

Bouwen aan traditie

Over het organiseren van multidisciplinaire
samenwerking in de zorg



Jurriën van Opbergen



Universiteit Utrecht

op de
zorgboulevard

Bouwen aan traditie

Over het organiseren van multidisciplinaire
samenwerking in de zorg

Jurriën van Opbergen

Student no. 3166007

Master Publiek Management

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap

Vereniging Zorgboulevard Rotterdam

Eerste lezer: Prof. Dr. M. Noordegraaf, Universiteit Utrecht

Tweede lezer: Drs. B.C. de Wit MSc, Universiteit Utrecht

Juli 2011

op de
zorgboulevard

Samenvatting

De zorgsector staat al geruime tijd onder druk om beter te presteren met gelijkblijvende of minder middelen. De bevolking vergrijst waardoor de vraag toeneemt maar wordt ook mondiger en eist zorg op maat. Marktwerking is ondertussen een vertrouwd verschijnsel in de zorg om de kosten in de hand te houden maar dat is niet altijd toerijkend om en betere en efficiëntere zorg te verlenen. Daar zijn ook andere manieren voor nodig waar meer integrale samenwerking tussen verschillende zorgverleners er een van is. Door meer samen te werken kunnen zorgverleners en instellingen beter anticiperen op de toename van patiënten met meerdere problemen als gevolg van ouderdom en leefstijlziekten. Bovendien biedt meer samenwerking mogelijkheden voor synergievoordelen.

De Zorgboulevard Rotterdam is een voorbeeld van een grootschalig samenwerkingsproject tussen een aantal verschillende zorginstellingen zoals een ziekenhuis, een psychiatrische kliniek en een zorghotel. Binnen deze setting is er onderzoek gedaan naar hoe verschillende typen professionals, zoals medisch specialisten en psychiaters, met elkaar kunnen samenwerken. Het is gebleken dat multidisciplinaire samenwerking niet vanzelf ontstaat wat te maken heeft met de grenzen tussen professionele domeinen. Elk type professional heeft namelijk zijn eigen specifieke kennis, vaardigheden en gebruiken die hem en zijn groep onderscheiden van andere typen professionals. Er bestaan dus grenzen op het cognitieve, technische en sociale vlak. Dit heeft tot gevolg dat zij elkaar niet begrijpen of zelfs niet kennen wat samenwerking dus bemoeilijkt.

De Vereniging Zorgboulevard, het samenwerkingsverband van de zorginstellingen op de Zorgboulevard, probeert de professionals toch bij elkaar te brengen. Dit kan zij doen een aantal methoden te gebruiken om de grenzen tussen de professionele domeinen te overbruggen. *Boundary spanners* kunnen gebruikt worden om relaties te managen en om begrip te kweken voor de opvattingen van anderen. *Interactions* hebben betrekking op het organiseren van ontmoetingen zodat professionals elkaar leren kennen. *Boundary objects* ten slotte zijn fysieke objecten of onderwerpen die discussie uitlokken. De meest krachtige methoden zijn die methoden die een positief effect hebben op zowel de cognitieve, technische als sociale grenzen.

Bij het gebruik van deze methoden is het bewustzijn van grenzen tussen professionals en manager van groot belang. Professionals en managers hebben ieder hun eigen logica wat, in combinatie met de autonomie van de professionals, het lastig maakt om professionals te sturen op meer samenwerking. Dit kan echter wel als de manager ruimte laat voor initiatieven vanuit de professionals en daar dan een faciliterende rol bij speelt. Ook kan hij een gevoel van urgentie creëren door inzichtelijk te maken welke patiënten baat hebben bij multidisciplinaire samenwerking.

Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat multidisciplinaire samenwerking van belang is en ook mogelijk is. Het ontstaat echter niet vanzelf, mede door de grenzen die er bestaan tussen de verschillende professionele domeinen. Deze grenzen kunnen overbrugd worden door een aantal methoden in te zetten zoals *boundary spanners*, *interactions* en *boundary objects*. Bij het inzetten van deze methoden is er ook aandacht vereist voor de rol van de manager ten opzichte van de professional die relatief autonoom is. Naar aanleiding van deze conclusies wordt aanbevolen dat de Vereniging Zorgboulevard verder gaat met inzetten van de genoemde methoden waarbij vooral het kiezen van de juiste onderwerpen en daar vervolg aan geven van belang is.

Voorwoord

Zonder een helder idee van waar ik mijn afstudeeronderzoek naar wilde gaan doen begon ik in september 2010 aan de master Publiek Management. Binnen twee maanden hoorde ik via via over de Zorgboulevard Rotterdam en dat ze daar nog wel een stagiair zochten en zo had ik in oktober al een afstudeerstage te pakken. Waar de meeste van mijn medestudenten in min of meer grote organisaties terecht kwamen zat ik bij een projectbureau van twee mensen in een kantoor dat niet van ons was. Dit gebrek aan structuur was soms lastig maar maakte het vooral mogelijk dat ik in de acht maanden dat ik stage heb gelopen bijzonder veel heb meegemaakt. Van overleggen met bestuurders van grote zorginstellingen tot en met het in elkaar zetten van de meubelen voor het nieuwe kantoor. Vooral heb ik de unieke mogelijkheid gekregen om een uniek en bijzonder project zoals de ontwikkelingen van de Zorgboulevard van dichtbij mee te maken. Hierdoor heb ik vele nieuwe inzichten opgedaan die niet alleen van grote waarde zijn voor dit onderzoek maar ook voor mijn verdere loopbaan. De gesprekken met medici, managers en bestuurders hebben mijn interesse voor het organiseren in de zorg alleen nog maar verder aangewakkerd.

Dit alles was uiteraard niet mogelijk geweest zonder een aantal belangrijke personen. In de eerste plaats wil ik Mirko bedanken voor zijn enthousiaste begeleiding en immer precieze commentaar. Mirko's Rotterdamse achtergrond zal hier mede debet aan zijn geweest. Daarnaast wil ik ook Bas bedanken voor zijn commentaar en suggesties als tweede lezer. Mijn tutorgroepgenoten Elles, Jony, Marieke en Sanne wil ik bedanken voor hun feedback, met name tijdens de beginfase. Het commentaar van Elly en Boudewijn als stagebegeleiders heb ik ook als zeer waardevol ervaren. Met name de kennis en ervaringen van Boudewijn als voormalig USBO'er kwamen zeer goed van pas. Niet te vergeten dat zij mij de mogelijkheid hebben geboden dit onderzoek bij hun te doen, waarvoor dank.

Tenslotte wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor hun steun en de gezellige momenten waarop ik niet met mijn scriptie bezig hoefde te zijn. Mijn vrienden die altijd klaar stonden voor een biertje en mijn ouders die mij hebben gemaakt tot wie ik ben. Daarbij wil ik Anja in het bijzonder bedanken die, ondanks haar eigen drukke bestuursjaar, voldoende tijd en aandacht had om mij overeind te houden.

Jurriën van Opbergen

Juli 2011

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Voorwoord	5
Inhoudsopgave.....	6
1. Inleiding	9
1.1 Zorgboulevard Rotterdam	9
1.1.1 Ontstaan	9
1.1.2 Doelen.....	9
1.1.3 Organisatievorm	10
1.2 Probleemstelling	10
1.2.1 Doelstelling	11
1.2.2 Vraagstelling	12
1.3 Wetenschappelijke relevantie.....	13
1.4 Maatschappelijke relevantie	13
1.5 Leeswijzer	14
2. De zorgsector onder druk.....	15
2.1 Veranderende vraag	15
2.2 Omgaan met veranderende vraag	16
2.3 Samenwerking als oplossing?.....	18
2.4 Voorbeelden van samenwerking	19
2.5 De vanzelfsprekendheid van samenwerking	20
2.6 Tot slot	21
3. Over professionals en grenzen	22
3.1 Samenwerking.....	22
3.1.1 Multidisciplinaire samenwerking	23
3.2 De wereld van de professionals	24
3.2.1 Professionals	25
3.2.2 Grenzen aan professionele domeinen.....	27
3.3 Overbruggen van grenzen.....	30
3.3.1 Boundary spanners	30

3.3.2	Interactions	32
3.3.3	Boundary objects	33
3.3.4	Brokers en boundary objects	33
3.4	De relatie tussen grenzen en methoden voor overbrugging	34
3.5	Organiseren van de overbrugging en de rol van de manager	35
3.6	Tot slot	38
4.	Onderzoeksaanpak	39
4.1	Type onderzoek	39
4.2	Onderzoeksfasen	39
4.3	Casestudy.....	40
4.4	Documenten	41
4.5	Interviews	42
4.6	Selectie respondenten	43
4.7	Analyse.....	44
4.8	Tot slot	45
5.	Resultaten	46
5.1	Inleiding.....	46
5.2	De Zorgboulevard Rotterdam.....	46
5.2.1	Aanleiding	46
5.2.2	De partners.....	46
5.2.3	Het concept	47
5.3	Professionals en managers	48
5.4	Samenwerking op de Zorgboulevard	50
5.4.1	Opvattingen van multidisciplinaire samenwerking	50
5.4.2	Bestaande samenwerkingsverbanden.....	53
5.5	Grenzen aan samenwerking	56
5.5.1	De rol van grenzen	56
5.5.2	Grenzen aan samenwerking	58
5.6	Overbruggen van grenzen.....	65
5.6.1	Boundary spanners	65
5.6.2	Interactions	68
5.6.3	Boundary objects	70
5.6.4	De relaties tussen methoden van overbrugging en typen grenzen.....	74

5.7	Het organiseren van overbrugging en de rol van de manager	76
5.8	Tot slot	80
6.	Conclusies en Aanbevelingen.....	81
6.1	Theoretische deelconclusies	81
6.2	Empirische deelconclusies.....	83
6.3	Conclusie	85
6.4	Aanbevelingen	87
6.4.1	Vereniging Zorgboulevard: zet in op meervoudige activiteiten zoals werkconferenties	87
6.4.2	Managers: investeer in samenwerking	88
6.4.3	Managers: kies voor een integrale benadering.....	88
6.4.4	Professionals: investeer in samenwerking	89
6.5	Suggesties voor verder onderzoek.....	89
6.6	Tot slot	90
	Literatuurlijst.....	91
	Bijlage I: Operationalisatie.....	95

1. Inleiding

1.1 Zorgboulevard Rotterdam

1.1.1 *Ontstaan*

Op 17 mei 2011 heeft op Rotterdam Zuid de Zorgboulevard Rotterdam haar deuren geopend. De directe aanleiding voor het ontstaan van deze Zorgboulevard waren de nieuwbouwplannen van het Maasstadziekenhuis, dat haar twee verouderde locaties wilde vervangen door één nieuwe. De achterliggende reden voor het opzetten van de Zorgboulevard is de behoefte van zorginstellingen om in te kunnen spelen op een aantal grote ontwikkelingen waar de gezondheidszorg momenteel mee te maken heeft. Zo neemt de zorgvraag toe door een dubbele vergrijzing. Niet alleen is er meer zorg nodig, er is ook andere zorg nodig en vooral meer zorg op maat. Zorg precies zoals de cliënt het wil, waar en wanneer die dat wil. Daarnaast noodzaakt de marktwerking in de zorg tot een andere manier van organiseren waarbij zorgondernemerschap steeds belangrijker wordt (Zorgboulevard, Gezond op Zuid, 2009, p. 3).

Het Maasstadziekenhuis, Delta Zorgboulevard, Aafje Zorghotels, Geboortehotel en de Centrale Huisartenposten Rijnmond zien een verregaande vorm van samenwerking als het antwoord op deze ontwikkelingen. Samen hebben zij zich op de Zorgboulevard gevestigd waar de klant alle vormen van zorg kan vinden die hij of zij nodig heeft. Dit gaat verder dan alleen het fysiek bijeenbrengen van verschillende zorgverleners. Door samen zorgtrajecten te ontwikkelen kan er een effectievere en doelmatigere zorg geboden worden.

