

Eye on the prize

Een onderzoek naar de culturele integratie van een door een fusie samengevoegd team van medisch specialisten in Amsterdam UMC



Universiteit Utrecht

Afstudeeronderzoek Organisatie, Cultuur en Management,
executive master leergang 24

Departement Bestuurs- en organisatiewetenschap (USBO)

Student: Marjolijn de Bruijn
Studentnummer: 4320131

Afstudeerbegeleider: Dr. Marianne Dortants
2^e beoordelaar: Dr. Sander Kramer

Samenvatting

Amsterdam UMC is de organisatie die in 2018 is ontstaan uit de bestuurlijke fusie van twee Amsterdamse academische ziekenhuizen, het Academisch medisch centrum (AMC) en het VU medisch centrum. Met ingang van 1 januari 2024 is de organisatie na een proces van ruim vijf jaar ook juridisch gefuseerd. Op basis van opgestelde locatieprofielen wordt in het fusieproces van het Amsterdam UMC het AMC stapsgewijs ingericht als de locatie voor de acute zorg en vrouw/kind en richt VUmc zich vooral op oncologische en neurologische zorg. Het Hartcentrum waarbinnen alle cardiologische zorg plaats vindt, zal zich door deze fusie ook op locatie AMC vestigen. In voorbereiding op de eindsituatie zijn de medische staven van beide locaties samengevoegd en heeft zich één staf bestaande uit 55 cardiologen gevormd, onder leiding van het in 2019 aangestelde medisch afdelingshoofd. Binnen deze staf is dit kwalitatieve onderzoek uitgevoerd waarbij is onderzocht welke betekenissen de medisch specialisten geven aan de (culturele) integratie binnen de staf en op welke wijze dit versterkt zou kunnen worden. Hiervoor zijn interviews gehouden met 11 cardiologen waarvan 6 (voormalig) in VUmc en 5 (voormalig) in AMC werkzaam waren. Binnen dit onderzoek zijn bevindingen gedaan op verschillende thema's. Allereerst heeft de fusie en de daaruit voortkomende keuzes geleid tot weerstand. Deze veranderingen zijn door cardiologen ervaren als een gedwongen ingreep die gevolgen heeft gehad op hun autonomie en zelfregulatie. Hier lijken de professionele autonomie en de autonomie op organisatorisch vlak door elkaar te kunnen lopen, waarbij er soms minder invloed bestaat op organisatorisch vlak. Van het medisch afdelingshoofd verwachten de cardiologen dat zij ruimte krijgen voor het blijven voeren van regie over het eigen werk. Dit vraagt in dit veranderproces een variëteit aan vaardigheden van het afdelingshoofd, zoals het continu verbinden van de professionele en bureaucratische culturen. Het ontbreken van bepaalde randvoorwaarden lijkt voor de cardiologen invloed te hebben op de ervaring van controle over het eigen werk en staat het ontwikkelen van gezamenlijke routines in de weg. Men zoekt houvast in het bepalen van de eigen plek in de nieuwe samenwerkingsverbanden, wat strijd op kan leveren. Doordat het werken op de twee locaties nog lang voortduurt, blijft er fragmentatie in stand en wordt de oude identiteit vastgehouden en beschermd. Deze ervaring van disbalans en de hantering van wij/zij constructies werkt belemmerend op de integratie. Dit speelt met name in verschillende subgroepen en in mindere mate in de gehele staf. Dit uit zich bijvoorbeeld in het blijven hanteren van de verhalen van het teamgevoel op locatie VUmc versus het meer op het individu en prestaties gerichte AMC. De belemmeringen die voortkomen uit het werken op twee locaties en ontbrekende randvoorwaarden zoals het hebben van een eigen stafwerkplek op locatie AMC hebben een negatieve invloed op het integratieproces. Dit leidt tot wij/zij constructies en heeft invloed op de beleving van het gevoel van thuishoren. Daar waar al wel uitwisseling van routines plaats vindt, heeft dit een positief effect op de onderlinge verstandhouding. Dit lijkt bij te dragen aan de beleving van stabiliteit en veiligheid binnen de groep. De aanwezigheid van verschillende generaties binnen de medische staf maken dat er verschillende perspectieven zijn op het integratieproces. Doordat dit relatief onbesproken blijft, is men zich minder bewust van de invloed hiervan. Het minst lijkt er verdeeldheid op basis van professe en vak inhoud te bestaan. Het (onbewust) vasthouden aan bepaalde basisaannames over verschillen kan het proces van integratie belemmeren en verandering tegengaan. Tot slot kijken de cardiologen uit naar het eindplaatje van het Hartcentrum op locatie AMC en is dit reden voor hen om te blijven, ondanks het taaie proces en de effecten die dit heeft op hen als persoon.

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
1. Inleiding	5
1.1 Context en vraagstuk.....	5
1.2 Doelstelling.....	7
1.3 Centrale vraag en deelvragen	7
1.4 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van het onderzoek.....	8
2. Theoretisch kader.....	9
2.1 Fusies tussen (academische) ziekenhuizen en de invloed hiervan op (medische) professionals	9
2.2 (Veranderende) medische professionaliteit, de gedwongen ingreep op de autonomie van medische professionals door de fusie.....	11
2.3 De integratie van medische teams vanuit een cultureel perspectief.....	13
2.4 Leiderschap in relatie tot de culturele integratie van medische professionals.....	17
3. Methodologische verantwoording en opzet onderzoek	20
3.1 Onderzoeksmethode	20
3.2 Dataverzameling	20
3.3 Data-analyse	20
4. Kwaliteitscriteria	22
4.1 Geloofwaardigheid.....	22
4.2 Overdraagbaarheid	22
4.3 (On)afhankelijkheid.....	23
4.4 Navolgbaarheid.....	23
4.5 Bias onderzoeker	23
5. Resultaten	24
5.1 De invloed van de fusie op de medische professionals.....	24
5.2 De betekenissen die de cardiologen geven aan de integratie	29
5.3 Belemmerende factoren in het integratieproces.....	36
6. Analyse.....	42
6.1 De invloed van de fusie op de medische professionals.....	42
6.2 Belemmeringen in de integratie door ontbrekende randvoorwaarden	44

6.3 De wijze waarop de perceptie van de fusie en de ontbrekende randvoorwaarden de wij/zij constructies versterken en integratie in de weg staat.....	46
7. Conclusie, discussie en aanbevelingen	50
7.1 Conclusie.....	50
7.2 Discussie	51
7.3 Aanbevelingen.....	52
8. Evaluatie onderzoeksproces	53
Literatuurlijst	54
Bijlage A: Organogram Amsterdam UMC	57
Bijlage B: Visie en jaarplan cardiologie 2021-2027	58
Bijlage C: Overzicht respondenten	59
Bijlage D: Topiclijst interviews	60
Bijlage E: Codebomen	62

Voorwoord

Dit onderzoeksrapport vormt het sluitstuk van de reis die ik samen met mijn studiegenoten twee jaar geleden ben begonnen. Ik had dit voor geen goud willen missen en ben enorm dankbaar dat ik de gelegenheid heb gekregen deze opleiding te volgen, het heeft mij echt verrijkt. Het onderwerp van dit onderzoek kwam bijna onvermijdelijk voort uit het eerstejaaronderzoek, waarbij ik heb onderzocht hoe een team van verpleegkundigen de fusie van Amsterdam UMC en de samenvoeging van hun team hebben ervaren. Dit onderzoek, maar ook mijn eigen ervaringen met de fusie vanuit mijn functie als hoofd van de chirurgische & anesthesiologische poliklinieken binnen Amsterdam UMC, maakte dat ik voor mijn afstuderen graag onderzoek wilde doen naar de ervaringen van medisch specialisten in dit proces. Al snel bleek dat dit ook wel een thema was dat gevoelig lag, waardoor het mij nog best even wat moeite kostte om een afdeling te vinden waar ik van start kon gaan. Achteraf ben ik blij dat ik heb vastgehouden aan mijn eigen idee voor het onderzoek, waarbij ik vooral de stem van de werkvloer aan het woord wilde laten. Dit heeft naar mijn idee een serie hele mooie en interessante gesprekken opgeleverd, die hopelijk ook (zeg ik met bescheidenheid) een licht werpen op de beleving van medisch specialisten binnen een dergelijk integratieproces. In een omgeving van het academische ziekenhuis waar de gesprekken meestal al snel over de vakinhoud gaan, hoop ik dat we steeds wat meer openheid aan de dag durven te leggen om ook de moeilijke zaken en het verlies dat erbij komt kijken te gaan bespreken. Ik wil Steven Chamuleau, het medisch afdelingshoofd van de cardiologie dan ook bedanken dat hij mij de gelegenheid en het vertrouwen heeft gegeven dit onderzoek binnen zijn staf uit te voeren. Daarnaast veel dank aan de geïnterviewde cardiologen voor hun tijd, openheid en vertrouwen. Ook bedank ik mijn begeleider Marianne Dortants voor haar meedenken, kritische blik en haar enthousiasme, dit is voor mij een hele passende en prettige begeleidingsvorm geweest die mij erg heeft geholpen. Tot slot nog een kleine ode aan mijn studiegenoten, wat hebben we een mooie tijd gehad samen en veel van elkaar geleerd. Ik ga jullie gezelligheid, humor en steun enorm missen!

Marjolijn de Bruijn, januari 2024

1. Inleiding

1.1 Context en vraagstuk

De gezondheidszorg, met name de ziekenhuissector, staat onder toenemende druk, door een vergrijzende bevolking, oprukkende dure medische technologie en krimpende arbeid die gevolgen hebben voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Onder invloed van deze ontwikkelingen en de daaruit voortkomende strubbelingen om een balans na te streven tussen onder andere het leveren van goede patiëntenzorg en het beperken van de uitgaven in de gezondheidszorg, vinden er in de gezondheidszorg in toenemende mate fusies plaats. Drijfveren van zorgaanbieders om te gaan fuseren zijn vooral het versterken van de marktpositie en het verbeteren van de zorgverlening. Daarnaast zijn efficiëntie en financiële redenen aanleiding om te fuseren (Janssen et al., 2018).

Amsterdam UMC is de organisatie die in 2018 is ontstaan uit de bestuurlijke fusie van twee Amsterdamse academische ziekenhuizen, het Academisch medisch centrum (AMC) en het VU medisch centrum (VUmc). Met ingang van 1 januari 2024 is de organisatie na een proces van ruim vijf jaar ook juridisch gefuseerd (organogram bijlage A). Het initiatief tot deze fusie is ingegeven door invloeden vanuit verzekeraars en overheid waarbij nadruk wordt gelegd op doelmatigheid, maar ook vanuit Europese regelgeving, waar onder andere partnerships worden geëist. De aanwezigheid van twee academische ziekenhuizen in dezelfde stad komt nergens anders in Nederland voor en na een periode van intensievere samenwerking leek uiteindelijk een fusie tussen beide ziekenhuizen dan ook een logische volgende stap.

Op basis van opgestelde locatieprofielen wordt in het fusieproces van het Amsterdam UMC het AMC stapsgewijs ingericht als de locatie voor de acute zorg en richt VUmc zich vooral op oncologische en neurologische zorg. Deze schuifbewegingen zijn van start gegaan vanaf de fusie in 2018 en de betrokken afdelingen worden voor het uitwerken van de schuifplannen begeleid door projectleiders vanuit het zogenaamde lateralisatieteam dat hiertoe is opgericht. Daarnaast worden in dit harmonisatieproces alle medische staven van beide locaties veelal samengevoegd en wordt er één medisch afdelingshoofd aangesteld voor de nieuw ontstane medische staf, waar dit voorheen één medisch hoofd per locatie was. Ter ondersteuning worden in deze processen veranderkundigen vanuit het team leiderschap & organisatieontwikkeling ingezet die de betrokken teams (zowel medewerkers als leidinggevendenden) in deze transitie begeleiden.

Het Hartcentrum waarbinnen alle cardiologische zorg plaats vindt, zal zich door deze fusie ook op locatie AMC vestigen. De planning is dat de eindsituatie op locatie AMC in 2026 of 2027 helemaal gereed zal zijn (bijlage B). Het Hartcentrum bestaat uit verschillende subafdelingen: de normal care afdeling, de CCU (hartbewaking)/eerste harthulp, de hartcatheterisatiekamers en de polikliniek/functieafdeling. Op dit moment zijn deze afdelingen nog op beide locaties van Amsterdam UMC aanwezig, maar is er door schuifbewegingen van andere specialismen zoals de cardio thoracale chirurgie, de longchirurgie en andere acute specialismen zoals vaatchirurgie en traumachirurgie, al wel cardiologische zorg verschoven naar locatie AMC.

In voorbereiding op de eindsituatie zijn al verschillende stappen genomen in het harmonisatie proces, waaronder de aanstelling van één gemeenschappelijk afdelingshoofd in 2019, die naast deze

rol ook nog deels meewerkt in de patiëntenzorg. Door deze samenvoeging heeft zich uit de medische staven van beide locaties één staf bestaande uit 55 cardiologen gevormd. De nieuwgevormde medische staf is gemêleerd, deze bestaat uit cardiologen die al zeer lang binnen de organisatie werkzaam zijn (>20 jaar), een middengroep die er gemiddeld 10-15 jaar werkt en een groep cardiologen die relatief nieuw zijn, < 5 jaar of recent, bijvoorbeeld na afronding van de opleiding, tot de staf zijn toegetreden (bijlage C). De cardiologen hebben meestal een specifiek aandachtsgebied, dit kan variëren van interventiecardiologie, beeldvorming, cardiogenetica of sportcardiologie. De afdeling heeft een gewenst zorgportfolio opgesteld dat onderdeel is van het meerjarenplan (bijlage B) van de afdeling.

Totdat de verbouwingen zijn gerealiseerd die nodig zijn om alle cardiologische zorg te huisvesten op locatie AMC, zal de medische staf nog geruime tijd op beide locaties werkzaam zijn. Recent is onderzocht of er mogelijkheden waren om de cardiologie toch versneld over te laten gaan naar locatie AMC. De conclusie hiervan was dat er ondanks de bezwaren die het langer blijven in de huidige situatie opleveren, er toch aan de originele planning vastgehouden zal worden doordat er te veel randvoorwaarden ontbreken en dit risico's op zou leveren. Ten tijde van dit onderzoek was deze uitkomst nog niet bekend. Op dit moment werken de cardiologen op vrijwillige basis en door middel van een rouleersysteem op beide locaties. In de praktijk blijkt echter dat dit nog niet door iedereen wordt gedaan en dat levert zo nu en dan onderling ongenoegen op. Daarnaast geven verschillende cardiologen aan dat zij niet goed weten wat er van hen wordt verwacht op de andere locatie. Zij vinden het lastig hun weg te vinden in praktische zin en zij voelen zich soms onbekwaam op de andere locatie. Dit kan zijn omdat daar zorg wordt geleverd die zij voorheen niet (meer) gaven op de locatie van herkomst of doordat zij onvoldoende bekend zijn met de werkwijze op de andere locatie. De meerwaarde van het rouleren wordt niet door iedereen gezien en verschillende cardiologen geven aan dat zij het lastig vinden hun plek te vinden op de andere locatie. Dit is merkbaar in de dagelijkse samenwerking, het staat het ontwikkelen van gezamenlijke routines en verdere samenwerking op beide locaties in de weg en kan gevoelens van stress en onzekerheid bij de betrokken medisch specialisten vergroten.

Ter voorbereiding op de volledige schuif van de cardiologie organiseert het medisch afdelingshoofd samen met een aantal cardiologen periodiek zogenaamde heidagen waar onder begeleiding van een veranderkundige met het voltallige team van cardiologen wordt gesproken over de harmonisatie van beide teams. Hier komt naar voren dat er in de dagelijkse samenwerking nog veel onbekendheid is over de behoeften die er zijn met betrekking tot de samenwerking en de onderlinge communicatie. Ook lijkt er vooral nog veel identificatie te zijn met de locatie van herkomst. Om de samenwerking te verbeteren is meer inzicht nodig in welke betekenis de cardiologen geven aan alle veranderingen en wat maakt dat de harmonisatie en samenwerking nog niet altijd goed verloopt. Met deze inzichten kan het team verder begeleid worden om te komen tot een betere samenwerking en minder belemmeringen in het integratieproces.

Binnen Amsterdam UMC is nog relatief weinig bekend over de betekenis die medisch specialisten geven aan deze veranderingen en welke invloed dit heeft op hun (beleving van) autonomie en zelfregulatie. Wel is merkbaar (in gedrag en uitlatingen en zichtbaar in de dagelijkse manier van samenwerken) dat er weerstand is tegen de fusie en de effecten ervan en niet altijd even veel bereidheid lijkt te zijn om zich aan te passen aan de nieuwe situatie. Dit kan impact hebben op de integratie van de medische staven. Minder bekend is wat daaraan ten grondslag ligt, wat de

perceptie van de medisch specialisten aangaande deze veranderingen is, en wat er mogelijk nodig is om dit proces beter te laten verlopen.

Dit alles maakt het relevant te onderzoeken welke betekenis de medisch specialisten van de cardiologie hebben gegeven aan deze door de fusie ingegeven verandering, en in welke mate hun medische professionaliteit van invloed is (geweest) op deze betekenisgeving. Vanuit een culturele invalshoek wordt gekeken welke factoren mogelijk maken dat de integratie binnen het team nog wisselend verloopt en wat de invloed of de rol van het medisch afdelingshoofd is op deze processen. De uitkomsten van dit onderzoek zouden ook aanleiding kunnen geven voor vervolgonderzoek of richting kunnen geven aan een interventie binnen het onderzochte team.

1.2 Doelstelling

Met het uitvoeren van dit onderzoek wordt beoogd meer inzicht te krijgen in het proces van culturele integratie van een team van medisch specialisten dat door een fusie samengevoegd is en één gezamenlijk medisch afdelingshoofd heeft gekregen. Hoe verloopt de vorming van het nieuwe team van medisch specialisten en welke betekenis geven de medisch specialisten aan deze verandering. Welke invloed heeft dit, hoe uit zich dit in de huidige manier van werken en in de samenwerking op het vlak van de vak inhoud en vanuit de ervaren autonomie als medisch specialist? Daarnaast zal worden gekeken naar de rol en invloed van het medisch afdelingshoofd in dit proces. In het verlengde hiervan zouden mogelijk aanbevelingen kunnen worden gedaan over de wijze waarop de (culturele) integratie binnen het team versterkt kan worden.

1.3 Centrale vraag en deelvragen

Welke betekenissen worden door de medisch specialisten van de nieuwgevormde staf van de cardiologie in Amsterdam UMC gegeven aan de (culturele) integratie en op welke wijze kan de integratie binnen het team versterkt worden?

Theoretische deelvragen

- Wat is er in de literatuur bekend over fusies van academische ziekenhuizen?
- Wat is in de literatuur bekend over medische professionaliteit, hoe is deze gevormd en hoe werkt dit door in veranderprocessen (zoals een fusie)?
- Wat is er vanuit de literatuur bekend over verschillende vormen van autonomie van (medische) professionals?
- Wat is er vanuit de literatuur bekend over teamvorming/culturele integratie van teams van medisch specialisten na een fusie in de gezondheidszorg?
- Welke vorm van leiderschap sluit aan bij medisch specialisten? Welke invloed hebben medisch afdelingshoofden op medische professionals en wat is de invloed van de hybride rollen van medisch afdelingshoofden op hun leiderschap?

Empirische deelvragen

- Welke betekenissen geven de betrokken medisch specialisten aan de fusie van Amsterdam UMC?

- Hoe verloopt het proces van integratie van de medische staven van beide locaties? Hoe wordt het werken in de nieuwe situatie vormgegeven?
- Wat heeft het samengaan van de medische staven betekend vanuit een culturele invalshoek?
- Wat is de rol van de leidinggevende (het medisch afdelingshoofd) in het integratieproces van de medische staven?

1.4 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie van het onderzoek

De fusie tussen VUmc en AMC is ontstaan vanuit de wens om expertise te bundelen en toe te werken naar één academisch ziekenhuis in de stad Amsterdam. Onder invloed van ontwikkelingen zoals vergrijzing die maken dat de vraag naar zorg toeneemt, wordt vanuit de overheid aangedrongen op het concentreren van de hoog complexe medisch specialistische zorg. Vanuit onderzoek is bekend dat fusies grote impact hebben op de gezondheid van werknemers en potentieel het risico vormt dat zij verminderd werkplezier ervaren en op zoek gaan naar ander werk (Harrison & Zavotsky, 2018). Er is dan ook veel literatuur te vinden over fusies in de gezondheidszorg en meer specifiek ook over fusies binnen academische ziekenhuizen (Ahgren, 2008; Ahmadvand et al., 2012; Bringselius, 2014; Choi et al., 2011; Dus, 2019; Kitchener, 2002; Lim, 2014; Mallon, 2006; Shaw, 2002). De academische setting is een vergelijkbare context met die van dit onderzoek en daarmee relevant. In deze onderzoeken komt naar voren dat factoren die bij kunnen dragen aan het succes van een fusie tussen ziekenhuizen bijvoorbeeld het vormen van een gezamenlijk beeld van de toekomstige situatie en de daarbij gewenste cultuur is, en dat sterk leiderschap nodig is om de veranderingen te begeleiden en de fusie tot een succes te maken (Dus, 2019). In het verlengde hiervan is er veel literatuur te vinden over de integratie van organisatieculturen tijdens fusieprocessen. Deze onderzoeken doen onder andere aanbevelingen voor het vervolg dat nodig is om de uit de fusie ontstane nieuwe cultuur verder te ontwikkelen (Ovseiko et al., 2015). In de literatuur is veel te vinden over (medische) professionaliteit. Medisch specialisten zijn een specifieke groep medewerkers met een eigen expertise waarvan ziekenhuizen in hoge mate afhankelijk zijn. De veranderingen binnen de publieke sector waarbij meer nadruk is komen te liggen op het professionaliseren van de controle vanuit het management, leveren vraagstukken op over de wijze waarop deze antiprofessionele kennis zich verhoudt tot professionele controle (Noordegraaf, 2007). De wijze waarop de medische professionaliteit is gevormd en zich manifesteert in de dagelijkse praktijk, lijkt ten tijde van veranderprocessen zoals een fusie maar ook onder invloed van alle ontwikkelingen in de publieke sector (marktwerking/tekorten) onder spanning komen te staan. In mindere mate is vanuit de literatuur bekend hoe dit doorwerkt in bijvoorbeeld de integratie van medische teams, of welke invloed deze veranderprocessen hebben op de autonomie en zelfregulatie van medisch specialisten. Meer duiding van dit spanningsveld en de betekenisgeving zou mogelijk bij kunnen dragen aan het vergroten van inzicht in de mechanismen die hierin op kunnen treden en weerstanden die hierbij op kunnen treden. De uitkomsten zouden op basis van de behoeften van medische professionals, een (ander) handelingsrepertoire kunnen bieden in de begeleiding aan hen en daarnaast aanleiding kunnen bieden voor vervolgonderzoek.

2. Theoretisch kader

Aan de hand van 4 centrale thema's is het theoretisch kader binnen dit onderzoek vormgegeven:

- Fusies tussen (academische) ziekenhuizen en de invloed hiervan op (medische) professionals
- (Veranderende) medische professionaliteit, door de fusie gedwongen ingreep op de autonomie van medische professionals
- De integratie van medische teams vanuit een culturele invalshoek
- Leiderschap in relatie tot medische professionals/hybride leiderschap

2.1 Fusies tussen (academische) ziekenhuizen en de invloed hiervan op (medische) professionals

Binnen dit thema wordt besproken wat aanleidingen zijn binnen de gezondheidszorg om te gaan fuseren en wat de mogelijke invloed van deze meer bedrijfsmatige kijk op organiseren is op (medische) professionals.

