maar net kijken’. Een ander spanningsveld wat door verschillende disciplines wordt genoemd is dat met de gynaecoloog. Hun medische eindverantwoordelijkheid wordt wel eens opgevat als afstandelijkheid, ze worden gezien als zakelijk en de door hen doorgedrukte knopen voelen soms als ‘doorgedrukte beslissingen’. Des te lager de medische verantwoordelijkheid van de respondent, des te groter de kloof met bijvoorbeeld de gynaecoloog ervaren wordt. Dit gevoel van ongelijkheid kan doorspelen in de interpersoonlijke relaties die de disciplines met elkaar hebben en lijkt een hindernis te kunnen vormen in een goede en prettige samenwerking.

Zichtbaar wordt dat er veel verschillende samenwerkingslijntjes lopen. De reden dat deze samenwerkingen van belang zijn, is omdat er meerdere disciplines nodig zijn om een bevalling succesvol te kunnen laten verlopen. Meerdere respondenten geven dan ook aan

⁸ Arts-assistent

dat je elkaar gewoonweg nodig hebt; een bevalling, zeker met medische indicatie, kan een complexe operatie zijn waar meerdere, verschillende handelingen, expertises en dus disciplines bij komen kijken. Een kraamverzorgster en arts-assistent vullen elkaar hierin aan:

“Ja, je hebt elkaar nodig. En dat is nou juist het mooie. Maar behandel elkaar dan ook allemaal op een respectvolle manier.⁹ [...] Het is een samenspel, je hebt elkaar allemaal nodig. En als je aan dat bed staat en er gaat wat fout dan zie je dat echt.¹⁰”

Kijkend naar bijvoorbeeld de gynaecoloog, ziet men directe samenwerkingen bestaan met de arts-assistenten, dagcoördinatoren en klinisch verloskundigen. Daarnaast kan hij of zij tijdens een bevalling ook samen met verpleegkundigen en/of kraamverzorgenden staan. Op hun beurt hebben al die disciplines ook weer afzonderlijke contacten met elkaar, wat soms voor spanningsvelden kan zorgen, zoals het eerder benoemde spanningsveld tussen gynaecoloog en dagcoördinator omtrent de organisatorische aspecten van de zorg. Het soort samenwerking dat van en tussen de disciplines verwacht wordt, is volledig gericht op de beste zorg bieden aan de patiënt. Echter wordt duidelijk dat door de verschillende achtergronden en karakteristieken van de disciplines, de samenwerking soms anders is dan waar primair naar gestreefd werd. De variatie tussen de disciplines brengt namelijk verschillende belangen met zich mee, waardoor de samenwerking kan veranderen in een ‘strijd’ of spanningsveld. Veel respondenten geven aan dat zij het gevoel hebben dat dit verbeterd kan worden door zich bewust te worden en zijn van elkaars verschillen, maar daarnaast ook vooral in te zoomen op de aspecten van de zorg die zij wél met elkaar delen. Een gedeeld idee dat veel terugkomt is het gezamenlijke doel wat de disciplines hebben, namelijk het bieden van de beste zorg voor de patiënt en hun werk zo goed mogelijk doen. Het feit dat ieder discipline dat op een andere manier doet, is belangrijk om bewust van te zijn.

4.2 Elkaar (leren) kennen – professioneel en interpersoonlijk

In paragraaf 4.1 komt naar voren dat binnen de geboortezorg van het Ziekenhuis X veel verschillende disciplines bij elkaar komen, met ieder eigen culturele aspecten en andere factoren die hun manier van werken en ‘zijn’ op de afdeling beïnvloeden. Dit scheidt

⁹ Kraamverzorgster

¹⁰ Arts-assistent

banden en connecties, maar creëert soms ook kloven. Beiden hebben invloed op de samenwerking en hoe die door de respondenten ervaren wordt en welke betekenis zij hieraan geven.

Door vrijwel alle respondenten wordt aangegeven dat elkaar leren kennen bijdraagt aan een betere communicatie en samenwerking. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden in professionele relaties en interpersoonlijke relaties. De professionele relaties uiten zich in het leren kennen van elkaars taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden (kortom: functie) en iemands dagindeling. Wederzijds begrip omtrent elkaars werkzaamheden maakt de samenwerking en communicatie efficiënter en reduceert gevoelens van frustratie en irritatie.

“Ik¹¹ denk dat we nog meer met elkaar kunnen communiceren om precies te weten van ‘dat doe jij wel of niet’ of zo, weet je wel. Op een afdeling, of iemand een kraamverzorgsters of verpleegkundige is maakt ook verschil, of een leerling of een verpleegkundige maakt ook verschil. [...] Ten opzichte van bijvoorbeeld een kraamverzorgster, gaan wij als arts er wel eens vanuit ‘nou, dat kan jij toch wel even doen, dat CTG aansluiten’, maar zij daar is helemaal niet bevoegd daarvoor. Dat soort dingen zijn natuurlijk eigenlijk niet goed, dan moet je gewoon weten van ‘dit is jouw rol en dit is jouw taak.’”

Daarnaast geeft men aan prettiger samen te werken met de mensen die ze beter kennen; informeel contact, praatjes tussendoor, borrelen en andere gezamenlijke activiteiten bevorderen de sfeer op de werkvloer.

“Met nog wat meer informeel contact zou de omgang en samenwerking beter verlopen. [...] Doe lekker elke vrijdag een borrel met bitterballen, en niet alleen hier, maar gewoon op een gezellige plek, waar ook gewoon verpleegkundigen, kraamverzorgenden, ja, iedereen naartoe kan komen.”¹²

Ook een kraamverzorgster geeft aan behoefte te hebben aan meer en makkelijker informeel contact, met name omdat zij vanuit de professionele relaties een bepaalde

¹¹ Arts-assistent

¹² Arts-assistent

hiërarchie voelt drukken op de meer persoonlijke relaties en de onderlinge sfeer:

“Je voelt wel de hiërarchie, vind ik. En ik probeer er niet aan toe te geven en gewoon dingen aan collega's te vragen. [...] Ik probeer van mijn kant te investeren door naar mensen te vragen, en als ik weet dat er iemand ziek is dan stuur ik een kaartje weet je wel. Ik probeer echt op het persoonlijke vlak...”

Een manier om de banden te versterken en de kloven te overbruggen is om dieper in te gaan op de professionele en interpersoonlijke relaties tussen en binnen de disciplines. Binnen dit thema wordt de focus gelegd op het bekend zijn met elkaars professionele rollen, maar ook op de interpersoonlijke relaties tussen de medische professionals en wat beide typen relaties betekenen voor de samenwerkingen.

Hierbij dient het nuanceverschil tussen ‘elkaar kennen’ en ‘elkaar leren kennen’ te worden opgemerkt en beiden spelen binnen dit onderzoek een rol. Enerzijds geven respondenten aan dat ‘elkaar kennen’ de samenwerking en communicatie ondersteunt en vergemakkelijkt; anderzijds geven zij aan ‘elkaar nog beter te moeten leren kennen’. Dit laatste speelt niet alleen binnen het verloscentrum een rol, maar ook tussen de afdeling neonatologie en de kraamafdeling en het verloscentrum, waarbij de gezinsgerichte zorg in het achterhoofd gehouden dient te worden. Bij dit type zorg, waar het ziekenhuis naar streeft, moeten de drie afdelingen een hechter samenwerkingsverband aangaan dan dat het momenteel is. In paragraaf 4.4 ga ik hier dieper op in.

4.2.1 Professionele relaties

Binnen dit onderzoek worden de professionele relaties tussen medische professionals ondersteund door het kennen van elkaars functie en bijbehorende taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en dagindeling.

Naast dat ieder discipline eigen, culturele facetten en karakteristieken bevat (paragrafen 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3 en 4.1.4), heeft het ook meer zichtbare en duidelijkere eigenschappen, zoals iemands functie en andere zaken die daarmee verband houden, zoals uit te voeren taken en bevoegdheden.

Onder andere arts-assistenten geven aan niet altijd zeker te weten wat een ander discipline kan en mag doen, zoals bijvoorbeeld de verpleegkundigen of

kraamverzorgenden. Een arts-assistent zegt hierover:

“Ik heb het gevoel dat we nog meer moeten communiceren om precies te weten wat en hoe iemand iets doet. Iemand's functie maakt echt verschil. Soms gaat men ervan uit dat een verpleegkundige of kraamverzorgster iets kan doen, terwijl hij of zij daar niet toe bevoegd is; dat is eigenlijk niet goed. We moeten gewoon weten wat ieders rol is.”

Een andere arts-assistent voegt daaraan toe dat het niet kennen van elkaars functie niet alleen kan zorgen voor onduidelijkheid, maar ook voor frictie. Het onvoldoende kennis hebben van elkaars bevoegdheden en verantwoordelijkheden kan leiden tot frustratie en irritatie, omdat men daardoor soms niet begrijpt waarom handelingen worden gedaan zoals ze worden gedaan. Dit gebrek aan kennis kan ten dele een verklaring bieden voor het eerdergenoemde ‘wij vs. zij’-gevoel. De ervaren werkdruk helpt hierbij ook niet mee; door drukte reageren mensen soms kortaf of wordt een reactie verkeerd opgevat. Dit in combinatie met een onduidelijk beeld van waar een collega precies mee bezig is, zorgt dat de samenwerking onder druk komt te staan. Een dagcoördinator geeft aan dat elkaars takenpakket kennen ook zorgt voor meer wederzijds begrip en inzicht in wat de mogelijkheden zijn en het makkelijker maakt om iemand de helpende hand te bieden. Zij hoopt dat het eerder benoemde ‘wij vs. zij’-gevoel zo plaats kan maken voor een ‘wij’-gevoel:

*“Ik sta er echt wel positief in, maar dat ‘jullie... en wij...’, ja. En soms ook ‘ik...’
[...] Het moet meer ‘wij’ worden. Zo van ‘wij gaan dat sámen doen’.”*

Ook uit mijn observaties blijkt dat men soms nog moet aftasten in hoeverre bepaalde taken gedelegeerd kunnen worden en welke informatie aan wie gevraagd kan worden. Tijdens een dag op de teampost van het verloscentrum zag ik de verpleegkundigen overleggen en de situaties van de kraamvrouwen bespreken, zoals ik al eerder noemde in paragraaf 4.1.2. Hierbij werd duidelijk dat de verpleegkundigen en kraamverzorgsters andere handelingen verrichten, maar dat zij niet altijd van elkaar weten welke handelingen dat allemaal kunnen en mogen zijn:

Binnen het verloscentrum zitten een aantal verpleegkundigen en kraamverzorgster op de teampost. De verpleegkundigen bespreken de verschillende kraamvrouwen die op de verloskamers liggen en welke praktische handelingen er verricht moeten worden. Aan de kraamverzorgster worden geen taken toebedeeld; zij vraagt zelf met wie ze mee mag lopen, of zij klusjes voor haar hebben en dient zelf in de gaten te houden wat zij wel en niet mag doen.¹³

Naast dat binnen het Verloscentrum niet altijd alle taken en bevoegdheden per discipline duidelijk zijn, bestaat er nog een groter verband: de samenwerking tussen het verloscentrum, de kraamafdeling en de afdeling neonatologie.

Hierbinnen is, volgens verpleegkundigen, dagcoördinatoren en de gynaecoloog, de afstand met neonatologie het grootst; het verloscentrum en de kraamafdeling worden over het algemeen gezien als een al meer 'geoliede machine', terwijl de samenwerking met neonatologie gepaard gaat met een bepaalde afstandelijkheid. Een dagcoördinator vertelt:

"De afstand tussen de afdelingen komt voor een deel omdat neonatologie verpleegkundigen, zeker als ze er al jaren zitten, geen idee meer hebben van hoe het is om met volwassen patiënten te werken; zij gaan uit van een andere werkwijze en benadering naar de patiënt toe dan hoe dat binnen het verloscentrum of de kraamafdeling gebeurt. [...] Het is ook een ander slag mensen wat daar werkt."

Een arts-assistent verduidelijkt dat door aan te geven dat het verloscentrum meer gericht is op acute situaties die snel kunnen veranderen, terwijl de neonatologie afdeling meer is toegespitst op zeer secuur en gedetailleerd werk waarbij het merendeel van de handelingen vooraf gepland wordt. De gynaecoloog noemt het verloscentrum meer 'vraaggestuurd' ('hoe veel vrouwen zouden er vandaag gaan bevallen?') en neonatologie vraagt om structuur ('deze kindjes hebben we nu en deze hebben de volgende zorg nodig'); het zijn twee verschillende invalshoeken. Hierop zal dieper worden ingegaan in paragraaf 4.4.

¹³ Observaties mei 2017

Vrijwel elke respondent kijkt positief aan bij het idee om ‘een kijkje in elkaars keuken te nemen’, iets wat al meer gebeurt. Dit idee is gebaseerd op het verwerven van meer inzicht in elkaars werksituatie, het krijgen van meer begrip daarvoor. Een verpleegkundige geeft aan dat het belangrijk is om elkaars perspectief meer te begrijpen omdat dit de samenwerking en communicatie bevordert, iets waar uiteindelijk de patiënt ook van profiteert. Een gynaecoloog voegt hieraan toe dat het soms moeilijk is om te zien waar de grens van een bevoegdheid ligt, omdat sommige functies elkaar kunnen overlappen:

“Je hebt nu ook leerlingverpleegkundigen, algemeen verpleegkundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen; dat loopt ook een beetje trapsgewijs. Voor iedereen geldt: je moet weten wat je mogelijkheden zijn en ook waar je grenzen liggen. Elkaar daarin leren kennen is bij die overlap minstens net zo belangrijk als hoe het precies vastgelegd is wat iemand taken zijn.”