1.1.2 *Doelen*

Het primaire doel van de Zorgboulevard is het verbeteren van de gezondheid op Rotterdam Zuid (Zorgboulevard, 2009, p. 3). Dit deel van Rotterdam heeft al lange tijd te kampen met sociale problematiek, onder andere op het gebied van gezondheid, wat mede te verklaren is door de culturele diversiteit en bewoners met een lage sociaal-maatschappelijke status. De wijken van Zuid scoren niet goed op de sociale index, het verschil met een Vogelaarwijk is maar klein (Zorgboulevard, 2009, p. 19). Het afgeleide doel is het bieden van vraaggestuurde zorg op maat (Zorgboulevard, 2009, p. 6). Elke persoon en elke doelgroep heeft zo zijn eigen specifieke wensen en behoeften, zeker in buurt zo rijk aan diversiteit als Zuid. Door verschillende zorgaanbieders maar ook aanvullende voorzieningen aan elkaar te koppelen ontstaan er mogelijkheden voor nieuwe zorgarrangementen met het vermogen om beter in te spelen op de individuele vraag. Het wegnemen van grenzen tussen instellingen zorgt ervoor dat de cliënt de zorg als één arrangement beschouwt en zelf de regie behoudt.

1.1.3 Organisatievorm

De vijf organisaties die het initiatief voor de Zorgboulevard hebben genomen hebben zich verenigd in de Vereniging Zorgboulevard Rotterdam. Binnen deze Vereniging wordt samengewerkt aan het realiseren van de meerwaarde van de Zorgboulevard, namelijk het verbeteren van de gezondheid op Zuid door het bieden van een doelmatige en naadloze zorg. Hierbij staat de zorgvraag en niet het zorgaanbod centraal. Een formeel samenwerkingsverband is hierbij nodig om te voorkomen dat de Zorgboulevard niets meer wordt dan een zorgverzamelgebouw waar elke zorgverlener zich alleen met de eigen taken bezig houdt. De Vereniging stimuleert op alle mogelijk manieren de samenwerking tussen de leden en is permanent op zoek naar nieuwe verbindingen die kunnen bijdragen aan een betere zorg. Een meer intensieve vorm van samenwerking, zoals een fusie, is momenteel niet wenselijk. Enerzijds doordat de partners erg verschillende organisatievormen kennen die moeilijk op elkaar af te stemmen zijn en anderzijds doordat de Maasstadziekenhuis de enige partner is die zich volledig op de Zorgboulevard vestigt. Alle andere partners vestigen er slechts een dependance.

1.2 Probleemstelling

Dit aanbieden van integrale zorg betekent dat zorgverleners, allen professionals, moeten samenwerken. Professionals, en zeker klassieke professionals (Noordegraaf, 2004, p. 195) zoals er in de zorg veel te vinden zijn, werken echter niet altijd makkelijk samen. Zij beschikken over een vorm van autonomie op basis van hun specifieke kennis. Deze kennis wordt vergaard, gedeeld, beoordeeld en ingezet binnen een strak omljnd domein van professionals. Dit domein krijgt vorm in instituties zoals opleidingen, vakverenigingen en tuchtcolleges, allen beheerd door de professionals zelf wat een hoge mate van autonomie voor de professionals garandeert. Dit zorgt er voor dat professionals zich in een gesloten domein bevinden. De autonomie die daaraan ontleend wordt kan een probleem vormen voor het organiseren van samenwerking met andere professionals. Zeker als er over de grenzen van die domeinen heen samengewerkt moet worden, zoals op de Zorgboulevard. Domeinen zijn namelijk georganiseerd rond specifieke groepen van professionals zoals medisch specialisten, huisartsen, verloskundigen, psychiaters etc. De uitdaging bij het organiseren van samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen, multidisciplinaire samenwerking, is het organiseren over de grenzen van deze domeinen.

Uit voorbeelden uit de dagelijkse praktijk blijkt dat er sprake is van onvoldoende samenwerking tussen verschillende professionals met nadelige gevolgen voor de patient. Zo werden in 2009 twee cardiologen en een gynaecoloog zelfs veroordeeld door het Centraal Tuchtcollege voor grove nalatigheid. De oorzaak hiervoor werd als volgt verklaard: *"In het*

onderhavige geval heeft het van het begin af aan ontbroken aan een duidelijke gezamenlijke systematische aanpak en heldere regie van de noodzakelijke zorg voor een risico-patiënte” (Legemaate, 2011). Nu is dit een extreem voorbeeld waar een gebrek aan afstemming en verantwoordelijkheid toe kan leiden maar het is wel illustratief voor het gebrek aan samenwerking. “Samenwerking in trombosezorg moet beter” en “Samenwerking moet beter binnen verloskunde” zijn twee andere voorbeelden van nieuwsberichten over gebrekkige samenwerking tussen verschillende medici (Zorgvisie, 2010). In beide gevallen blijkt dat zorgverleners die met dezelfde patient werken onvoldoende samenwerken met als gevolg dat er vermijdbare risico’s worden gelopen door de patient. In oriënterende gesprekken met medewerkers van het projectbureau hebben ook zij aangegeven problemen te zien bij het vormgeven van multidisciplinaire samenwerking. Deze problemen hebben betrekking op twee verschillende niveaus van samenwerking. Het eerste niveau heeft betrekking op de verticale samenwerkingsrelaties, die tussen bestuur c.q. management en de professionals op de werkvloer. Die eerste groep is erg enthousiast over de mogelijkheden voor samenwerking terwijl dat enthousiasme bij professionals minder zal zijn. De oorzaken hiervan liggen voornamelijk in de praktische uitdagingen waar zij in hun werk van alle dag al mee geconfronteerd worden. Samenwerking met anderen van buiten de organisatie is dan al snel te lastig en tijdrovend. Het tweede niveau heeft betrekking op de horizontale samenwerking, die tussen de professionals van de verschillende organisaties en verschillende disciplines. Die samenwerking zal naar verwachting moeizaam verlopen vanwege vakinhoudelijke verschillen en ook praktische bezwaren.

Het vraagstuk waar dit onderzoek zich op richt is dus als volgt: multidisciplinaire samenwerking tussen professionals in de zorgsector is wenselijk en noodzakelijk. Dit vanwege maatschappelijke ontwikkelingen zoals een toenemende vraag naar zorg en een meer gedifferentieerde vraag. Die professionals bevinden zich echter in strak begrensde domeinen, die een barrière kunnen vormen voor die samenwerking. Dit roept de vraag op hoe die samenwerking dan toch georganiseerd kan worden, ondanks de aanwezigheid van grenzen.

1.2.1 Doelstelling

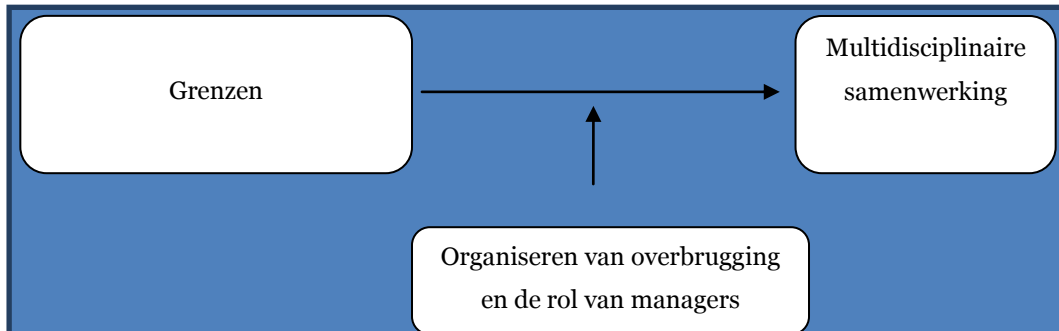
Het doel van dit onderzoek is inzicht geven in de rol van grenzen bij het organiseren van multidisciplinaire samenwerking in de zorg en de manieren waarop er over die grenzen samengewerkt kan worden. Dit in de eerste plaats om tot aanbevelingen te komen voor de Vereniging Zorgboulevard Rotterdam wat betreft het organiseren van multidisciplinaire samenwerking op de Zorgboulevard Rotterdam teneinde de beoogde meerwaarde van dit zorgcomplex te realiseren. Daarnaast heeft dit onderzoek als doel om bestaande theorieën over samenwerking te toetsen en te verfijnen.

1.2.2 Vraagstelling

Op basis van de probleemstelling is de volgende hoofdvraag geformuleerd:

‘Op welke wijze kunnen zorginstellingen multidisciplinaire samenwerking tussen professionals in de zorg organiseren en welke rol spelen managers daarin?’

De centrale concepten en hun relaties zijn als volgt schematisch weer te geven:



Om tot een antwoord te komen op de hoofdvraag zal eerst een aantal theoretische deelvragen beantwoord worden. Deze vragen zijn:

- *‘Wat is multidisciplinaire samenwerking tussen professionals?’*
- *‘Welke grenzen spelen een rol bij multidisciplinaire samenwerking tussen professionals?’*
- *‘Welke organisatorische voorwaarden kunnen geïntroduceerd worden om grenzen te overbruggen?’*
- *‘Op welke wijze kunnen organisatorische voorwaarden om grenzen te overbruggen geïntroduceerd worden en wat is de rol van de manager daarbij?’*

Vervolgens zal een aantal empirische deelvragen beantwoord worden. Deze vragen zijn:

- *‘Wat is multidisciplinaire samenwerking tussen professionals op de Zorgboulevard?’*
- *‘Welke grenzen spelen een rol bij multidisciplinaire samenwerking tussen professionals op de Zorgboulevard?’*
- *‘Welke organisatorische voorwaarden kunnen geïntroduceerd worden om grenzen op de Zorgboulevard te overbruggen?’*
- *‘Op welke wijze kunnen organisatorische voorwaarden om grenzen te overbruggen op de Zorgboulevard geïntroduceerd worden en wat is de rol van de manager daarbij?’*

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek kan op een aantal manieren een bijdrage leveren aan de bestaande theorieën over samenwerking in de zorg. Om te beginnen ligt de relevantie van het onderzoek in het toetsen van bestaande theorieën (Van Thiel, 2010, p. 24) over multidisciplinaire samenwerking tussen professionals in een empirisch onderzoek, specifiek in de case van de Zorgboulevard. De belangrijkste vraag bij die toetsing is of zowel de theorie als de professionals tijdens het empirisch onderzoek een vergelijkbare rol weggelegd zien voor grenzen van professionele domeinen bij het organiseren van multidisciplinaire samenwerking. Naast het toetsen van bestaande theorieën wordt er in dit onderzoek ook een nieuw licht geworpen op bestaande theorieën. Dit door een koppeling te maken tussen de theorieën over grenzen van professionele domeinen en de methoden om die grenzen te overbruggen. Over beide onderwerpen is relatief veel bekend maar de vraag welke methode nu geschikt is om welk type grens te overbruggen blijft vaak nog onvoldoende beantwoord. Een doel van dit onderzoek is dan ook te komen tot een schema waarin een duidelijk verband wordt gelegd tussen methoden voor overbrugging en de grenzen die overbrugging vragen.

Tenslotte kan dit onderzoek gezien worden als een verfijning van de theorieën over netwerksamenwerking. Dit is een steeds meer gebruikte methode van management in de netwerksamenleving van vandaag (Noordegraaf, 2004, p. 230). Noordegraaf beschrijft een aantal verschillende manieren van netwerkmanagement met een overeenkomst: de nadruk ligt op het creëren van beleid en samenwerking tussen organisaties. Zo spreekt Noordegraaf over 'onderhandelend bestuur' (Noordegraaf, 2004, p. 232) en 'interactief beleid' (Noordegraaf, 2004, p. 234). Ook Koppenjan en Klijn hebben het in hun boek 'Managing uncertainties in networks' (Koppenjan & Klijn, 2004) met name over het managen van beleidsnetwerken. Het perspectief van de professional, de werknemer op de werkvloer van de organisatie blijft echter onderbelicht. Wat betekent het nu voor die professional dat zijn organisatie binnen netwerken met andere organisaties actief is? Dit is juist het perspectief waar in dit onderzoek de focus op ligt. Wat betekent netwerksamenwerking nu voor de professionals op de werkvloer?