De achtergrond van fusies in de gezondheidszorg

De gezondheidszorg, met name de ziekenhuissector, staat onder toenemende druk, door een vergrijzende bevolking, oprukkende dure medische technologie en krimpende arbeid. Vanaf 2002 is vanuit de overheid de stringente regulering binnen de gezondheidszorg losgelaten en worden marktconforme prikkels gestimuleerd om beleidsdoelen te bereiken. Hierbij worden zorgverzekeraars geacht de prijs-kwaliteitverhouding van de ziekenhuiszorg bij het contracteren te optimaliseren (Janssen et al., 2018). Onder invloed van deze ontwikkelingen en de daaruit voortkomende strubbelingen om een balans na te streven tussen onder andere het leveren van goede patiëntenzorg en het beperken van de uitgaven in de gezondheidszorg, vinden er in de gezondheidszorg in toenemende mate fusies plaats. Drijfveren van zorgaanbieders om te gaan fuseren zijn vooral het versterken van de marktpositie en het verbeteren van de zorgverlening. Daarnaast zijn efficiëntie en financiële redenen aanleiding om te fuseren. Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar het effect van ziekenhuisfusies op de kwaliteit van zorg, ook al is dit vaak wel een argument dat gebruikt wordt voor het initiëren van een fusie. Naar de impact die fusies op medewerkers en meer specifiek op zorgprofessionals hebben, is meer onderzoek gedaan. Volgens Lim (2014) zijn autonomie in het eigen werk, de ondersteuning vanuit leidinggevenden, helderheid over de uit te voeren taken en verantwoordelijkheden en kwalitatief goed werk kunnen leveren belangrijke aspecten die maken dat ziekenhuismedewerkers meer tevreden zijn over hun werk (Lim, 2014).

Toename sturing vanuit management

In het neoliberale klimaat dat is ontstaan vanaf de jaren '80 van de vorige eeuw heeft sturing vanuit het management in de publieke sector steeds meer de overhand gekregen. Het zogenaamde 'new public management' (NPM) is ook in de gezondheidszorg in toenemende mate leidend geworden waarbij afstand is gedaan van de voormalige bureaucratische kenmerken en een meer bedrijfsmatige management werkwijze is aangenomen met als doel de effectiviteit, efficiëntie en aansprakelijkheid van organisaties te vergroten (Noordegraaf, 2015). Met de komst van deze bedrijfsmatige kijk op organiseren werd gelijk ook het belang en het onderscheidend vermogen van professionele expertise en bijbehorende waarden in toenemende mate gevoeld. Dit heeft onder

andere geleid tot het ontwikkelen van professionele standaarden die professionals weer kunnen beschermen tegen de invloeden van de harde en inflexibele systemen en die de professionele motivatie en identiteit beschermen en daarnaast ruimte maken voor teams, innovatie, leren en creativiteit (Noordegraaf, 2015). Volgend op het NPM deed het New Public Governance (NPG) zijn intrede waarbij de nadruk meer kwam te liggen op het samenwerken in netwerken en waar de rol en betrokkenheid van de patiënt meer centraal kwam te staan. Ondanks ideeën dat deze ontwikkeling een belemmering zou kunnen vormen voor de professionele macht, ziet het er naar uit dat deze vorm van werken gewaardeerd wordt door professionals. Echter, professionals kunnen wel moeite hebben om aan de verwachtingen voor de verschillende rollen te voldoen omdat de organisatie nog te veel vanuit NPM-principes wordt aangestuurd en er onvoldoende begeleiding is om de verschillende rollen aan te kunnen nemen (Hendriks et al., 2022).

Effecten van fusies

Een te grote focus vanuit het management kan in negatieve zin effect hebben op fusieprocessen doordat managers een betekenis toekennen aan de fusie die van invloed is op professionals. Dit kan veel invloed hebben binnen organisaties zoals (academische) ziekenhuizen. Hier oefenen professionals een grote mate van macht en autonomie uit en zij kunnen weerstand bieden aan veranderingen omdat dit een bedreiging kan vormen voor het eigen diepgewortelde gedrag van de professional dat behouden moet blijven (Choi et al., 2011). Hogg & Terry (2000) geven aan dat wanneer twee organisaties fuseren er regelmatig competitie ontstaat tussen verschillende groepen en dat er sprake kan zijn van negatieve gevoelens en reacties tussen medewerkers van de andere organisatie. Dit kan zelfs leiden tot het falen van fusies zo is gebleken uit onderzoek, omdat het 'wij' tegen 'zij' de boventoon voert. Tijdens of na een fusie ontstaan er dan ook geregeld integratieproblemen die vooraf niet waren voorzien en die door het management vaak niet juist worden geïdentificeerd. Volgens Numerato et al. (2012) is daarnaast bekend dat verschil in professionele culturen binnen organisaties barrières kunnen opwerpen voor de verandering die wordt beoogd. Het is bekend dat medische professionals doorgaans andere wegen bewandelen om hun autonomie te behouden en de eigen professionele posities ten opzichte van andere professionals en managers in de gezondheidszorg te handhaven. Een voorbeeld hiervan is het interveniëren van artsen in het opstellen van regels en protocollen, of het actief uitoefenen van invloed op de implementatie ervan (Numerato et al., 2012). Dit legitimeert onderzoek naar hoe medische professionals omgaan met dergelijke veranderprocessen.

Deze inzichten vanuit de literatuur kunnen in dit onderzoek bijdragen aan meer inzicht in drijfveren voor fusies in de gezondheidszorg en de wijze waarop dit mogelijk leidt tot weerstand over de nieuw ontstane situatie onder medische professionals. Het bredere perspectief van de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg (onder invloed van het neoliberale klimaat) kan mogelijk bijdragen aan het duiden van de betekenissen die medisch specialisten geven aan de verandering door de fusie tussen het AMC en VUmc tot Amsterdam UMC.

2.2 (Veranderende) medische professionaliteit, de gedwongen ingreep op de autonomie van medische professionals door de fusie

Binnen dit thema wordt beschreven op welke wijze de medische professionaliteit zich in de loop van de tijd heeft gevormd en wat het effect is van de toename van controlemechanismen en het efficiënter en effectiever willen maken van de gezondheidszorg op deze professionals.

De medische professionaliteit en verschillende vormen van autonomie

Professionaliteit is een exclusieve identiteit die zich heeft ontwikkeld door kwalificaties, opleiding en socialisatie en die de sociale identiteit en de loopbaan versterkt. Professionaliteit is in de praktijk vaak ambigu, veelzijdig, dynamisch en complex en wordt in grote mate beïnvloed door de veranderende organisatiecontext (Mcgivern et al., 2015).

De medische professie kenmerkt zich onder andere door zaken als collegialiteit, zelfregulatie en expertise. Door gebruik te maken van hun algemene kennis, vaardigheden en kennis over ethiek weten medici hoe om te gaan met complexe casuïstiek en kunnen ze de vertaling maken van deze algemene kennis en ervaringen naar specifieke casussen (Noordegraaf, 2015). Autonomie kan worden beschreven als de relatieve vrijheid van professionals om het eigen werk te plannen en uit te voeren. De autonomie van medisch specialisten kan volgens Salvatore et al. (2018) worden onderverdeeld in drie dimensies waar in meer of mindere mate invloed uitgeoefend kan worden. Dit zijn de vrijheid binnen het klinische werk, de professionele autonomie, die binnen de medische beroepsgroep gelegitimeerd is doordat er sprake is van een specifieke expertise die alleen begrepen en gereguleerd kan worden door leden van de eigen beroepsgroep (Mcgivern et al., 2015). De dimensie van sociale en economische vrijheid gaat over het bepalen van de eigen werkbelasting en het kunnen prioriteren van het eigen werk. Tot slot is er de invloed van medische professionals op organisatorische besluiten die bepaalt in welke mate zij mee kunnen besluiten over de wijze waarop de eigen afdeling of het ziekenhuis functioneert (Salvatore et al., 2018). Het werk van professionals is dan ook zelden autonoom in absolute zin, het wordt begrensd door verschillende politieke, wettelijke en bureaucratische factoren. Professionals zoals medici kunnen de neiging hebben om organisatorische kwesties te integreren in hun professionele domein. Hierbij kan het gevaar ontstaan dat deze twee aspecten door elkaar gaan lopen. Er kunnen situaties ontstaan waar de professionele autonomie gelegitimeerd is, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van specifieke expertise, maar het aan de andere kant maar de vraag is of ook sprake is van autonomie in de organisatorische context (Waring & Currie, 2009).

Numerato et al. (2012) beschrijven dat in de afgelopen decennia medisch specialisten in toenemende mate zijn blootgesteld aan controlemechanismen vanuit het management, wat invloed heeft gehad op de medische professionaliteit. Medisch specialisten worden gedwongen zich aan te passen aan de organisatorische en bureaucratische realiteit. Daarmee is hun professie veranderd van één met aanzien naar een meer beroepsmatige en georganiseerde professie en worden zij voornamelijk geconfronteerd met organisatorische controlemechanismen vanuit de organisatie (Noordegraaf, 2007). De toegenomen controlemechanismen maken dat medisch specialisten zich vaker moeten verantwoorden en hun toegevoegde waarde moeten aantonen. Ook hier kan vermenging van de professionele autonomie versus autonomie op organisatorisch vlak optreden.

Bedreigingen autonomie professional

Choi et al. (2011) beschrijven dat deze ontwikkeling is opgetreden in het licht van verschillende bedreigingen die zijn afgekomen op gezondheidszorginstellingen in de westerse landen zoals welvaartscrisis, marktwerking in de zorg, de toegenomen mondigheid en kennisniveau van cliënten/patiënten en de publiekelijke focus op fouten gemaakt door artsen. Beleidmakers gingen onder invloed van deze ontwikkelingen op zoek naar manieren om de gezondheidszorg effectiever en efficiënter te maken. Deze ontwikkeling had ook het effect dat groepen professionals in gezondheidszorgorganisaties onderdeel uit gingen maken van de structuur van het interne toezicht om zo de traditionele verdeeldheid tussen medische professionals en managers te verkleinen. Dit beïnvloedde de monopolie positie van professies, het verminderde professionele autonomie en de traditionele professionele logica maakte plaats voor management logica (Hendriks et al., 2022).

Jarenlang zijn medische professionals vooral beschouwd als elitaire professionals met een grote behoefte aan autonomie en als zorgverleners die hoog complexe zorg kunnen bieden aan zorgvragers. Zij opereerden in een stabiele en homogene omgeving die door medici gedomineerd werd (Hoff, 2001). Over het algemeen identificeren artsen zichzelf vooral als lid van de medische discipline en in mindere mate als ziekenhuismedewerker (Alvesson, 2013). Hiermee kan de medische discipline gezien worden als een subcultuur die op zichzelf staat in de organisatie en die regelmatig in conflict komt binnen de organisatie. Binnen deze subcultuur worden conflicten tussen individuen vaak onderschat en bestaat er een gezamenlijk en vaak identiek idee over de organisatie en managers, waarvan gedacht wordt dat ze in mindere mate van betekenis zijn voor de organisatie. Artsen zijn (net als andere professionals) er volgens Numerato et al. (2012) dan ook meestal niet in geïnteresseerd om de status of functie van managers in de organisatie te versterken omdat daarmee de mogelijkheid bestaat dat hun autonomie ingeperkt wordt. In sommige situaties gedragen medische professionals zich echter juist wel vanuit een management perspectief om hun eigen identiteit veilig te stellen en hun professionele doelen te bereiken. Zij vertonen dan een oppervlakkige en rituele manier van omgaan met formele verantwoordingsmechanismen om zo de professionele praktijk onaangetaast te laten (Numerato et al., 2012). Medici moeten hun beslissingen en acties vaker verantwoorden door middel van het voeren van de dialoog, wat tot een gevoel van verlies van controle over het eigen werk kan leiden. In dit licht is het aannemelijk dat deze afstemming tussen management en medici invloed heeft op de autonomie en aansprakelijkheid van medici (Molleman et al., 2008). Wanneer nieuwe beroepsgroepen hun intrede doen zullen krachtige professionals zoals medisch specialisten doorgaans weinig bereidheid tonen tot het opgeven van bepaalde privileges. Doordat medisch specialisten zijn gesocialiseerd in specifieke medische rollen kunnen zij zich binnen het eigen domein anders voelen en zich verschillend gedragen (Witman et al., 2011). In een situatie van een fusie van twee ziekenhuizen worden medici geconfronteerd met veel veranderingen die veroorzaakt zijn door de keuzes gemaakt door het bestuur van het ziekenhuis. Dit heeft doorgaans veel gevolgen voor de werksituatie van medisch specialisten en maakt dat ze bijvoorbeeld te maken krijgen met nieuwe collega's of samenwerkingsverbanden. Deze nieuwe samenwerkingsverbanden zouden in theorie een setting kunnen creëren van dialoog en creatieve gezamenlijke probleemoplossing tussen medisch specialisten. Molleman et al. (2008) beschrijven echter dat de sterke behoefte aan autonomie die doorgaans speelt bij medisch specialisten een rol kan gaan spelen in de samenwerking met (nieuwe) collega's. Als het idee bestaat dat een samenwerking ten koste kan gaan van de controle over het eigen werk, kan dit de bereidheid om te

gaan samenwerken verminderen. Daarnaast kunnen toenemende specialisaties binnen het vakgebied enerzijds veel mogelijkheden en kansen opleveren om gezamenlijk complexe patiëntenzorg te kunnen leveren, maar kunnen anderzijds ook verschillende inzichten en ideeën opleveren over wat precies het probleem is en welke oplossingen daarbij passen. Samenwerking tussen medisch specialisten kan hierdoor ook resulteren in confrontaties tussen verschillende professionele waarden en identiteiten (Molleman et al., 2008).

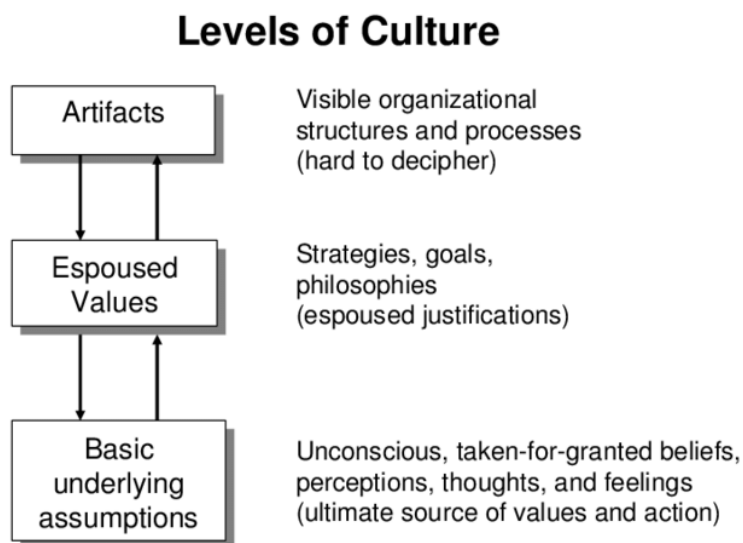
Er is nog veel onbekend over het effect van veranderende organisatiecontexten en de toename van de controle vanuit het management in de publieke sector waarbij er op verschillende manieren wordt geprobeerd grip te krijgen op de professionals in organisaties, en de dynamiek en complexiteit die dit op kan leveren. De publieke sector worstelt dan ook met professionaliteit, de klassieke professionaliteit (zoals die van medici) is verzwakt geraakt of aan verandering onderhevig en er is behoefte aan het ontwikkelen van alternatieve ideeën over professionaliteit en het veranderen van identiteiten en het zoeken naar gemeenschappelijke richtingen (Noordegraaf, 2015).

2.3 De integratie van medische teams vanuit een cultureel perspectief

Binnen dit thema wordt vanuit een cultureel perspectief ingegaan op de integratie van teams van medisch specialisten. De basisaannames die cultuur en gedrag vormgeven in organisaties, en de sociale identiteit die medisch specialisten doorgaans hebben ontwikkeld tijdens hun loopbaan spelen een rol in veranderprocessen zoals het integratieproces van de medische teams ten gevolge van de fusie. Dit proces van betekenisgeving speelt continu in organisaties.

De gelaagdheid van organisatiecultuur

In de ideale wereld is de meest gewenste situatie in organisaties dat er uniformiteit en eenduidigheid is, echter in de diepere lagen van de organisatiecultuur liggen basisaannames en waarden verankerd die de cultuur en gedrag vormgeven (Vermeulen & Koster, 2011). Volgens Schein (2017) kent cultuur drie lagen die onderling in verbinding staan:



(Schein, 2017)

1. Zichtbare of tastbare artefacten (culturele vormen)
2. Waarden die gedeeld worden door mensen in de organisatie, strategieën, doelen, filosofieën
3. (Onbewuste) basisaannames die als vanzelfsprekend worden genomen en die niet worden bediscussieerd. Percepties, gedachten en gevoelens.

De derde laag wordt hierbij als de meest essentiële gezien. Dit betreft een patroon van basisaannames dat de betrokkenen hebben geleerd om de problemen met externe adaptatie en interne integratie op te kunnen lossen en die worden doorgegeven aan nieuwe organisatieleden (Schein, 2017). Dit is een vrij functionalistische visie op organisatiecultuur, waarbij cultuur wordt gezien als iets dat de organisatie *heeft*. Aan de andere kant staat een visie die meer interpretatief van aard is en waarbij cultuur wordt gezien als een omvattend proces in organisaties waarbij alle aspecten en processen in organisaties cultureel te duiden zijn (Vermeulen & Koster, 2011). In organisaties is dan ook niet noodzakelijk een homogene cultuur aanwezig, maar vaak bestaat er een variatie aan culturele oriëntaties waarvan sommige breed gedeeld worden en andere verschillen tussen diverse groepen. Mensen in organisaties kunnen georiënteerd zijn op andere sociale eenheden en identiteitsbronnen (bijvoorbeeld een divisie of afdeling) dan de organisatie in zijn geheel. Deze verdeeldheid kan leiden tot een gedeelde oriëntatie die kan verschillen met die van anderen. Dit kan identificatie opleveren binnen een bepaalde groep en de afstand met anderen vergroten (Alvesson, 2013).

Systeem van betekenisgeving

Parker (1997) vat cultuur op als een systeem van betekenisgeving waarmee individuen onderscheid maken tussen 'wij' en 'zij'. Cultuur moet niet alleen worden gezien als een gedeelde betekenisgeving, maar ook als patronen van verschillen die bestaan in gefragmenteerde organisaties (Parker, 1997). Deze verdeeldheid kan leiden tot strijd bij organisatieleden die opkomen voor hun eigen afdeling of professie en daarbij het grotere geheel niet in ogenschouw nemen. Als professionals hierbij op zoek gaan naar erkenning bij gelijkgestemden kan dit bijdragen aan het vormen van subgroepen in een organisatie (Parker, 1997). In een fusieproces zoals binnen dit onderzoek speelt dit systeem van betekenisgeving doorgaans een grote rol omdat er twee organisatieculturen samen komen en dit verdeeldheid kan opleveren. Parker (1997) beschrijft 3 dimensies op basis waarvan verdeeldheid kan optreden in organisaties, namelijk ruimtelijke/functionele, generationele en professionele verdeling:

Spatial/Functional	Geographic and/or departmental dividing—'them over here, us over here'.
Generational	Age and/or historical dividing—'them from that time, us from this time'.
Occupational/Professional	Vocational and/or professional dividing—'them who do that, us who do this'.

Figure 3 *Three Divisions of Dividing*

(Parker, 1997)

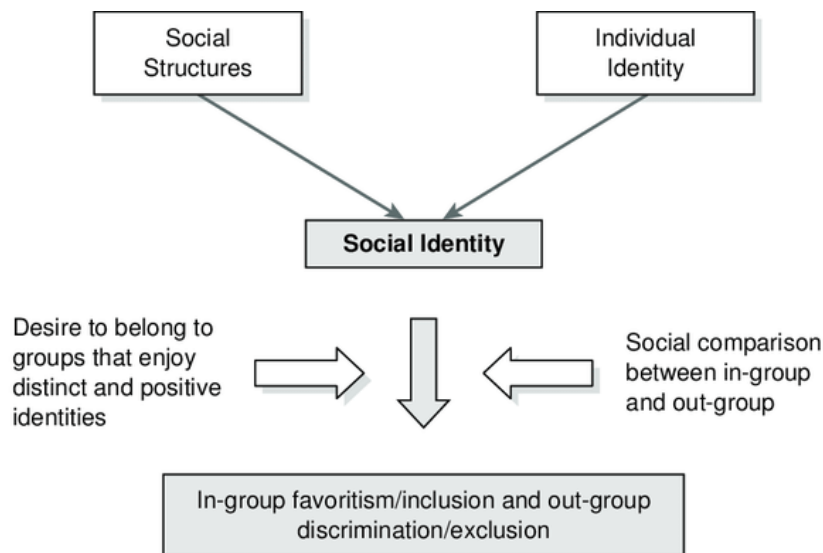
Bij ruimtelijke verdeling kan er verdeeldheid bestaan op basis van locatie, 'zij daar en wij hier' en dit kan ook raken aan een gevoel van thuis voelen of de afwezigheid ervan. Duyvendak (2009) geeft hierbij aan dat thuis voelen een gelaagde emotie is. Als iemand zich ergens thuis wil voelen, is het een voorwaarde dat diegene zich vertrouwd voelt. Hij onderscheidt twee situaties die bevorderlijk zijn voor thuis voelen die hij 'haven' en 'heaven' noemt. Haven refereert hierbij aan een veilige, comfortabele en voorspelbare plek waar mensen zich op hun gemak kunnen voelen. Heaven refereert aan de situatie waarin je 'jezelf' kunt zijn, je verbonden weet met gelijkgestemden en je favoriete activiteiten kunt ontplooiën. Ook in die situatie kan zich 'thuisgevoel' ontwikkelen. In het geval van 'haven' spelen kenmerken van de fysieke omgeving, concrete plekken, een grote rol terwijl dat bij 'heaven' minder noodzakelijk het geval is. In beide gevallen echter gaat het om contexten die niet alleen een gevoel van vertrouwdheid oproepen, maar ook het samenvallen van de persoon en zijn of haar omgeving mogelijk maken. Het is de vertrouwdheid en het 'samenvallen' die samen de fysieke sensatie van thuis voelen voortbrengen. Dat 'samenvallen' kan zowel bestaan uit de hechting aan andere mensen als uit de hechting aan een plek (Duyvendak, 2009).

Parker (1997) geeft aan dat generationele verdeling gaat over mensen van verschillende generaties die samenwerken in organisaties. Hier kan bijvoorbeeld iemand van een oudere generatie veranderingen bekritisieren omdat dit ervaren kan worden als het 'weggooien' van het verleden, waarbij iemand van een jongere generatie minder belast is met aannames over hoe de situatie zou moeten zijn en meer gericht is op de toekomst en de bijbehorende verandering. Bij de professionele verdeling is de inhoud van het werk bepalend waarbij de specifieke kennis en expertise van de professional maakt dat deze niet overgenomen of gecontroleerd kan worden door anderen zoals managers. Dit kan fungeren als een bron van macht van waaruit veranderingen tegengegaan kunnen worden.