Een verpleegkundige en kraamverzorgster sluiten zich hierbij aan; het aangeven van eigen grenzen maakt het ook mogelijk om elkaar te ontlasten als dat binnen iemands bevoegdheden past. Een dagcoördinator geeft aan dat het geven van feedback soms ook in de weg wordt gestaan door het niet goed genoeg kennen van elkaar; andere functies en bevoegdheden zijn dan een ‘ver van je bed show’ en dat maakt het moeilijk om elkaar aan te spreken. Hier wordt dieper op ingegaan binnen paragraaf 4.3.2 over de ‘aanspreekcultuur’.

4.2.2 Wij vs. Zij – verhoudingen tussen de disciplines

In paragraaf 4.1 worden de verschillende disciplines binnen de geboortezorg en hun karakteristieken en samenwerkingen weergegeven. Naast dat men verschillen ondervindt, wordt momenteel onder andere tussen de verschillende disciplines (bijvoorbeeld de verpleegkundige versus de arts) en tussen bepaalde leeftijden (jonge arts-assistent versus oudere verpleegkundige) een ‘wij vs. zij’-gevoel ervaren, wat de verschillen nog meer uitvergroot.

Een kraamverzorgster geeft aan een bepaalde ongelijkheid en afstand te voelen ten opzichte van de andere disciplines en heeft soms het gevoel daartegen te moeten vechten. Ondanks de onontkoombare verschillen in verantwoordelijkheden en medische pikorde is een verandering binnen het sociale aspect van de samenwerking wenselijk:

"[...] Dat ze zich af en toe ook realiseren dat zij [andere disciplines] ook van ons [kraamverzorgenden] afhankelijk zijn. En, nou ja, dat wij niet minder zijn dan hen. Kijk, dat wij die bevoegdheden niet hebben dat vind ik jammer, maar dat is nou eenmaal een feit. Maar ja, ik zie er erg naar uit dat de relaties op persoonlijk vlak verbeteren."

Het Ziekenhuis X heeft, samen met het Geboortehotel X en verloskundigenpraktijken op zuid, hieromtrent de volgende opvattingen:

"We dragen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het inspelen op ontwikkelingen in de geboortezorg in Rotterdam zuid en voor het verbeteren van de verloskundige ketenzorg. Daarbij zijn alle partijen in de keten afhankelijk van elkaar. Iedere partij committeert zich aan de gezamenlijke belangen en daaruit voortkomende afspraken."¹⁴

De omschreven onderlinge afhankelijkheid en gedeelde verantwoording wordt dus nog niet door alle respondenten gevoeld, iets wat ook op een hoger medisch niveau wordt ervaren. Zo beaamt een arts-assistent de gelaagdheid die door de kraamverzorgster wordt gevoeld. Ieder discipline vormt door aparte werkzaamheden, werkwijzen en andere karakteristieken een eigen soort gezelschap en tussen die groepen valt dan soms een kloof:

"Ja, toch wel... Iedereen werkt toch wel een beetje in z'n eigen niche. Dat is wel zo. Weet je, de verpleegkundigen dragen met elkaar over, en wij dragen hier met elkaar over, omdat we andere dingen te bespreken hebben die belangrijk zijn. Dus daar zit een soort van gat tussen. Het een is niet per se beter of slechter, maar het is toch een ander groepje zeg maar. Maar hoe meer dat mixt, denk ik zelf, hoe beter dat is."

De door het ziekenhuis aangegeven 'gezamenlijke belangen' lijken soms in de schaduw van ieders eigen werkzaamheden, handelingen en discipline te staan; want dat er aparte

¹⁴ Visie op samenwerking Geboortezorg Rotterdam zuid & omstreken

disciplines bestaan die, naast de samenwerkingslijnen, soms ook gescheiden te werk gaan, is duidelijk. Volgens de respondenten hoeft dit ook niet per definitie een probleem te zijn, want dit zet ook juist ieder vakgebied in haar eigen kracht. Maar voor de samenwerking en sfeer op de afdeling is een *mix* van die aparte groepen wel gewenst: men vraagt om meer focus op de gemeenschappelijke deler(s).

4.2.3 Interpersoonlijke relaties

Aangegeven wordt dat elkaar op professioneel gebied kennen, goede interpersoonlijke relaties ook van belang zijn voor een goede samenwerking. Men werkt prettiger en beter samen met de mensen die ze beter kennen; informeel contact, praatjes tussendoor, borrelen en andere gezamenlijke activiteiten bevorderen de sfeer op de werkvloer. Een gynaecoloog en verpleegkundige geven aan dat elkaar beter kennen en een goede, interpersoonlijke relatie ook de drempel verlaagt om elkaar feedback te geven of om hulp te vragen. Een dagcoördinator voegt daaraan toe dat het zeker in tijden van hoge werkdruk fijn is om te weten hoe iemand ‘in elkaar zit’:

“Sommige onderlinge relaties zijn best wisselend. Als je elkaar niet goed kent kan het zijn dat je erg moet aftasten of iemand bijvoorbeeld boos of je is, of gewoon gestrest is door de drukte. Er is dan ook een drempel om daarnaar te vragen Het gevoel hebben het dan niet goed te doen bevordert de samenwerking niet en heeft ook invloed op je werkvreugde [...].”

4.2.4 Professioneel en interpersoonlijk – een samenspel

Beide typen relaties, professioneel en interpersoonlijk, zijn door het ziekenhuis gevat in een ‘Gastgerichtheidstraining’. Dit eenmalige evenement werd georganiseerd om de samenwerking te verbeteren door elkaar en elkaars rollen beter te leren kennen. Aan de hand van casussen en spellen kroop men ‘in de huid van een ander’; de gynaecoloog speelde de rol van verpleegkundige, de kraamverzorgster van verloskundige, enzovoorts. De vormgeving van deze training werd door de respondenten verschillend ervaren, maar het achterliggende idee werd door iedereen goed ontvangen. Het niet bekend zijn met elkaar leidt tot onbegrip en frustratie, houdt verband met de eerder beschreven aanspreek- en angstcultuur die heerst binnen de zorg en houdt het ‘wij vs. zij-gevoel in stand. Een arts-assistent geeft aan dat meer teambuildingsactiviteiten, van training tot

informele borrel, helpen elkaar beter te leren kennen. Een verpleegkundige en dagcoördinator voegen daaraan toe dat elkaar op professioneel en interpersoonlijk niveau goed kennen een goed team mogelijk maakt:

“Je moet de krachten en expertise van elkaar kunnen bundelen en gebruiken in een team. Maar, dan moet je dus wel weten wat ieders krachten zijn en niet klakkeloos ervanuit gaan dat we allemaal hetzelfde papiertje en dus dezelfde krachten hebben. Iemands functie, maar ook ervaring, karakter en werkwijze zijn belangrijk om te weten van elkaar. Dit maakt ook de beste zorg voor de patiënt mogelijk.”

Elkaar kennen en [beter] leren kennen op persoonlijk en professioneel vlak lijkt volgens de respondenten meerdere gunstige gevolgen te hebben voor hun samenwerkingen en het bieden van kwalitatief goede zorg.

4.3 Aanwezige culturen

Allereerst zal binnen deze paragraaf gekeken worden naar de rol van de Rotterdamse cultuur binnen het Ziekenhuis X; in hoeverre beïnvloeden geografie en historie de manieren van samenwerken en communiceren binnen de geboortezorg van het ziekenhuis? Door hiernaar te kijken kan een idee worden gevormd over de context waar het ziekenhuis zich in bevindt, wat wellicht wat kan zeggen over culturele aspecten binnen het ziekenhuis zelf.

Vervolgens wordt specifiek ingegaan op culturele aspecten die terugkomend lijken te zijn in de gehele zorg en wat die betekenen voor de samenwerking tussen de medische professionals.

4.3.1 Invloed van de Rotterdamse cultuur – de rol van geografie

Het Ziekenhuis X is een topklinisch opleidingsziekenhuis, gevestigd in Rotterdam-Zuid. In 2000 fuseerden het Zuiderziekenhuis met het St. Clara Ziekenhuis tot het ‘Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (MCRZ)’, wat sinds 2008 de naam ‘Ziekenhuis X’ draagt.

Rotterdamers zijn trots op hun stad en voelen zich ermee verbonden, iets wat ook terug te zien is binnen het Ziekenhuis X; veel werknemers zetten zich met hart en ziel in voor het ziekenhuis, wat voor hen méér dan gewoon een werkplek is. Dat schept ook

onderlinge verbondenheid; *'veel van ons voelen zich feyenoorder'*.¹⁵ Kijkend naar de ligging van het Ziekenhuis X, namelijk in een volksbuurt in Rotterdam, kunnen bepaalde aspecten van de sfeer in het ziekenhuis en op de afdelingen worden begrepen.

Rotterdam is een havenstad, waar altijd een arbeidsethos heeft geheerst; *'niet lullen maar poetsen'* luidt dan ook voor veel Rotterdammers het devies. Men draagt het hart op de tong, is eerlijk en direct, maar heeft naast die grote mond wel een klein hartje.¹⁶

De invloed van de Rotterdamse cultuur is terug te vinden in de houding en sfeer van het ziekenhuis, maar hier worden toch soms tegenstrijdige betekenissen over gedeeld. Meerdere respondenten geven aan dat op de afdeling een open houding heerst, waarbij de handen uit de mouwen worden gestoken en waarbij de Rotterdamse *no nonsense* voelbaar is.¹⁷ Men ziet de afdeling als hardwerkend, maar de sfeer wordt toch niet altijd en door iedereen als positief ervaren:

*"Misschien is dat ook wel een beetje Rotterdams, maar het kan soms wel wat gezelliger en positiever."*¹⁸

Vrijwel alle respondenten geven aan dat er veel wordt geklaagd, iets waar mensen wellicht door de open sfeer geen belemmering bij voelen. Ook is klagen en roddelen vaak makkelijker dan het directe gesprek aangaan, waar later nog op wordt ingegaan in paragrafen 4.3.2 en 4.3.3. Opmerkelijk is dat dit een contrasterend beeld vormt ten opzichte van de eerder benoemde arbeidsethos en het *'niet lullen maar poetsen'*-beeld. De sfeer op het verloscentrum roept duidelijk tegenstrijdige gevoelens op onder de respondenten: enerzijds wordt een open houding ervaren en lijkt de sfeer positiever te worden, anderzijds ervaren nog veel mensen een drempel om elkaar aan te spreken, feedback te geven en wordt er nog steeds gemopperd en geroddeld. Hierbij blijven de onderbezetting en de hoge werkdruk terugkomende elementen die een negatieve sfeer bevorderen; men spreekt over een negatieve spiraal waar de afdeling in blijft hangen. Praktische aspecten als onderbezetting en werkdruk beïnvloeden de onderlinge omgang en de sfeer van de afdeling; dit wordt van verpleegkundige tot gynaecoloog beaamd:

¹⁵ Gynaecoloog

¹⁶ Intern adviseur

¹⁷ Gynaecoloog en gespecialiseerd verpleegkundige

¹⁸ Arts-assistent

“We hebben wel een periode gehad dat er best wel een heel negatieve sfeer hing, dat kwam ook wel door de werkdruk, ja. Een tijd geleden hebben we ook wel een gesprek gehad om te proberen uit die flow te komen. Op het moment dat iedereen loopt te klagen neem je dat ook wel over en denk je ‘ja, dat is ook wel zo’ [...] Kijk, je hoeft niet alles alsmaar te bagatelliseren en alleen maar vrolijk te doen. Maar ik denk wel dat je positief moet blijven en ik geloof ook echt niet dat het gras ergens anders groener is.”¹⁹

Ook de gynaecoloog ervaart een bepaalde werkdruk, maar erkend dat dit vooral bij het verplegend personeel een groot probleem is:

“Ja, dat is vooral bij de verpleging zo. [...] Nou, we zijn natuurlijk wat slechter in piekaanbod opvang; alles komt tegelijkertijd. [...] Kijk, niemand klaagt bijna als er even niet zo veel te doen is, hè, ‘wat zitten we hier nou te niksen’ bij wijze van spreken. En als er een piekbelasting is, dan heb je natuurlijk eerder dat mensen gaan klagen en ervaart men druk. Ja, dat is helaas bij de verloskunde zo, het is niet allemaal te timen en te plannen.”²⁰

Dit, in combinatie met de open, ‘Rotterdamse’ cultuur maken het makkelijk om onvrede te uiten en de ‘makkelijke’ weg te kiezen: roddelen over zaken die niet goed gaan, in plaats van dit constructief uitspreken. De ‘grote mond maar het kleine hartje’ maakt dat respondenten het moeilijk vinden om anderen direct aan te spreken op hun gedrag; men is bang om een ander te kwetsen of om zelf gekwetst te worden. Dit helpt het achter elkaars rug praten in de hand. Een gespecialiseerd verpleegkundige vertelt hoe zij het geven van feedback ervaart:

“Het grappige is, je moet het een beetje leren doen, zeg maar, maar je merkt wel dat het geaccepteerd wordt en dan er wat mee gedaan wordt. En sommige mensen lopen, door dat je nu wat meer van jezelf laat horen, wat meer tegen zichzelf aan. En dat is soms, ja, je wil niet je collega’s die je al zo

¹⁹ Verpleegkundige

²⁰ Gynaecoloog

lang kent kwetsen. Maar het is wel dat je zegt 'ja weet je, het loopt hier nu in het honderd omdat jij tegen iedereen staat te vertellen hoe druk je het hebt, maar je doet uiteindelijk niks'. Maar ja, het moet wel bespreekbaar worden."

Ondanks de directe houding die men zegt te hebben binnen het ziekenhuis wil men elkaar niet kwetsen: het kleine hartje komt hierin terug. Wel wordt opgemerkt dat het toch van belang is om feedback te (leren) geven en ontvangen en dat men ook graag wil dat dingen besproken en uitgesproken worden.