1.4 Maatschappelijke relevantie

Naast de wetenschappelijke relevantie heeft dit onderzoek tot doel om tot praktische handvatten te komen waarmee samenwerking tussen medisch professionals op de Zorgboulevard vorm gegeven kan worden. In de periode voor de opening van de Zorgboulevard op 17 mei 2011 is een aantal werkconferenties georganiseerd door Vereniging.

Deze conferenties werden georganiseerd rondom specifieke thema's zoals tienerzwangerschappen, ouderen en allochtone zorgvragers. Het doel van deze conferenties was het bijeen brengen van professionals van de verschillende zorgpartners op en om de Zorgboulevard om samen vanuit het perspectief van zorgpaden te kijken hoe de zorgverlening in de keten verbeterd kon worden.

Dit is een voorbeeld van een organisatiemechanisme wat gebruikt kan worden om samenwerking te stimuleren. Het risico bestaat dat als er niet actief op wordt gestuurd de samenwerking op de Zorgboulevard niet goed van de grond zal komen. De verschillende zorgpartners zullen dan grotendeels binnen hun eigen wereld blijven werken in plaats van verbindingen aan te gaan met de andere partners. Hun primaire belang ligt immers bij de eigen organisatie. Dit zou, vanuit het oogpunt van de bestuurders van de organisaties, een onwenselijke situatie zijn omdat op die manier de meerwaarde van de Zorgboulevard, een geïntegreerd zorgaanbod, niet gerealiseerd kan worden. De Vereniging zal dan ook op zoek moeten blijven naar organisatiemechanismen, zoals de werkconferenties, om de samenwerking te stimuleren.

Behalve dat de Vereniging behoefte heeft aan een onderzoek naar samenwerking is er ook een bredere maatschappelijke relevantie. Deze relevantie zit in manieren van omgaan met maatschappelijke ontwikkelingen, zoals eigenwijze burgers, permanente budgettaire druk etc. die samenkomen in de interventiefuik. Het idee achter de interventiefuik is dat niet alleen de inhoud van maatschappelijke issues problematisch is, maar ook het managen van die issues. De Zorgboulevard kan gezien worden als een manier om die issues te managen, namelijk door intensieve samenwerking. De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek zit er dan in dat onderzocht wordt op welke wijze die samenwerking tot stand kan komen.

1.5 Leeswijzer

De opbouw van het rapport is al volgt. Om te beginnen zullen in hoofdstuk twee enkele relevante ontwikkelingen in de zorgsector de revue passeren. Hiermee zal een context geschetst worden waarbinnen dit onderzoek plaatsvindt. Vervolgens wordt er in hoofdstuk drie een theoretische beschouwing gegeven van de belangrijkste begrippen uit de vraagstelling. Het gaat hierbij om professionals, grenzen en manieren om deze grenzen te overbruggen. Hoofdstuk vier geeft een toelichting op de methoden en technieken die gebruikt zijn bij het opzetten en uitvoeren van het onderzoek. In hoofdstuk vijf worden de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven op basis waarvan in hoofdstuk zes conclusies en aanbevelingen zijn geformuleerd.

2. De zorgsector onder druk

2.1 Veranderende vraag

Het ontstaan van de Zorgboulevard staat niet op zich. Deze kan gezien worden als een antwoord op een aantal ontwikkelingen die zich voordoen in de zorgsector. Deze ontwikkelingen maken duidelijk dat er behoefte is aan meer samenwerking in de zorg om integrale zorg te kunnen bieden. Om te beginnen zal de zorgvraag de komende jaren toenemen (RVZ, 2010, p. 11). Door de (dubbele)vergrijzing is er meer behoefte aan zorg dan er aanbod is.

De vraag neemt niet alleen toe maar verandert ook (RVZ, 2010, p. 7). Burgers zijn eigenwijzer (Noordegraaf, 2004, p. 50) en stellen dus meer eisen aan hun zorg. Zorgverleners hebben dus naast een grotere vraag ook met een diffusere vraag te maken. Zo stelt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in het rapport 'Van Gezond naar Beter' dat de Nederlanders gezonder zijn maar toch meer ziekten hebben (Van der Lucht, 2010, p. 29). Dit komt, naast de vooruitgang van de medische wetenschap, door de veranderende eisen vanuit de samenleving. Beschaving brengt hogere eisen met zich mee, mensen accepteren minder en roepen daarom eerder professionele hulp in. Ook de farmaceutische industrie speelt hier een rol bij. De producenten van geneesmiddelen hebben immers een commercieel belang bij een verdere medicalisering van de zorg (Van der Lucht, 2010, p. 29). Mensen hebben dus meer ziektes wat voor een meer diverse vraag zorgt. Bovendien zijn er ook verschuivingen in aandoeningen zichtbaar. Als gevolg van allerlei ontwikkelingen leven mensen langer en gezonder. Dit heeft echter tot gevolg dat men langer oud is, en dat is de periode in een mensenleven dat men de meeste en meest kostbare zorg nodig heeft (Van der Lucht, 2010, p. 89). Dat de ontwikkeling van de zorgvraag niet alleen aan de bevolkingsgroei gekoppeld is blijkt uit de cijfers van het RIVM. Op een bevolking die gemiddeld 1,1% per jaar groeit neemt het zorgvolume met 4 á 5 procent toe (Van der Lucht, 2010, p. 89).

De ontwikkelingen in de zorgsector zijn te zien in het licht van meer algemene maatschappelijke ontwikkelingen die Noordegraaf (2004) en de WRR (2004) beschrijven. Ten eerste kan gesteld worden dat de zorgsector, als onderdeel van de publieke sector, in een interventiefuik terecht is gekomen (Noordegraaf, 2004, p. 24). Hiermee wordt bedoeld: *'er moet veel, maar er kan weinig. Collectief handelen is nodig, maar de mogelijkheden van collectief handelen zijn beperkt. De verwachtingen zijn hoog, maar nauwelijks waar te maken.'* Er is veel behoefte aan zorg, zoveel mogelijk zoals de cliënt het wil, maar er zijn weinig middelen. Daarnaast staan de steeds meer individuele wensen van burgers op

gespannen voet met de collectieve traditie van de Nederlandse zorgsector. Noordegraaf heeft het zoals eerder genoemd over eigenwijze burgers die een steeds meer gedifferentieerde zorgvraag hebben (Noordegraaf, Management in het publieke domein, 2004, p. 50). Het WRR ziet deze ontwikkeling ook en stelt dat eenvoudige aanbodsturing niet meer voldoet, er is meer noodzaak om in te spelen op veranderende maatschappelijke behoeften (WRR, 2004, p. 37). Er is niet alleen meer zorg nodig, er zijn ook minder middelen per behandeling als gevolg van een permanente budgettaire druk, veroorzaakt door de sterk toegenomen uitgaven aan sociale zekerheid sinds de jaren tachtig (WRR, 2004, p. 37). Dit terwijl er sprake is van een continu stijgende zorgbehoefte mede als gevolg van de vergrijzing.

2.2 Omgaan met veranderende vraag

De toename en diversificatie van de zorgvraag in combinatie met minder beschikbare mensen en middelen, noopt tot het ontwikkelen van nieuwe aanpakken (RVZ, 2010, p. 7). Dit om te zorgen dat het zorgaanbod in de toekomst goed blijft aansluiten op de vraag (Van der Lucht, 2010, p. 33)

Organisaties als de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) zijn continu op zoek naar manieren waarop overheidsbeleid vorm gegeven kan worden teneinde aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen. Zo ziet de RVZ in haar advies 'Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg' grote arbeidsmarktproblemen in de zorg (RVZ, 2010, p. 7). Deze problemen worden met name veroorzaakt door de vergrijzing die een stijgende vraag naar zorg en een dalend aanbod van arbeidskrachten als gevolg heeft. Een manier om hierop in te spelen is om patiënten in staat te stellen langer zelfstandig te blijven zodat zij niet afhankelijk worden van arbeidsintensieve zorg in een zorginstelling (RVZ, 2010, p. 11).

Een andere manier om met de stijgende zorgvraag om te gaan is preventie. Het RIVM stelt voor om hier op in te blijven zetten, met name vanwege de positieve effecten die het heeft op de volksgezondheid (Van der Lucht, 2010, p. 89). Ook kan preventie een positieve invloed hebben op de kosteneffectiviteit, hoewel dat lastig te meten is. Kosten vormen ook belemmering voor preventie omdat hiervoor minder makkelijk budget beschikbaar wordt gesteld dan voor curatieve zorg. Ook de RVZ ziet preventie als een manier om zowel de kwaliteit van leven te verbeteren als de kosten van de zorg te beheersen. Dat de kosten van preventie problematisch kunnen zijn wordt onderkend. Preventie leidt in eerste instantie tot meer kosten zonder duidelijke baten hoewel de verwachting is dat de resultaten op de lange termijn tegen de kosten opwegen (RVZ, 2010). De vraag is dan of het bestuur en de politiek,

die afwegingen moeten maken over de allocatie van de schaarse middelen, in willen zetten op iets wat geen direct zichtbaar resultaat oplevert.

Een andere methode om de stijgende zorgvraag en de daarmee gepaard gaande kosten in de hand te houden is de marktwerking in de zorg. Dit kan gezien worden als een uiting van de vraaglogica waarbij de relatie tussen de dienstverlener en de cliënt centraal staat. Het tegenovergestelde hiervan is de provisielogica waarbij de aanbieder van een dienst centraal staat, de logica die in de zorg momenteel nog dominant is. De Nederlandse zorgsector is wel langzaam op weg naar een vorm van vraagsturing, dit omdat er behoefte is aan keuzemogelijkheden onder de Nederlandse cliënten. Dit komt momenteel voornamelijk tot uiting in meer transparantie over het bestaande aanbod (WRR, 2004, p. 128). Het invoeren van concurrentie in de zorg moet leiden tot efficiëntere organisaties die met minder geld meer en betere zorg aanbieden (WRR, 2004, p. 82). Hier komen dan prestatiemetingen bij kijken om te meten of er ook daadwerkelijk goed gepresteerd wordt met het beschikbare budget.

Het gebruik van marktwerking in de zorg heeft zo zijn voor- en nadelen wat duidelijk naar voren komt bij het inzetten van prestatiemetingen. De Bruijn stelt dat prestatiemeting zowel positieve als negatieve effecten kan hebben (De Bruijn, 2006, p. 139). Een positief effect is dat prestatiemeting kan worden gebruikt voor verantwoording. Steeds meer burgers spreken de overheid aan op de kwaliteit van dienstverlening, door prestatiemeting kan burgers een inzicht worden gegeven in die kwaliteit. Daarnaast kan prestatiemeting een prikkel tot presteren zijn, op basis van goede prestaties kan er beloond worden wat organisaties aanzet om beter te gaan presteren. Negatieve effecten zitten voornamelijk in de dynamiek van prestatiemeting. Hoe groter de consequenties van prestatiemeting voor een organisatie zijn, hoe groter de kans dat er perverse effecten optreden. Dit omdat het uitdrukken van de prestaties van een organisatie in simpele cijfers geen recht doet aan de complexiteit van de professie. Een voorbeeld wat De Bruijn noemt is een ziekenhuis met topchirurgen die patiënten behandelen die elders uitbehandeld zijn (De Bruijn, 2006, p. 12). Een logisch gevolg hiervan is een hoog sterftecijfer onder de patiënten, echter als alleen het sterftecijfer als prestatie-indicator gebruikt wordt lijkt dit een slecht ziekenhuis terwijl er toch topchirurgen werken. Bovendien kunnen prestatiemetingen samenwerking in de weg staan als instellingen niet worden afgerekend op samenwerking.