De verschillende dimensies kunnen fungeren als een classificering van de eigen identiteit en die van een ander en deze identificaties geven een onderscheid aan tussen individuen of groepen. De verschillende dimensies kunnen ook gecombineerd aanwezig zijn, afhankelijk van de organisatiecontext die gebaseerd is op lokale historie en betekenissen. Organisatieleden kunnen dan ook gebruiken maken van een grote variëteit aan bronnen om mensen en concepten in organisaties te classificeren en hier betekenis aan te geven. Zo zijn identificaties in organisaties geen democratische en stabiele uitkomst van bepaalde vraagstukken maar een continu proces van betekenisgeving dat gaande is in organisaties (Parker, 1997).

Vorming van de sociale identiteit

Sterke professionele identiteiten zoals die van medisch specialisten ontwikkelen en intensiveren zich gedurende de loopbaan van deze professionals. De sociale identiteit ontwikkelt zich aan de hand van drie processen: categorisatie, sociale identificatie en vergelijking, zoals te zien in het volgende schema dat de basisprincipes van de 'Social Identity Theory' weergeeft:



(Anderson, 2023)

Mensen categoriseren zichzelf en anderen in sociale groepen, identificeren zich vervolgens met een bepaalde groep en adopteren de identiteit die bij deze groep hoort. De groep die we kiezen om bij te horen moet een voordeel met zich mee brengen en het moet de voorkeur hebben boven andere groepen. Deze sociale systemen vormen hetgeen men denkt, belangrijk vindt en wat men doet. Aan de hand van deze identificatie vinden er vergelijkingen plaats met andere groepen om zodoende het gevoel van eigenwaarde te vergroten en de eigen identiteit te versterken. Hier kan de neiging ontstaan om verschillen tussen groepen uit te vergroten en de overeenkomsten binnen de eigen groep te benadrukken. Hierbij kunnen in- en exclusie mechanismen optreden die rivaliteit en discriminatie tussen groepen kunnen verklaren (Joffe & MacKenzie-Davey, 2012). Identificatie met een lid van de andere groep, kan leiden tot vervreemding van de eigen groep. Over het algemeen is men het erover eens dat identiteiten in organisaties voortdurend aan verandering onderhevig zijn en dat ogenschijnlijk stabiele identiteiten in de werkelijkheid continu gefragmenteerd en veranderlijk zijn, wat effect kan hebben op het functioneren van individuen. Pogingen om identiteit te reguleren zijn vaak contraproductief en kunnen leiden tot cynisme, scepsis, onenigheid en wantrouwen (Brown, 2022). Het kan zinvol zijn om met deze bril naar de integratie van teams van medisch specialisten te kijken, om zo mogelijke belemmeringen hierin te kunnen duiden. Ook kan het inzicht geven in de dynamiek die mogelijk ontstaat in teams van medisch specialisten en een licht werpen op het ontstaan van subgroepen die verdeeldheid op kan leveren.

Een narratieve kijk op collectieve identiteit

Brown (2006) geeft aan dat organisatie identiteiten kunnen worden geconstrueerd aan de hand van verhalen. De constructie van deze verhalen is een continu proces en sommige verhalen kunnen diepgeworteld zijn in de organisatie of het organisatieonderdeel én een link hebben met andere verhalen. Het vertellen van verhalen komt vooral voor in subonderdelen van de organisatie waar veel onderlinge afhankelijkheid bestaat, zoals (sub)specialismen, afdelingen of divisies. Mensen in organisaties spenderen doorgaans veel tijd aan het interpreteren, herformuleren en evalueren van deze verhalen en daarnaast met het inbrengen van eigen versies van verhalen. Narratieve structuren

kunnen dan ook fungeren als een disciplinaire vorm in organisaties die de organisatie en organisatieleden kunnen vormen. Dominante individuen en groepen in organisaties doen dan ook vaak pogingen om de eigen perceptie van de waarheid uit te dragen. Deze strategie kan bijdragen aan het creëren van fysieke, emotionele en symbolische ruimte voor henzelf in de organisatie. De mensen die de organisatie vormen voeren dan ook een voortdurende dialoog waarbinnen wordt onderhandeld over de identiteit van de organisatie en waarbij deze wordt gelegitimeerd.

2.4 Leiderschap in relatie tot de culturele integratie van medische professionals

In dit thema wordt gekeken naar de rol die leiderschap speelt bij de integratie van teams van medisch specialisten. Hoe worden medische professionals in de praktijk aangestuurd en wat is de rol van deze doorgaans hybride managers en hoe effectief zijn zij? Dit kan een licht werpen op de invloed die medische managers hebben op het integratieproces van teams van medisch specialisten. In deze paragraaf zal dan ook nader naar de rol van leiderschap in dergelijke processen worden gekeken.

Managen van cultuur

Het managen van cultuur is een kwestie van reflectie en actie tegelijkertijd, en er is alleen mogelijkheid tot sturen door cultuur te zien als een dagelijkse werkelijkheid waar men zelf onderdeel van is. Er bestaan geen blauwdrukken voor het handelen van de manager en over het algemeen draagt top-down sturing op cultuur het risico met zich mee dat deze interventies worden ervaren als miskennis van de eigenheid en autonomie. Er zijn dan ook de nodige obstakels te overwinnen om een uniforme organisatiecultuur te creëren maar het sturen op cultuur vanuit het management is onvermijdelijk, gezien vanuit het standpunt dat een organisatiecultuur *is* (Vermeulen & Koster, 2011).

Ambigüiteit in medisch leiderschap

Managers kunnen zaken gedaan krijgen door het aanwenden van traditionele activiteiten zoals plannen, organiseren, monitoren en controleren. Hierbij wordt doorgaans weinig gekeken naar de wijze waarop dit wordt beleefd door medewerkers. Leiderschap aan de andere kant heeft juist een grote interesse in hetgeen mensen denken en voelen en hoe zij verbonden zijn aan hun werkomgeving, de werkcontext (de afdeling of het team waar zij onderdeel van uitmaken) en hun eigen werk of taken (Alvesson, 2013).

Het ambigue karakter van professionaliteit zoals dat ook in de gezondheidszorg aanwezig is, maakt dat er in toenemende mate hybridisatie ontstaat. Hierbij gaan professionals zoals medisch specialisten zich ook bezig houden met het managen van hun werk, directe collega's en andere collega's in de organisatie (McGivern et al., 2015). Medici zijn doorgaans bereid om een managementrol op zich te nemen en zij zijn over het algemeen goed gepositioneerd in de organisatie, maar er is nog weinig bekend over de effectiviteit van deze hybride managementposities. Ze vragen het continu balanceren tussen de behoeften van de organisatie en

die van de medische professie (Choi et al., 2011). In tijden van verandering zoals binnen een fusieproces zal dit balanceren een nog prominentere rol spelen.

Deze managers moeten in staat zijn zich te verhouden tot de aanwezige culturele codes, zich bewust zijn van het management discours dat aanwezig is en aan de andere kant oog hebben voor de klinische behoeften die medici hebben (Numerato et al., 2012). (Noordegraaf, 2015)

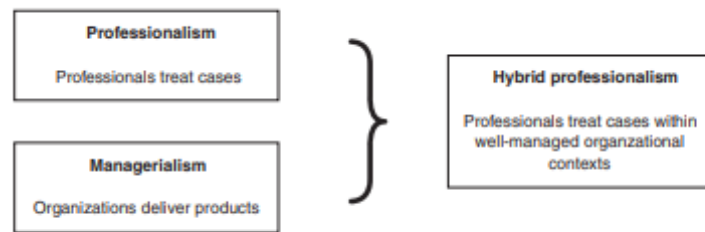


Figure 1. Hybrid professionalism.

Medisch specialisten die een managementrol op zich nemen kunnen bijdragen aan het slaan van bruggen tussen professionele en bureaucratische culturen in organisaties. Echter, medisch specialisten die traditioneel autonomie hebben genoten en minder ophebben met de focus vanuit het management op kosten en doelen kunnen deze focus ook bestempelen als niet ethisch. Hierin schuilt het gevaar dat medisch specialisten die een management rol op zich nemen worden gezien als zwarte schapen doordat zij zich identificeren met een groep anders dan die van medici (Joffe & MacKenzie-Davey, 2012). Dit kan leiden tot rolconflicten en conflicten tussen verplichtingen en verantwoordelijkheden (Numerato et al., 2012).

Invloed van medische managers

Een belangrijk aspect van leiderschap is het vermogen om interactie te beïnvloeden. Ook voor medische managers is het beïnvloeden van de prestaties van hun team een vitaal aspect en het meest moeilijke aspect van hun functie. Ondanks hun hiërarchische positie kunnen medische managers hun collega's lastig managen en hebben zij relatief weinig formele macht. Door het behouden van hun klinische vaardigheden proberen medische managers een bepaalde mate van invloed te behouden op hun medische staf en door hen te blijven worden gezien als 'een van hen' (Witman et al., 2011). Volgens Joffe & MacKenzie-Davey (2012) hebben medici doorgaans een individualistische focus, namelijk op die van de patiënt, waar managers over het algemeen een meer systemisch perspectief hanteren. Als gevolg hiervan moeten (medisch) managers een variëteit aan vaardigheden aan de dag leggen. In veranderprocessen zoals een fusie zullen hybride managers zoals medisch afdelingshoofden dan ook moeten balanceren tussen het bewaken van de kwaliteit van zorg en het behalen van de organisatiedoelen. Dit vraagt van hybride managers bewustzijn op de aanwezigheid van deze dynamiek en op de wijze waarop de eigen professionele identiteit gevormd is.

Tot slot

De uitgewerkte thema's zijn in relatie tot het onderwerp van het onderzoek aan elkaar verbonden. Allereerst is getracht inzicht te krijgen in de aanleiding voor fusies in de gezondheidszorg en na te gaan welke betekenis hieraan wordt gegeven door medische professionals. Onder invloed van de opkomst van het New Public Management (NPM) zijn begrippen als efficiëntie en marktwerking

geïntroduceerd in het publieke domein en is sturing vanuit het management toegenomen, wat zich later heeft doorontwikkeld richting New Public Governance (NPG) waarbij het samenwerken in netwerken meer voorop kwam te staan met een focus op de patiënt. Onder andere door deze invloeden en met het oog op kostenbesparingen zijn fusies in de gezondheidszorg toegenomen en worden deze gestimuleerd. De toename van controlemechanismen vanuit management hebben vanzelfsprekend invloed op (klassieke) professionals zoals medici, een beroepsgroep die van oudsher altijd veel autonomie heeft gehad op basis van kennis en expertise. Het kan dan ook interessant zijn om te kijken wat de gedwongen ingreep van de fusie voor gevolgen heeft gehad op de autonomie van de medische professionals en welke vormen van autonomie hier een rol spelen. Bij de integratie van medische teams komen onvermijdelijk cultuuraspecten naar boven waarbij in dit onderzoek gekeken zal worden op welke wijze dit de samenwerking en uitoefening van het vak in de praktijk beïnvloedt en welke normen leidend zijn of zijn geworden binnen het nieuwgevormde team. De hierbij beschreven invalshoeken kunnen mogelijk een licht werpen op de wijze waarop identificaties binnen de nieuwegevormde staf cardiologie plaats vinden en hoe dit in de dagelijkse praktijk tot uiting komt. De verhalen die hier mogelijk in gehanteerd worden kunnen een dieper inzicht geven in de aanwezige identificaties en zouden kunnen duiden welke meerwaarde deze opleveren. Tot slot is het idee dat het leiderschap dat gegeven wordt aan medische professionals, vaak in hybride vorm, van invloed is op de betekenis die medici geven aan de verandering zoals de fusie en de impact die dit heeft op hen. In hoeverre is het medisch afdelingshoofd in staat (geweest) om de verandering en koers die ingezet zijn vanuit de organisatie over te brengen op de betrokken medici en het team te begeleiden in deze integratie.

3. Methodologische verantwoording en opzet onderzoek

3.1 Onderzoeksmethode

Dit kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd op basis van een interpretatieve benadering. Volgens Boeije & Bleijenbergh (2019) ligt binnen een naturalistische benadering de nadruk op het onderzoek doen in de natuurlijke omgeving waarbij de onderzoeker zich inleeft in de situatie van de onderzochte personen en hen laat vertellen over hun beweegredenen en gewoontes. Dit onderzoek is een (enkelvoudige) casestudy waarbij een samengevoegde staf van medisch specialisten is bestudeerd. Een casestudy is een gedetailleerde studie waarbij één geval intensief wordt bestudeerd (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Het onderzoek is gericht op het begrijpen van de ervaringen van de onderzochte doelgroep en de betekenissen die zij hieraan geven. Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews met de cardiologen.

3.2 Dataverzameling

Voor het verzamelen van de empirische data zijn er semigestructureerde interviews gehouden met 11 medisch specialisten waarvan 6 voorheen deel uitmaakten van de staf van VUmc en 5 van die van het AMC. Bij de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst (bijlage D) die richting heeft gegeven aan het interview, maar ook ruimte open heeft gelaten om aan te sluiten bij hetgeen de geïnterviewde heeft verteld. De topiclijst is vooraf opgesteld aan de hand van de theoretische verkenning en de informatie die al bekend was vanuit de te onderzoeken context. Bij aanvang van de interviews is nagegaan of het doel van het onderzoek duidelijk was, en of er nog vragen of onduidelijkheden waren. Daarnaast is er in tweevoud een informed consent getekend en heeft de respondent hiervan één exemplaar ontvangen. Het houden van deze interviews heeft bijgedragen aan het verzamelen van zogenaamde 'rijke data', data die zo gedetailleerd en gevarieerd zijn dat ze een volledig en onthullend beeld geven van hetgeen speelt in de onderzoek context (Maxwell, 2013).

Gezien de (relatief) geringe omvang van de totale onderzoekspopulatie (55 cardiologen) kwam iedere medisch specialist die deel uitmaakt van het team in principe in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Het medisch afdelingshoofd cardiologie is opdrachtgever van dit onderzoek, heeft zich daarmee hieraan gecommitteerd en de stafleden gevraagd hun medewerking te verlenen. Allereerst heeft het afdelingshoofd het onderzoek geïntroduceerd tijdens een stafvergadering. Vervolgens is een door de onderzoeker opgesteld informatieblad gedeeld met de verschillende werkplekmanagement teams met de vraag 3 cardiologen aan te dragen die geïnterviewd zouden gaan worden. Deze personen zijn vervolgens benaderd door de onderzoeker waarna de interviews zijn gepland en afgenomen. De steekproef is hiermee opportunistisch geweest, er is gebruik gemaakt van de respondenten die voorhanden waren, en dit is ook de populatie waarop gefocust is binnen dit onderzoek (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

3.3 Data-analyse

De interviews zijn opgenomen met Word dictate en getranscribeerd. Daarna is er een coderingsproces van achtereenvolgend open, axiaal en selectief coderen toegepast waarbij gebruik is gemaakt van het programma NVivo. Volgens Scheepers & Tobi (2021) wordt bij open coderen aan de hand van alle data en het geheel van verschillende perspectieven met een brede blik codes gevormd. In de fase van axiaal coderen wordt gekeken naar thema's en gezocht naar mogelijk

patronen. Hierbij is gezocht naar verschillen en overeenkomsten in betekenis met als doel de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Tot slot is er selectief gecodeerd waarbij er op een abstracter niveau is gezocht naar verbanden tussen (open en axiale) codes en zijn er codebomen opgesteld (bijlage E). Deze gegevens hebben richting gegeven aan het nader verkennen van het theoretisch kader en hebben als basis gediend voor het beschrijven van het resultatenhoofdstuk.

4. Kwaliteitscriteria

De validiteit van onderzoek wordt opgevat als daadwerkelijk meten wat we beogen te meten, dit gaat over de interpretatie van de waarnemingen (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Echter, in kwalitatief onderzoek zijn subjectiviteit, interpretatie en emancipatie sleutelbegrippen en is objectiviteit niet het doel (Symon & Cassell, 2017). Symon & Cassell (2017) stellen dan ook dat begrippen als validiteit en betrouwbaarheid minder bij deze vorm van onderzoek passen. Binnen dit onderzoek is dan ook gebruik gemaakt van de criteria zoals gepresenteerd in het artikel van Symon & Cassell (2017) namelijk: credibility (geloofwaardigheid), transferability (overdraagbaarheid), dependability (onafhankelijkheid) en confirmability (navolgbaarheid). Dit wordt daarnaast aangevuld met de bias van de onderzoeker, dat gaat over het gevaar van subjectiviteit bij de onderzoeker (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

4.1 Geloofwaardigheid

De term geloofwaardigheid 'credibility' gaat over het gegeven dat de onderzoeker een brug probeert te slaan tussen de geconstrueerde realiteit van de respondenten en de reconstructies die zij toebedeeld hebben gekregen (Symon & Cassell, 2017). Dit vraagt van de onderzoeker onder andere het nemen van voldoende tijd om in de onderzochte context door te brengen.

De interviews binnen dit onderzoek zijn allemaal op locatie, dat wil zeggen, in de stafgebieden van de afdeling Cardiologie van beide locaties gehouden. Het lukte goed om contact te krijgen met de cardiologen en de interviews te plannen. Waarschijnlijk hebben de introductie van het medisch afdelingshoofd en daarnaast mijn eigen achtergrond als verpleegkundige en als werknemer van dezelfde organisatie hieraan bijgedragen. Tijdens de interviews lukte het goed om de topiclijst aan te houden en om daarnaast dieper in te gaan op hetgeen naar voren kwam en relevant was voor dit onderzoek. Doordat ik zelf in een andere divisie werkzaam ben en verder geen samenwerkingsrelatie heb met de respondenten kon ik tijdens de interviews op open wijze doorvragen. Mogelijk heeft ook mijn begrip van het gehanteerde medisch jargon en kennis van de context hieraan bijgedragen. Tijdens het onderzoek heb ik een onderzoeksdagboek bijgehouden dat ik heb besproken met medestudenten en mijn begeleider. Dit heeft mij onder andere geholpen bij het structureren en rubriceren van de data bij het behouden van de focus op de beantwoording van de hoofdvraag.

4.2 Overdraagbaarheid

Boeije & Bleijenbergh, (2019) stellen dat bij overdraagbaarheid de vraag is in hoeverre een verschijnsel vergelijkbaar is in verschillende omgevingen. Binnen dit onderzoek is dan ook nagestreefd zoveel mogelijk details te verzamelen over de onderzochte context zodat de bevindingen ook toepasbaar zijn binnen andere vergelijkbare contexten, door Symon & Cassell, (2017) ook wel 'transferability' genoemd. Doordat binnen Amsterdam UMC bijna alle medische staven inmiddels zijn samengevoegd, verwacht ik dat de uitkomsten van dit onderzoek (deels) toepasbaar, of op zijn minst herkenbaar zijn voor andere specialismen. Het kan mogelijk wel zo zijn dat het specifieke karakter van de onderzochte medische staf (cardiologie) bepaalde uitkomsten kan geven die minder van toepassing zijn op andere specialismen. Dit kunnen bijvoorbeeld elementen als de grote omvang van deze staf zijn of de verschillende subgroepen waaruit deze bestaat. Echter, voor Amsterdam UMC is dit vergelijkbaar bij andere specialismen, mogelijk geldt dat in mindere mate in andere ziekenhuizen.

4.3 (On)afhankelijkheid

Bij dit criterium geeft de onderzoeker inzicht in de methodologische veranderingen die mogelijk hebben plaats gevonden in het onderzoek. Dit is onlosmakelijk verbonden met deze vorm van onderzoek waarbij steeds gezocht wordt naar een verfijning van het begrip van de onderzochte context (Symon & Cassell, 2017). In dit onderzoek is deze verfijning onder andere tot stand gekomen door middel van het bijhouden van een onderzoeksdagboek, dat onder andere als leidraad heeft gediend voor de gesprekken met de afstudeerbegeleider. Dit heeft richting gegeven aan deze gesprekken en bijgedragen aan de focus binnen het onderzoek, maar deze hebben niet geleid tot methodologische veranderingen.

4.4 Navolgbaarheid

Bij navolgbaarheid wordt gekeken waar de onderzoek data vandaan komen en in welke mate de bevindingen, interpretaties en aanbevelingen een logisch gevolg zijn vanuit de verzamelde data. Hierbij is het van belang dat de onderzoeker transparant is over de gebruikte methoden in het onderzoek (Symon & Cassell, 2017). Om dit te waarborgen worden de methoden beschreven in het onderzoeksplan en het eindrapport. Bij de interviews zijn opnames en aantekeningen gemaakt welke vervolgens zijn getranscribeerd. Er zijn citaten gebruikt om toe te lichten op basis van welke data er tot interpretaties en analyses is gekomen. Deze wijze van dataverzameling heeft bijgedragen aan de nauwkeurigheid van het analyseproces en aan een rijke beschrijving van de resultaten. Ook het onderzoeksdagboek heeft bijgedragen aan de navolgbaarheid binnen dit onderzoek, mede doordat het ook is gebruikt tijdens de gesprekken met de begeleider.

4.5 Bias onderzoeker

Binnen kwalitatief onderzoek bestaat de kans op het ontstaan van subjectiviteit van de onderzoeker. Dit vraagt bewustzijn bij de onderzoeker dat deze altijd zijn eigen overtuigingen en waarden meeneemt in zijn perceptie en dat dit invloed kan hebben op de uitvoering en conclusies van het onderzoek (Maxwell, 2013). Ook binnen dit onderzoek bestond er de mogelijkheid voor het ontstaan van subjectiviteit aangezien ik als onderzoeker ook werkzaam ben in het ziekenhuis, een verpleegkundige achtergrond heb en van daaruit veel ervaring heb in het werken met medische professionals. Omdat ik deel uitmaak van dezelfde wereld, vroeg deze rol van onderzoeker mij om helder te zijn over mijn eigen achtergrond, ervaringen en opvattingen en hier kritisch op te reflecteren (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Ook vroeg dit bewustzijn van mogelijke vooroordelen vanuit opgedane ervaringen. Tijdens interviews was ik mij hiervan bewust en ben ik zoveel mogelijk alert geweest voor invullen, door zoveel mogelijk open vragen te stellen en zo min mogelijk te sturen om daarmee de gesprekspartner te beïnvloeden. Daarnaast vroeg het uitvoeren van dit onderzoek bewustzijn van mij over de mogelijke gevoeligheid van het onderwerp van het onderzoek en mogelijke terughoudendheid van medici om zich uit te spreken. Om hierop in te spelen heb ik vooraf een informatieblad verstrekt en heb ik aan het begin van de interviews gelegenheid geboden om vragen aan mij te stellen. Hiermee heb ik geprobeerd bij te dragen aan een veilige setting en dit heeft geresulteerd in hele prettige en open interviews waarin veel is verteld en gedeeld. Het continu reflecteren op mijn eigen rol als onderzoeker en daarnaast het vragen van feedback aan medestudenten of andere gelijkgestemden heeft naar mijn idee bijgedragen aan het vasthouden aan de koers binnen dit onderzoek.

5. Resultaten

Op basis van het theoretisch kader en de bevindingen vanuit de empirie is er binnen dit resultatenhoofdstuk een indeling op thema's gemaakt. Deze verschillende thema's zullen worden geïllustreerd aan de hand van uitspraken van de geïnterviewde cardiologen. Op basis van deze resultaten en de hieraan gekoppelde analyse zal vervolgens getracht worden de hoofdvraag te beantwoorden.