Twee verpleegkundigen geven aan dat de sfeer van invloed is op de samenwerking en dat zij graag zien dat hier op een meer opbouwende manier mee omgegaan wordt, gezien zij zelf nu niets kunnen veranderen aan de onderbezetting waarmee de afdelingen te kampen hebben:

"Ja, in sommige situaties denk je wel eens van 'nou, jongens, weer even focus, en niet blijven hangen in dat negatieve of dat het druk is, laten we gewoon gaan werken'. Daar loop ik wel eens tegenaan. [...] Ik heb de laatste tijd wel heel veel mensen heel verdrietig gezien, omdat ze [door de drukte] niet hun werk konden uitvoeren zoals ze het graag hadden willen doen. Of mensen niet de aandacht hadden kunnen geven wat ze wel wilden. En dan niet eens alleen de patiënten, maar ook leerlingen of stagiaires, die je in het diepe gooit omdat je gewoon geen handen meer hebt om ze te kunnen sturen of begeleiden. Dus in dat opzicht heeft het wel de sfeer beïnvloed. Ik vind wel dat er hier heel veel mensen zijn die van afgelopen periode echt een flinke optater hebben gehad. En ook hebben gezien hoe ze het niet willen. En dat pak je dan wel aan met elkaar, omdat je gewoon niet negatief wil zijn en zegt 'jongens, wat gebeurd is, is gebeurd, en we gaan er weer voor'. [...] We moeten ons richten op teambuilding en met elkaar een positieve sfeer maken en erin houden."

Naast de eerder omschreven invloed van de stad Rotterdam en haar bijbehorende cultuur, bevat de zorg in het algemeen ook bepaalde culturele aspecten die binnen dit onderzoek een rol spelen. Men hoort vaak begrippen vallen als een aanspreekcultuur en een angstcultuur, welke nog extra gevoed worden door stereotypering van professies en de

personeelstekorten. Structurele landelijke tekorten zorgen binnen verschillende disciplines voor onderbezetting en verhoogde werkdruk, waardoor de manier van werken in de ziekenhuizen beïnvloed wordt; samen met de cultu(u)r(en) vormt dit de context van dit onderzoek.

4.3.2 Aanspreekcultuur

Een lastig onderdeel van samenwerken blijft het geven van feedback, en dan met name het geven van negatieve feedback. Men kan een drempel voelen om anderen aan te spreken als iets niet goed gaat, iets niet mag, of als zij iets niet prettig vinden. Binnen dit onderzoek speelt dit niet alleen een rol binnen en tussen de disciplines het verloscentrum zelf, maar ook tussen de drie afdelingen (verloscentrum, kraamafdeling en neonatologie). Feedback kunnen geven en ontvangen is iets wat niet zomaar vanzelf gaat, en bij gebrek aan een aanspreekcultuur zal verandering moeizaam gaan (Denis, 2013, pp. 8-9). Een aanspreekcultuur draait binnen dit onderzoek om directe feedback tussen professionals, waarbij men elkaar aanspreekt op verantwoordelijkheden, gedrag en resultaat. Meerdere respondenten beamen een drempel te voelen om iemand aan te spreken, voornamelijk als het draait om negatieve feedback. Volgens de arts-assistenten zijn factoren die die drempel verhogen leeftijd, jaren ervaring en functie – van alles gaat een bepaalde mate van hiërarchie uit. Het scheelt als je elkaar wat beter kent; dat is een aspect wat volgens alle respondenten de figuurlijke drempel verlaagt. Een valkuil van het niet durven uiten van feedback is dat zaken blijven liggen, dat irritaties vanbinnen opborrelen en dat mensen hun ongenoegen op andere manieren gaan uiten. Dit kan de toon en manier waarop van de communicatie beïnvloeden; deze kan zelfs non-verbaal worden. Deze zaken vallen met name op bij de dagcoördinatoren; zij zetten zich in voor het vergroten van de aanspreekcultuur, en zien zichzelf ook als aanspreekpunt voor bepaalde problematieken. Wel valt hen op dat mensen dan ook eerder naar hen toe stappen, dan naar de persoon in kwestie: van directe feedback is nog weinig sprake. Hier wordt wel langzaam naartoe gewerkt. Een dagcoördinator zegt hierover het volgende:

“Soms hebben ze het gevoel niet verder te komen bij die ene persoon. [...] Wij vinden van wel; mensen moeten het zelf uitspreken en wij kunnen dan bemiddelen in een gesprek.”

Met name de jongere respondenten geven soms aan moeite te hebben met het aanspreken van collega's die ouder zijn en/of meer ervaring hebben, iets wat door hen wel begrepen wordt. Een arts-assistent zegt hierover:

“Je werkt met relatief oudere verpleegkundigen; wij komen ook nog maar een paar jaar van de studie vandaan... Dan voel ik een beetje een drempel om te gaan zeggen als ik iets vervelend vind... En dat heeft daarnaast ook te maken met de sfeer.”

De mate van hiërarchie die uitgaat van iemands leeftijd en jaren ervaring drukt gevoelsmatig op de vrijheid om iemand aan te spreken. Dit in combinatie met de eerder besproken sfeer op de afdeling, maakt het soms moeilijk om het gesprek of de confrontatie aan te gaan.

Wel werpt een respondent een andere blik op het begrip 'hiërarchie', door te stellen dat dit soms onterecht een nare bijmaak heeft. Achter de hiërarchie gaat ook een bepaalde verantwoordelijkheid schuil, en sommige disciplines dragen meer medische verantwoordelijkheid dan andere; dat hoeft niet per definitie iets te zeggen over iemands attitude of manier van communiceren. Dit wordt ook wel door andere respondenten erkend; zij voelen die hiërarchische drempel wel, maar geven toe dat de toon waarop men iets zegt en hoe goed men elkaar kent een grote rol spelen.

4.3.3 Angstcultuur

Niet alleen binnen de afdelingen rondom de geboortezorg in het Ziekenhuis X maar ook op landelijk niveau is sprake van structurele personeelstekorten. Deze vorm van onderbezetting heeft als gevolg dat de werkdruk stijgt en dat werknemers meer stress ervaren en de sfeer op een afdeling verslechterd. Dit, in combinatie met een ontbrekende aanspreekcultuur, kan verband houden met het bestaan van een angstcultuur: het niet durven of mogen uitspreken van gevoelens, ideeën en feedback (Nieuwenhuis, 2005). Dit helpt zaken als opgekropte emoties en geroddel in de hand.

De dagcoördinatoren geven aan dat mensen het gevoel hadden dat er niets met hun geluiden werd gedaan; zij voelden zich niet serieus genomen en de drang om zaken uit te spreken werd kleiner. In plaats van het gesprek over hun onvrede aan te gaan, werd er meer gemopperd en geklaagd, en was roddelen een makkelijker en veiliger alternatief.

Veel respondenten misten het krijgen van waardering voor hun werk. Een arts-assistent vertelt:

“Als iets niet oké is, dan hoor je het wel. Aan de ene kant is dat fijn en duidelijk. Maar de manier waarop kan soms anders. Het zou fijn zijn als meer benadrukt wordt wat je ook goed doet.”

Ook een kraamverzorgster deelt haar gevoel over het krijgen van waardering en het gevoel krijgen ‘gezien te worden’:

“Ik vind het ook belangrijk dat als je dan een dagdienst hebt gehad dat je dan zegt ‘we hebben een goede dag gehad, bedankt voor de prettigersamenwerking’. Dat is toch helemaal geen moeite? Maar daarmee geef je de ander wel het gevoel dat het gezien wordt wat je allemaal doet.”

Een gespecialiseerd verpleegkundige voegt hieraan toe dat het daarbij ook belangrijk is om je in te leven in de ander en diens werkzaamheden, zeker met oog op de hoge werkdruk. Dit gaat makkelijker op het moment dat men bekend is met elkaars functie en bijbehorende taken en bevoegdheden.

Door een dagcoördinator wordt aangegeven dat het ook belangrijk is om hierin op elkaar te vertrouwen en begrip te hebben voor elkaar:

“Als iemand aangeeft ‘Ik heb daar nu geen tijd voor’ of ‘Het lukt me niet’, dan moet je daar ook vertrouwen in hebben. Je moet kunnen denken ‘Oké, het lukt niet; we moeten het anders op gaan lossen’. Daarbij is het belangrijk dat je weet wat de ander aan het doen is en dat je daar begrip voor hebt.”

Onderling begrip en vertrouwen zijn, naast het uitdragen van een gemeenschappelijk doel, aspecten waar de dagcoördinatoren zich voor inzetten. Deze punten vormen, samen met het uiten van waardering, facetten waar de respondenten behoefte aan hebben en die volgens hen nodig zijn voor een goede samenwerking.

4.4 Nu en later – huidige situatie en een toekomstblik

In de bovenstaande paragrafen worden de verschillende betekenissen besproken die de

disciplines geven aan verscheidene aspecten die samenhangen met de samenwerkingen. Hierbij geven de respondenten aan hoe zij de samenwerkingen ervaren en wat zij soms graag anders zouden zien.

In de toekomst wil het ziekenhuis toewerken naar meer gezinsgerichte zorg, mogelijk in de vorm van een Moeder-Kind Centrum. Bij de ontwikkeling hiervan kan het bekijken van de betekenissen die respondenten van de drie afdelingen geven aan de huidige samenwerking en aan het toekomstbeeld, behulpzaam zijn.

Men geeft verschillende betekenissen aan de toekomst van het verloscentrum en een mogelijke ontwikkeling van een Moeder-Kind Centrum, of te wel meer gezinsgerichte zorg. Wel kwam naar voren dat de neuzen omtrent de doelstellingen gericht op de patiënt sterk overeenkomen. Iedereen staat voor de beste zorg voor moeder en kind. Echter verschillen de meningen over hoe die beste zorg geboden kan worden en wat dat betekent voor de samenwerking tussen de verschillende betrokken afdelingen.

4.3.1 Samenwerkingsverbanden tussen afdelingen

Binnen de geboortezorg van het Ziekenhuis X bestaan meerdere, discipline-overstijgende samenwerkingsverbanden: het verloscentrum en de kraamafdeling, het verloscentrum en neonatologie en de kraamafdeling en neonatologie.

Uit observaties en interviews blijkt dat het verloscentrum en de kraamafdeling eigenlijk momenteel al als één afdeling worden gezien. Dat maakt dat de laatste twee samenwerkingsverbanden (het verloscentrum en neonatologie en de kraamafdeling en neonatologie) als één verband kan worden beschouwd.

Binnen de huidige samenwerking tussen het verloscentrum en de kraamafdeling verloopt het contact goed: deze twee afdelingen worden door veel respondenten ook wel gezien als één afdeling. De afdelingen bevinden zich tegenover elkaar in het ziekenhuis en de lijnen zijn zowel letterlijk als figuurlijk kort:

“De kraam is voor ons hier [verloscentrum] natuurlijk heel dichtbij en daar lopen we ook altijd visite. Dus dat is heel anders [dan met neonatologie]. De kraam zie ik eigenlijk gewoon meer als onze afdeling zelf. [...] De kraam en het verloscentrum is eigenlijk al één team, waarbij je gewoon rouleert. Dus dat zit eigenlijk al samen. Maar met neonatologie zitten

*we nog niet altijd op één lijn. ”*²¹

Duidelijk wordt dat de grootste afstand bestaat tussen het verloscentrum en de kraamafdeling en de afdeling neonatologie; naast dat die laatste afdeling aan de andere kant van de gang gevestigd is, spreekt men van *‘onderling onbegrip’, ‘totaal ander slag mensen’* en *‘onvoldoende integratie tussen de afdelingen’*.²²

Ook uit observaties van de onderzoeker blijkt dat het eerder benoemde ‘wij vs. zij’-idee (paragraaf 4.2.2) leeft erg op de afdelingen en dit lijkt zichzelf in stand te houden.

*Op de afdeling neonatologie heerst een andere sfeer dan op het verloscentrum; niet prettiger of juist minder prettig, maar vooral ‘anders’. Er heerst een bepaald soort rust, die ondersteund lijkt te worden door de gestructureerde wijze waarop men te werk gaat. Men werkt met checklists en op gezette tijden. Men gaat op deze afdeling uit van een ziek kindje: dat brengt een ander vertrekpunt voor handelen met zich mee dan bijvoorbeeld op de kraamafdeling, wordt gezegd. Terug op de kraamafdeling wordt me verteld dat het logisch is dat neonatologie er zo tegenaan kijkt: ‘zij hebben geen idee meer van hoe het er hier [kraamafdeling] aan toe gaat’.*²³

Met oog op een hechter samenwerkingsverband in de toekomst nemen de afdelingen een ‘kijkje in elkaars keuken’. Een constructieve actie, met als doel meer begrip en waardering voor elkaar te krijgen en de onderlinge relaties (zowel professioneel als interpersoonlijk) te versterken. Echter wordt de uitwerking hiervan op verschillende wijzen ervaren. Waar een aantal respondenten hier zeer positief en enthousiast tegenover staan, lijken andere respondenten hierdoor zich nog bewuster te worden van de onderlinge verschillen of werd een bepaald beeld bevestigd: wij versus zij.

“Zowel artsen als verpleging op een neonatologie zijn heel anders wel weer als artsen en verpleegkundigen op een verloskamer. Dat merk je ook al in de samenwerking. [...] Het zijn net andere type mensen, zeg maar. Neonatologie is bijvoorbeeld vaak meer op de details gericht. Maar je moet elkaar gewoon

²¹ Arts-assistent, gespecialiseerd verpleegkundige, klinisch verloskundige

²² Dagcoördinator, gynaecoloog

²³ Eigen observaties, 9 en 16 mei 2017

beter leren kennen.”²⁴

Een arts-assistent gaf aan dat de samenwerking soms ook wrijving veroorzaakt. Een voorbeeld wat zij gaf is als iemand van de afdeling neonatologie helpt bij een bevalling, de verpleegkundigen van het verloscentrum het gevoel kunnen krijgen dat hun rol wordt overgenomen. De arts-assistent en een gespecialiseerd verpleegkundige vinden dat dit niet nodig hoort te zijn:

“Ik denk, alle handjes helpen. Ik snap dat het wrijving geeft, maar dit hoeft niet zo te zijn. Zolang je samen maar een gemeenschappelijk doel voor ogen houdt: de beste zorg voor moeder en kind. We zorgen sámen voor onze patiënten. Hoe mooi is het als in de toekomst het gezin nog meer bij elkaar kan blijven?”