Een reactie op toenemende prestatiedruk en de nadruk op financiering is de specialisatie van ziekenhuizen. Vos stelt in haar proefschrift dat kwalitatief goede en betaalbare zorg te realiseren is door specialisatie in een beperkt aantal aandoeningen (Vos, 2010, p. 169). De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen erkent ook de trend van specialisering als reactie op hogere eisen rondom kwaliteit, doelmatigheid en dienstverlening. De NVZ (NVZ, 2010, p.

14) ziet een aantal vormen van specialisatie zoals privéklinieken en Zelfstandige Behandel Centra's (ZBC's) die zich toeleggen op een bepaalde behandeling. Voordelen van specialisatie zijn een behandeling van een hogere kwaliteit omdat de zorgverleners die behandeling vaak toepassen. Nadelen zijn dat zorg geconcentreerd wordt en patiënten mogelijk ver moeten reizen om een ziekenhuis te vinden dat hun behandeling kan uitvoeren.

2.3 Samenwerking als oplossing?

Preventie kan de druk op de zorg verminderen maar heeft pas effect op de lange termijn en kost zelfs meer op de korte termijn. Dit ligt met name politiek gevoelig. Marktwerking doet al een tijd zijn werk in de zorg maar heeft ook perverse effecten tot gevolg die niet altijd leiden tot een betere zorg. Een andere manier om in te spelen op de toenemende en veranderende zorgvraag is het organiseren van samenwerking tussen zorginstellingen. Intensieve samenwerking tussen verschillende zorgverleners biedt mogelijkheden om efficiënter te werken waardoor de capaciteit verhoogd wordt. Bovenal maakt die samenwerking het mogelijk om meer individuele zorgtrajecten aan te bieden die beter inspelen op de behoeften van de individuele cliënt.

Een groep patiënten voor wie samenwerking bij uitstek van belang is, zijn chronisch zieken, een groep die in de toekomst in aantal sterk zal toenemen als gevolg van vergrijzing en veranderende leefstijlen. Juist deze groep heeft behoefte aan integrale zorg waarbij verschillende zorgverleners samenwerken (Rekenkamer, 2010, p. 5). De Algemene Rekenkamer adviseerde de minister van VWS in 2006 dan ook al om in te zetten op meer multidisciplinaire samenwerking (Rekenkamer, 2010, p. 6). In 2010 bestaat deze vorm van samenwerking nog steeds maar op beperkte schaal terwijl steeds duidelijker wordt dat de behoefte aan integrale zorg blijft toenemen (Rekenkamer, 2010, p. 6). Naast financiële barrières voor samenwerking als gevolg van marktwerking en de daarbij behorende gescheiden geldstromen, noemt de Algemene Rekenkamer belangentegenstellingen tussen zorgverleners als een factor die samenwerking in de weg staat (Rekenkamer, 2010, p. 14).

De RVZ noemt het inzetten op meer samenwerking een omslag van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag. Dit is echter lastig aangezien de zorgsector van vandaag te versnipperd is en gericht op enkelvoudige aandoeningen om gericht te kunnen inspelen op de zorgvraag. Daar is namelijk steeds meer sprake van multimorbiditeit en multiproblematiek die om een aanpak vraagt waarbij de patiënt centraal staat en niet de behandelaar (RVZ, 2010, p. 26). Door middel van een goede samenwerking tussen zorgverleners valt hier nog veel te winnen.

Ook de WRR ziet samenwerking tussen organisaties juist als een succesvolle manier voor het leveren van kwaliteit, het behalen van synergievoordelen en het ontwikkelen van leermogelijkheden (WRR, 2004, p. 224). Dit ondanks de financiële druk die meer stuurt op zoveel mogelijk specialisatie van organisaties per functie. Juist door doelen, werkwijzen en markten te combineren kunnen organisaties een meerwaarde leveren. Deze samenwerking kan ook de vorm aannemen van kennisallianties. Dit kan plaats vinden op alle niveaus dus ook op die van de professionals en organisaties in de zorg (WRR, 2004, p. 236). Dit betekent dat: *“..organisaties die eenzelfde visie voorstaan en eenzelfde kwaliteitsniveau ambiëren, de krachten bundelen, naar buiten treden en zich onderscheiden met hun excellente maatschappelijke initiatief”* (WRR, 2004, p. 236).

2.4 Voorbeelden van samenwerking

De WRR stelde al dat samenwerkingsverbanden op alle niveaus kunnen voorkomen. Het eerste niveau zijn samenwerkingsverbanden waarbij multidisciplinaire centra worden opgezet, al dan niet binnen organisaties. Vaak vindt deze samenwerking dan plaats binnen een vorm van een polikliniek gericht op een specifieke doelgroep of probleem. Een voorbeeld van deze vorm van samenwerking zijn de zogenaamde mamapoli's. Dit zijn afdelingen binnen een ziekenhuis waar alle zorgverleners die betrokken zijn bij borstkanker, van een sociaal verpleegkundige tot diverse medisch specialisten, bij elkaar zitten om een patiënt zo snel mogelijk te kunnen helpen en duidelijkheid verschaffen over haar situatie (BorstkankerVerenigingNederland, 2011). Een ander voorbeeld zijn de zogenaamde handenteams. Hierbij werken verschillende artsen zoals (plastisch) chirurgen, reumatologen en revalidatieartsen samen om een kwalitatief zo goed mogelijke behandeling te bieden op een efficiënte wijze (HandenTeamZeeland). Het UMC in Utrecht heeft sinds kort ook een Centrum voor Seksueel Geweld (Skipr, 2011) waarbij niet alleen verschillende disciplines bij elkaar komen, zoals psychiatrie en artsenzorg, maar ook verschillende sectoren zoals de zorg en de welzijnsector. Al deze initiatieven hebben als doel om een betere zorg te leveren door meerdere zorg- en soms ook hulpverleners bij elkaar te zetten en intensief te laten samenwerken.

Een ander niveau van samenwerking is te vinden in de ontwikkeling van Zorgparken en Zorgboulevards. Ook hierbij is het uitgangspunt een betere zorg te leveren door meerdere zorgverleners bij elkaar te brengen. Het verschil met de multidisciplinaire centra of poliklinieken is dat de schaal groter is en de focus meestal algemener is. Waar een mamapoli alleen voor vrouwen met borstkanker is, zijn Zorgparken of Zorgboulevards voor iedereen. Zo is de Zorgboulevard Rotterdam sinds kort geopend. Dit is een groot zorgcomplex met vele zorgaanbieders zoals een ziekenhuis, een zorghotel en een geboortehotel, een psychiatrische

kliniek, een huisartsenpost en nog vele andere functies (VerenigingZorgboulevard). Andere voorbeelden zijn het Gezondheidspraktijk Dordrecht waar een ziekenhuis gecombineerd wordt met een zorghotel en een dependance van een MBO-instelling voor zorgopleidingen (Dordrecht, 2011). In Hardenberg wordt aan een vergelijkbaar project gewerkt waarbij een ziekenhuis wordt gecombineerd met een aantal andere zorgfuncties (ZorgIDHardenberg, 2011). Ook kent het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam een Zorghotel van een thuiszorgorganisatie. Deze initiatieven hebben niet alleen tot doel het bieden van goede, gecombineerde inhoudelijke zorg maar ook het inspelen op de wensen van de cliënten die steeds meer klanten worden. Zo hebben zowel de Zorgboulevard Rotterdam als het Gezondheidspark Dordrecht een boulevard met winkels en horeca waar bezoekers van de zorgfuncties ook kunnen ontspannen (VerenigingZorgboulevard) (Dordrecht, 2011). Deze voorbeelden zijn allemaal voorbeelden van ketenzorg. Dit betekent samenwerking tussen aanbieders van verschillende soort zorg. Dus samenwerking tussen zorgverleners, de professionals, en de organisaties waarin zijn werkzaam zijn, de managers en bestuurders.

2.5 De vanzelfsprekendheid van samenwerking

Samenwerking tussen zorgverleners en zorginstellingen kan problematisch zijn. Samenwerking zoals beschreven dient namelijk twee doelen, zowel het verbeteren van de kwaliteit van de zorg als het verbeteren van de efficiency. Dit heeft een botsing tussen logica's als gevolg. De provisiologica van zorgverleners die meer gericht zijn op de kwaliteit en de institutionele logica van de managers, die meer gericht zijn op efficiency sluiten niet altijd op elkaar aan (WRR, 2004, p. 28). Een voorbeeld van deze botsing van logica is het conflict over de verdeling van de honoraria van vrijgevestigd specialisten in ziekenhuizen (MedischOndernemen). Hierbij ging het over de vraag of de specialisten dat zelf mochten verdelen of dat ziekenhuizen dat moeten doen. De angst bij de specialisten was dat het ziekenhuis op die manier te veel zeggenschap zou krijgen over de inhoud van het werk van de specialisten, want wie betaalt die bepaalt. Een manier om met deze spanning om te gaan is het duaal management waarbij een afdeling wordt gemanaged door zowel een professional als een manager die geen zorginhoudelijke achtergrond heeft. Maar ook samenwerking tussen professionals zelf kan problematisch zijn als zij elk vanuit een eigen specialisme opereren. Een voorbeeld hiervan is dat meer dan de helft van alle patiënten ervaringen heeft met verschillende zorgverleners die tegenstrijdige adviezen geven, bijvoorbeeld voor medicijngebruik (NPCF). Dit wijst dus op een gebrek aan samenwerking, in het bijzonder communicatie over de medicatie tussen verschillende professionals die met dezelfde patiënt te maken hebben.

2.6 Tot slot

De zorgvraag is dus aan verandering onderhevig. Mede als gevolg van demografische veranderingen neemt de vraag niet alleen toe maar verandert die ook van aard. Burgers zijn tegenwoordig mondiger dan ooit en standaardoplossingen voldoen niet meer. De patiënt wordt klant en eist persoonlijke aandacht. Dit terwijl de middelen om in te spelen op deze toenemende en veranderende vraag schaars zijn. Dit resulteert in een interventiefuik waarbij veel moet en weinig kan. Een reactie op deze interventiefuik is het invoeren van de marktwerking in de zorg geweest. Concurrentie moet dan leiden tot betere en efficiëntere zorg. Een andere manier om betere en efficiëntere zorg te verlenen is samenwerking tussen zorginstellingen. Zorginhoudelijke samenwerking kan leiden tot integrale zorgtrajecten waarbij een patiënt geen grenzen tussen verschillende zorgverleners en zorginstellingen ervaart. Bovendien kan samenwerking op organisatieniveau leiden tot synergievoordelen. Samenwerkingsverbanden kunnen echter zowel binnen zorginstellingen als tussen zorginstellingen plaats hebben. Voorbeelden van samenwerking zijn multidisciplinaire poliklinieken zoals mamapoli's of grotere samenwerkingsverbanden zoals Zorgboulevards of Gezondheidsparken. Deze samenwerking is echter geen vanzelfsprekendheid, zowel samenwerking tussen professionals en managers als tussen professionals onderling kan problematisch zijn.

3. Over professionals en grenzen

In dit theoretisch kader zal er een antwoord worden geformuleerd op de theoretische deelvragen. Deze theorie vormt een basis voor en geeft richting aan het empirisch onderzoek. Ten eerste staat de vraag wat multidisciplinaire samenwerking is centraal. Ten tweede zal het begrip grenzen uitgediept worden als een factor die invloed heeft op multidisciplinaire samenwerking. Ten slotte zullen manieren om multidisciplinaire samenwerking te organiseren aan bod komen.

3.1 Samenwerking

Deze paragraaf zal een antwoord formuleren op de eerste theoretische deelvraag, namelijk ‘*Wat is multidisciplinaire samenwerking tussen professionals?*’ Om te beginnen zal er eerst ingegaan worden op samenwerking in het algemeen. Van de Bossche stelt dat: “*Collaboration is defined as the process of building and maintaining a shared conception of a problem or task, distributing responsibility across members of the group, sharing expertise, and mutually constructing and negotiating cognition*” (Van den Bossche, 2006, p. 494). Samenwerking kan dus gezien worden als een proces, een proces waarbij de deelnemers tot een gezamenlijke opvatting van de taak moeten komen en waarbij interactie tussen de deelnemers van groot belang is. Het belang van die interactie of communicatie wordt nog benadrukt door Calleson die stelt dat: “*Collaboration moves beyond cooperation and coordination; it involves extensive planning and many levels of communication are created as clear information is a keystone of success*” (Calleson, 2004, p. 64). Communicatie en informatie zijn belangrijke factoren voor het succes van samenwerking. Samenwerking is wat het woord impliceert, namelijk samen werken.