5.1 De invloed van de fusie op de medische professionals

Aanleiding voor de fusie en de reactie van de medisch specialisten hierop

Binnen de interviews zijn er onder andere vragen gesteld over wat de cardiologen vonden van de fusie tussen VUmc en AMC toen zij er voor het eerst over hoorden en hoe zij hier nu tegenover staan, enkele jaren later. Wat hierin naar voren komt is dat de respondenten reageren met een mengeling van rationele verklaringen over het aangaan van de fusie, maar tegelijk ook zorgen hebben over de effecten die de fusie kan hebben. Een aantal cardiologen geeft aan de dat zij in eerste instantie niet zelf voor de fusie zouden hebben gekozen, maar dat zij ook kansen en mogelijkheden zagen door in de stad Amsterdam de twee academische ziekenhuizen samen te gaan voegen: "Het lag een beetje in de verwachting (...). Dit was eigenlijk veel meer voor de hand liggend, omdat het ook een academisch centrum is, dus ik vond het niet zo gekke keuze eigenlijk" (R7). Ondanks dat er dus er ook wel haken en ogen werden gezien aan het aangaan van dit proces, lijkt het voor de meeste cardiologen duidelijk dat dit een voor de hand liggende en passende strategische keuze was voor het zorglandschap in de stad Amsterdam.

Kansen voortkomend uit de fusie

Toen het voornemen van de fusie eenmaal naar buiten was gebracht, leek er onder de cardiologen ook wel vertrouwen te zijn dat de gemeenschappelijke basis als medisch specialisten binnen de nieuw te vormen medische staf cardiologie zou helpen in het fusie en integratieproces. Hierin wordt aangegeven door de medisch specialisten dat het correct en juist behandelen van patiënten locatieonafhankelijk is, en dat de patiëntenzorg op beide locaties goed is. Er wordt op basis van dezelfde richtlijnen gewerkt en dit maakt dat er voor de patiënt geen verschil zou moeten zitten tussen behandeld worden op de ene of de andere locatie:

De mentaliteit van patiënten behandelen op een correcte manier en juiste manier en zo goed mogelijk. Dat is onafhankelijk van waar je werkt. En, het is niet zo dat... dat op de ene locatie het beter wordt gedaan dan de andere. Kijk, een andere manier. Maar dat hoeft niet beter of slechter te gaan (R6).

In de interviews is dan ook uitgesproken dat de verwachting en het vertrouwen er was dat de artsen de problemen die ze in dit proces tegen zouden komen samen op zouden gaan lossen.

“Dat gaf al vrij snel het idee van; oké aan de artsen zal het niet liggen, die komen er uiteindelijk wel uit (...) ik kreeg daar wel een soort van energie van, van oké, dit gaat wel lukken” (R3).

Ook zijn er in de interviews verschillende opmerkingen gemaakt over dat de beide medische staven op papier een hele mooie aanvulling op elkaar zijn en dat dit ook kansen op zou kunnen leveren bijvoorbeeld op het vlak van patiëntenzorg, onderlinge uitwisseling en het vergroten van kennis en expertise. Ook voor de positie van het Hartcentrum van Amsterdam UMC in het landelijke zorglandschap worden voordelen gezien, bijvoorbeeld op het vlak van wetenschappelijk onderzoek maar ook door het feit dat de gezamenlijke opleiding straks de grootste van Nederland zal zijn. Het feit dat er door de vorming van de nieuwe staf ook allemaal cardiologen bij elkaar komen met een eigen specifieke expertise maakt dat de cardiologen kansen zagen om hun eigen kennis en expertise daar ook weer mee te vergroten en maakte hen enthousiast over de uitbreiding van mogelijkheden voor intercollegiaal contact. Eén van de cardiologen verwoordt dit als volgt: “Ik werd er wel enthousiast van, ik dacht: eindelijk gaan we dat op zijn minst verdubbelen en kan ik over mijn specifieke dingen ook met een counterpart overleg hebben” (R11).

Deze toename van intercollegiaal overleg en kennisdeling zou volgens de cardiologen ook moeten leiden tot betere patiëntenzorg omdat er met meer mensen over specifieke casussen wordt nagedacht, hier meer inbreng is vanuit alle praktijkervaringen en daarmee ook oplossingen kunnen worden gevonden voor hele specifieke problematiek:

Maar dat je je werk wel beter kan doen dat denk ik ook. Je hebt protocollen voor kleine groepjes patiënten die je maar één keer per jaar ziet en daar maak je opeens een grotere groep van, zodat je echt wel betere kwaliteit krijgt (R7).

Toen de plannen voor de fusie openbaar werden gemaakt, zagen de cardiologen kansen ontstaan voor de patiëntenzorg vanuit de gemeenschappelijke basis als medisch specialist.

Sturing van bovenaf, twijfels over de meerwaarde van de fusie

Aan de andere kant is er door veel respondenten benoemd dat het initiatief tot de fusie als een voldongen feit werd gepresenteerd, waarbij het gevoel leeft dat een relatief kleine groep bestuurders binnen de organisatie de fusie destijds heeft geïnitieerd. Uit de uitspraken die hierover in de interviews zijn gedaan, komt naar voren dat deze handelwijze door deze medisch specialisten als directief is ervaren. Ook is uitgesproken dat heel veel mensen in de organisatie niet per sé op de fusie zaten te wachten, en dat er onvoldoende uitleg is gegeven aan de medische disciplines over de redenen om de fusie aan te gaan. Het veelal vanuit het bestuur gehanteerde perspectief van het bundelen van de krachten van de twee academische ziekenhuizen in de stad Amsterdam en de onvermijdelijkheid van de fusie van de twee ziekenhuizen roept scepsis op. De respondenten geven veelal aan dat zij niet inzien waarom de schaalvergroting nuttig is en wat de meerwaarde van de fusie is voor de patiëntenzorg. Er is ook argwaan over het argument dat de fusie kan leiden tot betere patiëntenzorg en er bestaat eerder het idee dat het besluit destijds is ingegeven vanuit financiële overwegingen.

Ik denk dat er toen binnen de organisatie van waarschijnlijk meer dan 10.000 mensen, twee mensen heel enthousiast over waren, en dat waren Wouter Bos en Marcel Levi. En ik hoor dan ook bij de rest die niet helemaal inzagen waarom we deze stap moesten gaan maken omdat het onduidelijk was wat hier het voordeel van was. En dat je natuurlijk voorziet dat het een heel lang en moeizaam traject gaat worden (R1).

Wat ook veel is gezegd is dat de redenen voor de fusie niet goed voor het voetlicht zijn gebracht en dat zij als medisch specialisten destijds onvoldoende zijn meegenomen hierin. Het feit dat dit in bijna alle interviews naar voren is gekomen, geeft aan dat dit nog steeds een pijnpunt is voor de betrokken medisch specialisten: “Ik denk het belangrijkste is dat het heel inzichtelijk is waarom zo'n keus gemaakt is. Dat mensen meegenomen worden in de logica daarachter” (R9).

De onvermijdelijkheid van de verandering

Ondanks dat er onbegrip bestaat over de fusie en de redenen om deze aan te gaan, geven de cardiologen ook aan dat zij al snel in hebben gezien dat dit proces doorgang zou vinden en dat zij er dus onvermijdelijk mee in aanraking zouden komen. Eén van de cardiologen beschrijft dit als een rijdende trein die niet stopt, waar je in mee moet en waar geen keuze is. De onvrijheid die hieruit spreekt en de zorgen die dit heeft opgeleverd, zijn in de meeste interviews naar voren gekomen. Het wordt omschreven als een proces waar je in wordt getrokken en waar geen alternatief is, je moet er in mee gaan. Wat daarin hier en daar nog kan steken is de wijze waarop deze veranderingen zijn gebracht, alsof daarbinnen sprake is van veel keuzevrijheid voor de medisch specialisten die het betreft en het per definitie iets geweldigs gaat worden:

We hebben nou eenmaal de opdracht om dat zo goed mogelijk neer te zetten, maar we weten gewoon dat het niet ideaal is dat je gewoon echt onderweg problemen tegenkomt. Dan denk ik oké, dat is dan eenmaal zo, er is gewoon geen andere weg. Ik denk dat een betere visie is dan dat je zegt: dit is echt een schitterend project (R7).

Zorgen over het verloop van het fusieproces en de effecten ervan

Op sommige vlakken kunnen de respondenten dus rationeel wel verklaren waarom de fusie uiteindelijk tot stand kwam, maar heeft ook zorgen opgeleverd over het proces dat hiermee gemoeid zou gaan en de gevolgen die dit mogelijk zou kunnen hebben. Ook voorzagen zij dat deze hele transitie een lang en intensief proces zou worden. Hierbij is vooral de onzekerheid naar voren gekomen over hoe het werken in de nieuwe situatie zou worden vorm gegeven, en hoe het zou zijn om als cardioloog in deze nieuwe situatie te werken. Ook zijn er zorgen uitgesproken over wat de samenvoeging van de totale staf en de veranderingen in de organisatiestructuur voor effecten kan hebben, en of dit mogelijk ertoe zou kunnen leiden dat er in de toekomst minder cardiologen nodig zijn om het werk te doen. Ook is er gesproken over het verlies van de oude werkplek en de onzekerheid of er in de nieuwe situatie wel hetzelfde werkplezier zou ontstaan als dat nu wordt ervaren: “Ik weet niet of alles wat we halen en wat we brengen en de balans die dan gaat ontstaan, leidt tot een werkplek waar je met dezelfde plezier werkt zoals ik hier altijd heb gewerkt” (R3).

De keuze voor een twee locatie model en de invloed van het werken op twee locaties

Een ander veel genoemd aspect binnen de interviews is de keuze voor de locatieprofielen die zijn opgesteld voor beide locaties, waarbij het AMC is bestempeld als de locatie voor de acute zorg. Hiermee is ook het besluit genomen dat de cardiologie zich in de eindsituatie op locatie AMC zou gaan vestigen en er alleen nog een consultfunctie op locatie VUmc over zal blijven. Doordat de cardiologie afhankelijk is van diverse faciliteiten die stapsgewijs gerealiseerd worden op locatie AMC, wat ook weer wordt beïnvloed door schuifbewegingen van andere specialismen, duurt het proces van het verplaatsen van de cardiologische zorg naar het AMC inmiddels al relatief lang (jaren). De effecten hiervan zijn bijvoorbeeld dat de ketenzorg aan de patiënt hierdoor belemmerd kan worden. Ook maakt dit dat de cardiologen hun werkzaamheden over twee locaties moeten uitvoeren of vooral georiënteerd zijn op één van de beide locaties. Dit vormt belemmeringen voor het integratieproces en de manier van werken en daarnaast moeten de betrokken medisch specialisten deze voor hen inefficiënte situatie lang vol zien te houden. Alle cardiologen geven dan ook aan dat het prettiger en meer gelijkwaardig was geweest als er gezamenlijk op een nieuwe locatie was gestart:

Idealiter hadden we onder beide ziekenhuizen een hele grote bom gelegd, en hadden we een schitterend nieuw ziekenhuis gebouwd op de RAI. Waren we daar met z'n tweeën als newlyweds ingegaan en was het een fantastisch huwelijk geworden. Dan start je van hetzelfde startpunt (R11).

Afhankelijkheden van andere afdelingen die nog moeten schuiven en verbouwingen die nog nodig zijn voor de cardiologie, maken dat de afdeling deze situatie nog lang vol moet houden. Uit de opmerkingen die hierover in de interviews zijn gemaakt valt op te maken dat dit de respondenten erg zwaar valt. Het kost hen veel energie om op twee locaties werkzaam te zijn en daar de weg te vinden in combinatie met het leren kennen van de collega's in de nieuwgevormde staf en daarnaast ook de gezamenlijke werkwijzen te moeten harmoniseren. Ook werkt deze situatie in de hand dat men kan vasthouden aan de oude manier van werken op de beide locaties. Dit lijkt niet ten goede te komen van de betekenis die gegeven wordt aan het fusieproces en roept bij veel van de ondervraagde cardiologen weerstand op:

Dit model en wellicht is het zo dat het met name het proces is die daartoe leidt, dat dat zoveel meer negatieve effecten heeft dan positieve effecten, op zowel sfeer, werknemers betrokkenheid, dat is denk ik het meest essentiële, mensen checken gewoon uit als het iets langer duurt (R5).

Bij navraag over de rol van de leidinggevende in dit proces, benoemen de meeste cardiologen dat ze vinden dat hij het gezien de taaie omstandigheden goed doet en dat hij ook niet om deze lastige situatie heeft gevraagd en die vooraf ook niet helemaal heeft kunnen voorzien. De cardiologen lijken hierin dan ook niet veel van hem te verwachten aangezien hij net als iedereen onderdeel is van de organisatie en zijn invloed ook maar beperkt is: "Ik verwacht eigenlijk niks van hem. Hij is ook overgeleverd aan de grillen en grollen van de Raad van bestuur, hoe we verder gaan" (R5).

Aangegeven wordt dat hij veel tijd steekt in het meenemen van alle cardiologen in de veranderingen die spelen, en dat hij zoveel hij kan opkomt voor de afdeling in de fusieprocessen. Er wordt ervaren

dat hij open en benaderbaar is en transparant over alles wat in de organisatie speelt rondom de fusie.

Effecten op de patiëntenzorg

Alhoewel de meeste geïnterviewde cardiologen benoemd hebben dat ze uiteindelijk kansen zien voor het verbeteren van de patiëntenzorg doordat door de samenvoeging van de twee medische staven veel expertise samenkomt in de nieuwe staf, zien ze deze voordelen nog niet direct optreden. Zij hebben de hoop uitgesproken dat er op de langere termijn verbeteringen in de patiëntenzorg op zullen treden, waarbij dit vooral wordt gezien voor hele specifieke patiëntengroepen. Op dit moment in het fusieproces lijkt de kwaliteit van de zorg niet altijd voorop te staan in de beleving van de cardiologen, getuige ook het volgende citaat: “Er wordt wel heel veel vergaderd en overlegd, door het werplekmanagement en stafadviseurs en bedrijfsfinanciën en dat soort dingen, maar ja hoe zich dat nou vertaalt naar die patiëntenzorg dat zie ik eigenlijk nog niet zo heel duidelijk” (R4).

In de interviews is ook veel melding gemaakt van juist een teruggang in de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld veroorzaakt door de inefficiëntie van het werken over twee locaties waarbij niet op elke locatie nog alle expertise (bijvoorbeeld van aanpalende specialismen) in huis is. Door het werken op twee locaties kunnen in de praktijk belemmeringen ontstaan in de zorgketen, die weer invloed kunnen hebben op de patiënt. Dit baart de cardiologen dan ook zorgen omdat dit logistieke belemmeringen tot gevolg heeft voor patiënten. Deze moeten bijvoorbeeld voor consulten of onderzoeken naar de beide locaties, of met een ambulance worden vervoerd tussen de locaties. Meerdere cardiologen zijn van mening dat de kwaliteit van zorg door deze ontwikkelingen verminderd is:

Wij leveren nu minder kwalitatieve zorg dan dat we deden, en iedereen hier in de organisatie weet het. We gaan allerlei dingen.... allerlei lapmiddeltjes, we gaan bandjes plakken met houtje-touwtje constructies, waar je eigenlijk als specialist van zegt; kan dit eigenlijk wel? Maar voor de goede orde ga je er maar mee door, maar ja kwalitatief gezien denk ik dat het het niet ten goede komt. Laten we zeggen; de kwaliteit gaat niet vooruit op dit moment, en je moet maar afwachten of dat zo is als je helemaal samen bent (R5).

De fusie heeft veel verandering voor de medisch specialisten teweeggebracht. Ondanks dat veel cardiologen in eerste instantie ook kansen zagen voor het bundelen van kennis en expertise, bestond er ook weerstand tegen het besluit en geven verschillende cardiologen aan niet overtuigd te zijn van de meerwaarde van de fusie. Ook zijn er signalen dat er onvoldoende is uitgelegd waarom de fusie plaats zou moeten vinden en wat het uiteindelijk op kan leveren. De inefficiëntie van het werken op twee locaties hebben invloed op het werk van de cardiologen. Dit lijkt belemmeringen te vormen voor het leveren van goede patiëntenzorg en voor de integratie van het voltallige team van medische specialisten binnen de cardiologie.

5.2 De betekenissen die de cardiologen geven aan de integratie

Tijdens de interviews zijn door de cardiologen verschillende zaken verteld die duiden op verlieservaringen die zijn ontstaan door de fusie en de ontwikkelingen en de veranderingen in hun werk die hieruit voort zijn gekomen. Gevoed door hun ervaringen kennen de cardiologen allerlei betekenissen toe aan het integratieproces waar zij onderdeel van uitmaken.

Verlies van controle en autonomie

Vanuit de interviews is naar voren gekomen dat de medisch specialisten waarde hechten aan autonomie en graag het eigen werk willen kunnen reguleren. Zij geven aan dat dit een belangrijk element voor hen is dat bijdraagt aan het werkplezier, energie geeft en bijdraagt aan een gevoel van vrijheid in het eigen werk. De verwachting is ook dat ze van hun leidinggevende de ruimte krijgen om zelf over zaken te kunnen beslissen binnen hun verantwoordelijkheidsgebied.

Wat opvalt is dat de meeste voorbeelden van autonomie door de cardiologen gegeven worden op het vlak van de werkinhoud, zij willen binnen hun eigen vakgebied en expertise zelf regie kunnen voeren, besluiten kunnen nemen en eigen initiatieven kunnen ontplooien. In het verleden lijkt er op beide locaties veel ruimte voor de cardiologen te zijn geweest om daar een eigen invulling aan te geven, bijvoorbeeld op welke patiëntenpopulatie zij zich wilden richten, welke specialisaties zij wilden verwerven en welke werkzaamheden zij in het kader hiervan verrichtten:

Dat ik zelf mag bepalen hoeveel poli dat ik doe, welke patiëntenpopulatie dat ik wil zien, welke aanverwante dingen dat ik wil leren, dat mag ik helemaal zelf bepalen. Dus dat maakt voor mij dat ik dat mijn werk leuk is, er is niet iemand die voor mij bepaalt hoe mijn dag eruitziet (R10).

De vele veranderingen die zijn voortgekomen uit het fusieproces en de samenvoeging van de medische staven, hebben de autonomie en zelfregulatie beïnvloed. Er lijken koersen te zijn bepaald of richtingen gekozen waar de cardiologen niet altijd evenveel invloed op uit hebben kunnen oefenen, of in mindere mate dan ze voorheen gewend waren. Uit een aantal voorbeelden die zijn gegeven door de cardiologen blijkt dat zij frustratie ervaren over besluiten die genomen zijn en die negatieve effecten hebben gehad op hun eigen werksituatie. Dit soort ervaringen en de onzekerheid die dit heeft opgeleverd, hebben ook gemaakt dat er een neiging lijkt te zijn ontstaan om het eigen werk en de regie hierover nog meer te beschermen: “De regie in je werk, die die vinden we kennelijk allemaal óntzettend belangrijk en we zijn dus ook voortdurend bang dat we de regie, het kleine beetje regie wat we hebben, dat we dat verliezen” (R11).

Verlies kwaliteit van patiëntenzorg

In het verlengde van het ervaren van minder controle over het eigen werk, is er door de cardiologen ook aangegeven dat het fusie en integratieproces ook gevolgen heeft voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Naast dat eerdergenoemde inefficiënties die zijn ontstaan door het werken over

twee locaties nadelige gevolgen heeft voor de patiëntenzorg, blijkt dat het proces om samen tot een geharmoniseerde werkwijze te komen hier ook een belemmering in vormt. Er is vanuit het divisiebestuur opdracht gegeven aan het harmoniseren van protocollen en werkwijzen, maar het proces om tot een gezamenlijk protocol te komen verloopt binnen verschillende subgroepen moeizaam. Daar waar het wel lukt om een gezamenlijke werkwijze vast te stellen, kan het in de praktijk zo zijn dat er toch nog verschillend gewerkt wordt: “Dat protocol dat ligt er, en we zijn nu 3 jaar verder, en er zijn nog steeds verschillen in het pakket van de VU en AMC en in de manier van werken”(R1).

Het lijkt zo te zijn dat binnen deze processen veel vastgehouden wordt aan de werkwijze zoals men deze voorheen hanteerde. In de gesprekken die plaats vinden vindt dan ook veel discussie plaats, wat de gezamenlijke besluitvorming in de weg staat en veel tijd en energie kost. Ook lijkt dit de tegenstellingen tussen de verschillende groepen die moeten samenwerken te vergroten. Een van de cardiologen die een dergelijk proces doormaakte, beschrijft dit als volgt: “Dat is dan de onderstroom die je voelt, van: oh, dus eigenlijk is die andere methode beter, dus eigenlijk zeg je dat ik al die jaren niet het beste heb gedaan” (R7).

Verlies van positie en plek

Voor de betrokken cardiologen is er het nodige veranderd door de fusie en de daarmee gepaard gaande samenvoeging van de medische staven. In totaal is de medische staf een groep van 55 cardiologen geworden en daarbinnen zijn de subgroepen met specifieke aandachtsgebieden uit beide locaties samengevoegd. Uit de interviews is gebleken dat men binnen deze nieuwe constructie nog zoekende is naar de eigen plek en de wijze waarop ze zich onderling tot elkaar moeten verhouden. Dit levert vraagstukken op over wat ieders plek is in dit nieuwe geheel, en wat de veranderingen voor effect kunnen hebben op bijvoorbeeld een bepaalde status die iemand had, of privileges die in de oude situatie genoten werden. De geïnterviewde cardiologen benoemen dat zij ervaren dat ieders positie opnieuw moet worden bepaald wat bedreigingen op kan opleveren omdat er strijd kan ontstaan over de eigen plek in het nieuwe geheel. Dit beschermen van de eigen of nog te verwerven plek wordt dan ook niet altijd positief ervaren:

Dat het allemaal te maken heeft met dat er natuurlijk een soort reshuffle is van afspraken, en een hoop mensen die zijn bang dat ze bepaalde privileges hadden, die ze misschien wel kwijt gaan raken, nu er een reshuffle is en een nieuwe afdeling ontstaat. En ik denk dat dat een belangrijke drijfveer is voor een hoop mensen om er negatief in te staan (R1).

Uit de interviews is in dit licht ook naar voren gekomen dat er een gevoel van disbalans en ongelijkwaardigheid wordt ervaren doordat de cardiologie van VUmc in het AMC erbij komt omdat het AMC als locatie voor acute zorg is gekozen. Deze disbalans wordt voornamelijk door de cardiologen afkomstig uit VUmc ervaren en maakt dat zij hier sterk op reageren en dit een gevoelig thema lijkt te zijn. Wat hierin naar voren komt is het idee dat er geen vrije keuze is en dat men zich vanuit VUmc moet gaan ‘invechten’ in het AMC:

Wij zeggen altijd; nee, we worden overgenomen, dus niet zozeer een alliantie, we worden overgenomen, waar jij dan op vijandig gebied, als ik het dan zo moet uitdrukken, je moet

invechten. En als je daar dan niet welkom wordt geheten, ja dan is dat niet heel fijn om daar te beginnen. Dan heb je te maken met de normale structuren die daar zijn, en daar probeer je zoveel mogelijk in aan te passen en dat was best wel lastig, omdat je vanuit deze kant gewend was om op een andere manier te werken. . . . Maar als je in een structuur komt te werken waarbij je zelf de meest ervaren bent en waar jij feitelijk moet implementeren zoals we dat op dit moment in de VU deden, als je dat daar moet brengen en mensen gaan daar zo tegen ageren, ja dat voelt dan niet heel welkom (R5).