Een gynaecoloog en klinisch verloskundige voegen daaraan toe dat men naast de gemeenschappelijke doelen voor ogen houden, het ook belangrijk is om bewust te zijn dat de verschillende afdelingen nou eenmaal een andere invalshoek hebben; afstemmen is gewoonweg nodig voor deze samenwerking. Dan kan de zorg rondom de geboorte meer vervlochten raken.

Het management van de afdelingen probeert aan te sturen op het routinematig contact houden met de afdelingen. Tijdens bijvoorbeeld (formele en informele) overleggen op het verloscentrum wordt er ook naar informatie over de afdeling neonatologie gevraagd.²⁵

4.3.2 Gezinsgerichte zorg

De gezinsgerichte zorg wordt over het algemeen door iedereen als een positieve manier van zorgverlening gezien, maar men heeft wel verschillende vertrekpunten. Zo geven een arts-assistent en kraamverzorgster aan dat die zorg niet té ver moet doorschieten:

“Het blijft wel een ziekenhuis; je bent hier niet voor de lol, maar omdat er wat aan de hand is. [...] Het is wel goed om andere gezinsleden, en zeker de

²⁴ Arts-assistent

²⁵ Observaties mei 2017

partner, meer bij het proces te betrekken. Maar hoe ver moet je in dat alles gaan [...]? Straks zit de medische zorg onder de duim van de burgers. Daar ben ik wel een beetje benauwd voor.”

Een andere arts-assistent voegt daaraan toe dat het in haar ogen niet altijd haalbaar is en dat zij al blij zou zijn als meer patiëntgerichte zorg mogelijk is:

“Ik vind gezinsgerichte zorg wel belangrijk, maar ik vind denk ik eerder nog een stukje toch meer patiëntgerichte zorg zeg maar even belangrijk. Ik vind dat we in de praktijk te veel bezig zijn met administratieve handelingen en te weinig met de patiënt zelf. Dat vind ik wel een probleem, wat volgens mij wel groter wordt.”

Meerdere respondenten beamen veel tijd kwijt te zijn aan administratie en dat is iets wat men betreurt. Zij zouden dan ook, gezien zij wel het belang van de administratie inzien, graag zien dat dit op een efficiëntere manier kan plaatsvinden zodat zij meer tijd hebben voor hun patiënten en realisatie van de gezinsgerichte zorg weer een stap dichterbij komt. Want, vrijwel alle disciplines geven wel aan dat de rol van de partner van de kraamvrouw groter mag worden:

“Een bevalling is natuurlijk een hele beleving en ervaring, niet alleen op medisch gebied; het is voor de meeste mensen het belangrijkste moment in hun leven. [...] En daar zijn veel meer mensen tegelijk bij betrokken: van het verloscentrum, de kraamafdeling, kindergeneeskunde, maar ook de zwangere en partner. Het zou alleen maar mooi zijn als ze dat meer sámen kunnen ervaren.”²⁶

Door de geboortezorg meer gezinsgericht te maken bestaat de mogelijkheid om zorg voor ‘het gehele plaatje’ te bieden. Naast de positieve effecten die dit type zorg biedt voor het gezin, maakt het ook de zorg minder gefragmenteerd. Een dagcoördinator geeft aan dat de onderlinge communicatie en samenwerking soms stroef verloopt omdat men minder oog heeft voor het geheel en te weinig begrip voor de andere disciplines:

²⁶ Gynaecoloog, gespecialiseerd verpleegkundige en kraamverzorgster

“Nu is de zorg gewoon heel erg toegespitst op wat je op elke afdeling hebt [verloscentrum, kraamafdeling, neonatologie]. Qua samenwerking zal er in de toekomst een ommezwaai moeten plaatsvinden zodat dat beter in elkaar past. Het is nu nog een ‘wij vs. zij’-verhaal, maar we moeten het echt sámen gaan doen.”

Twee arts-assistenten vullen dit aan door te zeggen dat de afdelingen nog niet gewend zijn aan de intensievere samenwerking die komt kijken bij gezinsgerichte zorg. In de huidige samenwerking loopt men al aan tegen de verschillen die bestaan tussen de afdelingen, van medische handelingen tot karakters en type personen. Gezinsgerichte zorg als uitgangspunt nemen met daarbij behorende gezamenlijke doelen en visie maar ook afspraken zou de disciplines meer met elkaar kunnen verbinden. Hiervoor dient gekeken te worden naar de huidige en toekomstige samenwerkingsverbanden en hoe daaraan betekenis wordt gegeven.

4.5 Conclusie

In hoofdstuk 4 is gekeken naar de verschillende en gedeelde betekenissen die gegeven zijn aan de samenwerkingen binnen en rondom het verloscentrum van het Ziekenhuis X. Hierbij zijn verpleegkundigen, dagcoördinatoren, een kraamverzorgster, arts-assistenten, een klinisch verloskundige en een gynaecoloog van de drie verschillende afdelingen aan het woord gelaten.

Duidelijk werd dat binnen de geboortezorg veel verschillende disciplines met eigen karakteristieken en culturele aspecten werkzaam zijn. Deze disciplines zijn enerzijds te onderscheiden door middel van de typen afdelingen (kindergeneeskunde of neonatologie, kraamafdeling, het verloscentrum), anderzijds vinden binnen elke afdeling ook verschillende disciplines plaats (bijvoorbeeld gynaecologie, verloskunde, verpleegkunde, et cetera). Dit complexe systeem van allerlei samenwerkingsverbanden die elkaar soms zelfs doorkruisen zorgt aan de ene kant voor aanvulling en volledige zorg, maar brengt aan de andere kant ook de nodige onderlinge strubbelingen met zich mee.

Zo worden door respondenten bijvoorbeeld een angstcultuur en ‘wij vs. zij’-gevoel op verschillende niveaus ervaren (binnen disciplines, tussen disciplines, binnen de afdelingen en tussen de afdelingen) en ontbreekt volgens hen soms de onderlinge

aanspreekcultuur. De respondenten geven aan het daarom belangrijk te vinden om elkaar op professioneel en persoonlijk niveau te kennen, te leren kennen, en daarbij elkaars overeenkomsten en verschillen te zien. Zij hopen dat hierdoor gevoelens van irritatie en onbegrip ook afnemen. Daarnaast wordt aangegeven dat men behoefte aan waardering en onderling vertrouwen te heeft.

Kijkend naar de toekomst van het verloscentrum en het groeien van de gezinsgerichte zorg is aandacht voor de gedeelde betekenissen nodig; de toenemende samenwerking tussen het verloscentrum, de kraamafdeling en neonatologie moet voelen als een gedeelde toekomst: sámen op weg naar meer gezinsgerichte zorg.

5. Discussie

In dit hoofdstuk zullen de bevindingen van dit onderzoek, gepresenteerd in hoofdstuk 4,

worden geanalyseerd aan de hand van de theoretische concepten die zijn aangedragen binnen het theoretisch kader van dit onderzoek. Deze analyse heeft als doel de bevindingen te begrijpen vanuit een wetenschappelijk-theoretisch perspectief.

In paragraaf 5.1 blik ik terug op het integraal model omtrent interprofessionele samenwerking zoals gepresenteerd in het theoretisch kader, paragraaf 2.3. Hier wordt gekeken welke aspecten van interprofessionele samenwerking terugkomen binnen de geboortezorg van het Ziekenhuis X en welke betekenissen respondenten daaraan geven.

Hierbij wordt inzichtelijk op welke punten het model wordt aangevuld door betekenissen van respondenten of welke aspecten uit het model niet aan de orde zijn binnen deze case.

In Paragraaf 5.2 bekijk ik wat de mogelijke invloed van de verschillende institutionele logica's is op de samenwerkingsverbanden en de betekenisgeving daaraan. Door te kijken naar institutioneel pluralisme en complexiteit, wordt duidelijk welke verschillende logica bestaan binnen de geboortezorg en wat de gevolgen zijn van de verschillende institutionele logica's op hoe men kijkt naar de samenwerking. Hier spelen meerdere, naast elkaar bestaande en soms botsende logica's een rol.

In beide paragrafen wordt ingegaan op de complexiteit die schuil lijkt te gaan achter de samenwerkingen en onderlinge verhoudingen die bestaan binnen de geboortezorg en hoe dit ingezet kan worden binnen verandering. Een focus aanbrengen op de bestaande complexiteit biedt, mede met oog op de te beantwoorden onderzoeksvraag, een onmisbaar perspectief op alle verschillende betekenissen en ervaringen die binnen dit onderzoek aan bod komen. De *complexity theory* is een theorie die een licht kan werpen op de ingewikkeldheid van al deze gedragspatronen en invloeden aan de betekenisgeving en vindt aansluiting bij de eerdergenoemde institutionele complexiteit waarbij conflict een belangrijke rol speelt. Het accepteren en bewust worden van de aanwezige complexiteit maakt het mogelijk om nuancering aan te brengen in de bestaande betekenissen omtrent samenwerking. Enerzijds is het mogelijk om inzicht te krijgen in wat die betekenissen zijn, anderzijds kan men de werkelijkheid zien als niet vaststaand maar juist als emergent (Boulton & Allen, 2007, pp. 215-216).

5.1 Interprofessionele samenwerking

In dit onderzoek wordt de interprofessionele samenwerking bekeken aan de hand van het

model zoals opgebouwd in paragrafen 2.3.1 en 2.3.2. Binnen dit model komen verschillende aspecten van interprofessionele samenwerking samen en zijn verscheidene invalshoeken gebruikt (D'Amour et al., 2008; Boesveld-Haitjema et al., 2008; Stichting Perined, 2016).

5.1.1 Gedeelde doelen en visie

Uit interviews met medewerkers uit de geboortezorg van het Ziekenhuis X blijkt dat de variatie tussen de disciplines verschillende belangen, manieren van handelen, attitudes en taken met zich meebrengt, waardoor soms spanningsvelden binnen de samenwerkingen ontstaan. Men vindt het belangrijk zich hiervan bewust te worden, omdat het de 'strijd' die sommige respondenten ervaren deels verklaart, maar ook omdat door hiernaar te kijken duidelijk wordt wat de verschillende disciplines wél met elkaar delen. Het proberen bloot te leggen van het gecompliceerde geheel aan relaties, samenwerkingen, takenpakketten en verantwoordelijkheden kan verheldering brengen bij het begrijpen van de verschillende betekenissen die gegeven worden door de zorgprofessionals aan de samenwerking. Dit biedt de mogelijkheid om een nieuwe, gedeelde institutionele logica te vormen en meer focus te leggen op gedeelde doelen en visie van het verloscentrum en tussen de afdelingen van de geboortezorg. Boesveld-Haitjema, Waelpunt, Eskes, en Wiegers (2008, p. 13) geven aan dat het scherp hebben van de gezamenlijke doelen van de samenwerking factoren als domeinstrijd, hiërarchie en gebrek aan onderling vertrouwen kan doen reduceren, iets waar de respondenten aangeven baat bij te hebben. Zo wordt een bepaalde mate van domeinstrijd gevoeld tijdens bijvoorbeeld de discussies tussen gynaecoloog en dagcoördinator over of er nog een patiënt kan worden opgenomen: een gynaecoloog wil liever geen patiënten weigeren, maar de dagcoördinator wil, met oog op de onderbezetting, het verplegend personeel behoeden voor hoge werkdruk.

Er lijkt hierbij voornamelijk te worden beredeneerd en gehandeld vanuit het perspectief van een eigen discipline en niet vanuit een overkoepelend idee van de gehele afdeling; men heeft het idee dat er een discipline is dat in dit soort situaties aan het kortste eind trekt. Dit laat ook de complexiteit van het gehele vraagstuk zien: de vele soorten verschillende interacties tussen de verschillende respondenten creëren een wirwar van onderlinge relaties, verhoudingen en samenwerkingen en de betekenissen die zij daaraan geven zijn dus niet altijd eenduidig of makkelijk verklaarbaar.

Naast de domeinstrijd ervaren respondenten een drempel in contact en samenwerking met collega's die ouder zijn, meer ervaring hebben of een hogere medische functie bekleden. Sprekend zijn de aangedragen voorbeelden van arts-assistenten die, ondanks hun medische verantwoordelijkheid, niet tegen een oudere, meer ervaren verpleegkundige willen of durven in te gaan, of kraamverzorgsters die soms voelen alsof er op hen neergekeken wordt. Dit voorbeeld laat zien dat sommige gevoelens niet worden bepaald door functie; de arts-assistent en kraamverzorgster delen een bepaalde emotie. De hiërarchie die onder andere uitgaat van leeftijd en ervaring is iets wat enerzijds ontlast, omdat de verantwoordelijkheid ligt bij de hogere, medische disciplines, maar anderzijds zorgt voor kloven, afstandelijkheid en geslotenheid; ook hier wordt een dubbele betekenis gegeven.

Respondenten missen gevoelens van vertrouwen, waardering en begrip. Begrip hebben voor als iemand even geen tijd heeft, vertrouwen op dat iedereen zich volledig inzet en waardering leren uitspreken als het goed gaat zijn punten waarvan respondenten aangeven dat van elkaar nodig te hebben. Het is interessant om te zien dat deze gevoelens gemist worden door respondenten uit verschillende disciplines; ondanks het 'wij vs. zij' gevoel dat bestaat tussen bijvoorbeeld een kraamverzorgster en een arts-assistent, hebben zij een gelijkaardige sociale behoefte in de zin van vertrouwen, waardering en begrip. Dit inzicht brengt een nuance aan: ondanks de verschillen tussen de disciplines, bestaan er gedeelde behoeften. De 'scheiding', of sociale classificatie, in perspectieven vanuit de disciplines is dus niet zo zwart-wit als het op het eerste oogpunt lijkt (Thornton & Ocasio, 2008).

Het idee gezamenlijk te staan voor zorg van de hoogst mogelijke kwaliteit en als team te werk te gaan kan de onderlinge relaties doen verbeteren en kloven overbruggen.