Waarom werkt men dan samen? Lawson (Lawson, 2004) stelt dat samenwerking betrekking heeft op relaties tussen twee of meer *entiteiten* (Lawson, 2004, p. 226). Dit zijn de partijen die samenwerken, ook wel *stakeholders* genoemd. Die stakeholders werken samen omdat er wederzijdse afhankelijkheden bestaan. Die afhankelijkheden kunnen ingegeven worden door drie verschillende motieven (Lawson, 2004, p. 226). De eerste is *moral altruism*, de wil om samen te werken voor een hoger doel zonder daar zelf direct voordeel bij te hebben. De tweede is *enlightened self-interest* samenwerken omdat je er zelf ook beter van wordt. Het derde en laatste motief zijn *concerns about being left out*, samenwerken uit angst om iets te missen. De voordelen kunnen op een groot aantal verschillende vlakken liggen. Lawson noemt de volgende voordelen: een hogere mate van effectiviteit en efficiency, meer middelen en capaciteit, verhoogde legitimiteit en sociale ontwikkeling (Lawson, 2004, p. 225). Er zijn dus vele redenen om samen te werken gezien de positieve effecten die het kan hebben.

Een specifieke vorm van samenwerking is die tussen professionals van verschillende disciplines. Er zijn veel verschillende termen die gebruikt kunnen worden zoals voor deze samenwerking zoals multidisciplinair, maar ook interdisciplinair, multi-professional of inter-professional. In de context van dit onderzoek zal, ten behoeve van de eenduidigheid, de term multidisciplinair gebruikt worden waarmee wordt bedoeld samenwerking tussen professionals van verschillende medische disciplines. In de komende paragraaf zullen echter nog verschillende termen voorkomen, in lijn met de auteurs die geciteerd worden.

3.1.1 *Multidisciplinaire samenwerking*

Kapral (2011) geeft de volgende definitie van interprofessionele zorg: *'the provision of comprehensive health services to patients by multiple health caregivers who work collaboratively to deliver quality care within and across settings'* (Kapral, 2011, p. 77). Een eerste criterium voor multidisciplinaire zorg is dus dat verschillende zorgverleners samenwerken. Met als doel kwalitatieve zorg verlenen. Dit alles moet gebeuren in samenhang en binnen maar ook tussen settings in. Deze vorm van samenwerking gaat dus verder dan een keten waar een patiënt slechts van de ene zorgverlener naar de andere wordt doorverwezen.

Wat dit dan betekent voor de professionals in het samenwerkingsverband wordt uitgelegd door Hojat en Gonella (2011) die interprofessionele samenwerking zien als *'cooperatively working together, sharing responsibilities for solving problems and making decisions to formulate and carry out plans for patient care'* (Hojat, 2011, p. 67). Zij benadrukken het belang van het delen van verantwoordelijkheden en het gezamenlijk nemen van beslissingen. Dit betekent een vorm van samenwerking waarbij de professionals zich niet meer kunnen beperken tot hun eigen domein. De gezamenlijke verantwoordelijkheid maakt dat men wel samen moet werken. Hier voegen zij nog aan toe: *'joint communication and decision-making process.. with the goal of meeting the patient's wellness and illness needs as best as possible, while respecting the unique qualities and abilities of both professionals'* (Hojat, 2011, p. 67). Deze definitie gaat nog verder in op de verhoudingen tussen de samenwerkende professionals, er moet volgens hun respect zijn voor de kwaliteiten van de anderen. Er moet dus wel samengewerkt worden maar zonder te vergeten dat alle professionals unieke kwaliteiten en vaardigheden hebben. Dat is juist de waarde van een medisch professional. Multidisciplinaire samenwerking in de zorg heeft dus als doel het leveren van een goede zorg, waartoe professionals uit verschillende vakgebieden samenwerken die samen verantwoordelijkheden delen, besluiten nemen en elkaar respecteren.

Het belang van multidisciplinaire samenwerking in de zorg wordt benadrukt door Freeman et al. door hun statement dat *'Multi-professional teamwork' has become the preferred model*

of practice promoted for many areas of healthcare by policy makers, professional bodies and Trust management' (Freeman, 2000, p. 237). Multidisciplinaire samenwerking is in ieder geval iets wat op beleidsniveau gepromoot wordt als de manier om zorg te verlenen.

Deze opvatting wordt gedeeld door de Algemene Rekenkamer in haar advies aan de minister van VWS uit 2006 (Rekenkamer, 2010). De reden dat multidisciplinaire samenwerking een steeds belangrijkere plaats inneemt in zowel beleid als in het veld is volgens Freeman et al. gebaseerd op de aanname van: *'beneficial outcomes for patients, the requirement of professionals to communicate 'effectively', to understand each other's contribution to the care process and to be prepared to blur the boundaries of their roles has been proposed in much recent research as the most effective form of managing patient care'* (Freeman, 2000, p. 237). Multidisciplinaire samenwerking is dus beter voor de patiënt. Echter het vraagt ook nogal wat van de professionals, namelijk effectieve communicatie, begrip van elkaar en de grenzen van hun rollen overstijgen. Hoe deze kwaliteiten zich verhouden tot de eigenschappen van professionals zal in de volgende paragraaf uitgebreid aan bod komen.

Samenvattend is multidisciplinaire samenwerking dus samenwerking tussen verschillende typen professionals. Dit vraagt professionals om het delen van verantwoordelijkheden, het gezamenlijk nemen van besluiten, het delen van expertise en de kunst om over de grenzen van de eigen rol heen te kijken. Deze vorm van samenwerking is steeds belangrijker geworden als een manier om kwalitatieve zorg te leveren. In kernpunten:

Kenmerken van multidisciplinaire samenwerking:
Methode om betere zorg te leveren
Overstijgt specifieke settings
Gedeelde verantwoordelijkheden
Respect en begrip voor de ander

3.2 De wereld van de professionals

In de vorige paragraaf is beschreven wat multidisciplinaire samenwerking is en is het belang er van aangetoond. Deze samenwerking is echter niet vanzelfsprekend want er zijn grenzen aan de professionele domeinen die met elkaar verbonden moeten worden. In deze paragraaf zal dan ook een antwoord geformuleerd worden op de tweede theoretische deelvraag: *'Welke grenzen spelen een rol bij multidisciplinaire samenwerking tussen professionals?'*

3.2.1 Professionals

Om te beginnen zullen de professionals aan bod komen, het gaat hier namelijk om de grenzen aan hun domeinen. Wat zijn professionals en welke kenmerken van professionals leiden tot grenzen? Wilensky (Wilensky, 1964) noemt in zijn klassieke werk, *'The professionalization of everyone?'* een aantal criteria voor de ontwikkeling van een professioneel beroep. Ten eerste dient het beroep een fulltime beroep te zijn (Wilensky, 1964, p. 142), het is dermate veeleisend dat men zich er volledig op moet richten. Ten tweede zijn er erkende en geïnstitutionaliseerde opleidingen die toegang geven tot de beroepsgroep. Deze opleidingen zijn ook nog eens gekoppeld aan een universiteit en er is een hoge mate van betrokkenheid van professionals uit het werkveld bij de opleiding van de toekomstige specialisten. Ten derde is er sprake van een erkende beroepsvereniging (Wilensky, 1964, p. 144). Dit is een exclusieve groep waar alleen die professionals die de erkende opleiding hebben voltooid lid van mogen worden. Een van de rollen van een beroepsvereniging is het onderscheiden van de competente professionals van de incompetenten (Wilensky, 1964, p. 144). Deze beroepsgroep wordt meestal ook de overheid erkend als de vertegenwoordiger van alle uitoefenaars van dat beroep.

Dit is een uiting van het vierde kenmerk van Wilensky (Wilensky, 1964, p. 145), namelijk een wettelijk erkenning om de grenzen van de beroepsgroep te bepalen. De wettelijke erkenning gaat ook over wie zich professional mag noemen op basis van een wettelijk erkend diploma.

Een laatste fase van wettelijk erkenning is het tuchtrecht als mogelijkheid voor beroepsgroep om zelf toezicht te houden op de kwaliteit van de geleverde diensten (Wilensky, 1964, p. 145). Bij een dergelijk tuchtcollege zijn het de professionals zelf die oordelen of een collega wel of niet juist heeft gehandeld.

Freidson's (2001) beschrijving van het ideaaltype van *professionalism* sluit grotendeels aan op de criteria die Wilensky noemt. Volgens Freidson is dat ideaaltype opgebouwd uit vijf elementen. Om te beginnen houden professionals zich bezig met specialistisch werk (Freidson, 2001, p. 17). Professionals zijn werknemers die het privilege hebben om controle over hun eigen werk uit te oefenen en hun beroep te onderscheiden van andere beroepen op basis van specifieke kennis en vaardigheden (Freidson, 2001, p. 33). Dit privilege komt voort uit het geloof dat kennis en vaardigheden voor specialistisch werk gefundeerd zijn in abstracte concepten, formele opleiding en het gebruik van discretionaire ruimte (Freidson, 2001, p. 34).

Het tweede element is hoe de coördinatie binnen de organisaties waarin professionals werken plaatsvindt (Freidson, 2001, p. 36). Specialisatie maakt coördinatie immers noodzakelijk. Er

zijn drie manieren van coördinatie te onderscheiden, door de vrije markt, door een bureaucratie of door beroepsgroepen zelf waarbij *professionalism* beroepsmatige coördinatie vereist (Freidson, 2001, p. 34). Dit houdt in dat de gespecialiseerde medewerkers van de organisatie zelf bepalen wat de doelen en inhoud van hun werk zijn en daarnaast ook invloed hebben op de omstandigheden waarin dat werk verricht moet worden (Freidson, 2001, p. 60).

Ook voor de arbeidsmarkt zijn drie vormen van coördinatie te onderscheiden, gelijk aan die voor organisaties, namelijk op basis van de vrije markt, bureaucratie of beroepsmatige coördinatie (Freidson, 2001, p. 81). Ook hier hoort coördinatie door de beroepsgroep bij *professionalism* (Freidson, 2001, p. 82), wat betekent dat de beroepsgroep zelf bepaalt wie er gekwalificeerd is voor een bepaald beroep en wat dat beroep inhoudt (Freidson, 2001, p. 73). Deze coördinatie door de beroepsgroep wordt vaak ook wettelijk erkend wat toetreding tot de arbeidsmarkt van anderen dan diegenen die door de beroepsgroep erkend worden, onmogelijk maakt (Freidson, 2001, p. 73). Dit alles maakt dat de organisaties waarin professionals werken relatief weinig te zeggen hebben over het werk van de professionals (Freidson, 2001, p. 74) en dat die professionals een relatief beschermde positie op de arbeidsmarkt hebben (Freidson, 2001, p. 78). Een vierde element is de opleiding van professionals, die ook grotendeels gecontroleerd wordt door de beroepsgroep zelf (Freidson, 2001, p. 92). Die opleiding vindt voornamelijk plaats binnen een instituut en door docenten die zelf tot beroepsgroep behoren. Bovendien zijn die opleidingen vaak geassocieerd met een universiteit (Freidson, 2001, p. 93). Deze vorm van opleiding vormt de basis van zowel de economische als de culturele status van professionals (Freidson, 2001, p. 102). Het vijfde element omschrijft Freidson als de 'ideologie' van het professionalisme (Freidson, 2001, p. 105). Die ideologie stelt dat de grote mate van vrijheid voor professionals gerechtvaardigd wordt doordat zij een dienende functie hebben, met name professionals in het publieke domein dienen een publiek belang (Freidson, 2001, p. 122). Andere beroepen dienen ook, maar zij dienen de doelen van een opdrachtgever terwijl professionals zich daarvan onderscheiden door zich het recht toe te eigenen om te bepalen wat die doelen zijn (Freidson, 2001, p. 122). Dit recht kunnen zij zich toe-eigenen omdat zij zich beroepen op hogere waarden zoals gezondheid of gerechtigheid (Freidson, 2001, p. 122).