Wat hierin ook naar voren komt is dat de VUmc-cardiologen het gevoel hebben dat de AMC-cardiologen zich in dit proces minimaal aan willen passen omdat de locatie AMC al maakt dat bepaalde werkprocessen gaan zoals ze gaan, bijvoorbeeld door de al aanwezige logistieke processen en werkwijzen. Dit versterkt het gevoel van disbalans dat dus voornamelijk wordt ervaren door de VUmc cardiologen:

Het principe dat je als VUmc-er je in de AMC-locatie moet inpassen. In plaats van dat je... kijk als je met zijn tweeën een nieuw ziekenhuis begint dan moet je allebei aanpassen en nu merk je wel heel sterk dat dat de AMC-locatie een beetje zoiets heeft; zo doen we het hier en pas je maar aan (R8).

De AMC-cardiologen die ook al werkzaamheden verrichten op locatie VUmc, hebben hier over het algemeen positieve ervaringen mee en voelen zich daar goed opgevangen. Zij erkennen ook dat zij vanuit de meer comfortabele positie komen, omdat zij blijven werken op de locatie van herkomst en geven aan dit ook lastig te vinden voor de collega's die vanuit VUmc moeten komen. De meeste cardiologen benoemen als uitdaging in dit harmonisatieproces ook om iedereen het gevoel te geven dat ze een bijdrage kunnen leveren en van waarde zijn in de organisatie. Daarnaast hebben alle respondenten aangegeven dat zij het een betere en meer gelijkwaardige situatie hadden gevonden als ze gezamenlijk op een geheel nieuwe locatie waren gaan werken. In die situatie was iedereen vanaf hetzelfde startpunt begonnen en hadden ze gezamenlijk op kunnen trekken om het werk op die plek vorm te geven. Dit had kunnen bijdragen aan een betere balans en meer saamhorigheidsgevoel: "Idealiter waren we gewoon echt op een hele nieuwe locatie met zijn allen begonnen, dan was iedereen wat ontheemd en dat zorgt ook voor het groepsgevoel" (R3).

Teamgevoel VUmc versus meer individuele AMC

In de interviews is het nodige verteld over de werksfeer en samenwerking op de voormalige locatie. Hieruit komt naar voren dat VUmc vooral wordt omschreven als een locatie waar de cultuur zich kenmerkt door saamhorigheid en waar het belang van het team voorop staat. Dit uit zich bijvoorbeeld in een grote mate van onderlinge betrokkenheid, het voor elkaar overnemen van werkzaamheden en in het feit dat er altijd gezamenlijk wordt koffiegedronken en geluncht. Er zijn gedurende de werkdag veel onderlinge contactmomenten en er heerst een bijna familiair gevoel dat door de VUmc cardiologen als zeer waardevol wordt gezien. Daar tegenover wordt de cultuur in het AMC door alle geïnterviewden getypeerd als een meer individualistische cultuur die gericht is op individuele prestaties en waar men altijd relatief veel vrijheid en ruimte heeft genoten. Hier lijkt in mindere mate het teamgevoel te worden ervaren, maar is van oudsher meer een eilandjescultuur aanwezig waarbij minder zicht is op wie zich waar bevindt en waar deze mee bezig is. Deze

typeringen worden over en weer ook aan elkaar gegeven waarbij de VUmc cardiologen aangeven dat ze vinden dat het groepsgevoel sterker is in VUmc en dat men daar altijd laagdrempelig terecht kan bij een collega die in de buurt zit, en dat men in het AMC meer voor het eigen succes gaat. Ook is hierbij gezegd dat het sterke groepsgevoel bijdraagt aan het aanspreken van elkaar:

We hebben met elkaar gewoon hier in de VU best wel een hele hechte club waarbij we elkaar heel veel dingen gunnen en ook dingen tegen elkaar uitspreken. En dat is zoals wij dat kunnen zien in het AMC gewoon veel minder. Zij zijn veel individualistischer, meer voor eigen glorie, dan voor met z'n allen en dat is best ingewikkeld (R8).

De AMC-cardiologen geven aan dat zij in het verleden de cultuur binnen staf in het AMC hebben ervaren als een eilandjescultuur waarbij men veel met de eigen zaken bezig was. Dit had tot gevolg dat er minder onderlinge connectie werd ervaren en minder zicht was op wie zich waarmee bezighield. Een verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat het belangrijk werd gevonden om ergens in te excelleren en individuele prestaties te leveren: "Ik denk dat hier (AMC) de cultuur was van best wel vooruitstrevende ambitie. Ergens in excelleren werd gezien als een beetje het hoogst haalbare voor een cardioloog, waardoor dat niet per sé in teamverband hoefde te gebeuren" (R9).

Deze betekenisgeving van het werken in het oude team op de locatie van herkomst is veelvuldig en uitgebreid benoemd in alle interviews, waarbij het lijkt dat de voormalig VUmc cardiologen deze werksfeer graag willen behouden in de nieuwe situatie in het AMC. Ook de geïnterviewde voormalig AMC-cardiologen hebben geuit dat zij meer onderlinge verbinding en groepsgevoel zouden willen ervaren, zowel binnen de subgroepen als binnen de gehele medische staf. Ook ziet iedereen mogelijkheden om meer kruisbestuiving te gaan bewerkstelligen, waarbij het sociale karakter van VUmc en het meer prestatiegerichte van het AMC behouden zouden moeten blijven. Het medisch afdelingshoofd lijkt hierin vooral het toekomstbeeld en de gezamenlijkheid te willen benadrukken en minder de verschillen tussen de voormalige locaties:

We mogen het van Steven niet hebben over AMC of VU, omdat, en daar ben ik het wel mee eens, er zijn hier in de VU ook dingen die niet oké zijn, dus het is een mens verschil zeg maar, laten we het daar dan op houden (R8).

Over het algemeen zijn de cardiologen positief over de rol die het afdelingshoofd inneemt in het integratieproces en vinden ze dat hij open en benaderbaar is en een verbinder. Ze geven aan dat hij inzet op mensen en groepen bij elkaar brengen om zodoende de integratie te bevorderen.

Verlies van de fysieke werkplek

De fysieke werkplek is een thema dat in elk interview aan bod is gekomen. De cardiologen afkomstig uit VUmc waren gewend aan een kantoorgang met voornamelijk vaste werkplekken waar een laagdrempelige sfeer werd ervaren, men liep veel bij elkaar binnen. In het AMC bestond eenzelfde situatie, maar zaten de cardiologen niet allemaal bij elkaar en meer verspreid over het ziekenhuis. De vleugel in het AMC waar een deel van de cardiologen zaten en daarnaast het secretariaat en medisch afdelingshoofd, moest ten tijde van dit onderzoek verhuisd worden naar een vleugel elders in het ziekenhuis met flexwerkplekken. Deze flexwerkplekken die nu voor de gehele staf cardiologie beschikbaar komen, zijn ook weer tijdelijk. In de uiteindelijke situatie na de verbouwing zal er een

nieuw gebied met werkplekken voor de staf beschikbaar komen. Het hebben of verliezen van een eigen werkplek is een belangrijk onderwerp voor de cardiologen van beide locaties. De VUmc cardiologen verliezen op termijn hun werkplek op locatie VUmc waar zij nu nog zoveel waarde aan hechten en zien dat er op locatie AMC een minder goed alternatief voorhanden is. Ook de verspreide ligging van de werkplekken voor cardiologen op locatie AMC vinden zij een belemmering aangezien zij gewend zijn aan werkplekken die dicht bij elkaar zitten. De angst bestaat dat het niet weten waar je collega's zich bevinden ten koste zal gaan van de zichtbaarheid, de onderlinge verbinding en het teamgevoel. De cardiologen uit het AMC moeten ook hun werkplek verlaten en zijn niet te spreken over de locatie met flexwerkplekken waar zij naar toe gaan:

Het worden dus flexplekken, niemand heeft er zin in. Slecht gepland, want er is niet eens plek om je witte jas op te hangen of je natte regenkleding, dus dit gaat natuurlijk gewoon problemen leveren. Er komt natuurlijk een volledig nieuw stafgebied, dus ik denk dat dat fantastisch is. Want dat is een gebied wat eigenlijk voor niemand nog thuis is, dus iedereen kan het vormen. Dus dat is denk ik wel fijn, maar het is wel twee jaar overleven op flexplekken die héél ver weg zitten van onze corebusiness (R9).

De uiteindelijke situatie van de fysieke werkplekken voor de staf zullen dus wel weer bij elkaar gesitueerd zijn, maar ook voor dit onderwerp geldt dat de huidige situatie nog lang volgehouden moet worden. Dat vraagt veel uithoudingsvermogen en geeft zorgen over de effecten die dit kan hebben.

Verlies van routines en gewoonten

Het werken in de nieuwgevormde staf en daarbij het over en weer werken op de twee locaties maakt dat de cardiologen niet meer op de oude routines kunnen varen zoals ze die kenden op de locatie van herkomst. In de interviews is naar voren gekomen dat dit ongemak en onzekerheid met zich mee kan brengen en gebrek aan houvast oplevert. Het divisiebestuur heeft ervoor gekozen dat de medisch specialisten zullen gaan werken in een rouleersysteem over beide locaties. Hierbij lijken zij er vanuit te zijn gegaan dat de cardiologen zich op basis van hun medische professie vanzelfsprekend zal redden in het werken op de andere locatie. Desalniettemin hebben verschillende cardiologen in de interviews aangegeven dat zij moeite hebben gehad met hun weg vinden in het werken op de andere locatie en dat zij als dit ongemakkelijk en onprettig hebben ervaren:

Nou, vanaf het begin eerst heel erg eenzaam. Kijk als je op de poli bent, de poli-medewerkers zijn allemaal super behulpzaam en dat is allemaal helemaal prima. Maar ja, aan het begin was ik heel erg aan het zoeken om weet je wel.. waar is iedereen? Wat is iedereen eigenlijk aan het doen en wie moet ik bellen voor wat? (R8).

De werkinhoud benoemen zij dan ook niet als het probleem, maar de belemmeringen die worden ervaren in de uitvoering van het werk en de weg vinden op de andere locatie leveren gevoelens van stress en onzekerheid op en maken dat het werken op de andere locatie niet altijd positief wordt ervaren. Er wordt hierin een vast aanspreekpunt gemist die laagdrempelig kan worden benaderd

tijdens het werken op de andere locatie. Ook kan hierdoor de neiging ontstaan om het werken op de andere locatie uit de weg te gaan, wat tot uiting komt in de volgende uitspraak:

Dan merk je dat er gewoon soms bijna paniek is van; maar ik weet helemaal niet hoe het daar werkt op die andere locatie. Maar ja, dat had je het afgelopen half jaar dus ook kunnen uitzoeken, daar had je in kunnen investeren. Dus dan merk je wel dat van dat soort dingen er wel stress komt bij mensen (R2).

Hoewel er een afspraak is gemaakt binnen de staf dat er over beide locaties uitgewisseld zal gaan worden, is dit in de praktijk nog op vrijwillige basis en is het met name zo dat er cardiologen vanuit VUmc in het AMC gaan werken. Gezien het feit dat de focus uiteindelijk op locatie AMC komt te liggen en bepaalde zorg ook al naar deze locatie verschoven is, kan dit een logisch effect zijn, maar er lijkt nog wel verschil te zijn in wie dit wel en niet doen. Hierbij is aangegeven dat sommige cardiologen de meerwaarde van het werken op locatie VUmc niet zien aangezien op termijn de meeste zorg daar verdwijnt, of dat ze tegengehouden worden door onbekendheid met het reilen en zeilen op deze locatie. Er bestaat dus voor sommige cardiologen de gelegenheid om niet uit te wisselen over beide locaties en zij doen dit dan ook niet. Daar waar cardiologen vanuit het AMC wel naar VUmc gaan om daar te werken, wordt dit positief gewaardeerd:

Het voelt eerlijk gezegd ook een beetje als thuiskomen. Het is net iets kleiner en het is logistiek veel beter ingericht omdat daar één verdieping is. Ja, dat zorgt ervoor dat je steeds je collega's tegenkomt, veel meer dan hier waar je toch verdeeld bent op verschillende eilanden (R9).

De cardiologen die al wel meer rouleren over beide locaties, geven aan dat dit een goede manier is om meer gewend te raken aan de nieuwe situatie en daarnaast de weg te leren vinden op de andere locatie. Ook het contact en het samenwerken met collega's dat hierbij ontstaat, lijkt bij te dragen aan de onderlinge verstandhouding en maakt dat men steeds meer bekend raakt met elkaars wensen en behoeften. De cardiologen die dit proces al hebben doorlopen, geven aan dat toen ze eenmaal door de eerste lastige fase heen waren, het ongemak snel minder werd. Deze positieve ervaringen dragen ook bij aan het vertrouwen voor de toekomst op het vlak van de onderlinge integratie: "En als ik daar ook werk, dan is iedereen altijd super, komen ze langs, ga je mee eten enzo. Dan denk ik van, oké er is echt wat veranderd. Er is echt al veel beweging aan het ontstaan" (R3).

Een ander belangrijk verschil in routines tussen de beide locaties dat is aangegeven in alle interviews, is dat er op locatie VUmc op dagelijkse basis gezamenlijk koffiegedronken en geluncht wordt en hier dus veel informele contactmomenten zijn. De VUmc cardiologen hechten hier veel waarde aan en geven aan dat dit voor hen belangrijke momenten zijn in hun werkdag en dat dit de onderlinge verstandhouding en saamhorigheid positief beïnvloedt.

Dan hoor je ook eens iets over iemand privé en dat is ook belangrijk. . . Het geeft veel meer.. ja, het voor elkaar wat willen doen en inspringen, wordt groter die bereidheid als je elkaar een beetje kent en weet hoe ze erin staan (R3).

De geïnterviewde AMC-cardiologen geven aan dat dit inderdaad minder de gewoonte was op locatie AMC en dat daardoor de informele contactmomenten minder voorkwamen op locatie AMC en dat

hierdoor mogelijk wat minder onderlinge samenhang was. Eén van de van origine AMC-cardiologen zegt hier het volgende over:

In VUmc was veel meer het sociale... beter. Met elkaar lunchen of even koffiedrinken na de overdracht, of... Ja, we hadden laatst heidag en toen kwam het ook op die lunch en toen zei iemand ja, als ik dus achter mijn computer eet dan noem ik dat een AMC-tje doen (R4).

Vanuit de behoefte van de (voormalig) VUmc cardiologen aan het in stand houden van deze routines en om het onderlinge teamgevoel te versterken, is dit onderwerp van gesprek geweest in de medische staf en is de intentie uitgesproken om ook op locatie AMC meer gezamenlijk pauzes en informele contactmomenten te gaan creëren, wat ertoe heeft geleid dat dit nu ook op locatie AMC al meer gebeurt.

Persoonlijke gevolgen van het integratieproces voor de medisch specialist

Er zijn door de geïnterviewde cardiologen veel zaken gedeeld over de effecten die het fusieproces op hen heeft gehad, of nog steeds heeft. De meeste cardiologen geven aan moeite te hebben met het integratieproces, zij ervaren veel belemmeringen en verlies. Zij hebben het gevoel dat zij zich erg moeten aanpassen in de nieuwe situatie, waarbij de voordelen niet altijd even duidelijk voor hen zijn. Dit heeft tot gevolg dat meerdere cardiologen hebben aangegeven soms te twijfelen of deze organisatie nog wel de juiste plek voor hen is. Een aantal van hen heeft ook al meer concreet onderzocht of zij elders wilden gaan werken, of denkt daarover na. Wat hierin naar voren komt is dat het niet altijd meer helder is wat deze situatie hen oplevert, hoe zij dit op een goede manier vol kunnen houden en de balans hierin kunnen behouden. Verschillende cardiologen hebben aangegeven dat zij denken dat het bijna onvermijdelijk is dat er mensen sneuvelen in een fusieproces:

Ja, want er wordt nogal wat van je verwacht. Dat je zegt van; zet je leven 10 jaar on hold om de alliantie door te gaan, terwijl je misschien elders een prima carrière kan hebben. Ik kan het niet beoordelen voor mensen, ik heb zelf ook op het punt om weg te gaan gestaan en ik heb uiteindelijk gekozen om hier te blijven, omdat het ook ...er zijn natuurlijk ook persoonlijke redenen en mijn werk is prachtig, dat is het helemaal niet. Maar goed, er zullen vast mensen zijn die zeggen; ik ben er klaar mee (R5).

Redenen voor de cardiologen om te blijven zijn voornamelijk de inhoud van het werk en de kansen die zij hierin zien ontstaan in de toekomst. Daarnaast zijn de specialisten over het algemeen al enige tijd werkzaam in het academisch ziekenhuis en hebben zij zich binnen deze context kunnen specialiseren en zich verder ontwikkeld. Het is dan ook moeilijk om in een ander ziekenhuis een functie te vinden die evenaart wat zij binnen hun huidige functie doen, bijvoorbeeld op het vlak van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Ook zijn zaken als de onzekerheid die gepaard gaat met het wisselen van baan en het verlies van bepaalde arbeidsvoorwaarden genoemd als redenen om te blijven:

Ik heb best wel momenten gehad dat je denkt van; mijn hemel, vind ik dit echt leuk? Ja, word ik hier nog blij van, wil ik dit? En tuurlijk denk je wel eens van; zou ik niet een andere stap moeten maken? Maar ja, inhoudelijk is het wel het leukste om het hier te doen (R4).

5.3 Belemmerende factoren in het integratieproces

Identificatie met de locatie en ervaringen van disbalans

De eerder beschreven verschillen in cultuur en werksfeer op beide locaties en de bijkomende ervaringen van verlies werken door in het integratieproces. De geïnterviewde cardiologen lijken zich vooral nog te identificeren met de locatie van herkomst waarbij er door de VUmc cardiologen veel uitspraken zijn gedaan over de ongelijkwaardigheid die zij hierin ervaren. Ook ziet er ernaar uit dat de posities van de vertrekkende partij versus de ontvangende partij hier een rol in spelen. Zoals eerder aangegeven hebben velen uitgesproken dat ze het liefste samen op een nieuwe locatie hadden willen starten. Het feit dat dit niet het geval is, roept een gevoel van disbalans op en lijkt een belemmering te vormen voor de onderlinge verhoudingen en in de samenwerking:

Wat ik nu wel zie bij toch wat hete hangijzers is dat dan toch wel redelijk makkelijk gegrepen wordt naar het argument van: ja, maar op de AMC-locatie werkt dit en we weten dat dit werkt, dus waarom moeten we dan weer een andere manier gaan kiezen. We kunnen het beter op de AMC manier blijven doen (R2).

Hier speelt doorheen dat het lastig te bepalen is voor de cardiologen hoe ze om moeten gaan met dit gevoel van ongelijkwaardigheid en dat de neiging ook bestaat om deze verschillen en posities ten opzichte van elkaar steeds te benadrukken. Eén van de cardiologen beschreef dit als een 'Calimero syndroom' waarbij het kleinere VUmc op moet boksen tegen het grote AMC. Het blijven hanteren van dergelijke tegenstellingen maakt het lastig om te bepalen hoe de verschillen verkleind of opgeheven kunnen worden.

Verschillen tussen generaties in de staf

Vanuit de interviews is ook het nodige gezegd over de verschillen in generaties die maken dat mensen anders met de veranderingen door het fusieproces omgaan. In grote lijnen is de strekking hiervan dat de veranderingen lastiger zijn voor degenen die langere tijd op één van beide locaties hebben gewerkt. Deze personen hebben ook het nodige verteld over hoe het in het verleden voor hen was om op één van beide locaties te werken, en lijken veelal vast te willen houden aan hoe het voorheen ging. De stafleden die minder lang werkzaam zijn binnen de beide staven of die pasgeleden zijn toegetreden tot de staf lijken meer toekomstgericht te zijn en begrijpen in mindere mate waarom collega's vasthouden aan hoe het in het verleden is geweest. Zij nemen de veranderingen die zijn opgetreden door de fusie voor wat ze zijn en hebben weinig weerstand ertegen. De jongere generatie denkt dat het voor de oudere generatie moeilijker is om flexibel te zijn of om nieuwe manieren van werken te gaan hanteren, omdat ze al zo lang gewend zijn geweest aan een bepaalde manier van werken. Hierdoor kost het de oudere generatie meer tijd om zich aan te passen en mee te komen in de snel veranderende omgeving binnen de fusieorganisatie:

Ik denk dat het voor de mensen die al langer op een plek zitten en heel erg gewend zijn aan de manier van werken, dat het misschien lastiger is omdat je heel erg daaraan gewend bent en die flexibiliteit misschien een beetje verloren bent gaandeweg. Dus ik denk dat het met

name voor die groep wat lastiger is, ik ervaar zelf niet veel problemen in het integratieproces (R10).

Alle geïnterviewde cardiologen geven aan te zien dat door de aanwezigheid van verschillende generaties in de staf en de aanwas van jongere cardiologen er ook veranderingen optreden. Het geeft een nieuwe dynamiek in de samenwerking, waarbij de jongere generatie andere waarden meeneemt en bijvoorbeeld minder gevoelig lijkt te zijn voor de autoriteit van de oudere generatie cardiologen:

Wij hebben te maken met generatieverschillen. De oudste generatie is nu... zijn heel anders in de bestuurscultuur dan mijn generatie, dat is echt wel een veel autoritairder type management. Dat voel je soms wel clashen, dat de jongere generaties accepteren niet zo goed dat hele autoritaire meer. Ga ik ze helemaal gelijk in geven (R11).

Daarnaast wordt aangegeven dat door de toename in specialisaties en de complexiteit van de patiëntenzorg het werken in teamverband en de daarbij horende kennisuitwisseling belangrijker is geworden en zal blijven in de toekomst:

Ik denk wel dat zeker voor mijn generatie dat het team ook wel belangrijker is dan bij de wat oudere generaties. Wij zoeken elkaar echt uit, want de cardiologie is op het niveau waarop wij werken extreem ingewikkeld (...). Je weet niet alles dus je moet andere mensen om raad vragen (R9).

De veranderingen die optreden door de fusie en de samenvoeging van de medisch staven kunnen voor de jongere generaties kansen opleveren voor de toekomst, maar mogelijk ook tot gevolg hebben dat oudere generaties de eigen plek meer gaan beschermen. Door de uitspraken die hierover zijn gedaan en doordat de staf qua generaties gemêleerd is, lijkt het wel een thema te zijn. Wel is nog lastig te bepalen in hoeverre deze verschillen tussen generaties een rol spelen binnen het integratieproces in de staf, doordat er niet altijd open over wordt gesproken. Hier lijkt nog minder bewustzijn te zijn op het effect van de aanwezigheid van de verschillende generaties op de onderlinge samenwerking en de integratie.

Proces van integratie binnen de gehele medische staf

Door de fusie zijn de beide medische staven van de cardiologie samengevoegd en is er een grote medische staf van 55 cardiologen ontstaan. Het integratieproces binnen deze staf lijkt nog wisselend te verlopen en nog niet iedereen lijkt zich te identificeren als onderdeel van de staf. Vooral de omvang van de staf en het werken op de twee locaties lijken hierin een belemmering te vormen: "Dat het dermate groot is dat ik sommige collega's bijna niet spreek of bijna niet zie, omdat we echt volledig asynchroon lopende week schema's hebben, maar ook dat de onderlinge verbintenis wel minder is binnen de hele groep" (R2).