Wel is het van belang te erkennen dat hier verschillende visies op en interpretaties van mogelijk zijn; de gezamenlijke doelen zullen niet voor ieder discipline daadwerkelijk dezelfde uitwerking hebben. Echter maakt juist dit het mogelijk om ieder discipline in zijn of haar kracht te zetten en aan de zorgvraag van de patiënt te voldoen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014, p. 13). De variatie in taken, handelingen en medische houding en attitude maakt dat op de afdelingen volledige zorg geboden kan worden. De verschillen zijn dus ook nodig en dienen niet per definitie als 'slecht' te worden gezien; professionals hebben een bepaalde mate van autonomie en daarbij ook eigen doelen die voor hen belangrijk zijn (D'Amour et al, 2008, p. 2). Een voorbeeld hiervan is de zakelijke,

professionele attitude van een gynaecoloog tegenover de warmere, ondersteunende rol die een verpleegkundige of kraamverzorgster op zich neemt: deze benaderingen samen maken de geboden zorg compleet. Bewustzijn en acceptatie van de verschillen en tegelijkertijd actief focussen op gedeelde doelstellingen zullen leiden tot een prettigere samenwerking en maakt het mogelijk om sámen naar meer gezinsgerichte zorg toe te werken (Boulton & Allen, 2007). Gezinsgerichte zorg betekent namelijk niet alleen dat de leden van het gezin dichterbij elkaar worden gebracht, maar ook de verschillende disciplines en afdelingen komen nader tot elkaar door de hechtere samenwerkingsverbanden die dat type zorg vereist.

5.1.2 Kennismaking en vertrouwen

Om meer te weten te komen over de overeenkomsten en verschillen tussen de disciplines en afdelingen is het belangrijk dat men elkaar (beter) leert kennen. Dit proces van internalisatie, waarbij men bekend raakt met elkaar, men bewust is en het belang inziet van wederkerige afhankelijkheid en de onderlinge relaties verbetert, laat begrip, vertrouwen en onderlinge betrokkenheid groeien (Boesveld-Haitjema et al., 2008, pp. 12-13). Binnen dit onderzoek staan twee typen relaties centraal: professionele en interpersoonlijke relaties. Uit de interviews blijkt dat het niet goed genoeg kennen van elkaar, op professioneel en interpersoonlijk gebied, verscheidene gevolgen heeft.

Gebrekkige professionele relaties hebben een inefficiënte samenwerking als gevolg. Onder andere arts-assistenten en dagcoördinatoren geven aan dat er tijd en energie bespaard zou kunnen worden als men beter van elkaar zou weten wat ieders taken en bevoegdheden zijn. Daarnaast levert onvoldoende kennis hierover ook irritaties op: men weet niet altijd waarom iemand handelt zoals diegene doet of waar de ander precies mee bezig is, en in combinatie met de ervaren werkdruk zorgt dit voor frustraties, onzekerheid en afstandelijkheid. Dit maakt dat de samenwerking soms stroef verloopt en dat niet iedereen in zijn of haar kracht gezet kan worden.

Het verbeteren van de interpersoonlijke relaties zou volgens veel respondenten leiden tot een betere en fijnere samenwerking: net wat meer over elkaar weten dan elkaars naam en functie zou de kloven tussen de disciplines doen kunnen reduceren en de sfeer op de afdelingen verbeteren.

Respondenten spreken over het bestaan van een angstcultuur, het gebrek aan aanspreekcultuur, een 'wij vs. zij'-gevoel en het missen van waardering. Internalisatie kan

ervoor zorgen dat men zich 'veiliger' voelt, sneller dingen uitspreekt en meer begrip en waardering voor elkaar ontwikkelt (Verstraeten, 2012, pp.18-19). Het niet (goed) genoeg kennen van elkaar en elkaars werkzaamheden maakt het moeilijk om je in te leven in de situatie van de ander en zorgt ervoor dat gemaakte keuzes niet altijd worden begrepen. Dit leidt tot onderlinge irritaties en geroddel en zit een open, prettige sfeer op de werkvloer in de weg. Men vindt het moeilijk om de ander aan te spreken op gedrag, omdat men bang is voor de reactie van de ander. Naast betere professionele en interpersoonlijke contacten kan ook de rol van de dagcoördinatoren bijdragen aan het verbeteren van deze knelpunten.

5.1.3 Structuur en leiderschap

Een goede interprofessionele samenwerking heeft baat bij leiderschapsfuncties en structuren die de samenwerking actief ondersteunen (Boesveld-Haitjema et al., 2008, p. 13). In de bevindingen vindt men dit terug in de vorm van de taken van de dagcoördinatoren en activiteiten als een dagstart. De dagcoördinatoren nemen een actieve rol in op het gebied van het verbeteren van de onderlinge communicatie en vormen een schakel tussen onder andere gynaecoloog en verpleegkundige. Zij sturen actief aan op het geven van feedback, proberen het begrip tussen disciplines te vergroten en onderlinge irritaties en knelpunten bespreekbaar te maken. In zekere zin dragen zij een voorbeeldfunctie in het ontwikkelen van de aanspreekcultuur en proberen de drempel om elkaar feedback te geven te verlagen. De dagcoördinatoren zijn een mechanisme van verandering dat geduid kan worden als *institutional entrepreneurs* (Thornton & Ocasio, 2008, p. 115). Zij proberen de instituties die heersen te beïnvloeden en/of nieuwe instituties te creëren. Zij spelen een cruciale rol in het waarnemen van differentiatie en fragmentatie tussen institutionele logica's en proberen op creatieve wijze sociale relaties te manipuleren: de dagcoördinatoren proberen het gesprek tussen de verschillende disciplines te openen om zo de aanspreekcultuur te doen groeien en de heersende angstcultuur te matigen (Thornton & Ocasio, 2008, p. 115). Dit soort veranderingen beginnen vaak in het 'klein', op lokaal niveau, en oog voor het individu maakt verandering mogelijk (Boulton & Allen, 2007, pp. 215, 223). Interessant is dat deze *institutional entrepreneur* geen manager of iemand met een hoge medische positie is, maar een persoon die zich tussen alle medewerkers van de afdelingen bevindt en die zelf ook bepaalde medische handelingen verricht. Deze dagcoördinatoren werken als 'trekker'

is die iedereen enthousiast kunnen maken en kunnen samenbinden (Boesveld-Haitjema et al., 2008, p. 13). Het ontbreken hiervan kan leiden tot onvoldoende communicatie en samenwerking, wat de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloedt (Stichting Perined, 2016, p. 4). Daarnaast hebben de dagcoördinatoren zicht op irritaties die spelen op de werkvloer en zijn zij zich bewust van de conflicterende logica's. Conflict biedt ruimte voor verandering en innovatie: patronen die het vermogen van een systeem om zich succesvol aan te passen aan de omgeving verbeteren, worden gestabiliseerd en herhaald; de patronen die dat niet doen, worden afgewezen (McElroy, 2000, p. 196).

De dagstart kan worden gezien als een patroon dat men houvast biedt en als positief ervaren wordt. Dit type structuur biedt extra opheldering omtrent praktische zaken op het verloscentrum. Het geeft, naast de reguliere overdrachten en overleggen per discipline, een extra overzicht en structuur en zorgt dat iedereen tegelijkertijd op de hoogte wordt gebracht van hoe het verloscentrum ervoor staat. Leiderschapsfuncties en structuren als de dagstart kunnen indirect een boodschap uitzenden die staat voor het gezamenlijk verantwoordelijk willen zijn voor kwalitatief goede zorg en goede samenwerking.

5.1.4 Tools ter ondersteuning

Er zijn verschillende instrumenten die verhelderend kunnen werken bij het verbeteren van de onderlinge samenwerking. Deze instrumenten zijn gericht op het verduidelijken van verantwoordelijkheden en verwachtingen en leiden tot meer transparantie en scherpte, wat, naast de samenwerking op zich, ook de kwaliteit van de zorg kan verbeteren (D'Amour et al., 2008, pp. 2-3, 6; Stichting Perined, 2016, p. 4).

Een voorbeeld van een procedure die is ingezet is het nemen van een 'kijkje in elkaars keuken'; hierbij komen medewerkers van die drie afdelingen bij elkaar over de vloer om zo te ervaren hoe een andere afdeling te werk gaat. Met name tussen het verloscentrum en de kraamafdeling en de afdeling neonatologie kunnen zo de verschillen in manieren van aanpak verduidelijkt worden. De kraamafdeling en het verloscentrum noemt men namelijk een 'geoliede machine' die eigenlijk 'één team is', maar het contact met de afdeling neonatologie lijkt een stuk minder warm te zijn. Een verklaring die door respondenten wordt gegeven is dat de werkvelden als zodanig verschillen dat een afstand onvermijdelijk is: andere type mensen, ander soort werk, een andere focus. Respondenten geven aan dat deze invalshoek zo anders is, omdat zij meer gericht zijn op

vaste structuren omtrent het verzorgen van zieke kindjes en zich over het algemeen minder focussen op acute situaties zoals die zich binnen het verloscentrum voordoen. Volgens de respondenten bestaat er ook een verschil in 'type' mensen tussen de afdelingen, wat samenhangt met hun werkzaamheden, manieren van handelen en wat er van hen gevraagd wordt. Het bekijken van elkaars werkveld laat de verschillende verantwoordelijkheden en verwachten zien, zodat men daar in de toekomst beter op kan anticiperen; het gezamenlijk doorlopen van het proces waarin elkaars rollen en taken worden blootgelegd ondersteunt het samenwerkingsproces en doorbreekt wellicht de wederzijdse stereotypering en bevooroordeeldheid (D'Amour et al., 2008, p. 6).

De Gastgerichtheidstraining is een andere procedure die in werking is gezet, waarbij men daadwerkelijk in elkaars rollen kruipt. Hierdoor kunnen de disciplines binnen één afdeling elkaar beter leren kennen en ervaren wat ieders taken en verantwoordelijkheden zijn. Dit biedt inzicht in bijvoorbeeld alle verschillende rollen die vervuld worden omtrent een bevalling en weergeven ook de onderlinge afhankelijkheid, waardoor ook een stuk teambuilding aan bod komt wat momenteel door respondenten wordt gemist.

Een laatste punt richt zich op de efficiëntie van de afdelingen. Men kan kijken naar de plekken waar overlap plaatsvindt in de documentatie. Respondenten geven aan dat tussen het medisch en verpleegkundig dossier een aantal raakvlakken zitten waar op te winnen valt. Een ergernis die ervaren wordt is het gevoel te weinig patiëntgericht te kunnen werken door de verplichte administratieve handelingen; het bekijken van de mogelijkheden omtrent een (deels) gedeeld dossier zou een ondersteunend instrument kunnen vormen binnen de samenwerking tussen disciplines en meer tijd hebben voor de patiënt.

5.2 Conflict en verandering

Zoals de literatuur omtrent de institutionele logica-benadering omschrijft, zijn er ook binnen dit onderzoek verschillende logica terug te zien op zeer lokaal afdelingsniveau (Waardenburg, 2016, p. 42). De bevindingen laten zien dat de verschillende medische disciplines en afdelingen gevuld zijn met eigen sociale structuren die regels, normen, waarden, et cetera omvatten en die de respondenten gebruiken om betekenis te geven aan hun sociale werkelijkheid (Thornton & Ocasio, 2008, p. 101). De professionals verhouden zich op een bepaalde wijze tot hun context, vormen en creëren verscheidene logica's, die op hun beurt ook weer de professionals beïnvloeden. De toegevoegde waarde

van de institutionele logica-benadering ten opzichte van de nieuwe institutionele theorie wordt zichtbaar: niet alleen op macro-, maar ook op microniveau spelen verschillende institutionele logica's een grote rol in hoe professionals betekenis geven aan hun denken, handelen en de organisatie zelf.

Uit de bevindingen komt dan ook naar voren dat de respondenten behoorlijk eenduidig aangaven waar de verschillen tussen de disciplines zich bevinden. Allereerst werd duidelijk dat men daadwerkelijk kan spreken van verschillende institutionele logica per discipline: men gaf aan andere handelingen te verrichten, verschillende manieren van documentatie te hanteren, elkaar en patiënt anders te benaderen en dat men verschillende verantwoordelijkheden draagt; deze aspecten worden ondersteund door artefacten die het onderscheid in disciplines en dus institutionele logica's benadrukken (Pratt, Rockmann & Kaufmann, 2006, p. 248; Yanow, 1996, p. 10). Een voorbeeld hiervan is de zakelijke rol van de gynaecoloog, die verklaart kan worden door het dragen van de hoogst medische verantwoordelijkheid: hij moet de knopen kunnen doorhakken, beslissingen snel kunnen nemen en daar ook echt voor gaan staan. Het mechanisme aan de hand van sociale classificatie en categorisatie speelt dus binnen de afdelingen een rol: functie en bijbehorende aspecten geven de verschillende institutionele logica's aan (Thornton & Ocasio, 2008, p. 112).

Daarnaast blijken ook leeftijd en jaren ervaring een rol te spelen: men voelt soms een drempel in contact met een collega die veel ouder is en/of meer werkervaring heeft. Deze typen van onderscheid tussen en binnen disciplines werden extra benadrukt door een 'wij vs. zij' gevoel dat door de respondenten ervaren wordt; de verschillende manieren van denken, handelen en daar bijbehorende taken, verantwoordelijkheden en communicatie zijn zodanig ingebed dat de verschillen soms als de 'enige denkbare realiteit' worden gezien (Qian, & Burritt, 2008, pp. 235-236).