Professionals voeren dus fulltime een specialistisch beroep uit waarover zij zelf controle uitoefenen. Professionals hebben controle over de opleidingen over wie er mogen toetreden tot de beroepsgroep. Zowel de inhoud van het werk als de manier waarop het werk wordt gedaan wordt bepaald door de beroepsgroep zelf. Dit alles komt samen in een ideologie van *professionalism* die de grote mate van vrijheid voor professionals rechtvaardigt omdat zij een hoger en vaak publiek doel dienen. De kenmerken van professionals op een rijtje:

Kenmerken van professionals
Geïstitutionaliseerde opleidingen als toegangseis voor beroepsgroep
Erkende beroepsvereniging
Specialistisch werk met discretionaire ruimte
Beroepsgroep bepaalt haar eigen grenzen, vb. Tuchtrect
Autonomie ten opzichte van de organisatie
Dienen een 'hogere waarde'

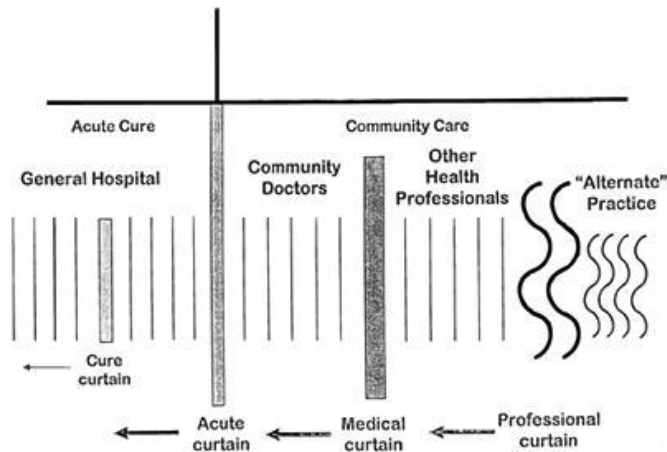
3.2.2 Grenzen aan professionele domeinen

Maar wat betekent dit 'professional-zijn' nu voor samenwerking? *"The professional system has a significant effect on the development of collaborative practice, because it promotes a perspective that is in direct opposition to the rationale for collaboration (D'Amour et al., 1999). In fact, the process of professionalization is characterized by the achievement of domination, autonomy and control, rather than collegiality and trust (Freidson, 1986)"* (Martin-Rodriguez, 2005, p. 136)

Het professionele systeem heeft dus invloed op de ontwikkeling van samenwerking tussen professionals, om precies te zijn een negatieve invloed. Martin-Rodriguez stelt dat het proces van professionalisering zoals in de vorige paragraaf beschreven is leidt tot professionele kenmerken die haaks staan op de kenmerken die tot succesvolle samenwerking leiden. Deze barrières voor samenwerking die worden opgeworpen door het proces van professionalisering worden geconceptualiseerd als grenzen.

Het feit dat professionals een grote mate van controle hebben over de inhoud van hun werk, de manier waarop dat wordt uitgevoerd en de opleiding van nieuwe professionals zorgt voor een begrenzing van het professionele domein. Deze grenzen onderscheiden de competente van de incompetenten personen (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011, p. 9). Ook binnen professionele domeinen bestaan er verschillen. Bucher en Strauss (1961) stellen dat er binnen professionele domeinen segmenten bestaan. Zo behoren zowel een huisarts als een medisch specialist tot het domein van de medisch professional en hebben zij dezelfde (basis)opleiding gevolgd, maar hebben zij toch elk weer hun eigen specifieke domein. De grenzen tussen de verschillende medische domeinen worden goed geïllustreerd door Glouberman en Mintzberg (Glouberman, 2001). Zij spreken over 'curtains' tussen verschillende domeinen binnen de zorg waarbij zij met name een onderscheid maken tussen paramedisch zorg, medische zorg en acute zorg zoals weergegeven in de volgende figuur. Er zijn dus sterke verschillen tussen

de verschillende typen zorgverleners waar ook een hiërarchie in te ontdekken valt. Hierbij staat het ziekenhuis het hoogst op de ladder en de alternatieve geneeswijzen onderaan.



Noordegraaf en Van der Klauw formuleren drie soorten grenzen aan professionele domeinen (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011, p. 11). Cognitieve grenzen gaan over hoe een professional de wereld ziet. Verondersteld wordt dat medici een 'klinische' blik op de wereld hebben die in staat stelt om rationeel te handelen. Technische grenzen gaan over de kennis en vaardigheden die een professional gebruikt (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011, p. 11). Elk type professional beschikt over zijn eigen specifieke kennis en vaardigheden die hem onderscheidt van een ander, een eigenschap die de basis is voor het zijn van een professional (Wilensky, 1964) (Freidson, 2001). Het derde type grenzen zijn de sociale grenzen, die gaan over de interactie met anderen (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011, p. 11). Professionals sluiten personen in en uit, je hoort er bij of niet. Daarnaast kennen professionals een hoge mate van loyaliteit aan de eigen beroepsgroep(en). Schematisch valt de hiervoor genoemde grenzen als volgt weer te geven, vrij naar (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011, p. 12).

Type grens	Elementen	Uitwerking
Cognitief	<ul style="list-style-type: none"> • Wereldbeeld • Kennis en vaardigheden • Morele standaarden 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinisch, rationeel • Vakspecifiek • Dienen publiek belang - gezondheid
Technisch	<ul style="list-style-type: none"> • Methoden • Competenties 	<ul style="list-style-type: none"> • Vakspecifiek • Vakspecifiek
Sociaal	<ul style="list-style-type: none"> • Interacties • Beroepsverenigingen • Opleiding 	<ul style="list-style-type: none"> • Binnen de beroepsgroep • Bepaalt wie er wel/niet bij hoort • Universitair / HBO / MBO

Deze grenzen staan veranderingen in de weg omdat zij gericht zijn op het behoud van professionele domeinen (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011, p. 12). De kracht van deze grenzen wordt geïllustreerd door het onderzoek van Ackroyd et al. (2007) naar de effectiviteit van management reforms bij de NHS, huisvestingssector en welzijnswerk. De paradoxale conclusie van dit onderzoek was dat juist bij de sector waar het meeste in was geïnvesteerd wat betreft geld en aandacht, namelijk de NHS, de minste veranderingen tot stand waren gekomen. De verklaring die Ackroyd et al. (2007) hier voor geven is dat de professionals werkzaam binnen de NHS, medisch professionals, het sterkst georganiseerd waren en dus de mogelijkheid hadden om veranderingen tegen te houden.

Heldal typeert grenzen van professionele domeinen binnen organisaties als een 'loosely coupled' systeem (Heldal, 2010, p. 19). Hiermee wordt bedoeld dat er weinig sterke verbanden zijn binnen een organisatie met veel professionals, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis. *'It is a complex organization characterized by a degree of autonomy among its interdependent parts and isolation between strata'* (Heldal, 2010, p. 20) Professionele autonomie vormt dus een belemmering voor sturing door anderen dan de professionals zelf. Dit heeft gevolgen voor het organiseren van multidisciplinaire samenwerking: *'Multidisciplinary collaboration in healthcare, seen as a loosely coupled system, is therefore not the outcome of easily integrated activities'* (Heldal, 2010, p. 20).

3.3 Overbruggen van grenzen

Bij de beantwoording van de eerste deelvraag is gebleken wat multidisciplinaire samenwerking is. Bij de beantwoording van de tweede deelvraag is duidelijk geworden dat er grenzen tussen professionele domeinen bestaan, waar die vandaan komen en dat zij een barrière kunnen vormen voor het organiseren van multidisciplinaire samenwerking. De derde theoretische deelvraag luidt: *Welke organisatorische voorwaarden kunnen geïntroduceerd worden om grenzen te overbruggen?* Deze deelvraag betreft het vraagstuk hoe multidisciplinaire samenwerking dan toch georganiseerd kan worden. De voorwaarden voor succesvolle samenwerking kunnen in een aantal categorieën ingedeeld worden (Wenger, 2000, p. 235). Ten eerste komt de rol van de *'boundary spanner'*, *'liaison'* of *'broker'* aan bod, een persoon die het vermogen heeft om verschillen tussen professionals te overbruggen en belangen op een zodanige manier bij elkaar te brengen dat er een vruchtbare situatie voor multidisciplinaire samenwerking ontstaat. Ten tweede zijn er interacties die al dan niet bewust ontstaan. Ten slotte komen de *'boundary objects'* aan bod. Deze objecten zorgen ervoor dat professionals bij elkaar komen om gezamenlijk een betekenis aan dat object te geven, wat resulteert in interactie, een belangrijke voorwaarde voor samenwerking.

3.3.1 Boundary spanners

Lawson stelt dat boundary-spanners noodzakelijk zijn bij de ontwikkeling en institutionalisering van samenwerking (Lawson, 2004, p. 231). Dit omdat de stakeholders, de partijen die samen moeten of willen werken door verschillende omstandigheden altijd de nadruk op hun eigenbelang zullen leggen boven dat van anderen. Dit vraagt dus om een neutrale partij zoals een boundary-spanner. Dit kunnen zowel personen als organisaties zijn (Lawson, 2004, p. 231).

Wanneer het om personen gaat zijn boundary spanners personen die zich bezig houden met managen in interorganisationele arena's (Williams, 2002, p. 103). Zij vormen een verbinding tussen verschillende organisaties of tussen verschillende professionele domeinen. Deze verbindende functie wordt ook wel een liaison-rol genoemd zoals Heldal die het belang van een dergelijke rol benoemt: *'...argues that one way to achieve integration in a loosely coupled system is through devices such as liaison roles'* (Heldal, 2010, p. 20). Een boundary spanner is een persoon die gevoel heeft voor relaties tussen personen en organisaties. Een boundary spanner weet zijn weg te vinden binnen geïnstitutionaliseerde omgevingen en mensen bij elkaar te brengen op basis van gedeelde doelen en waarden. Maar bovenal is het een persoon die een faciliterende rol vervult door anderen bij elkaar te brengen (Williams, 2002, p. 109). Een groot deel van het werk van boundary spanners heeft betrekking op het managen van relaties. Ze moeten de vaardigheden hebben om andere mensen en organisaties

te begrijpen. Boundary spanners kunnen dan gezien worden als ‘cultural brokers’ die *‘make a real effort to empathize with and respect anothers’ values and perspectives’* (Williams, 2002, p. 110).

Om tot effectieve relaties te komen zijn een aantal zaken van belang. Ten eerste is dat communicatie, waarbij voor professionals het gebruik van verschillende vakjargons een probleem kan opleveren. Belangrijk is dat men naar elkaar luistert (Williams, 2002, p. 115). Ten tweede moet men elkaar begrijpen. Hierbij kan een onderscheid aangebracht worden tussen begrip voor elkaar in de werkrelatie tot empathie die verder gaat dan een functionele werkrelatie (Williams, 2002, p. 115). Persoonlijk dient een boundary spanner open, eerlijk, benaderbaar en respectvol te zijn. Dit zijn kwaliteiten die sterk aansluiten bij de eerder genoemde persoonlijke competenties van professionals. Daarnaast wordt ook vertrouwen genoemd als een factor die invloed heeft op de kwaliteit van persoonlijke relaties is vertrouwen. Het belang van vertrouwen is niet te overschatten. Er zijn twee benaderingen van vertrouwen te onderscheiden: de eerste is dat men er van uit gaat dat de ander te vertrouwen is totdat het tegendeel bewezen is, de andere gaat precies van het omgekeerde uit. In beide gevallen geldt dat vertrouwen iets is dat zich moet ontwikkelen en steeds sterker kan worden. Williams beschrijft het belang van vertrouwen binnen samenwerkingsverbanden als volgt: *‘trust is pivotal to collaboration. Attitudes of mistrust and suspicion are a primary boundary to co-operation between organizations and professional boundaries: collective behavior is hardly conceivable where trusting attitudes are absent’* (Williams, 2002, p. 111). Vertrouwen kan dus gezien worden als een mechanisme voor het coördineren van sociale interactie. Dit komt goed van pas als hiërarchische sturingsmechanismen minder sterk aanwezig zijn.