De respondenten geven aan dat ze nog niet echt een gezamenlijke identiteit als nieuwgevormde staf cardiologie ervaren. Om de integratie binnen de staf te bevorderen zijn er op regelmatige basis bijeenkomsten met de gehele staf. Zo zijn er geregeld stafvergaderingen en daarnaast zijn er verschillende heidagen georganiseerd waar de hele staf twee dagen samenkomt op een externe

locatie onder begeleiding van veranderkundigen. De meeste geïnterviewde cardiologen geven aan dat op de heidagen steeds meer zaken worden gedeeld en dat er sprake is van een basis van onderling respect, maar dat het desondanks ook nog wel lastig is om gevoelige thema's op tafel te krijgen. Er worden wel pogingen gedaan om bepaald gedrag bespreekbaar te maken, maar het gesprek daarover blijft vaak algemeen en het idee is dat niet iedereen daar het achterste van zijn tong laat zien. Niet alle cardiologen ervaren de heidagen dan ook als nuttig. Ook hebben zij een verschillende beleving van de mate van ondersteuning en begeleiding in dit proces. Wel geven zij allemaal aan dat vooral de informele momenten op deze dagen voor hen heel waardevol zijn en ook bijdragen aan het elkaar beter leren kennen en de onderlinge verstandhouding ten goede komt. De meeste cardiologen erkennen daarbij ook dat er nog wel het nodige moet gebeuren om de integratie binnen de gehele staf verder te bevorderen en dat dit niet alleen tot stand zal komen door het organiseren van heidagen maar dat vooral ook het regelmatig (informeel) samenkomen hier belangrijk in is: "Ik denk dat we nog veel beter kunnen integreren. Gewoon.. ja gewoon veel meer uitwisselen nog om op zo'n manier elkaar te leren kennen. Ik denk zo'n heisessie... eerlijk gezegd, ja dat helpt gewoon weinig denk ik" (R4).

Proces van integratie binnen de subgroepen met aandachtsgebieden

Binnen dit onderzoek zijn cardiologen geïnterviewd die naast dat ze lid zijn van de gehele staf, ook op basis van hun specialisatie deel uitmaken van subgroepen met aandachtsgebieden binnen de cardiologie. Hieruit is naar voren gekomen dat de integratie binnen deze subgroepen wisselend verloopt. Binnen de ene subgroep lukt het de cardiologen al goed om van elkaar te leren en elkaars expertise te delen, waar bij de andere subgroep dit nog moeizaam verloopt en er veel strubbelingen in de samenwerking worden ervaren. Het ziet er naar uit dat daar waar het goed verloopt, dit vooral tot stand komt door deze uitwisseling van kennis en vaardigheden en doordat er binnen deze subgroepen al intensiever op dagelijkse basis wordt samengewerkt:

Er is zeker kruisbestuiving en dat komt de kwaliteit alleen maar ten goede. Want...als je een grotere groep cardiologen met allemaal een andere achtergrond hebt, ja, dan wordt 100%....het niveau naar een hoger niveau getild. Daar ben ik overtuigd van (R6).

In de subgroepen waar het samenwerken minder goed verloopt, wordt door de betrokken cardiologen aangegeven dat ondanks alle kansen die in eerste instantie werden gezien in dit integratieproces, het in de praktijk lastig blijkt om in gezamenlijkheid te werken aan de integratie. Hierbij is door verschillende cardiologen aangegeven dat het vertrouwen, de onderlinge betrokkenheid en de openheid die in hun ogen hiervoor nodig is, in deze subgroepen nog onvoldoende aanwezig lijkt te zijn:

Ik wil dat we het uit een soort vertrouwen naar elkaar doen, dat je dingen uitspreekt dat je elkaar in vertrouwen neemt van; ik ben nu dit aan het doen en daarom ben ik er niet, kan jij dit voor me overnemen? Natuurlijk, ik ben je collega, dat doe ik voor je. Dat doen we niet, en ik weet niet waarom (R11).

De vanzelfsprekendheid van het voor elkaar willen invallen is in deze groepen nog niet aanwezig en het is moeilijk om dit onderwerp met elkaar te bespreken of het gesprek er over blijft oppervlakkig

en raakt niet aan hetgeen er echt speelt. Dit maakt het vervolgens ook lastig om binnen deze subgroepen tot een gezamenlijk gedragen nieuwe werkwijze te komen. Daardoor worden dit langdurige en intensieve processen waarbij uiteindelijk soms onder druk besluiten tot stand moeten komen. Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop dit vervolgens gaat:

Deadlines voor dat er gekozen moet worden voor werkmethode a of werkmethode b, zijn ook heel lang vooruitgeschoven, omdat niemand dat conflict wilde aangaan. En nu moeten we...en nu merk je dat dus... nou ja, de gemoederen lopen hoog op (R3).

Daarnaast is aangegeven dat in dit proces ook nog de 'oude' cultuur van de beide locaties hier doorheen lijkt te spelen waar in het verleden andere strategieën lijken te zijn gehanteerd. In het AMC lijkt vooral belangrijk te zijn geweest om het zo goed mogelijk voor zichzelf of de eigen subgroep te regelen. Het opkomen voor de eigen belangen werkt hier sterk in door waarbij er in de oude VUmc cultuur iets meer neiging bestond om te zoeken naar het compromis en toe te werken naar een collectief gedragen besluit:

Ja, dat is dan het stukje cultuur waarbij ik denk dat AMC toch wat meer de cultuur heeft van vooral; als je het niet goed regelt voor jouw eigen subgroepjes of voor jouw eigen belangen, dan gaat een ander ermee aan de haal. Terwijl aan de VU-zijde dan toch iets meer gepolderd wordt (R2).

De cardiologen geven aan dat het medisch afdelingshoofd een belangrijke aanjager is van de integratie binnen de staf en de subgroepen en dat hij hierin sturing geeft door het verstrekken van opdrachten aangaande het harmoniseren van werkwijzen. Daarnaast stimuleert hij het samenkomen van de staf door stafvergaderingen, informatiebijeenkomsten en bijvoorbeeld de heidagen. De cardiologen lijken hier wisselende verwachtingen in te hebben. Zij geven aan het soms lastig te vinden dat ingreep van het afdelingshoofd nodig is om bijvoorbeeld subgroepen stappen te laten maken in de integratie, maar zeggen ook te zien dat deze ingreep in deze fase nog vaak nodig is. Voor andere cardiologen mag dit nog wel meer directief gebeuren en worden sommige stafleden te weinig aangesproken op hun gedrag of beperkte bijdrage aan het integratieproces. Ook kan de persoonlijke behoefte en de verwachting van de leidinggevende hierin nog wisselen:

Ik wil ook helemaal eigenlijk niet eens die regels nodig hebben, want ik wil dat iedereen het uit een soort normaal gedrag bij elkaar doet. Maar kennelijk lukt dat niet, of in mijn beeld niet. En wil ik dan hebben dat een baas dat voor me gaat regelen? Ja, maar dat gaat een baas niet doen, nee (R11).

Onduidelijkheid over de onderlinge verwachtingen en behoeften in de samenwerking

Omdat het nog zoeken is naar de wijze waarop de samenwerking moet worden vorm gegeven en er sprake lijkt te zijn van verschillende subgroepen, bijvoorbeeld op basis van locatie, generatie of aandachtsgebied, lijkt er ook nog onduidelijkheid te bestaan over de onderlinge verwachtingen en behoeften in de samenwerking. De meeste geïnterviewde cardiologen hebben de verwachting uitgesproken dat iedereen zijn steentje bijdraagt aan het laten draaien van de afdelingen op beide locaties en dat daarbinnen onvermijdelijk ook taken moeten worden gedaan die men minder graag doet.

Hier komt opnieuw de disbalans tussen VUmc en AMC naar voren, omdat in de huidige situatie het voornamelijk zo is dat VUmc cardiologen gaan werken in het AMC en zij hierbij nog regelmatig tegen praktische belemmeringen aanlopen of zich hier niet altijd welkom voelen. Daarnaast wordt hun werk op locatie VUmc niet altijd overgenomen en kan dit extra werkbelasting tot gevolg hebben. Dit maakt het lastig om de meerwaarde van het rouleren over de beide locaties te blijven zien. Het lijkt ook hier moeilijk om dit onderwerp en deze ervaringen onderling bespreekbaar te maken:

Ik sprak één van de collega's die moet binnenkort hier dan iets doen, in de VU, en die maakt dan gekscherend de opmerking van; nou ik zal wel even laten zien hoe we het anders kunnen doen. Dan wordt daar door de AMC-collega's over gelachen en ik stond daar in mijn eentje... en dus ja... ik denk dan: treurig (R8).

Omdat de verwachtingen en behoeftes niet altijd open besproken kunnen worden, lijken er over en weer aannames en soms ook irritaties te ontstaan. De geïnterviewde cardiologen geven aan dat ze niet goed begrijpen waarom dit onderling uitspreken en aanspreken hun als hoogopgeleide, verantwoordelijke mensen niet altijd lukt. Verklaringen die zij hiervoor geven zijn dat er misschien nog te weinig bereidheid is om echt naar een collega te luisteren en hier vervolgens ook actief iets mee te gaan doen. Ook is aangegeven dat het mogelijk zo is dat nog niet altijd wordt toegegeven dat dit een ingewikkeld proces is waar openheid van zaken geven belangrijk is. De meeste cardiologen geven aan dat ze wel last hebben van deze patronen en dat er volgens hen nog het een en ander moet gebeuren om de onderlinge communicatie te verbeteren en meer expliciet zaken naar elkaar uit te gaan spreken:

Ik denk dat we nog wat belangrijke hobbels te gaan hebben, zoals elkaar aanspreken maar ook het stukje verhullen en onthullen laat ik het zo stellen. Het is ook een stukje conflict vermijding, waarbij iedereen zoiets heeft van nou, als we het er niet over hoeven te hebben en er omheen kunnen lopen, is dat ook een idee (R2).

Daarnaast is uitgesproken dat de verwachtingen van het divisiebestuur over de voortgang die er al zou moeten zijn in de integratie binnen de staf niet altijd in lijn zijn met de werkelijkheid. De cardiologen geven aan het hierbij belangrijk te vinden dat het divisiebestuur goed communiceert over de op handen zijnde veranderingen. Daarnaast vinden zij duidelijkheid over de verwachtingen die het divisiebestuur heeft over de bijdrage van de individuele teamleden in dit proces belangrijk.

Het toekomstperspectief

Binnen de interviews is gevraagd hoe de cardiologen kijken naar de toekomst, wat ze achteraf anders hadden willen doen en of ze een advies hebben voor iemand die eenzelfde proces door gaat maken. Bijna alle cardiologen geven hierbij aan dat ze het belangrijk vinden te weten wat er voor hen in het verschiet ligt, om zo het taaie en langdurige proces goed vol te kunnen houden. Ook geven ze aan dat het nu wel voor bijna de hele staf de wens is om zo snel mogelijk naar locatie AMC te gaan omdat de verwachting is dat hiermee veel van de huidige ervaren belemmeringen weggenomen zullen worden:

Ik denk dat bijna alle cardiologen nu zoiets hebben van: kom, kunnen we gewoon niet op één locatie zitten? Ik denk dat wij nu op het punt staan dat we veel liever vervroegd zouden willen lateraliseren. Niet iedereen, maar het overgrote gedeelte die heeft zoiets van; ja, nu wil ik gewoon naar die ene plek, want dan heb je niet al het gezeik om je heen van al die mensen die niet weten waar je ze kunnen vinden (R9).

In de situatie dat dit toch nog langer duurt, vinden de meeste geïnterviewde cardiologen het belangrijk om zowel in de subgroepen als in de gehele staf bij elkaar te blijven komen. Een enkeling heeft aangegeven hier weinig in te zien en niet al te veel energie in te willen steken zo lang het tweelocatie model nog voortduurt. Ondanks het lang vol moeten houden en de onderlinge dynamiek die hierin aanwezig is, geven de meeste cardiologen aan dat er samen toch ook al veel stappen in de goede richting zijn gezet en zeggen zij met vertrouwen naar de toekomst te kijken. Als voorbeeld hiervoor worden de heidagen aangehaald waar een verandering te zien is ten opzichte van een aantal jaar geleden en er veel minder onderscheid is tussen VUmc en AMC-cardiologen. Ondanks de verschillen die nog gezien worden, lijken de overeenkomsten dan ook steeds zichtbaarder te worden en dat geeft hoop en vertrouwen voor de toekomst: “Er zijn gelukkig meer overeenkomsten dan verschillen en misschien moeten we ons daarop focussen, maar er zijn gewoon wel verschillen. Ik denk dat we die wel gewoon moeten accepteren voor wat ze zijn” (R2).

Het onderling delen van ervaringen lijkt ook te helpen in het integratieproces, maar de cardiologen geven aan dat dit nog wisselend lijkt te gebeuren en dat hierbij vooral vaak gekozen wordt voor een collega met wie ze al langer samenwerken en waarmee ze meer vertrouwd zijn. De geïnterviewde cardiologen gaven een paar voorbeelden van situaties waarbij ze onverwacht in gesprek raakten met een collega en erachter kwamen dat er veelal hetzelfde werd gevoeld en beleefd. Deze herkenning vonden ze erg prettig om te ervaren en maakte ook dat ze meer gingen delen met anderen.

Hoewel het fusie en integratieproces regelmatig als erg lastig wordt ervaren door de cardiologen, geven zij aan dat er toch ook heel veel is om naar uit te kijken hebben zij ook adviezen voor anderen die in een vergelijkbaar proces zitten. Deze gaan bijvoorbeeld over het openstaan voor het perspectief van de andere partij en daarmee het los kunnen laten van je eigen zienswijze. Daar waar dit aangedurfd wordt lijkt er ruimte te ontstaan voor het creëren van een nieuwe gezamenlijke werkwijze die het beste van twee werelden combineert. In het verlengde daarvan is genoemd dat het helpt om de nieuwe organisatie Amsterdam UMC als uitgangspunt te nemen, omdat dit kan bijdragen aan het besef dat de wereld onvermijdelijk is veranderd. Daarnaast zijn veel zaken genoemd over de wijze waarop de medisch specialist zelf omgaat met de veranderingen, waarbij een van de cardiologen het volgende advies formuleerde:

Nou ja, eye on the prize hè. Dus bedenk gewoon wat je zelf wil bereiken, of wat je zou kunnen bereiken met de fusie. En dan zou ik tegen mijzelf 2 jaar, 3 jaar, 4 jaar geleden gezegd hebben van joh: kijk voor jezelf, wat wil je nou bereiken, en hoe kan de fusie of kan je collega's je daarbij helpen? Maar kijk gewoon vooral naar jezelf (R11).

6. Analyse

In dit hoofdstuk zullen de weergegeven resultaten aan de hand van de onderverdeling in thematiek worden geanalyseerd. Allereerst wordt gekeken naar de betekenis die door de medisch specialisten is gegeven aan de fusie tussen AMC en VUmc tot Amsterdam UMC en de effecten die dit heeft gehad. Vervolgens wordt geanalyseerd welke belemmeringen de betrokken medisch specialisten ervaren door het ontbreken van verschillende randvoorwaarden en tot slot zal worden ingegaan op de betekenis die door de cardiologen is gegeven aan het integratieproces en welke effecten dit heeft op de integratie van beide medische staven.

6.1 De invloed van de fusie op de medische professionals

Uit de resultaten komt naar voren dat de fusie tussen het VUmc en AMC tot Amsterdam UMC de nodige impact heeft gehad op de cardiologen van beide locaties en die nu gezamenlijk toewerken naar de vorming van het nieuwe Hartcentrum op locatie AMC. De aanleiding zoals die is gepresenteerd door de organisatie, roepen twijfels en defensieve reacties op bij de medisch specialisten. Zij vragen zich af waarom de fusie nou nodig was en stellen dat de aanleiding en redenen nooit goed voor het voetlicht zijn gebracht. Zij richten zich met deze vragen vooral op de Raad van Bestuur. Zij zien het besluit als iets dat hen én het afdelingshoofd is overkomen en waar niet om was gevraagd. Dit is een voorbeeld van de toename van sturing en een meer bedrijfsmatige kijk op organiseren die effect heeft op medische professionals zoals beschreven door Noordegraaf (2015). Choi et al. (2011) beschrijven dat veranderprocessen zoals fusies onvermijdelijk invloed hebben op professionals in organisaties en kan leiden tot weerstand en het beschermen van het eigen werk. Dit komt in de data terug als de twijfels die geuit zijn over de meerwaarde van de fusie, onbegrip over de keuze van het twee locatie model en de zorgen over de effecten ervan voor de kwaliteit van zorg.

Sturing van bovenaf en de gevolgen voor de autonomie

Noordegraaf (2007) beschrijft dat de toename van organisatorische controlemechanismen maakt dat medisch specialisten zich aan moeten passen aan deze organisatorische en bureaucratische realiteit. Aangezien een ziekenhuis als Amsterdam UMC in hoge mate afhankelijk is van de kennis en expertise van medisch specialisten, kan er door de weerstand die medisch specialisten ervaren in het fusieproces en waarover zij zich uitspreken een ingewikkelde dynamiek ontstaan. Dit is te herkennen in de reactie van de cardiologen. Hierin is ook de vermenging van de traditionele professionele logica en de meer dominant geworden management logica te herkennen zoals beschreven door Hendriks et al. (2022). De inmenging vanuit het hoger management wordt door de cardiologen veelal als storend gezien, maar tegelijkertijd wordt ingezien dat de veranderingen onvermijdelijk en niet tegen te gaan zijn. Zodoende gaan de cardiologen, alhoewel hier en daar onder protest, wel mee in het veranderproces. De vraag is echter of zij dit doen gebaseerd op hun intrinsieke motivatie zoals beschreven door Numerato et al. (2012), of dat dit meer een rituele en oppervlakkige manier is om met dit verantwoordingsmechanisme om te gaan om zodoende de eigen identiteit en professionele doelen veilig te stellen. De veranderingen voortkomend uit de fusie hebben invloed op de positie en de professionele autonomie van de cardiologen die, zo blijkt uit de data, komen uit een situatie waarin zij altijd veel eigen regie en ruimte voor invulling van het eigen werk hebben ervaren. Hier lijkt een vermenging te ontstaan tussen de professionele autonomie en de sociale en economische

autonomie zoals beschreven door Waring & Currie (2009) en Salvatore et al. (2018). De reactie van de cardiologen op de fusie en de gevolgen ervan lijkt in eerste instantie te gaan over het verdedigen van de professionele autonomie, ook getuige de reacties van de cardiologen over de gevolgen voor de patiëntenzorg. Echter, hier lijkt ook onbegrip te spelen over het feit dat de cardiologen niet voldoende zijn betrokken bij de besluitvorming en de keuzes die zijn gemaakt, wat meer gaat over de stem die zij hebben in de organisatorische context. Dit komt in dit onderzoek ook tot uiting in de keuze voor het model van de twee locaties en de bijbehorende locatieprofielen, waarmee het besluit is genomen dat de cardiologie zich zal vestigen op locatie AMC. Dit betekent voor alle cardiologen veel veranderingen en het levert onzekerheid op over de eigen plek in dit nieuwe geheel, waarbij zij aangeven hier liever niet mee geconfronteerd te hadden willen worden. Het heeft gevolgen voor de sociale en economische autonomie omdat het inwerkt op de werkbelasting en invulling en prioritering van het eigen werk. Hierbij ontstaat de neiging om de eigen positie te willen verdedigen. Met deze kritische houding lijken de cardiologen vooral vanuit hun professionele autonomie invloed te willen uitoefenen op de organisatorische effecten van de veranderingen, maar het is dus de vraag of deze vorm van autonomie hier gelegitimeerd is. Dit illustreert zoals Waring & Currie (2009) hebben beschreven, dat het werk van professionals zelden autonoom is en wordt begrensd door verschillende factoren. Het is dan ook de vraag of er bewustzijn is onder de cardiologen over de aanwezigheid van de verschillende vormen van autonomie en de invloed die zij wel of niet kunnen uitoefenen binnen deze dimensies.

Hybride leiderschap

Zoals Choi et al. (2011) beschrijven zullen hybride managers zoals medisch afdelingshoofden in veranderprocessen zoals een fusie moeten balanceren tussen het bewaken van de kwaliteit van zorg en het behalen van de organisatiedoelen. Dit vraagt van hen bewustzijn op de aanwezigheid van deze dynamiek en op de wijze waarop de eigen professionele identiteit gevormd is. Het feit dat het medisch afdelingshoofd van de cardiologie zelf nog patiëntenzorg uitvoert maakt mogelijk dat hij zoals Witman et al. (2011) beschrijven enerzijds wordt gezien als 'een van hen' wat hem een bepaalde invloed kan geven. Anderzijds kan dit maken dat aan zijn rol als manager minder waarde en formele macht wordt toegekend. Medisch managers moeten een variëteit aan vaardigheden aan de dag leggen, wat ook tot uiting komt in dit onderzoek. Het medisch afdelingshoofd lijkt continu te zoeken naar de balans tussen het faciliteren van de medisch specialisten om hun werk uit te kunnen oefenen, en daarnaast het omgaan met de inflexibiliteit en organisatorische belemmeringen die optreden door het fusieproces. Dit laatste vraagt het hanteren van een meer systemisch perspectief door het afdelingshoofd, daar waar medisch specialisten doorgaans een meer individualistische focus (op de patiënt) hanteren zoals beschreven door Joffe & MacKenzie-Davey (2012). In dit onderzoek valt op dat de geïnterviewde cardiologen niet heel veel verwachtingen lijken te hebben van hun leidinggevende in het fusieproces. Hierin voert de gedachte dat hij ook maar in deze situatie terecht is gekomen de boventoon. De cardiologen zouden niet graag in zijn schoenen staan, maar gezien de lastige omstandigheden doet hij het goed, toon veel betrokkenheid en geeft openheid van zaken. Eén van de verwachtingen die wel uit de data naar voren komt, is het kunnen (blijven) voeren van regie binnen het eigen werk zoals ze dat voorheen ook gewend waren. Dit lijkt echter onder druk te komen staan door het ontbreken van bepaalde randvoorwaarden zoals het nog geruime tijd moeten werken op twee locaties en de effecten daarvan op het integratieproces van de medische staf. Deze factoren lijken dan ook voor het medisch afdelingshoofd belemmeringen te vormen in

slaan van bruggen tussen professionele en bureaucratische culturen zoals beschreven door Joffe & MacKenzie-Davey (2012).

6.2 Belemmeringen in de integratie door ontbrekende randvoorwaarden

Ondanks dat men ook ziet dat de fusie op termijn voordelen op kan leveren, lijkt op dit moment vooral nog het verlies dat hierin ervaren wordt voor veel cardiologen centraal te staan. Dit wordt versterkt door het ontbreken van verschillende randvoorwaarden die maken dat de medisch specialisten zoekende zijn en gebrek aan houvast ervaren. In de loop van hun carrière hebben de betrokken cardiologen zich op verschillende manieren geïdentificeerd met de organisatie en subgroepen daarbinnen en maakten daarmee onderdeel uit van sociale systemen. Zoals Schein (2017) beschrijft hebben zij daardoor een patroon van basisaannames ontwikkeld om problemen met externe adaptatie en interne integratie op te kunnen lossen en zijn deze steeds doorgegeven aan nieuwe organisatieleden. De veranderingen die zijn opgetreden door de fusie hebben invloed gehad op deze sociale systemen.