5.2.1 Pluralisme & conflict

Dit onderzoek laat zien dat institutioneel pluralisme zich ook voordoet op afdelingsniveau: binnen het verloscentrum en tussen de drie afdelingen van de geboortezorg (verloscentrum, kraamafdeling en neonatologie) bestaan meerdere, verschillende institutionele logica die met elkaar interacteren (Kraatz & Block, 2008, p. 2; Vermeulen, 2012, pp. 9-10). Het verloscentrum en de kraamafdeling zijn twee afdelingen waarbij dit goed lijkt te gaan: ondanks dat er verschillende institutionele logica's bestaan

kunnen deze naast elkaar bestaan en voelt de samenwerking als soepel (Boulton & Allen, 2007). Hun contacten met de afdeling neonatologie verlopen stroever en de logica's tussen de afdelingen botsen.

De verschillende medische disciplines vervullen allen specifieke taken met betrekking tot de zorg die zij bieden: binnen het verloscentrum zijn dit bepaalde handelingen omtrent het succesvol laten verlopen van een bevalling. Deze complexe gebeurtenis benadrukt de noodzaak van professioneel pluralisme; de verscheidende subsystemen zijn nodig om volledige zorg te kunnen bieden. Ook Boulton en Allen (2007, p. 215) laten aan de hand van de complexiteitstheorie de meerwaarde van die variatie in disciplines en bijbehorende logica zien door te stellen dat verandering en creativiteit alleen kunnen voorkomen uit diversiteit. Naast de mogelijkheid tot verandering, biedt deze diversiteit ook ruimte voor strijd en conflict (Noordegraaf & van der Meulen, 2008, p. 1059).

Kijkend naar de bevindingen van dit onderzoek blijkt dat tussen de verschillende disciplines en hun institutionele logica's zich botsingen voordoen, iets wat niet ongebruikelijk is op het moment dat er sprake is van institutioneel pluralisme (Vermeulen, 2012, pp. 9-10; Kraatz & Block, 2008, p. 4). Deze institutionele complexiteit uit zich in strubbelingen tussen verschillende logica's: tussen gynaecoloog en dagcoördinator omtrent het aannemen van patiënten, tussen arts-assistent en verpleegkundige met groot leeftijdsverschil of verschil in jaren ervaring omtrent manieren van aanpak, tussen arts-assistent en gynaecoloog omtrent hun docerende rol en over alle disciplines omtrent het uitspreken van waardering, feedback, complimenten en kritiek. Tot slot bestaat er ook een spanningsveld tussen het verloscentrum en de afdeling neonatologie, wat door respondenten wordt verklaard door het verschil in specialisatie, manier van werken en handelen en 'type' mensen.

Een 'wij vs. zij'-gevoel is iets wat tussen de afdelingen en door alle disciplines heen ervaren wordt en wat gevoed wordt door de gescheiden institutionele logica per disciplines: bepaalde gebruiken, handelingen, manieren van communicatie, mate van verantwoordelijkheid, eigen specialiteit, maar ook leeftijd en ervaring, maken dat er een kloof valt tussen disciplines, omdat men niet bekend genoeg is met de ander en soms moeite heeft met zich in te leven in de ander en diens professionele situatie. Opmerkelijk is dat naast bepaalde, deels zichtbare, verschillen die kloven veroorzaken, het artefact 'taal' van grote invloed kan zijn op het voelen van afstand. Het ondersteunt de sociale categorisatie zoals institutionele logica's. Het spreken in 'wij' tegenover 'zij' vormen kan

onbewust de 'zij'-groep koppelen aan negatieve kenmerken en de 'wij'-groep koppelen aan positieve, waardoor een kloof ontstaat en in stand gehouden wordt (Perdue, Dovidio, Gurtman & Tyler, 1990, p. 483). Het hanteren van deze termen geschied binnen meerdere contexten: niet alleen naar de onderzoeker toe, maar ook binnen en tussen afdelingen hoort men deze begrippen terugkomen; deze formuleringen komen tot leven op de werkvloer. Wellicht worden ook andere gevoelens naast onbegrip, onderlinge irritatie en elkaar niet goed genoeg kennen via dit mechanisme geuit, zoals de ervaren werkdruk en het gevoel van onmacht omtrent de onderbezetting.

Dit laat de kracht van artefacten zien, maar ook dat deze kunnen worden ingezet om een verandering te ondersteunen. Respondenten geven aan toe te willen werken naar een 'wij', het vormen van een geheel; taal kan worden gebruikt om dit gevoel te versterken en attitudes tegenover de voormalige 'zij' (bijvoorbeeld het verloscentrum vs. de afdeling neonatologie) te doen verbeteren (Perdue et al., 1990, p. 484). De eerdergenoemde *institutional entrepreneurs*, de dagcoördinatoren, kunnen hierop inspelen en dit gebruiken om hun ambities voor de afdelingen te bereiken.

2.5.2 Reconstructie van gedeelde betekenissen

Respondenten erkennen deze spanningsvelden en geven aan hier wat mee te willen en moeten doen: 'wij vs. zij' moet plaats maken voor 'samen' en 'wij'. Bode, Langer en Märker (2016, pp. 4-5) geven aan dat institutionele complexiteit niet alleen strijd brengt, maar ook kansen biedt: een conflict kan worden beschouwd als een opening voor verandering. Op het moment dat men de ambivalentie tussen logica accepteert, ontstaat ruimte om de zaak van meerdere kanten te bekijken en tot een nieuwe, meer gezamenlijk gevoelde logica te komen, die kunnen leven naast andere, soms tegenstrijdige betekenissen. Omdat institutionele logica's geen vaststaande gegevens zijn, maar (re)construeerbaar, kan bewustwording en acceptatie van onderlinge verschillen leiden tot het ontstaan van nieuwe, gedeelde betekenissen aan de samenwerking binnen en tussen de afdelingen (Smets & Jarzabkowski, 2013, p. 1284; Boulton & Allen, 2007, p. 216). Met oog op de gezinsgerichte zorg die het Ziekenhuis X ambieert, kunnen de conflicten tussen de verschillende institutionele logica's worden gezien als een opening om tot nieuwe, gedeelde praktijken, normen, waarden en doelen te komen. Hierbij kan men ingaan op zaken welke zijn benoemd door de respondenten, zoals meer focus op integratie tussen de afdelingen en het vergroten van het onderlinge begrip en waardering voor elkaar.

5.3 Conclusie

Kijkend naar de verschillende facetten van interprofessionele samenwerking zoals die binnen dit onderzoek worden gepresenteerd, zijn verschillende betekenissen te onderscheiden. Veel respondenten geven aan elkaar niet goed genoeg te kennen en hebben het gevoel dat dit een prettige samenwerking in de weg staat. Een gevoel dat versterkt wordt door het ervaren van een angstcultuur en gebrek aan aanspreekcultuur; de drempel die men voelt om bijvoorbeeld feedback te geven, open te zijn over gevoelens en de sterk ervaren hiërarchische verschillen maken de sfeer soms negatief en de samenwerking stug. Wel komen er zaken naar voren die veranderingen zouden kunnen ondersteunen; denk hierbij aan bepaalde ontwikkelingen in de structuur, zoals de dagstart of een gastgerichtheidstraining, maar ook de rol van de dagcoördinatoren. Een groot deel van de verandering lijkt om bewustwording te draaien en het zijn voornamelijk sociale aspecten die men verbeterd zou willen zien, zoals meer vertrouwen in en waardering voor elkaar en het wegnemen van het 'wij vs. zij'-gevoel. Interessant is om te zien dat de verschillende institutionele logica's een zeer grote invloed hebben op hoe de samenwerkingen verlopen; het lijkt alsof de institutionele logica benadering over alle activiteiten van de geboortezorg heen kan worden gelegd en een grote rol speelt bij hoe men de samenwerkingen ervaart en daar betekenis aangeeft. Het benadrukken van overeenkomsten in combinatie met het blootleggen, leren kennen en accepteren van verschillen, of te wel openstaan voor de institutionele pluraliteit en complexiteit, maakt het mogelijk om nieuwe, gedeelde betekenissen te ontwikkelen en een stap richting een toekomst van meer gezinsgerichte zorg te zetten. Een gezamenlijke stap, waarbij ook de individuele, soms ambivalente, betekenissen ruimte en vrijheid krijgen en hun stem kunnen vormen en laten horen.

6. Conclusie

Dit onderzoek dient als een weergave van hoe zorgprofessionals binnen de geboortezorg van het Ziekenhuis X hun samenwerkingen ervaren. Er is gepoogd de betekenissen die de

professionals geven aan de samenwerkingen binnen en om het verloscentrum bloot te leggen en te begrijpen, met de ambitie om bij te kunnen dragen aan het welzijn van medewerker en patiënt.

Het proces van betekenisgeving heeft een continu karakter waarbij door interactie en het delen en construeren van betekenissen wordt geprobeerd te bekijken en begrijpen hoe de wereld om men heen 'in elkaar zit' (Weick, 1995, pp. 2-4, 6; Bode, Lange & Märker, 2016, p. 4). Om dit proces in kaart te kunnen brengen voor dit onderzoek, is gebruik gemaakt van een kwalitatieve methode, namelijk interpretatief onderzoek. Hierbij gaat men uit van respondenten die actief betekenis geven aan wat er in hun omgeving gebeurt (Deetz, 1996, p. 202). Vanuit mijn rol als onderzoeker heb ik gekeken naar de gevoelens, gedachten en ervaringen van de respondenten en geprobeerd te zien welke gedeelde maar ook individuele betekenissen er bestaan binnen en rondom het verloscentrum. Mijn eigen betrokkenheid bij dit proces maakt dat sommige betekenissen door mij beïnvloed kunnen zijn (Douglas & Coussens, 2011, p. 153). Mijn doel was daarom om de respondent zelf zo veel mogelijk aan het woord te laten en hun betekenissen te laten spreken. Aan de hand van hun verhalen wordt een antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag:

Welke betekenis geven zorgprofessionals aan de samenwerking binnen en rondom het verloscentrum in het Ziekenhuis X?

6.1 Beantwoording hoofdvraag

De interprofessionele samenwerkingen die binnen dit onderzoek een rol spelen zijn opgedeeld in vier dimensies die ondersteunend werken bij het blootleggen van betekenissen omtrent de samenwerking en bij het aftasten naar mogelijke verbeterpunten of veranderingen. Duidelijk wordt dat men behoefte heeft aan het explicieter vormen van gedeelde doelen en visie, met name met oog op een toekomst van meer gezinsgerichte zorg: binnen deze verandering worden de verschillende afdelingen sterker verbonden dan voorheen, waarbij men behoefte heeft aan een 'wij'-gevoel, in plaats van dat de afdelingen simpelweg naast of zelfs tegenover elkaar (be)staan (Boesveld-Haitjema et al., 2008; Lawson, 2004). Ditzelfde gaat op binnen het verloscentrum zelf: respondenten geven aan te willen streven naar meer te werken maar ook te vóelen als een team, waarin waardering, vertrouwen en wederkerige

afhankelijkheid naar voren komen.

Om hiertoe te kunnen komen geven veel respondenten aan elkaar beter te willen en moeten leren kennen, op zowel professioneel als interpersoonlijk vlak. Hierbij gaat men uit van kunnen werken op een efficiënter niveau, maar ook met een prettigere sfeer (Boesveld-Haitjema et al., 2008; Bolhuis, 2002). Duidelijk wordt dat de dagcoördinatoren een grote rol kunnen spelen om deze zaken te bewerkstelligen: zij staan middenin de afdelingen en hebben met alle disciplines contact. Zij sturen dan ook aan op een meer open communicatie en het aanpakken van onderliggende irritaties of knelpunten tussen disciplines (Boesveld-Haitjema et al., 2008). Praktische zaken als een dagstart, het 'kijkje in elkaars keuken' en de gastgerichtheidstraining ondersteunen dit proces ook; men leert elkaar op verschillende vlakken beter kennen, wat samenwerking en communicatie vergemakkelijkt en men zich beter kan inleven in de positie van een ander (D'Amour et al, 2008).

Dit onderzoek laat zien dat men de verschillende disciplines en afdelingen als aparte eenheden binnen een groter geheel worden en beschouwd. Ieder discipline bevat een eigen institutionele logica die manieren van denken, handelen en het geven van betekenis beïnvloedt (Thornton & Ocasio, 2008; Yanow, 1996). Ondanks de verschillende institutionele logica's zijn er, door de verschillende disciplines heen, een aantal overeenkomende betekenissen terug te vinden. De bevindingen laten zien dat men zoekende is en verlangt naar meer saamhorigheid: meer focus op teambuilding, het 'wij vs. zij'-gevoel dat een meer 'wij'-gevoel moet worden, het leren geven en ontvangen van feedback en de behoefte aan waardering en vertrouwen zijn gevoelens en gedachten die naar voren komen. Ondanks verschillen in positie, het ervaren 'wij vs. zij'-gevoel en andere verschillen zoals leeftijd en jaren ervaring hebben respondenten overeenkomstige sociale behoeften, iets wat nuance kan aanbrengen in de kloven tussen disciplines en hun bijbehorende logica's (Bode et al., 2016).

Een belangrijk punt dat aandacht verdient is de complexiteit die schuil gaat achter alle verschillende disciplines, afdelingen en hun samenwerkingen. Binnen dit onderzoek is geprobeerd de betekenissen hieromtrent bloot te leggen, te begrijpen en een antwoord te vormen op welke betekenis men geeft aan de samenwerkingen binnen en rondom het verloscentrum. Een onderdeel van het antwoord bestaat uit het accepteren van de

complexiteit: enerzijds is dat bewustwording van het feit dat niet alle betekenissen naar boven gehaald kunnen worden en dat niet alles analyseerbaar en verklaarbaar is, anderzijds is dat het inzicht dat deze complexiteit ingezet kan worden om, gezien de grote druk voor organisaties om aanpasbaar te zijn, te kunnen veranderen en ontwikkelen (Grobman, 2005, p. 354; Boulton & Allen, 2007, p. 215).

6.2 Aanbevelingen

Aan de hand van dit onderzoek zijn verscheidene aanbevelingen mogelijk. Enerzijds zijn dit praktische aanbevelingen, gericht op het beleid van en acties binnen het Ziekenhuis X, anderzijds zijn dit mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

Allereerst zullen de aanbevelingen voor de geboortezorg van het Ziekenhuis X worden gepresenteerd (6.2.1, 6.2.2 en 6.2.3) om vervolgens af te sluiten met mogelijke punten voor vervolgonderzoek (6.3.1 en 6.3.2).