Kimble et al. hebben het niet over boundary spanners als personen die verschillende systemen bij elkaar brengen maar over ‘brokers’ en geven daarbij de volgende definitie: *“The job of brokering is complex. It involves processes of translation, coordination and alignment between perspectives. It requires enough legitimacy to influence the development of a practice .. it also requires the ability to link practices by facilitating transactions between them and to cause learning by introducing into a practice, elements of another”* (Kimble, 2010, p. 438). Ook hierbij gaat het om het bij elkaar brengen van partijen. Als voorwaarde stellen zij voldoende legitimiteit om invloed te hebben op ontwikkelingen. Een broker kan deze legitimiteit verkrijgen door over autoriteit te beschikken in alle groepen die bij elkaar gebracht dienen te worden (Kimble, 2010, p. 438). Ook Williams ziet een belangrijke rol weggelegd voor legitimiteit van de boundary spanner. Binnen samenwerkingsverbanden tussen organisaties in is er immers vaak niemand die over echte autoriteit beschikt om besluiten te nemen. Management van samenwerking op basis van autoriteit zal dan ook niet

werken dus moet een boundary spanner gebruik van andere sturingsmechanismen zoals beïnvloeding, onderhandeling en netwerken (Williams, 2002, p. 117). Omdat spel te spelen is een legitimiteit een belangrijke voorwaarde, net zoals eerlijkheid en de intentie om tot de beste uitkomsten voor alle partijen te komen. Wat ook een invloed heeft op de mate van legitimiteit van een boundary spanner is de relatie met de eigen organisatie. Als partijen gaan samenwerken ontstaat er een issue wat betreft loyaliteit en verantwoordelijkheid. Een boundary spanner moet zowel loyaal zijn aan zijn eigen organisatie als aan de samenwerking die verder gaat dan die organisatie alleen. Het is dus belangrijk dat partners een mandaat van de eigen organisatie hebben voor samenwerking en niet continue verantwoording moeten afleggen. Voor andere partners is dan ook van belang om te weten wat het mandaat en de speelruimte van de anderen is (Williams, 2002, p. 119). Om inzicht te hebben in de relaties en afhankelijkheden die de samenwerkingspartners binnen de eigen organisaties hebben is ervaring van groot belang. Ervaring met het werken tussen verschillende organisaties in en in verschillende typen organisaties en sectoren. Door deze ervaring leert men anderen begrijpen en verbinden. Wat betreft inhoudelijke kennis kan een boundary spanner het beste zo generalistisch mogelijk onderlegd zijn. Dit waarborgt de onafhankelijkheid hoewel een mate van specifieke kennis juist weer legitimiteit oplevert (Williams, 2002, p. 118).

3.3.2 Interactions

Interactions hebben betrekking op ontmoetingen over grenzen heen. Manieren waarop leden van de ene groep over hun grenzen heen in contact komen met leden van een andere groep. Dit kan bewust of onbewust plaatsvinden. Een eerste vorm van dit soort ontmoetingen zijn formelen bezoeken aan andere organisatie of een ander deel van een organisatie (Wenger, 2000, p. 236). Het idee hier achter is dat men kan leren van de ander en tijdens een dergelijk bezoek kennis kan opdoen die in de eigen praktijk ook van pas komt. De ervaringen van zo'n bezoek moeten gedeeld worden met een van de peers om er de juiste betekenis aan te kunnen geven. Een tweede vorm van interactions zijn boundary practices (Wenger, 2000, p. 236). Dit zijn meer vaste structuren in een organisatie met als doel grenzen te overbruggen, in feite een vorm van brokering. Het gevaar hierbij is wel dat zo'n structuur ook weer haar eigen grenzen kan opbouwen. De derde vorm is het creëren van peripheries zoals Wenger het noemt (2000, p. 236). Dit zijn zaken die een groep kan organiseren om personen van buiten die groep makkelijker in contact te laten komen. Hierin zijn twee groepen te onderscheiden: de personen die met een groep in contact willen komen voor informatie en personen die lid willen worden.

Ontmoetingen hebben ook te maken met communicatie, iets wat inherent is aan interactie. Deze communicatie hoeft niet altijd de uitkomst te zijn van acties van het management. Het gaat ook om meer informele communicatie zoals ontmoetingen in de

wandelgangennetwerken naast meer formele vormen zoals teams en werkgroepen (Glouberman, 2001).

3.3.3 *Boundary objects*

Heldal ziet een centrale rol voor objecten bij het overbruggen van grenzen tussen professionals (Heldal, 2010, p. 21). Deze objecten zijn geschikt voor verschillende contexten maar hebben wel een gemeenschappelijke betekenis die kan variëren. Dit noodzaakt professionals tot interactie en communicatie over de betekenis van het object en is daarmee een stimulans voor samenwerking. Een boundary object is namelijk *“an object that lives in multiple social worlds and which has different identities in each”* (Kimble, 2010, p. 438). Dit heeft dan tot gevolg dat zo'n object als een verbindend element werkt tussen verschillende sociale groepen zoals verschillende medische disciplines. Een voorbeeld van een boundary object is een formulier waar verschillende professionals iets op moeten invullen. De ene professional is mede afhankelijk van de informatie die de ander op het formulier invult. Omdat de betekenis van die informatie nooit helemaal duidelijk is af te leiden uit tekst heeft dit tot gevolg dat professionals bij elkaar langs gaan om over die betekenis te spreken (Heldal, 2010, p. 25). Dit soort vormen van interactie zijn belangrijk voor het vormen van relaties die op hun beurt essentieel zijn voor het werken over grenzen heen (Heldal, 2010, p. 25). Deze betekenis van boundary objects wordt mooi geïllustreerd door Kimble et al. *“During discussions around the document, other new and innovative ideas would often be triggered; as well as identifying projects already listed on the document, new ideas emerged that could form the basis for further participation”* (Kimble, 2010, p. 438). Boundary objects kunnen ook het tegenovergestelde effect hebben als de betekenis die eraan gehecht wordt niet gedeeld is. Zo gebruikt Heldal het voorbeeld van een radiologie-foto waar elke professional een andere betekenis aan hecht en op die manier de grenzen alleen maar versterkt (Heldal, 2010, p. 27).

3.3.4 *Brokers en boundary objects*

Er bestaat een verband tussen brokers of boundary spanners en het gebruik van boundary objects. Objecten zullen vaak door een boundary spanner gebruikt worden als een middel om partijen bij elkaar te brengen, maar de keuze voor een bepaald boundary object is niet neutraal (Kimble, 2010, p. 442). Zo kan een broker, die zoals is gebleken een binding moet hebben met een van de betrokken partijen bij de samenwerking, een object kiezen op basis van zijn of haar belangen waarmee niet de beste uitkomst voor alle partijen gerealiseerd wordt. Een boundary object kan de interactie en uitwisseling van informatie tussen actoren stimuleren of juist beperken. Als de broker kiest voor een boundary object dat de uitwisseling van informatie juist beperkt geeft dat die persoon meer mogelijkheden om de richting van de

samenwerking te bepalen, de partners zijn immers meer afhankelijk van de broker (Kimble, 2010, p. 442)

3.4 De relatie tussen grenzen en methoden voor overbrugging

Verwacht wordt dat er een relatie bestaat tussen de grenzen van de diverse medische disciplines en de manier waarop er samengewerkt kan worden. Als de grenzen van de verschillende professionele domeinen erg sterk blijken te zijn zal dat de samenwerking belemmeren. Een professional die beschikt over een hoge mate van autonomie voor het uitvoeren van zijn werk zal dus gewend zijn alles op zijn eigen manier te doen. Dit lijkt niet te stroken met samenwerking met professionals uit andere disciplines die andere kennis hebben, andere gebruiken en taal etc. Deze autonomie brengt ook met zich mee dat er geen partij is die zeggenschap heeft over een type professional, laat staan over meerdere. Dit betekent dat die samenwerking ook niet afgedwongen kan worden. Professionele autonomie brengt dus macht met zich mee, de macht om onafhankelijk te handelen. Putters (Putters & Janssen, 2011) heeft, op basis van een onderzoek naar innovaties in de zorg, het gebrek aan lef om machtsposities op te geven geïdentificeerd als een van obstakels bij innovatieprocessen in de zorg. Multidisciplinaire samenwerking lijkt dus te botsen met de grenzen van professionele domeinen. Die samenwerking is echter wel van belang om te komen tot een betere en efficiëntere vorm van dienstverlening, in dit geval het leveren van zorg.

Er is een aantal manieren om toch tot samenwerking te komen ondanks de aanwezigheid van grenzen. Zo kunnen organisaties door het organiseren van interacties, boundary spanners en boundary objects, professionals dichterbij elkaar brengen. Deze methoden zijn voornamelijk gericht op het organiseren van ontmoetingen en interactie tussen de verschillende professionals. Het lijkt er dan ook op dat met name aandacht voor de sociale en cognitieve grenzen van groot belang is voor het organiseren van samenwerking tussen professionals. Dit is ook terug te zien in onderstaand schema waarin een verband wordt gelegd tussen de manieren van het overbruggen van grenzen en het type grens.

Manier/ Type grens	Interactions	Boundary spanners	Boundary objects
Sociaal	Borrels	Managen van relaties	Gedeeld restaurant
Cognitief	Bezoeken	Luisteren	
Technisch	Stages	Beschikken over brede kennis	Gedeeld dossier

3.5 Organiseren van de overbrugging en de rol van de manager

Hiervoor zijn de grenzen tussen de professionele domeinen en manieren om die grenzen te overbruggen beschreven. De laatste vraag is dan hoe kunnen die methoden om grenzen te overbruggen geïntroduceerd worden? En wat is de rol van de manager daarbij? Het idee dat een organisatie voorwaarden introduceert om grenzen tussen professionele domeinen te overbruggen roept de vraag op wie dat moet doen. Zijn dat de professionals zelf of de managers van die professionals? Deze vragen komen samen in de vierde en laatste theoretische deelvraag: *‘Op welke wijze kunnen organisatorische voorwaarden om grenzen te overbruggen geïntroduceerd worden en wat is de rol van de manager daarbij?’* Het meest voor de hand liggende antwoord zijn de managers, zij hebben immers een overzicht, zijn verantwoordelijk en hoeven geen angst te hebben voor inperking van hun autonomie. Zo simpel ligt het echter niet.

Zoals in de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk is beschreven is een van de belangrijkste eigenschappen van een professional autonomie. Dit maakt dat het managen van professionals problematisch kan zijn in organisaties die ‘loosely coupled’ zijn zoals Haldal het noemt (2010). Dit betekent dat er weinig sterke verbanden zijn tussen de verschillende delen van een organisatie zoals bij een ziekenhuis met maatschappen het geval is. Deze maatschappen zijn immers aparte bedrijfjes binnen het ziekenhuis en de specialisten zijn bijvoorbeeld niet in loondienst. Dit is anders dan in de GGZ bijvoorbeeld waar de psychiaters gewoon in loondienst van de organisatie zijn. Dit houdt dan in dat er twee verschillende logica’s naast elkaar bestaan, namelijk de logica van de medicus, de professional en de logica van de manager (Witman, 2007, p. 13). Een manager heeft dan weinig macht om veranderingen door te voeren omdat de professionals een sterke mate van autonomie en organisatiegraad hebben (Ackroyd, 2007, p. 22). Een belangrijke reden voor professionals om veranderingen

door managers tegen te houden is het willen hanteren van de status-quo om niet in te moeten leveren op de mogelijkheden om hun eigen werk te controleren (Ackroyd, 2007, p. 22).