Verlies van controle over het eigen werk en de invloed op de samenwerking

Het beschreven verlies van autonomie en controle over het eigen werk kan worden veroorzaakt doordat de afdeling en daarmee de staf cardiologie in totaal zeer groot is geworden. Dit vraagt om herdefiniëring en afbakening van taken en verantwoordelijkheden binnen de staf en de subgroepen daarbinnen. Molleman et al. (2008) geven aan dat wanneer het idee bestaat dat een nieuwe samenwerking ten koste kan gaan van de controle over het eigen werk, dit de bereidheid om te gaan samenwerken kan verminderen. Dit mechanisme speelt binnen dit onderzoek mogelijk ook een rol en komt bijvoorbeeld naar voren in de uitspraken over de moeizame integratie binnen de subgroepen, of doordat het nog moeilijk lijkt op bijvoorbeeld de heidagen om de echt lastige thema's op tafel te krijgen en het onderlinge gesprek hierover oppervlakkig blijft. Hier lijkt nog onvoldoende vertrouwen aanwezig te zijn, wat ten koste gaat van de openheid van zaken die men naar elkaar geeft en wat de samenwerking niet lijkt te bevorderen. Zoals Molleman et al. (2008) beschrijven kunnen toenemende specialisaties binnen het vakgebied enerzijds veel mogelijkheden en kansen opleveren om gezamenlijk complexe patiëntenzorg te kunnen leveren, maar kunnen deze anderzijds ook verschillende inzichten en ideeën opleveren over wat precies het probleem is en welke oplossingen daarbij passen. Samenwerking tussen medisch specialisten kan hierdoor ook resulteren in confrontaties tussen verschillende professionele waarden en identiteiten. Volgens Hogg & Terry (2000) kan hierdoor competitie ontstaan tussen verschillende groepen omdat er sprake is van negatieve gevoelens en reacties tussen medewerkers. Dit komt binnen dit onderzoek met name naar voren in de samenwerking in de subgroepen waar wordt vastgehouden aan de eigen werkwijze en hierdoor weinig ruimte lijkt te ontstaan om gezamenlijk te kijken naar de toekomst. Hierdoor is het moeilijk om tot een gezamenlijk gedragen werkwijze te komen en houdt men vast aan de werkwijze zoals die voorheen per locatie gehanteerd werd. Dit zou kunnen worden gezien als in- en exclusie mechanismen die optreden en die rivaliteit tussen de cardiologen binnen de subgroepen zou kunnen verklaren. Er vindt strijd plaats om te bepalen wie gaat overheersen en tegelijkertijd zoekt men naar houvast (Joffe & MacKenzie-Davey, 2012).

In deze situaties lijkt er een andere verwachting richting het medisch afdelingshoofd te ontstaan. Waar men in eerste instantie de wijze waarop het medische afdelingshoofd de stafleden stimuleert

om samen aan de slag te gaan om tot geharmoniseerde werkwijzen te komen, en de vrijheid en ruimte die ze daarin krijgen toejuichen, kan deze vrijheid ook belemmerend werken op het moment dat ze er samen niet uitkomen. In die situaties zouden de cardiologen een meer directieve aanpak en meer sturing van hun leidinggevende willen zien. Ook dit laat zien dat hybride managers zoals medisch afdelingshoofden in dergelijke veranderprocessen voortdurend moeten balanceren tussen verschillende behoeften en een variëteit aan vaardigheden aan de dag moeten leggen zoals beschreven door Choi et al. (2011).

Disbalans die is ontstaan bij de samenvoeging

Binnen organisaties kunnen mensen georiënteerd zijn op verschillende sociale eenheden en identiteitsbronnen, dit kan bijvoorbeeld de afdeling, een bepaalde subgroep of de divisie zijn (Alvesson, 2013). Doordat de cardiologie zich op termijn verplaatst naar locatie AMC, levert dit een ervaring van disbalans op tussen beide locaties. De VUmc cardiologen moeten hun vertrouwde omgeving achterlaten, maar de AMC cardiologen kunnen ook niet meer vasthouden aan hoe zij voorheen gewend waren te werken. Dit levert dan ook de nodige wij/zij constructies op, wat door Parker (1997) wordt geduid als een systeem van betekenisgeving waarmee individuen onderscheid maken. Cultuur wordt in dit licht niet alleen gezien als een gedeelde betekenisgeving, maar ook als patronen van verschillen die bestaan in gefragmenteerde organisaties. Doordat de situatie van het werken op twee locaties nog lang voortduurt, blijft er een fragmentatie in stand en houden de cardiologen vooralsnog vooral vast aan de 'oude' identiteit. Cardiologen van beide locaties hanteren hierbij veelvuldig het narratief van teamgerichte VUmc en het meer individualistische AMC.

Het verlies van de werkplek in letterlijke zin speelt vooral voor VUmc cardiologen die de VUmc locatie moeten gaan achterlaten en op de nieuwe locatie geen 'lonkend' perspectief zien ten opzichte van de oude situatie in VUmc. Tegelijk speelt ook op de AMC-locatie dat de staf verdeeld over verschillende plekken zit en gaat verhuizen naar een locatie met flex stafwerkplekken, wat ook de nodige negatieve reacties heeft opgeroepen. Deze voorbeelden raken aan hetgeen Duyvendak (2009) heeft omschreven als 'haven' en 'heaven', termen die refereren aan de situatie waarin iemand zichzelf kan zijn en zich verbonden weet met gelijkgestemden en de favoriete activiteiten kan ontplooiën. In die situatie kan zich 'thuisgevoel' ontwikkelen. In het geval van 'haven' spelen kenmerken van de fysieke omgeving, concrete plekken, een grote rol terwijl dat bij 'heaven' minder noodzakelijk het geval is. Het ontwikkelen van een thuisgevoel ('haven') en het vertrouwd voelen op locatie AMC kan mogelijk belemmerd worden doordat er in de huidige situatie nog geen vaste werkplekken zijn en het ook nog even duurt voordat dit het geval is. Dit terwijl de cardiologen hebben aangegeven juist het onderlinge contact zo nodig te hebben om vertrouwd te raken met de collega's en het samenwerken op locatie AMC. De cardiologen die al langer ook op de andere locatie werken geven aan al meer gewend te zijn en al beter hun weg te kunnen vinden. Hier lijkt het thuis voelen op de locatie ('haven') al meer ontwikkeld te zijn en hierdoor voelen de betreffende cardiologen zich ook meer op hun gemak. Dit laatste kan weer gekoppeld worden aan de term 'heaven' die Duyvendak (2009) hanteert, waarbij hier zowel hechting aan de fysieke locatie als aan de collega's op die locatie te lijkt ontstaan. Het doorbrengen van tijd op de andere locatie en het hierbij hebben van contact met collega's lijkt positief bij te dragen aan het thuis voelen en kan daarmee een belangrijke randvoorwaarde zijn om de integratie te versterken. Het versterken van

het gevoel van thuis horen zou dan ook bij kunnen dragen aan het volhouden van het hele integratieproces en aan het verminderen van de disbalans die wordt ervaren. Ook zou dit een positieve uitwerking kunnen hebben op de cardiologen die hebben aangegeven te twijfelen of getwijfeld te hebben of deze organisatie nog wel de juiste plek voor hen is.

Belemmeringen in het ontwikkelen van nieuwe routines

De belemmeringen in het ontwikkelen van routines komt in de data bijvoorbeeld naar voren in de opmerkingen over het uitwisselen over de twee locaties waarbij cardiologen ongemak en gebrek aan ondersteuning hebben ervaren. In deze situatie lijkt de specifieke expertise van de cardiologen zoals beschreven door Waring & Currie (2009) vertrekpunt te zijn geweest, waarbij het op basis van de vak inhoud geen verschil uit zou moeten maken op welke locatie een cardioloog het werk uitvoert. Echter, de hierbij beschreven behoefte van de medische professional om het eigen werk te kunnen plannen en uit voeren wordt belemmerd door onbekendheid met de routines en werkwijzen op de andere locatie. Deze situatie lijkt effect te hebben op de professionele autonomie, er kan door onbekendheid met het werken op de andere locatie niet meer worden gevaren op de routine als medisch specialist. Ook dit laat zien dat het werk van (medische) professionals door verschillende factoren dan alleen de vak inhoud wordt beïnvloed. Negatieve ervaringen hierin kunnen leiden tot verdeeldheid doordat er identificatie optreedt met een bepaalde groep en de afstand met andere groepen kan vergroten zoals beschreven door Alvesson (2013). In deze onderzoek context kunnen dergelijke ervaringen leiden tot het versterken van de identificatie met de oude locatie en daarmee de integratie binnen de nieuwgevormde staf belemmeren.

Daar waar al wel meer uitwisseling en kruisbestuiving is van andersoortige routines, zoals bijvoorbeeld het samen lunchen op locatie AMC, wordt dit positief ervaren. Dit blijkt momenten op te leveren die bijdragen aan het nader leren kennen van elkaar, niet alleen als collega's maar ook als personen. Dit wordt ook genoemd over de heidagen, waar voornamelijk de informele gedeeltes en het samenzijn als zeer positief worden ervaren. Ook dit lijken laagdrempelige manieren te zijn waar men elkaar beter leert kennen, wat het vertrouwen vergroot en hiermee een positief effect lijkt te hebben op de integratie en onderlinge samenwerking. Vanuit de visie van Parker (1997) kan voorgaande worden geduid als een proces van betekenisgeving dat gaande is in de staf cardiologie waarbij deze contactmomenten lijken bij te dragen aan het opheffen van verschillen en men op zoek gaat naar erkenning bij elkaar.

6.3 De wijze waarop de perceptie van de fusie en de ontbrekende randvoorwaarden de wij/zij constructies versterken en integratie in de weg staat

Wij/zij constructies

Alle respondenten geven min of meer dezelfde beschrijvingen van de cultuur op locatie VUmc en AMC, waarbij het onderscheid wordt gemaakt dat in VUmc het teamgevoel meer voorop staat en waar het AMC wordt getypeerd als meer individualistisch en gericht op het individueel presteren. De wijze waarop hierover gesproken wordt lijkt een symbolische ruimte te creëren voor henzelf en draagt mogelijk bij aan de bescherming en legitimering van de 'oude' identiteit. Het continu en

consequent hanteren van deze ogenschijnlijk diepgewortelde narratieven kunnen mogelijk belemmeringen vormen in de integratie van beide medische staven, doordat hierdoor slechts beperkt ruimte ontstaat voor een nieuwe gezamenlijke identiteit en de vorming van nieuwe routines. Dit is een voorbeeld van wat (Brown (2006) beschrijft als het voeren van een constante dialoog in organisaties om hiermee identiteit te construeren. Ook de letterlijke hantering van de woorden wij/zij die veelvuldig voorkomen, vallen hierin op. Ondanks dat er vanuit de leidinggevende wordt aangedrongen op het niet meer hanteren van deze taal, wordt deze nog veel gebezigd wat mogelijk iets zegt over de perceptie van de identiteit. Het voelt voor veel cardiologen mogelijk nog niet zo dat zij onderdeel zijn van de nieuwgevormde medische staf cardiologie binnen Amsterdam UMC. Vanuit de 'Social Identity Theory' moet de groep waarmee men zich identificeert voorkeur hebben boven andere groepen en beïnvloedt deze identificatie hetgeen men denkt, belangrijk vindt en doet (Joffe & MacKenzie-Davey, 2012). Een belangrijke voorwaarde voor groepsleden om mee te gaan in veranderingen is de beleving van stabiliteit en veiligheid binnen de groep. Uit de data komt naar voren dat dit in veel situaties nog niet wordt ervaren door de cardiologen, bijvoorbeeld doordat er nog het nodige onbesproken blijft en er niet altijd bereidheid lijkt te zijn zich naar elkaar uit te spreken. Ook vinden de respondenten dat niet alle cardiologen dezelfde mate van betrokkenheid tonen. Dit komt bijvoorbeeld naar voren komt in het feit dat niet alle cardiologen meedoen in het roulatiesysteem. Zo lang onvoldoende helder is wat de kenmerken van deze nieuwe staf cardiologie zijn en wat de voordelen zouden kunnen zijn om hier onderdeel van uit te maken, kan het lastig zijn voor de cardiologen zich hiertoe te verhouden en is het daardoor veiliger om vast te houden aan de oude identiteit.

Verschillen tussen locatie, generatie en op basis van professie

De door Parker (1997) beschreven dimensies van verdeling lijken allemaal aanwezig te zijn en komen daarnaast ook gecombineerd voor. Hierbij valt op dat er veelal gezocht wordt naar erkenning bij gelijkgestemden wat tot gevolg lijkt te hebben dat er verschillen blijven bestaan tussen subgroepen in de staf, of dat het proces van integratie binnen bijvoorbeeld de subgroepen met aandachtsgebieden moeizaam verloopt. Deze identificaties worden mogelijk gehanteerd om vergelijkingen met andere groepen te maken om zodoende het gevoel van eigenwaarde te vergroten en de eigen identiteit te versterken. Hier kan de neiging ontstaan om verschillen tussen groepen uit te vergroten en de overeenkomsten binnen de eigen groep te benadrukken zoals beschreven door Joffe & MacKenzie-Davey (2012). Binnen dit onderzoek komt dit bijvoorbeeld naar voren in de identificatie met de locaties, waar blijkbaar nog het nodige aanwezig is dat de betrokken cardiologen aan deze locatie bindt en maakt dat zij zich hiermee blijven identificeren. Dit zou verklaard kunnen worden door wat Parker (1997) heeft gedeut als verdeeldheid op basis van plek die kan optreden en waarbij de categorisering wordt gemaakt: 'zij daar zijn zo' en 'wij hier zijn zo'. Het lang moeten blijven werken op de twee locaties heeft invloed op de integratie en maakt dat er een verbondenheid blijft met de locatie van herkomst, wat een sterke identiteitsbron lijkt te zijn. Daarnaast kan ook hier de beleving van het gevoel van thuis horen en het daarbij horende gevoel van vertrouwdeheid zoals omschreven door Duyvendak (2009) een rol spelen in dit identificatieproces.

Als gekeken wordt naar de generationele verschillen dan ziet het er naar uit dat binnen dit onderzoek de jongere generatie zich minder identificeert met een van beide locaties en meer gericht is op de toekomst. Dit uit zich bijvoorbeeld ook in het feit dat deze mensen minder moeite lijken te hebben met het niet hebben van een vaste werkplek. Daarnaast zien zij vooral de kansen die de totstandkoming van het Hartcentrum op locatie AMC kunnen brengen en weinig belemmeringen. Dit kan volgens Parker (1997) verklaard worden vanuit het feit dat jongere generatie doorgaans minder belast zijn met aannames over hoe de situatie zou moeten zijn en meer gericht is op verandering. De oudere generatie is zich bewust van de geschiedenis en kan dit inzetten om de veranderingen te bekritisieren maar kan hierdoor in de ogen van anderen ook minder flexibel zijn. Uit de data blijkt dat de oudere generatie binnen de staf anders om lijkt te gaan met verantwoordingsmechanismen en daarbij meer gewend is aan een autoritaire managementstijl. De jongere generatie is hier minder gevoelig voor en accepteren een autoritaire stijl van communiceren van collega's niet altijd, wat zo nu en dan confrontaties oplevert. Binnen deze onderzoekscontext lijkt wel bewustzijn te zijn op de aanwezigheid van deze dynamiek, maar lijkt het gesprek over verschillen tussen generaties beperkt gevoerd te worden, wat kan maken dat er aannames bestaan over de wijze waarop cardiologen in de verandering staan.

De expertise en vak inhoud lijkt binnen dit onderzoek juist iets waar men elkaar vindt, hierdoor lijkt dus geen verdeling op basis van professe te ontstaan. Binnen deze dimensie, zoals beschreven door Parker (1997), is de inhoud bepalend en maakt de specifieke kennis van de professional dat deze niet overgenomen of gecontroleerd kan worden. Binnen de subgroepen waar het moeilijk is om tot geharmoniseerde werkwijzen te komen, lijkt eerder de verdeeldheid op basis van locatie terug te komen. Dit uit zich in vast willen houden aan de werkwijze zoals men deze voorheen gewend was. Wellicht staat in deze situaties de medische professionaliteit minder op de voorgrond en vind hier vooral identificatie plaats op basis van de oude locatie. Wat hierbij meespeelt is dat binnen een aantal subgroepen een gebrek aan vertrouwen en onderlinge betrokkenheid wordt ervaren, waardoor er strubbelingen optreden in de samenwerking. Hierin zouden door Schein (2017) beschreven aanwezige basisaannames een rol kunnen spelen, waarbij deze niet naar elkaar worden uitgesproken of onderwerp van discussie zijn. Een voorbeeld vanuit de data van aanwezige basisaannames kan het verschil zijn tussen de beide locaties in het van oudsher opkomen voor de eigen belangen en het willen excelleren vanuit het AMC versus het zoeken naar compromissen en consensus in het VUmc. Deze verschillen in uitgangspunten kunnen het proces van integratie belemmeren doordat wordt vastgehouden aan de eigen manier van werken de verandering hierdoor tegengegaan wordt.

Toekomstperspectief

Uit de data komt naar voren dat de meeste cardiologen ondanks de ervaren belemmeringen een positief beeld hebben van de toekomst en dat zij vertrouwen hebben dat het uiteindelijk goed gaat komen. Wellicht hebben zij dit vertrouwen opgedaan door het toch steeds opnieuw aangaan van de samenwerking en zij hierin, naast de belemmeringen die ervaren worden, ook positieve ontwikkelingen zien. Daarnaast is het eindplaatje van het grote Hartcentrum met alle bijkomende expertise en kansen voor veel cardiologen een perspectief dat lonkend genoeg is. Dit toont aan dat ondanks de persoonlijke worstelingen die verschillende cardiologen aangeven te hebben, de medische professionaliteit toch een bepalende rol speelt in het blijven werken in de organisatie.

Daarbij moet niet uit het oog worden verloren dat naast de professionele behoeften die de cardiologen hebben, dit integratieproces ook op persoonlijk vlak veel impact op hen heeft. Alle factoren die hierop van invloed zijn zoals locatie van herkomst, generatie of specialisatie spelen een rol binnen dit veranderproces en laten zien dat identificaties in organisaties een continu proces van betekenisgeving is dat gaande is in organisaties (Parker, 1997).

7. Conclusie, discussie en aanbevelingen

7.1 Conclusie

In dit onderzoek is getracht inzicht te krijgen in de vraag welke betekenissen de medisch specialisten van de nieuwgevormde staf cardiologie geven aan de culturele integratie binnen hun team en op welke wijze de integratie versterkt zou kunnen worden.

De fusie van het AMC en VUmc tot Amsterdam UMC en de daarbij gekozen locatieprofielen is door de meeste cardiologen ervaren als een gedwongen ingreep die veel gevolgen heeft gehad voor de eigen werksituatie en daarnaast effecten heeft gehad op de mate van autonomie en zelfregulatie. De toename van controlemechanismen vanuit de organisatie maakt dat medisch specialisten zich moeten aanpassen en kan leiden tot weerstand en het beschermen van het eigen werk.

Komende uit een situatie waarin de cardiologen altijd veel eigen regie hebben genoten voor de invulling van het eigen werk, hebben de veranderingen voortkomend uit de fusie invloed op de positie en de professionele autonomie van de cardiologen. Er lijkt vertroebeling te ontstaan tussen de verschillende professionele, sociale en economische en organisatorische autonomie. Veelal wordt vanuit de professionele autonomie getracht invloed uit te oefenen op de organisatorische effecten van de veranderingen, waarbij het de vraag is of deze vorm van autonomie gelegitimeerd is. Dit laat zien dat het werk van professionals zelden autonoom is en wordt begrensd door verschillende factoren.

Het medisch afdelingshoofd wordt door de cardiologen gewaardeerd vanwege de wijze waarop hij de afdeling meeneemt in de verandering en de afdelingsbelangen behartigt in het fusieproces. Zijn rol vraagt van hem het continu slaan van bruggen tussen professionele en bureaucratische culturen. De cardiologen hebben behoefte aan het kunnen blijven voeren van de regie binnen het eigen werk zoals ze dat voorheen gewend waren, en verwachten van hun leidinggevenden dat zij hiervoor de ruimte krijgen. Het bieden van deze ruimte lijkt onder druk komen te staan door het ontbreken van bepaalde randvoorwaarden, zoals het nog geruime tijd moeten werken op twee locaties en de effecten daarvan op het integratieproces van de medische staf. Dit laat zien dat de rol van een hybride manager als het medisch afdelingshoofd een variëteit aan vaardigheden vraagt.

De afwezigheid van bepaalde randvoorwaarden en de belemmeringen die dit met zich meebrengt lijken invloed te hebben op de ervaring van controle over het eigen werk en staan het ontwikkelen van gezamenlijke routines in de weg. Wanneer een nieuwe samenwerking ten koste kan gaan van de controle over het eigen werk kan dit bereidheid tot samenwerken verminderen. Doordat de staf in totaal erg groot is geworden en er daarnaast binnen de verschillende subgroepen ook nieuwe samenwerkingsverbanden zijn ontstaan, is het niet altijd meer duidelijk wie welke plek inneemt in deze nieuwe constructies. Men zoekt naar houvast en lijkt er strijd plaats te vinden om de controle over het eigen werk te verdedigen en de eigen aanwezigheid en plek te legitimeren.

Een sterke oriëntatie op de locaties als identiteitsbron draagt bij aan een gevoel van disbalans. Doordat het werken op beide locaties nog lang voortduurt blijft er fragmentatie in stand en wordt er vastgehouden aan de oude identiteit en wordt deze beschermd. De hantering van deze wij/zij constructies werken belemmerend op de integratie. Er wordt met name in de subgroepen nog veel strijd geleverd die maakt dat de tegenstellingen groter worden en die leidt tot bewaken van de oude

identiteit. Dit proces van betekenisgeving komt ook tot uiting in de hantering van de narratieven van het teamgevoel op locatie VUmc versus het meer individualistische en prestatiegerichte AMC. Het hanteren van deze narratieven kan het ontwikkelen van de gezamenlijke identiteit en routines in de weg staan.

Ontbrekende randvoorwaarden zoals het nog lang moeten werken op twee locaties, het feit dat niet alle cardiologen meedraaien in het rouleren over beide locaties en het niet (meer) hebben van een eigen stafwerkplek op locatie AMC hebben negatieve effecten op de integratie. Het niet meer kunnen varen op de routine als medisch specialist heeft effect op de professionele autonomie. Het leidt tot verdeeldheid doordat er identificatie optreedt met de oude locatie en deze voormalige situatie geïdealiseerd wordt. Ook ontstaat hier de neiging om verschillen tussen de beide locaties uit te vergroten. Een belangrijke voorwaarde om hierin te kunnen veranderen is de beleving van stabiliteit en veiligheid binnen de groep, wat nog wisselend aanwezig lijkt te zijn. Voorgaande draagt bij aan de wij/zij constructies en hebben ook effect op de beleving van het gevoel van thuishoren. De uitwisselingen van routines die al wel plaats vinden zoals de gewoontes rondom het samen pauzeren hebben een positief effect op de onderlinge verstandhouding. Hier is ook een proces van betekenisgeving gaande waarbij dit juist bijdraagt aan het opheffen van verschillen en er erkenning wordt gevonden bij elkaar.