6.2.1 Bewustwording

De afdelingen van de geboortezorg van het Ziekenhuis X zijn recentelijk begonnen met het nemen van een 'kijkje in elkaars keuken'. Hierdoor wordt het inzicht en begrip voor elkaars afdeling, werkzaamheden, werkwijze en manieren van handelen en communiceren vergroot. Het is belangrijk om te benadrukken dat de afdelingen en disciplines op bepaalde fronten van elkaar verschillen, maar dat is ook nodig is om volledige zorg te kunnen bieden; alle afdelingen en disciplines spelen een cruciale rol bij de zorg rondom de geboorte. Het vergroten van dit inzicht maakt dat men beter op elkaar in kan spelen en dat er meer ruimte komt voor het accepteren en gebruik maken van elkaars verschillen.

6.2.2 Teambuilding

Ondanks de verschillen tussen de afdelingen en disciplines is het belangrijk om te opereren als een team. Samenwerking is een proces waarbij meerdere actoren profiteren van elkaars capaciteiten, vaardigheden en specialismen. Dit brengt onderlinge afhankelijkheid en relaties met zich mee, waarbij men, ondanks mogelijke belangenverstrengelingen, uit moet gaan van een gezamenlijk doel. Men heeft elkaar nodig en door de krachten te bundelen kan men het beste resultaat bereiken. Door hier actiever op in te spelen kunnen de disciplines en afdelingen meer als een team gaan

aanvoelen. De Gastvrijheidstraining van het Ziekenhuis X was een initiatief waarbij medewerkers de mogelijkheid kregen elkaars rollen te verkennen en bewust te kijken naar hun samenwerking. Dit werd als verhelderend en positief ervaren maar zou nog kunnen worden aangevuld met meer informele activiteiten.

6.2.3 De rol van de dagcoördinator

Uit dit onderzoek blijkt dat de dagcoördinator een belangrijke rol vervult binnen de onderlinge omgang van medewerkers. Zij sturen aan op het uitspreken van (positieve en negatieve) gevoelens, het geven van feedback en het vergroten van begrip voor en vertrouwen in elkaar. Hierdoor kan mogelijk de fragmentatie tussen de disciplines te verkleind worden, de angstcultuur verminderd worden en de aanspreekcultuur groeien. Kijkend naar de ambitie om meer gezinsgerichte zorg te bieden, zouden de dagcoördinatoren van de drie afdelingen die meer moeten gaan samenwerken (het verloscentrum, de kraamafdeling en de afdeling neonatologie) onderling overleg kunnen plegen om te onderzoeken wat zij op afdeling overstijgend niveau kunnen doen om de kloven te reduceren. Omdat de dagcoördinatoren een goed overzicht hebben van wat speelt binnen hun eigen afdeling en van alle disciplines feedback krijgen, zou het waardevol kunnen zijn om ervaringen en informatie met de dagcoördinatoren van de andere afdelingen uit te wisselen. Zo kunnen zij wellicht aansturen op niet alleen een betere onderlinge omgang binnen één afdeling, maar ook bekijken wat er tussen de drie afdelingen die de gezinsgerichte zorg van het Ziekenhuis X moeten vormen mogelijk is om de relaties te verbeteren.

6.3 Vervolgonderzoek

De mogelijke opties voor vervolgonderzoek geven aan op welke punten dieper in kan worden gegaan om een completer beeld te verschaffen van betekenisgeving over bepaalde facetten van de geboortezorg. Hierbij wordt zowel gekeken naar bepaalde tekortkomingen van dit onderzoek, als interessante uitkomsten die verder uitgediept kunnen worden.

6.3.1 De andere afdelingen

In dit onderzoek zijn de interne relaties van de kraamafdeling en het verloscentrum niet meegenomen, maar ligt de focus op de betekenisgeving van zorgprofessionals aan hun

samenwerkingen binnen het verloscentrum en tussen de drie afdelingen in de geboortezorg van het Ziekenhuis X. Het biedt dus geen inzicht in de interne relaties van de kraamafdeling en van de afdeling neonatologie, die de sterkst afwijkend perspectief lijkt te hebben. Om een completer beeld te kunnen vormen omtrent de betekenissen die zorgprofessionals geven binnen de geboortezorg van het Ziekenhuis X, zou het nodig zijn om dezelfde vraagstelling poneren op de kraamafdeling en de afdeling neonatologie. Daarnaast zou, met oog op het ‘kijkje nemen in elkaars keuken’, het doen van actie-onderzoek mogelijk zijn, waarbij aandacht bestaat voor het bewerkstelligen van verandering in de organisatie, het ontwikkelen van zelfhulpcompetenties en het uitbreiden van wetenschappelijke kennis (Coghlan, 2011, p. 54).

6.3.2 Relatie met de eerstelijnszorg

Binnen dit onderzoek is gekeken naar de samenwerkingen tussen medische professionals. Deze mensen leveren zorg aan zwangeren met een medische indicatie. Echter vinden er ook poliklinische bevallingen plaats op het verloscentrum, of te wel bevallingen die geleid worden door een eerstelijns verloskundige. Op het moment dat een bevalling medisch ‘wordt’, draagt zij over aan de gynaecoloog. Tussen de eerste- en tweedelijns zorg zit een complex spanningsveld: wie is waarvoor verantwoordelijk, wie neemt wanneer over, wie heeft de regie (Calsbeek & Rosendal, 2007, p. 119)? Hierbij spelen ook financiën en het tekort aan capaciteit een rol (De Monitor, 2017). Een vervolgonderzoek gericht op de relaties tussen de eerstelijnszorgverleners en de medische professionals zou een completer beeld vormen over betekenissen aan samenwerkingen in de geboortezorg, wat bruikbaar kan zijn bij de ontwikkeling naar meer ketenzorg waarbij de samenwerkingen intensiever worden.

6.4 Persoonlijke reflectie

Reflecterend op mijn rol als onderzoeker ga ik nogmaals in op de betrouwbaarheid, authenticiteit en de daarbij behorende criteria van dit onderzoek.

De geloofwaardigheid van dit onderzoek had wellicht groter kunnen zijn als er meer respondenten bij betrokken waren geweest. Er zouden dan meer ‘werkelijkheden’ een rol hebben gespeeld binnen dit onderzoek en ik had aan meer mensen mijn eigen

interpretaties kunnen voorleggen. Hierdoor zouden er meer perspectieven en betekenissen aan bod zijn gekomen.

Kijkend naar de overdraagbaarheid van dit onderzoek denk ik dat één case nooit volledig representatief kan zijn – de uitkomsten van dit onderzoek dienen niet om iets te zeggen over allerlei verloscentra van andere ziekenhuizen, maar om inzicht te verschaffen in de situatie van de geboortezorg van het Ziekenhuis X. De uitkomsten van dit onderzoek schieten te kort om in algemenere zin toegepast te kunnen worden. Wel zou dit onderzoek een vertrekpunt kunnen vormen voor andere onderzoeken en zou er bekeken kunnen worden of de situatie op andere plekken wellicht vergelijkbaar is.

De betrouwbaarheid heb ik gepoogd te waarborgen door het bijhouden van verscheidene notities (paragraaf 3.5.1) en door deze te bespreken met respondenten, maar ik wil niet beweren dat dit onderzoek objectief is. Het is te allen tijde mijn doel geweest om de verhalen van respondenten te kunnen vertellen en een plek te geven in mijn onderzoek, maar mijn eigen keuzes en opvattingen als onderzoeker spelen daarbij een rol (hoofdstuk 3). Daarmee kom ik aan bij de bevestigbaarheid van dit onderzoek: ik heb geprobeerd mijn persoonlijke opvattingen zo min mogelijk de bevindingen te laten beïnvloeden (paragraaf 3.5.1), maar ik weet dat, als iemand anders dit onderzoek had gedaan, het niet dezelfde bevindingen had opgeleverd.

Kijkend naar de verschillende criteria die vallen onder de authenticiteit van dit onderzoek (paragraaf 3.5.2) ben ik van mening dat door de interviews en observaties medewerkers van de afdelingen zich bewuster zijn geworden van hun samenwerkingen en hoe zij daarover denken. Door te kijken naar hun ervaringen, gevoelens en betekenissen die zij geven aan de samenwerking kan ik mij voorstellen er ook een bepaalde (zelf)reflectie heeft plaatsgevonden, bijvoorbeeld bij een verpleegkundige die nadenkt over hoe een arts iets kan ervaren, een gynaecoloog die nadenkt over hoe de werkdruk voor het verplegend personeel is en respondenten die nagaan hoe zij zelf zich opstellen binnen de samenwerking. Daarnaast kunnen de gevormde aanbevelingen (paragraaf 6.2) handvatten bieden om bepaalde concrete stappen te ondernemen die bijdragen aan het verandertraject.

Bronvermelding

Arnold, L. & Stern, D.T. (2006). What is Medical Professionalism? *Measuring Medical Professionalism*. Oxford University Press.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek - Denken en doen*. Amsterdam: Boom.

Boesveld-Haitjema, I., Waelpunt, A., Eskes, M. & Wieggers, T. (2008). Stand van zaken –

- Verloskundige Samenwerkingsverbanden. Tijdschrift voor Verloskundigen, KNOV, februari 2008 (11-14).
- Bode, I., Lange, J. & Märker, M. (2016). Caught in organized ambivalence: institutional complexity and its implications in the German hospital sector. *Public Management Review*.
- Bolhuis, S. (2002). Multi-professioneel samenwerken in de gezondheidszorg: onderzoek naar educatieve interventies. Nijmegen: Onderwijsinstituut UMC St Radboud Afdeling Onderwijsontwikkeling en Onderzoek, (1-63).
- Borst, de, J. & Wieggers, T.A. (2010). Organisatie van spoedzorg in de verloskundige keten. NIVEL.
- Boulton, J. & Allen, P. (2007). Complexity and Strategy, *The Complexity Perspective. Advanced Strategic Management - A Multi-perspective Approach*.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford University Press.
- Buchanan, D. & Dawson, P. (2007). Discourse and Audience: Organizational Change as Multi-Story Process. *Journal of Management Studies*, 44:5 (669-686).
- Burgt, van der, E. J. & Mechelen-Gevers, van, E. (2007). *Inleiding in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Burgt, van der, E. J., Mechelen-Gevers, van, E., Lintel Hekkert, te, M. (2015). *Introductie in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Calsbeek, H. & Rosendal, H. (2007). Waarom ketenzorg zo moeizaam van de grond komt: de slaag- en faalfactoren. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 5:5, (117-121).
- Coghlan, D. (2011). Action research: Exploring perspectives on a philosophy of practical knowing. *The Academy of Management Annals*, 5(1), 53-87.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez L. & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, (116-131).
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., San Martín-Rodríguez, L. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *MC Health Services Research* 2008, 8:188 (1-14).
- Deetz, S. (1996). Crossroads—Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. *Organization Science*, 7:2 (191-207).

- De Monitor (2017). *Geboortezorg onder druk*. KRNO-NCRV, 19-11-2017.
 Geraadpleegd via: https://www.npo.nl/de-monitor/KN_1676725
- Douglas, A. & Coessens, K. (2011). *Movement and Moment: In-between Discreteness and Continuity. Bodies in Movement: Intersecting Discourses of Materiality in the Sciences and the Humanities*, University of Edinburgh, May 2011.
- Grobman, G.M. (2005). Complexity theory: a new way to look at organizational change. *Public Administration Quarterly*, 29:3 (350-382).
- Homan, T. (2009). *Veranderen als chaotisch proces*. Adviesplatform van het Onderzoekscentrum Facilitating Change and Implementation Dynamics.
- Kawulich, B.B. (2005). Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2005, 6:2, 43.
- KM, S. & Gali, S. (2016). Professionalism in Healthcare Education. *Journal of Dental & Oro-facial Research* 12:1 (14-18).
- Kraatz, M.S. & Block, E.S. (2008). Organizational implications of institutional pluralism.
- Lawson, H.A. (2004). The logic of collaboration in education and the human services. *Journal of Interprofessional Care*, 18:3 (225-237).
- Ziekenhuis X (2016). *Gezinsgerichte zorg – haalbaarheidsonderzoek*.
 Zorgeneheid Gynaecologie, Obstetrie, Kindergeneeskunde. Rotterdam:
 Ziekenhuis X.
- Ziekenhuis X (2010). *Plan van aanpak – Ouder kind centrum*,
 18-03-2010. Rotterdam: Ziekenhuis X.
- Ziekenhuis X (2015). *Tevredenheidsonderzoek onder verloskundigen*,
 12-11-2015/03-12-2015. Rotterdam: Ziekenhuis X.
- Ziekenhuis X (2017). *Wie zijn wij?*
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief Onderzoek: Theorie en Praktijk [Qualitative Research: Theory and Practice]*. Amsterdam: Boom.
- Maxwell, J.A., (1996). *Qualitative research design: An interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McElroy, M. W. (2000). Integrating Complexity Theory, Knowledge, Management, and Organizational Learning. *Journal Of Knowledge Management*, 4:3 (195-203).
- Minkman, M. (2012). Een Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90:3 (151-152).

- Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) – TRF Portal (2017). *Over de TRF Portal – Topreferente zorg*.
Geraadpleegd via: <https://www.trfportal.nl/topreferente-zorg/>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2014). Marktscan en beleidsbrief - Ketenzorg 2014 Weergave van de markt 2008-2013. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2015). Quickscan en beleidsbrief – Integrale geboortezorg – Samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39:6 (761-785).
- Noordegraaf, M. (2011). Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues. *Organization Studies*, 32:10 (1349-1371).
- Noordegraaf, M. & Meulen, van der, M. (2008), Professional Power Play: Organizing Management in Health Care. *Public Administration*, 86:4 (1055–1069).
- O'Reilly, K. (2012). *Ethnographic methods. The practice of ethnography*. Routledge.
- Perdue, C. W., Dovidio, J. F., Gurtman, M. B. & Tyler, R. B. (1990). Us and Them: Social Categorization and the Process of Intergroup Bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59:3 (475-486).
- Pratt, M. G., Rockmann, K. W. & Kaufmann, J. B. (2006), Constructing Professional Identity: The Role of Work and Identity Learning Cycles in the Customization of Identity among Medical Residents. *The Academy of Management Journal*, 49: 2 (235-262). Academy of Management.
- Qian, W. & Burritt, R. (2008). The Development of Environmental Management Accounting: An Institutional View, in: *Environmental Management Accounting for Cleaner Production*. Springer Science + Business Media B.V.
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009). Een Goed Begin - Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte, Advies Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. December 2009.
- Smets, M. & Jarzabkowski, P. (2013). Reconstructing institutional complexity in practice: A relational model of institutional work and complexity. *Human relations*, 66:10 (1279–1309).

- Smircich, L. (1983). *Concepts of Culture and Organizational Analysis*. Sage Publications, *Administrative Science Quarterly*, 28: 3, Organizational Culture (339-358).
- Stichting Perined (2016) *Perinatale audit van à terme sterfte in 2013 & 2014*. Utrecht: Stichting Perined.
- Swick, H. M. (2000). Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Academic Medicine*, 75:6 (612-616).
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008), Institutional Logics. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds.), *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, (99-129). London: Sage.
- Thornton, P., Ocasio, W. & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective* Oxford University Press.
- Tummers, L.G. (2014). *Verandermanagement en beleid: Waarom vertonen professionals weerstand tegen nieuw beleid?* Department of Public Administration, Erasmus University Rotterdam, the Netherlands & Center for the Study of Law & Society, University of California, Berkeley, The United States.
- Vermeulen, P. (2012). *Omgaan met institutionele complexiteit: tussen Scylla, Charybdis en andere zeemonsters*. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Vermeulen, P. (2012). *Omgaan met institutionele complexiteit*. Radboud Universiteit Nijmegen (Sept./Okt. 2012), No. 5.
- Verstraeten, M. (2012). Meer openheid leidt tot meer compassie. *Mednet*, 5:7 (18-19).
- Waardenburg, M. (2016). *Dubbelspel - Over instrumentalisering van de sportvereniging*.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA and London: Sage.
- Yanow, D. (1996). *How Does a Policy Mean?: Interpreting Policy and Organizational Actions*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Zorgeenheid Gynaecologie, Obstetrie & Kindergeneeskunde, (2016). *Gezinsgerichte zorg, haalbaarheidsonderzoek*. Ziekenhuis X, Geboortehuis X, Geboortehotel. Augustus 2016.
- Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Bijlagen

Bijlage 1: Model 1: “*Integraal model – Samenwerking Geboortezorg*” (D’Amour et al., 2008; Boesveld-Haitjema et al., 2008; Stichting Perined, 2016).

	Dimensie 1	Dimensie 2
--	-------------------	-------------------

('D'Amour et al., 2008)	Gedeelde doelen en visie - <i>Shared goals and vision</i> 1.1 Goals 1.2 Client-centred orientation vs. other allegiances	Internalisatie - <i>Internalization</i> 2.1 Mutual acquaintanceship 2.2 Trust
(Boesveld-Haitjema et al., 2008)	<i>Gezamenlijke visie</i> "Een visie geeft een basis waarop iedereen kan terugvallen en kaders voor de nadere uitwerking van de samenwerking. Als deze visie steeds voor ogen wordt gehouden, hoeven factoren als domeinstrijd, hiërarchie en gebrek aan vertrouwen in elkaar geen rol meer te spelen."	<i>Elkaar beter leren kennen</i> "Respondenten geven aan dat het belangrijk is dat eerste- en tweedelijns verloskundige zorgverleners elkaar beter leren kennen. Zo ontstaat er meer begrip, vertrouwen en respect voor elkaar. Dit vormt de basis voor goed overleg en structurele afspraken."
(Stichting Perined, 2016)	"Gebrekkige communicatie en/of samenwerking (overdracht tussen echelons; communicatie tussen zorgverlener en zwangere; communicatie tussen leerling en supervisor; verpleegkundige durft arts niet op fout te wijzen; onduidelijkheid over taakverdeling en verantwoordelijkheden tijdens reanimatie; telefonische communicatie tussen eerstelijns verloskundige en ondersteunende tweede lijn tijdens thuisbevalling ondanks medische indicatie; overdracht openstaande diagnostiek bij overdracht dienst; communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners; communicatie omtrent spoed-status sectio)."	"Gebrekkige communicatie en/of samenwerking (overdracht tussen echelons; communicatie tussen zorgverlener en zwangere; communicatie tussen leerling en supervisor; verpleegkundige durft arts niet op fout te wijzen; onduidelijkheid over taakverdeling en verantwoordelijkheden tijdens reanimatie; telefonische communicatie tussen eerstelijns verloskundige en ondersteunende tweede lijn tijdens thuisbevalling ondanks medische indicatie; overdracht openstaande diagnostiek bij overdracht dienst; communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners; communicatie omtrent spoed-status sectio)."
	Dimensie 3	Dimensie 4
('D'Amour et al., 2008)	Bestuur - <i>Governance</i> 3.1 Centrality 3.2 Leadership 3.3 Support for innovation 3.4 Connectivity	Formalisatie - <i>Formalization</i> 4.1 Formalization tools 4.2 Information exchange

<p>(Boesveld-Haitjema et al., 2008)</p>	<p><i>Goede vergaderstructuur</i></p> <p>“Een duidelijke vergaderstructuur beïnvloedt de samenwerking positief. Ondersteuning door secretariaat en een onafhankelijke voorzitter kan hierbij behulpzaam zijn. Het werkt positief als er een ‘trekker’ is die iedereen enthousiast kan maken en kan samenbinden.”</p>	<p>-</p>
<p>(Stichting Perined, 2016)</p>	<p>“Gebrekkige communicatie en/of samenwerking (overdracht tussen echelons; communicatie tussen zorgverlener en zwangere; communicatie tussen leerling en supervisor; verpleegkundige durft arts niet op fout te wijzen; onduidelijkheid over taakverdeling en verantwoordelijkheden tijdens reanimatie; telefonische communicatie tussen eerstelijns verloskundige en ondersteunende tweede lijn tijdens thuisbevalling ondanks medische indicatie; overdracht openstaande diagnostiek bij overdracht dienst; communicatie tussen huisarts & verloskundige, kraamhulp & verloskundige, klinisch geneticus & overige perinatale zorgverleners; communicatie omtrent spoed-status sectio).”</p> <p>+</p> <p>“Onvoldoende of slechte documentatie (ontbrekende documentatie over gang van zaken tijdens en vlak na bevalling, m.n. tijdens reanimatie; ontbrekende overwegingen bij afwijkend beleid; onduidelijkheid over zorg- verlenersgroep verantwoordelijk voor dossiervorming; geen notatie uitkomsten standaard diagnostiek; geen verslaglegging in elektronisch dossier; onvoldoende terugkoppeling naar verwijzende zorgverlener; fouten</p>	<p>“Onvoldoende of slechte documentatie (ontbrekende documentatie over gang van zaken tijdens en vlak na bevalling, m.n. tijdens reanimatie; ontbrekende overwegingen bij afwijkend beleid; onduidelijkheid over zorg- verlenersgroep verantwoordelijk voor dossiervorming; geen notatie uitkomsten standaard diagnostiek; geen verslaglegging in elektronisch dossier; onvoldoende terugkoppeling naar verwijzende zorgverlener; fouten in genoteerde doseringen/tijdstippen; gebrek aan inzicht in elkaars dossiers - kinderarts, klinisch geneticus, patholoog; onvoldoende notitie voorgeschiedenis zwangere; papieren CTG niet bewaard).”</p> <p>+</p> <p>“Delay (onderschatting ernst in 1e lijn; probleem bij in gang zetten spoedsectio; zwangere belt laat met klachten; OGTT te laat uitgevoerd; kinderarts niet bereikbaar/aanwezig bij kind met slechte start; reanimatie vertraagd door afwijking protocol).”</p> <p>+</p> <p>“Onvoldoende diagnostiek (geen groeiecho ondanks afspraak zorgpad; geen drugtest; gebrekkige diagnostiek bij post-mortem onderzoek; zwangere weigert verdere diagnostiek).”</p> <p>+</p> <p>“Gebrekkig post-mortem/pathologisch</p>

	<p>in genoteerde doseringen/tijdstippen; gebrek aan inzicht in elkaars dossiers -kinderarts, klinisch geneticus, patholoog-; onvoldoende notitie voorgeschiedenis zwangere; papieren CTG niet bewaard).”</p>	<p>onderzoek (niet insturen placenta; foute preparatie navelstreng; niet aanbieden MRI na weigeren obductie; geen post-partum chromosomaal onderzoek; placenta komt niet aan bij lab).”</p> <p>+</p> <p>“Technisch/ logistiek probleem met apparatuur (spullen reanimatie niet overzichtelijk beschikbaar; medium voor sample patholoog niet beschikbaar).”</p>
--	--	---

Bijlage 2: Topiclijst interviews

Topics	Mogelijke vragen
Introductie	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie onderzoek, anonimiteit, geluidsopname
Openingsvragen	<ul style="list-style-type: none"> • Kun je me wat vertellen over jouw functie binnen het verloscentrum? (of neonatologie of kraamafdeling) • Wat zijn jouw werkzaamheden en verantwoordelijkheden? • Hoe ervaar jij je functie? • Hoe voel jij je op de afdeling? Wat is prettig of minder prettig? • Hoe verloopt de samenwerking met collega's? • Wat vind jij goed aan de huidige samenwerking? • Wat vind jij goed aan de huidige communicatie?
Samenwerking en communicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zou jij anders willen zien binnen de huidige samenwerking? • Wat zou jij anders willen zien binnen de huidige onderlinge communicatie?
Faciliterende factoren binnen de samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Wat ondersteunt volgens jou de samenwerking binnen het verloscentrum goed? Welke dingen helpen bij een goede samenwerking?
Belemmerende factoren binnen de samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Wat belemmert volgens jou goede samenwerking binnen het verloscentrum? Waar loopt de samenwerking soms vast? Wat bemoeilijkt de samenwerking? (Domeinstrijd/hiërarchie/gebrek aan vertrouwen?)
Dimensie 1: Gezamenlijke doelen en visie	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zie jij als de gedeelde of gezamenlijke doelen en visie binnen het verloscentrum? • Wat is volgens jou het doel van de samenwerking binnen het verloscentrum?

Dimensie 2: Internalisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe is de relatie met je collega's? (Gevoel ze goed te kennen?) • Hoe voelt het onderlinge vertrouwen op de afdeling? • Kun je iets vertellen over hoe onderling overleg binnen het verloscentrum gebeurt? • Kun je iets vertellen over de onderlinge betrokkenheid binnen het verloscentrum?
Dimensie 3: Bestuur	<ul style="list-style-type: none"> • Wie heeft binnen het verloscentrum de leiding? Wie is formeel de leider en geldt dat informeel ook zo? • Hoe wordt bepaald wie er de leiding heeft? • Kun je me iets vertellen over documentatie zoals de overdracht, patiëntendossiers, evaluatieformulieren? Hoe ervaar je dat? Hoe beïnvloedt dit de samenwerking? • Welke structuur houden jullie hierbij aan? vb. mondelinge overdracht, MDO. Hoe beïnvloedt dit de samenwerking?
Dimensie 4: Formalisatie	<ul style="list-style-type: none"> • Welke protocollen/regelgeving/procedures omtrent het verloscentrum ken je? Vb. "Resultaten van het teamoverleg verloskunde" Is dit gericht op de patiënt of ook naar elkaar toe? • Hoe gaat men om met fouten of zaken die niet volgens protocol zijn verlopen? Spreekt men anderen aan op hun fouten of als iets niet mag? • Wat verwacht jij van je naaste collega's? • Hoe wordt er omgegaan op met problemen de afdeling? Vb. sociaal, maar ook technisch of logistiek → voorbeelden vanuit observaties
Blik op de toekomst; Moeder-Kind Centrum?	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe zie jij de toekomst van het verloscentrum? • Hoe kijk je aan tegen een Moeder/Ouder-Kind Centrum? Wat vind jij van gezinsgerichte zorg?
Betekenisgeving	<ul style="list-style-type: none"> • Wat maakt volgens jou het verloscentrum tot wat het is? Wat vind jij 'typisch' voor deze afdeling?
...	<ul style="list-style-type: none"> • Wil je verder nog iets kwijt of iets bespreken waar we het nog niet over hebben gehad?
Leeftijd + jaren ervaring	<ul style="list-style-type: none"> • Zou ik mogen weten hoe oud je bent? • Zou ik mogen weten hoe veel jaar ervaring je hebt? • Zou ik mogen weten hoe lang je al werkzaam bent in het Ziekenhuis X?

Bijlage 3: Uitnodiging interviews

"Beste ...,

In het kader van mijn afstuderen voor de master 'Organisaties, Verandering en Management' (Universiteit Utrecht) doe ik onderzoek bij het Ziekenhuis X.

Mijn onderzoek richt zich op de samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen de geboortezorg; misschien heb je mij wel eens zien observeren op bij het verloscentrum, de kraamafdeling of de afdeling neonatologie.

Graag zou ik je voor mijn onderzoek ook willen interviewen.

Alle informatie die ik verzamel wordt anoniem verwerkt in het onderzoek en het uitgewerkte interview zal ik naar jou terugsturen voor inzage en controle. Ik verwacht dat de interviews 45-60 minuten duren.

Als u mee wilt werken aan dit onderzoek, kunt u mij laten weten wanneer dit voor u het beste uitkomt? Dan kunnen we een afspraak maken. Ik kijk ernaar uit u te spreken!

Met vriendelijke groet,

Kiki (Kirsten) Jansen”