De aanwezigheid van verschillende generaties binnen de staf maakt dat er sprake is van verschillende perspectieven op de integratie. De jongere generatie lijkt meer gericht op verandering en de toekomst en is minder belast met de historie. De oudere generatie kan verandering bekritisieren en hierin minder flexibel zijn. Dit maakt het tussen verschillende generaties binnen de staf soms lastig de houding van collega's ten opzichte van de veranderingen en integratie te duiden. Meer openheid en het delen van ervaringen zou hierin behulpzaam kunnen zijn en het onderling begrip kunnen vergroten.

De verschillende dimensies waarop verdeeldheid op kan treden en die leiden tot classificaties, lijken in deze onderzoek context allemaal in wisselende samenstelling aanwezig te zijn. Het minst lijkt de verdeeldheid op basis van professie waarbij de vak inhoud bepalend is hier te bestaan. Verschillen in basisaannames zoals het excelleren in AMC versus het zoeken naar compromissen in VUmc worden benoemd, maar lijken niet altijd naar elkaar uitgesproken te worden. Het (onbewust) vasthouden aan deze verschillende vertrekpunten kan het proces van integratie belemmeren en verandering tegengaan. Het eindplaatje van het Hartcentrum op locatie AMC is ondanks de taaiheid van het fusie en integratieproces toch iets waar de cardiologen naar uit kijken. Hier is blijkbaar voldoende identificatie en lonkend perspectief aanwezig om zich te blijven verbinden aan de organisatie en mee te gaan in het veranderproces. Dit laat zien dat identificaties in organisaties een proces van betekenisgeving is dat continu gaande is in organisaties.

7.2 Discussie

Dit onderzoek heeft meer expliciet gemaakt hoe de cardiologen aankijken tegen de fusie en wat er vervolgens gebeurt in het integratieproces van de medische staf cardiologie die door de fusie is samengevoegd. Het heeft zicht gegeven op de effecten die een ingreep van bovenaf kan hebben en op de betekenissen die medisch specialisten aan de fusie hebben gegeven. Daar waar de gesprekken binnen de medische discipline vaak al snel over vakinhoudelijke zaken gaan, heeft dit onderzoek juist

gekeken naar de effecten van een samenvoeging van medische staven voor de personen zelf en de gevolgen die bijvoorbeeld het verlies van autonomie en routines kunnen hebben. Wat opviel was de openheid en ook kwetsbaarheid die de betrokken cardiologen hebben getoond, zij hebben de mogelijkheid gekregen om hun ervaringen te delen en hebben van deze gelegenheid gebruik gemaakt. Dit maakt naar mijn idee al dat dit onderzoek de moeite waard is geweest en roept de vraag op of er niet nog meer onderzoek gedaan zou moeten worden. Wellicht bieden de uitkomsten van dit onderzoek ook andere medische staven en hun leidinggevendenden, of degenen die deze teams begeleiden inzichten in betekenissen die door medisch specialisten gegeven worden aan de veranderingen en biedt dit informatie voor de ondersteuning die hierbij nodig kan zijn, zowel in teamverband als individueel. Gezien de relatief beperkte omvang van dit onderzoek en het specifieke specialisme (en bijbehorende omstandigheden) dat is onderzocht moet hierbij wel worden aangetekend dat er mogelijk eerst meer onderzoek gedaan moet worden of dit ook zo speelt bij andere specialismen of dat hier mogelijk andere ervaringen zijn.

7.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd:

Afdelingsspecifiek:

- Ga na welke (ontbrekende) randvoorwaarden nog belemmerend werken op de integratie en bepaal wat hierin zou kunnen helpen. Eén van de geïnterviewde cardiologen opperde bijvoorbeeld het maken van duo's van een AMC en VUmc cardioloog waarbij de ander als vraagbaak kan dienen voor (praktische vragen) tijdens het werk op de andere locatie.
- Stimuleer en faciliteer het onderling delen van ervaringen in dit veranderproces en wacht hiermee niet op officiële momenten zoals de heidagen. Respondenten die dit gedaan hebben vonden veel herkenning bij elkaar maar wisten dit daarvoor niet van elkaar. Hierbij zouden ook mensen van verschillende generaties aan elkaar gekoppeld kunnen worden en uitgenodigd worden te delen wat voor hen belangrijke uitgangspunten zijn in het werk en hoe zij hierin gevormd zijn.
- Erken de identiteiten van de voormalige locaties en de bijbehorende verhalen, maar werk ook aan de vorming van nieuwe verhalen die iets zeggen over de nieuwgevormde staf. Hoe ziet het 'wij' in de nieuwe situatie eruit en wat zijn de kenmerken hiervan?
- Ga na wat de individuele behoeften zijn in dit veranderproces en faciliteer naast begeleiding aan het team ook individuele begeleiding waarbij ook de effecten op persoonlijk vlak onderwerp van gesprek kunnen zijn.

Algemeen:

- Faciliteer vervolgonderzoek op de culturele integratie van teams van (medische) professionals.

8. Evaluatie onderzoeksproces

Het initiëren van dit onderzoek in de organisatie is een tijdrovend en intensief proces geweest. Naar aanleiding van de uitkomsten van mijn eerstejaaronderzoek en mijn eigen ervaringen in fusieprocessen op mijn eigen afdeling, wist ik al snel dat ik graag onderzoek wilde doen naar het integratieproces tussen medische staven. Het bleek echter lastiger dan gedacht om toegang te krijgen tot een onderzoekspopulatie waar ik het onderzoek kon uitvoeren. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze thematiek nog gevoelig ligt binnen de organisatie en ik vooral geïnteresseerd was in de stem van de werkvloer, waar ook kritische geluiden te horen kunnen zijn. Dit leverde de nodige vertraging in mijn planning op en ik was dan ook blij dat ik uiteindelijk terecht kon bij de afdeling cardiologie waar mij door het medisch afdelingshoofd de gelegenheid werd geboden om in alle openheid de betrokken cardiologen te gaan interviewen.

De introductie die ik kreeg van het medisch afdelingshoofd in de staf maakte het voor mij vervolgens relatief makkelijk om respondenten te vinden en de interviews uit te voeren. Ook kon ik dit binnen een relatief kort tijdsbestek doen, waardoor ik weer in lijn kon komen met mijn onderzoek planning. Binnen de interviews ontstond een open sfeer waarbij er veel gedeeld is over de ervaringen en beleving van de cardiologen binnen dit proces, wat heeft geleid tot een uitgebreide hoeveelheid rijke data. Mijn achtergrond als verpleegkundige en kennis van het medisch jargon heeft mogelijk bijgedragen aan het creëren van een veilige setting voor de gesprekken. Tegelijkertijd vroeg dit van mij ook het bewustzijn dat ik zelf ook onderdeel ben van deze fusieorganisatie en hier ook mijn eigen goede en minder goede ervaringen in heb. Ik heb dit proberen te ondervangen door veel door te vragen binnen de interviews, ook waar het ogenschijnlijk duidelijk was wat er bedoeld werd. In veel situaties leverde dit aanvullende inzichten of nieuwe invalshoeken op.

Literatuurlijst

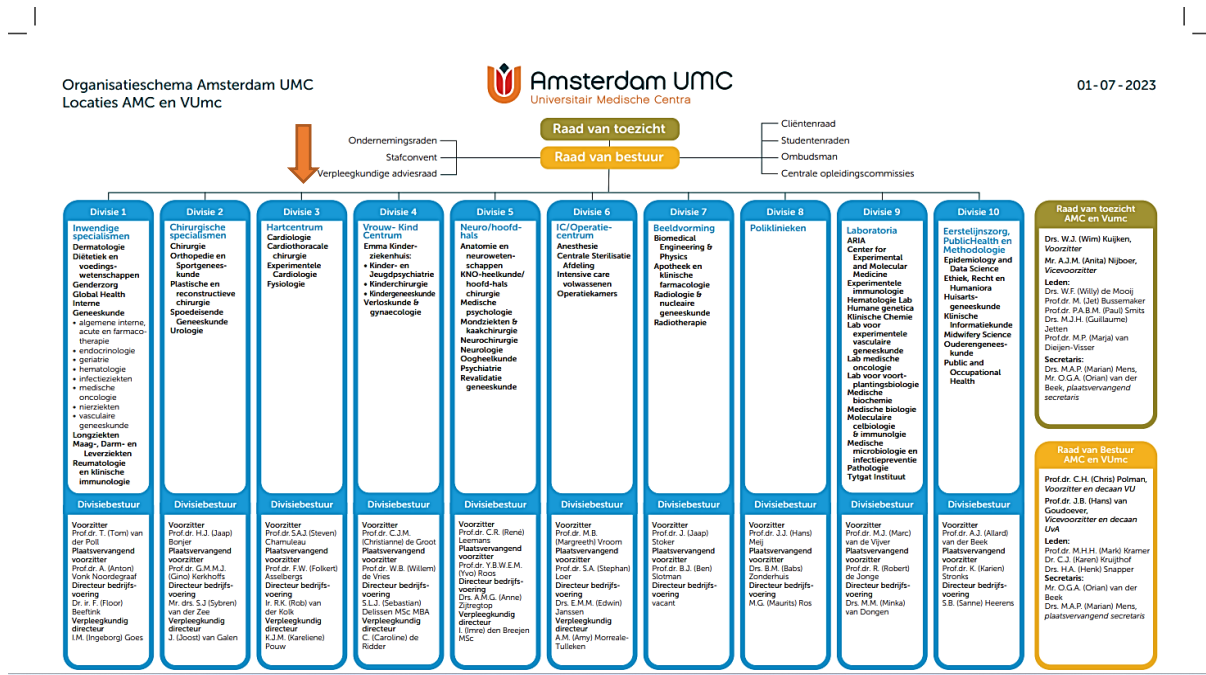
- Ahgren, B. (2008). Is it better to be big?. The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden. *Health Policy*, 87(1).
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.02.001>
- Ahmadvand, A., Heidari, K., Hosseini, S. H., & Majdzadeh, R. (2012). Challenges and success factors in university mergers and academic integrations. In *Archives of Iranian Medicine* (Vol. 15, Issue 12).
- Alvesson, M. (2013). *Understanding Organizational Culture* (Second edition). Sage.
- Anderson, L. (2023). Managing diversity: toward a globally inclusive workplace (fifth edition). *Action Learning: Research and Practice*, 20(2). <https://doi.org/10.1080/14767333.2023.2218135>
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boom uitgevers.
- Bringselius, L. (2014). Employee Objections to Organizational Change: A Framework for Addressing Management Responses. *Organization Development Journal*, 32(1), 41–54.
<http://search.proquest.com/docview/1505314033/5C89A1D410B6408EPQ/5?accountid=15035>
- Brown, A. D. (2006). A narrative approach to collective identities. *Journal of Management Studies*, 43(4). <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2006.00609.x>
- Brown, A. D. (2022). Identities in and around organizations: Towards an identity work perspective. *Human Relations*, 75(7). <https://doi.org/10.1177/0018726721993910>
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., & Brommels, M. (2011). Executive management in radical change-The case of the Karolinska University Hospital merger. *Scandinavian Journal of Management*, 27(1). <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2010.08.002>
- Dus, J. E. (2019). Creating a New Nursing Identity During a Merger: Respecting the Past and Designing the Future. *Nurse Leader*, 17(2). <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.12.006>
- Duyvendak, J. W. (2009). Thuisvoelen. Een korte introductie op drie artikelen. *Sociologie*, 257–260.
- Harrison, G. D., & Zavotsky, K. E. (2018). Are critical care nurses more likely to leave after a merger? *Nursing Management*, 49(9). <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000544462.60366.c3>
- Hendriks, W., Kuiper, M., & van Gestel, N. (2022). Engaging professionals in the strategic renewal of public services: A literature review and research agenda. *Public Policy and Administration*.
<https://doi.org/10.1177/09520767221094446>
- Hoff, T. J. (2001). The physician as worker: What it means and why now? In *Health Care Management Review* (Vol. 26, Issue 4). <https://doi.org/10.1097/00004010-200110000-00006>
- Hogg, M. A., & Terry, D. J. (2000). Social identity and self-categorization processes in organizational contexts. *Academy of Management Review*, 25(1). <https://doi.org/10.5465/AMR.2000.2791606>

- Janssen, R., Hartog, M. den, & Haselbekke, B. J. (2018). Overlevingskansen van ziekenhuizen. *ESB Dossier*.
- Joffe, M., & MacKenzie-Davey, K. (2012). The problem of identity in hybrid managers: who are medical directors? *International Journal of Leadership in Public Services*, 8(3).
<https://doi.org/10.1108/17479881211282649>
- Kitchener, M. (2002). Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields: The Case of Academic Health Centre Mergers. *Organization Studies*, 23(3), 391–420.
<https://doi.org/10.1177/0170840602233004>
- Lim, K. K. (2014). Impact of hospital mergers on staff job satisfaction: A quantitative study. *Human Resources for Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-70>
- Mallon, W. T. (2006). The alchemists: A case study of a failed merger in academic medicine. *Academic Medicine*, 81(10 SUPPL.). <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000236118.39820.24>
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design, an interactive approach* (3rd ed.). Sage Publications.
- Mcgivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93(2). <https://doi.org/10.1111/padm.12119>
- Molleman, E., Broekhuis, M., Stoffels, R., & Jaspers, F. (2008). How health care complexity leads to cooperation and affects the autonomy of health care professionals. *Health Care Analysis*, 16(4).
<https://doi.org/10.1007/s10728-007-0080-6>
- Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism. *Administration & Society*, 39(6).
<https://doi.org/10.1177/0095399707304434>
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: New Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2(2).
<https://doi.org/10.1093/jpo/jov002>
- Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2012). The impact of management on medical professionalism: A review. In *Sociology of Health and Illness* (Vol. 34, Issue 4).
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01393.x>
- Ovseiko, P. V., Melham, K., Fowler, J., & Buchan, A. M. (2015). Organisational culture and post-merger integration in an academic health centre: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0673-3>
- Parker, M. (1997). Dividing Organizations and Multiplying Identities. *The Sociological Review*, 45(1_suppl), 114–138. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954x.1997.tb03457.x>
- Salvatore, D., Numerato, D., & Fattore, G. (2018). Physicians' professional autonomy and their organizational identification with their hospital. *BMC Health Services Research*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3582-z>

- Scheepers, P., & Tobi, H. (2021). *Onderzoeksmethoden*. Boom uitgevers.
- Schein, E. H. (2017). *Organizational Culture and Leadership*. John Wiley & Sons.
- Shaw, J. (2002). Tracking the merger: The human experience. *Health Services Management Research*, 15(4). <https://doi.org/10.1258/095148402320589019>
- Symon, G., & Cassell, C. (2017). Assessing Qualitative Research. In *Qualitative Organizational Research: Core Methods and Current Challenges*. <https://doi.org/10.4135/9781526435620.n12>
- Vermeulen, J., & Koster, M. (2011). Managen van cultuur in publieke organisaties. In M. Noordegraaf (Red.), *Handboek Publiek Management*. Utrecht, Nederland: Lemma.
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30(7). <https://doi.org/10.1177/0170840609104819>
- Witman, Y., Smid, G. A. C., Meurs, P. L., & Willems, D. L. (2011). Doctor in the lead: Balancing between two worlds. *Organization*, 18(4), 477–495. <https://doi.org/10.1177/1350508410380762>

Bijlage A: Organogram Amsterdam UMC

Organisatieschema Amsterdam UMC



Bijlage B: Visie en jaarplan cardiologie 2021-2027

Visie

In 2025 is Cardiologie van Amsterdam UMC Hartcentrum hét kennisinstituut voor moderne hartzorg door grensverleggende samenwerkingen. Kernwoorden zijn: innovatief, verbindend, excellent en inclusief. Wij zijn verrassend nieuwsgierig en vanzelfsprekend vernieuwend. Wij zorgen goed voor alle medewerkers en zij zorgen minstens zo goed voor onze patiënten. Wij combineren de best mogelijke zorg, met excellente opleidingen en -onderzoek.

Cardiologie 2021-2027



Talentvol Team
In het Amsterdam UMC wordt respectvol samengewerkt voor de beste zorg voor onze patiënten

- Samenwerken
- Oog en hart voor elkaar
- Het faciliteren van doorleren en doorgroeiën voor arts, verpleegkundige en ondersteuning
- Divers en ambitieus

Modern Hartcentrum
Het Amsterdam UMC bouwt aan het meest duurzame Hartcentrum van Nederland

- Kliniek (AMC F3/4, C01)
- HCK complex (AMC C2)
- Poli/hartfunctie/staf (AMC B2, G2)
- Cardiolounge en expertise poli (VU 4/5D)
- Doorontwikkelen Hartcentrum Greenteam

Excellente Zorg
Het Amsterdam UMC Hartcentrum heeft een breed tertiair portfolio en een sterk regionaal netwerk

- Expertise centra (incl ERNs) voor: congenitale, structurele, coronaire, ritme & sport cardiologie
- Streven naar optimale patiënt ervaringen en beoordelingen

Academisch Signatuur
Het Amsterdam UMC Hartcentrum investeert in onderzoek voor de beste patiëntenzorg

- Interventie MRI
- Digital Cardiology (AI)
- Research innovatie campus (CURIUS)
- Stamceltechnologie (voor personalized medicin)
- Translationele cardiologie

2025 Opening Hartcentrum Amsterdam UMC

Samen 1 team

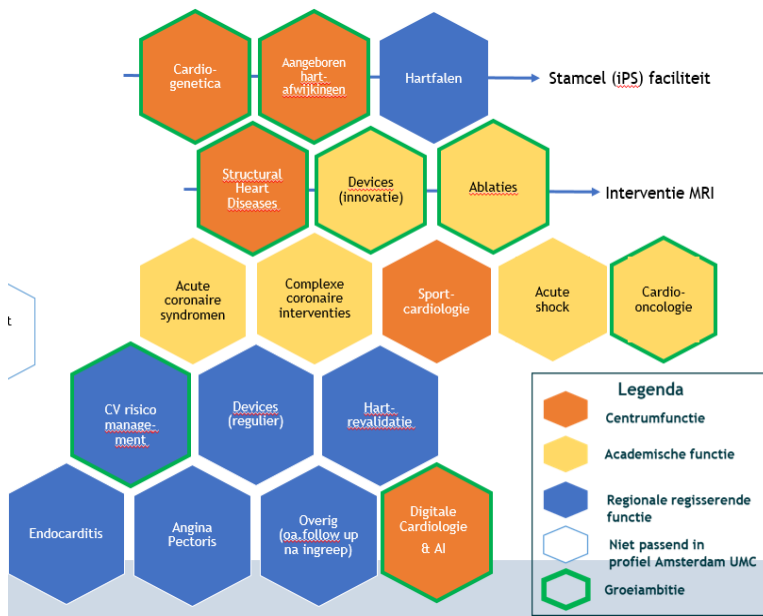
Alle zorg bij elkaar

Het Hartcentrum voor Nederland

Verrassend vernieuwend

januari 2022

Zorgportfolio



Bijlage C: Overzicht respondenten

Respondent	Jaren in dienst
R1	10-15 jaar
R2	0-5 jaar
R3	10-15 jaar
R4	15-20 jaar
R5	10-15 jaar
R6	0-5 jaar
R7	20 +
R8	15-20 jaar
R9	5-10 jaar
R10	< 1 jaar
R11	5-10 jaar

Jaren in dienst	# respondenten
< 1 jaar	#1
0-5 jaar	#2
5-10 jaar	#2
10-15 jaar	#3
15-20 jaar	#2
20 + jaar	#1

Bijlage D: Topiclijst interviews

Introductie onderzoek

- Voorstellen door onderzoeker
- Toelichting onderzoek en tijdsduur interview
- Toestemming deelname onderzoek en opnemen interview
- Afspraken rondom vertrouwelijkheid
- Gelegenheid tot stellen van vragen

Algemene informatie

- Wat is je naam?
- Wat is jouw functie/aandachtsgebied?
- Hoe lang ben je al werkzaam als medisch specialist?
- Heb je daarnaast nog andere rollen (opleider/werkplekmanager o.i.d.)?
- Hoe lang werk je bij Amsterdam UMC/welke locatie tot aan fusie?

Vragen over fusie en voormalige werksituatie

- Wat vind je van de fusie tussen VUmc en AMC? Hoe kijk je daar tegenaan?
- Wat vond je van het voornemen om de cardiologie te concentreren op locatie AMC?
- Hoe reageerde je daarop? *Organisatorische controlemechanismen*
- Je werkte in VUmc /AMC. Kun je wat vertellen over hoe het was om daar te werken?
- Hoe ervaarde je het werken in het 'oude' team?
- Wat waren de kernmerken van dat team? Hoe merkte je dat? Hoe zag je dat?
- Hoe voelde je je in het team.
- Kan je een voorbeeld geven van bepaalde routines?
- Wat typeerde het 'oude' team, hoe zou je het omschrijven aan een buitenstaander?
- Wat heb je gedaan ter voorbereiding op de samenvoeging?
- Waar keek je naar uit en wat vond je lastig in dit proces? Hoe heb je het hele proces ervaren?
- Welke factoren zijn behulpzaam geweest in dit proces? Zijn er ook zaken die belemmerend hebben gewerkt en welke zijn dit?
- Wat levert de fusie op, wat kan het jullie als team brengen?

Vragen over werken in samengevoegde team

- Hoe ervaar je het (samen)werken in de nieuwe samengestelde medische staf?
- Wat is het verschil met jouw vorige team?
- Hoe heb je de eerste periode na de samenvoeging ervaren? Hoe voelde je je toen?
- Wat is voor jou belangrijk in het werken in een team, wat heb jij nodig? *Inperking autonomie/aansprakelijkheid als MS*
- Wat kan jouw stimuleren en/of belemmeren binnen een team?
- Hoe voel je je nu in het team?
- Wat is jouw rol in het team?

- Welke plek neem je in het team in?
- In hoeverre is er sprake van integratie binnen het team? Waaraan merk je dat?
- Krijg je ondersteuning op dit moment in het proces en zo ja, van wie? Hoe ervaar je deze ondersteuning?
- Heb je iets geleerd of overgenomen van een collega medisch specialist? Zo ja, wat is dit dan?
- Waar zijn jullie als team goed in?
- Wat zou er mogelijk nog verbeterd kunnen worden en wat is hiervoor nodig?

Medische professionaliteit en leiderschap

- Wat is voor jou belangrijk in je werk als medisch specialist, waar hecht je waarde aan en waarom is dit belangrijk? *Collegialiteit, zelfregulatie en expertise*
- Hoe kijk je op dit moment aan tegen de organisatie (Amsterdam UMC)? Wat vind je goed gaan en wat vind je minder goed gaan?
- Wat gebeurt er als jij je moet aanpassen o.b.v. veranderingen van bovenaf?
- Welke ondersteuning heb jij nodig van je leidinggevende in het uitoefenen van je functie?
- Hoe ervaar je de ondersteuning van je leidinggevende op dit moment?
- In welke mate heeft je leidinggevende invloed op de integratie binnen de medische staf en waar bestaat deze invloed uit?

Tot slot/algemeen

- Als je iemand die in eenzelfde situatie zou komen zou mogen adviseren, wat zou dat zijn?
- Wil je nog iets vertellen aan de hand van dit gesprek dat nog niet aan bod is geweest?

Bijlage E: Codebomen