Het lijkt er op dat de professional een almachtige, autonome beroepsbeoefenaar is die volledig onafhankelijk van managers kan handelen. Dit is echter niet zo gezien de ontwikkelingen in de afgelopen decennia.

Freidson (1994) heeft namelijk twee stellingen geformuleerd waarom *professionalism* onder druk staat, de *deprofessionalization* thesis en de *proletarianization* thesis. *Deprofessionalization* stelt dat de klassieke factoren waar aan professionals hun macht ontleen, zoals kennis en de macht om eigen regels op te stellen verdwijnen en daarmee de status van de professionals (Freidson, 1994, p. 130). Daarbij speelt ook mee het hogere kennisniveau bevolking en de afhankelijkheid van andere specialisten in steeds grotere organisaties van professionals. De professional is dan alleen nog maar een expert en de cliënt wordt een klant (Freidson, 1994, p. 131). De *proletarianization* thesis legt de nadruk op de ontwikkeling van complexe organisaties waarin professionals steeds meer een werknemer worden, een rader in de machine. Dit betekent dat professionals steeds meer gecontroleerd worden door anderen, zoals managers en niet meer door elkaar (Freidson, 1994, p. 133).

In een later boek, *Professionalism, the third logic*, heeft Freidson het over een 'assault on professionalism' (Freidson, 2001, p. 179). Er bestaat een ideologie van professionalisme die tegenover de ideologieën van respectievelijk de markt en de bureaucratie staat (Freidson, 2001, p. 106). Het *professionalism* is gericht op het rechtvaardigen van de bevoorrechte status van de instituties van professies en de professionals zelf. De ideologie van de markt is gebaseerd op het principe dat consumenten leidend zijn voor het werk dat gedaan wordt en bij de bureaucratie zijn dat de managers (Freidson, 2001, p. 106). Freidson stelt dat de positie van professionals sinds de jaren '60 van de vorige eeuw onder druk is komen te staan. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn een afname van het vertrouwen en respect van het publiek en financiële druk (Freidson, 2001, p. 193).

Professionals zijn dus autonoom en lastig te managen maar staan ook onder druk om mee in te gaan in bedrijfseconomische principes en een meer leidende rol voor managers. Wat zegt dit nu over het organiseren van samenwerking over grenzen van professionele domeinen heen? Het belangrijkste lijkt dat managers bij het organiseren van overbrugging van professionele grenzen ook aandacht besteden aan de grenzen die er bestaan tussen de professionals en managers. Dit kan door middel van aanpassingen in de structuren van organisaties.

De structuur van een organisatie zegt immers iets over de verhoudingen tussen de verschillende onderdelen van de organisatie. Mintzberg onderscheidt in zijn standaardwerk *Structure in 5's* vijf manieren waarop organisaties ingedeeld kunnen zijn. De meeste zorgorganisaties kunnen worden gezien als een *professional bureaucracy* (Mintzberg, 1980, p. 333). De basis van deze organisaties zijn immers de professionals die het werk doen, ondersteund door een beperkte staf. Er bestaat dus een bepaalde structuur die de verhoudingen tussen de onderdelen van een organisatie, waaronder de professionals in de *operating core* en hun managers die zich bevinden in de *middle line* (Mintzberg, 1980, p. 323). Om te professionals aan te sturen naar meer samenwerking kan er dus voor gekozen worden om aanpassingen in de structuur aan te brengen. Een manier om dat te doen is door de scheiding tussen de verschillende onderdelen van de organisatie minder scherp te maken. Professionals uit de *operating core* kunnen dan ook deel gaan uitmaken van de *middle line*. Noordegraaf noemt dit een vorm van 'controlling professionals' (Noordegraaf, 2004, p. 200). In de praktijk komt dit er op neer dat er sprake is van duaal management waarbij een afdeling wordt gemanaged door een zorgmanager en een medisch manager waarvan de laatste dan een professional is. Op deze manier wordt zowel een loyaliteit aan de professie als aan de organisatie gecreëerd bij de professionals (Noordegraaf, Management in het publieke domein, 2004, p. 200). Dit is ook wat Witman voorstelt, een medicus die meer managementtaken op zich neemt omdat hij of zij goed kan balanceren tussen de wereld van de professional en die van de managers (Witman, 2007, p. 210). Deze vorm van management zal de mogelijkheden tot sturing van de autonome professionals vergroten omdat die professionals zelfs betrokken zijn bij het management. Professionals zullen dan ook eerder iets aannemen van hun collega aan wie loyaler zijn dan aan een manager die tot hun beroepsgroep behoort. Wanneer er een vorm van management wordt toegepast die meer mogelijkheden geeft om te sturen is de verwachting dat de eerder genoemde methoden voor het overbruggen van grenzen ook makkelijker ingezet kunnen worden. De medisch- en zorgmanager kunnen dan samen bepalen welke instrumenten ingezet moeten worden en op welke manier.

Een andere vorm is het instellen van een neutrale organisatie die zich bezig houdt met het inzetten van methoden voor het overbruggen van grenzen. Zo'n organisatie fungeert dan in feite als een *boundary spanner* (Lawson, 2004, p. 231). Dit is ingreep in de structuur die buiten de organisatie om gaat, er komt immers een partij van buiten de organisatie. Aangezien neutraliteit een belangrijke eigenschap is van een *boundary spanner* kan het lonen om een organisatie buiten de eigen organisatie in te zetten. De Vereniging Zorgboulevard is een voorbeeld van een neutrale organisatie die buiten de gewone organisaties om grenzen probeert te overbruggen.

3.6 Tot slot

De zorgsector wordt gekenmerkt door professionals. Dit zijn zorgverleners die voldoen aan een aantal kenmerken zoals specifieke kennis, een besloten beroepsgroep en een hoge mate van autonomie. Deze kenmerken resulteren in professionele domeinen die een sterke in- en uitsluiting kennen, professionals die aan de juiste kenmerken voldoen horen erbij en anderen absoluut niet. Deze grenzen tussen de verschillende professionele domeinen zijn er op cognitief, technisch en sociaal gebied. Om tot goede samenwerking te komen in het noodzakelijke om professionals dicht bij elkaar te brengen en dus die grenzen tussen professionele domeinen te overbruggen. Dit overbruggen kan op een aantal verschillende manieren geschieden, onder andere door het gebruik van boundary spanners, interactions en boundary objects. Bij het introduceren van deze methoden van overbrugging speelt de relatie tussen managers en professionals een belangrijke rol. Er bestaat een significant verschil tussen de logica van de manager en die van de professional en gezien de autonomie van de professional bestaan er ook grenzen tussen professional en manager. Dit iets om rekening mee te houden bij het inzetten van methoden om grenzen tussen professionals te overbruggen. Een manier om hier op in te spelen is door gebruik te maken van organisatiestructuren. Zo kunnen professionals bij het management worden betrokken door een medisch manager aan te stellen. Dit maakt het onderscheid tussen het uitvoerende deel van de organisaties, de professionals, en het management minder groot wat het eenvoudige maakt om methoden voor overbrugging toe te passen.

4. Onderzoeksaanpak

Voordat de resultaten van het empirisch onderzoek beschreven zullen worden is er in dit hoofdstuk aandacht voor de aanpak van het onderzoek. Welke wetenschapsfilosofische benadering is gebruikt bij dit onderzoek en op welke manier is de data verzameld en geanalyseerd? Zo wordt er stil gestaan bij de selectie van de case en de respondenten, de fasen van het onderzoek en manier waarop de respondenten bevraagd zijn.

4.1 Type onderzoek

Dit onderzoek wordt uitgevoerd op basis van een interpretatieve benadering. Deze benadering gaat er van uit dat er niet één manier is om de werkelijkheid te kennen en dat het van belang is om gedrag te begrijpen (Hart, 2005, p. 67). Volgens deze benadering zullen twee mensen die hetzelfde meemaken dat toch heel anders interpreteren (Van Thiel, 2010, p. 42). Dit zal zeker relevant zijn bij een onderzoek naar samenwerking zoals dit onderzoek. Samenwerking veronderstelt immers twee of meer partijen die samen een doel willen bereiken. Dit wil echter niet zeggen dat die partijen ook een zelfde opvatting van die samenwerking hebben. Gevolg hiervan is dat het van belang is om de meerdere opvattingen die men kan hebben ten aanzien van samenwerking in kaart te brengen door meerdere partijen in het onderzoek te betrekken. Een interpretatieve benadering heeft ook gevolgen voor de manier waarop dit gedaan moet worden. Zo biedt een vragenlijst in de vorm van een enquête weinig mogelijkheden voor de respondenten om hun ervaring van de werkelijkheid weer te geven. Daarom wordt er bij dit onderzoek gebruik gemaakt van interviews, hierover meer bij de paragraaf over interviews.

Dit type onderzoek richt zich daarnaast op één bepaalde situatie, samenwerking op de Zorgboulevard in dit geval, maar kijkt wel naar alle elementen die zich daarbij voordoen (Van Thiel, 2010, p. 43). De focus hierbij ligt op de concepten die voort komen uit het theoretisch kader, met de nadruk op het concept van grenzen aan professionele domeinen, maar het kan ook zo zijn dat er andere elementen van belang zijn volgens de respondenten. Dit brengt met zich mee dat er bij dit onderzoek aan een grote variëteit aan respondenten wordt gevraagd naar hun opvattingen het waarom daarvan.

4.2 Onderzoeksfasen

Elk onderzoek bestaat uit verschillende fasen, zo ook dit onderzoek. De eerste fase is de verkennende fase waarbij de zoektocht naar een geschikt onderwerp voor onderzoek centraal staat. De onderzoeker heeft vanaf oktober 2010 stage gelopen bij de Vereniging Zorgboulevard en heeft op die manier al in een vroeg stadium kennis kunnen maken met de

organisatie en de context van de case, de Zorgboulevard. Het als stagiair aanwezig zijn bij diverse ontmoetingen tussen sleutelfiguren van de verschillende partijen op de Zorgboulevard gaf de mogelijkheid om al snel een beeld te krijgen van de ontwikkelingen op de Zorgboulevard, hoe de verhoudingen lagen tussen de verschillende partijen en wat interessante onderwerpen konden zijn voor onderzoek. Op basis van deze ervaringen zijn er oriënterende gesprekken gevoerd met de begeleiders, de medewerkers van het projectbureau van de Vereniging, over welk onderwerp zowel voor hun als voor de onderzoeker geschikt zouden zijn voor een onderzoek. Uiteindelijk is hier het onderwerp 'samenwerking tussen professionals op de Zorgboulevard' uitgekomen. Op basis van dit onderwerp is er vervolgens gewerkt aan een onderzoeksopzet en is er gezocht naar theoretische concepten waarop het onderzoek gebaseerd kon worden.

De volgende fase betrof de empirische fase waarin het verzamelen van de empirische data centraal stond. Op basis van de onderzoeksopzet is bepaald welke data er nodig is en met welke personen daarvoor gesproken moest worden. Onder andere met behulp van het netwerk van de Vereniging Zorgboulevard is er een aantal personen benaderd voor interviews waar de meesten graag aan mee wilden werken. Gedurende de periode van het interviewen zijn er ook regelmatig aanpassingen of aanvullingen op de onderzoeksopzet gedaan naar aanleiding van informatie die in de interviews naar voren kwam. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van hoe de interviews zijn voorbereid, afgenomen en de respondenten zijn geselecteerd, zie §4.5 t/m §4.7.

De laatste fase betrof de analytische fase waarin de interpretatie van de dat verkregen tijdens de empirische fase centraal stond. De informatie uit de verschillende interviews is met elkaar en met de theorie vergeleken om te komen tot herkenbare patronen op basis waarvan de conclusies en aanbevelingen geschreven konden worden. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de analyse zie §4.8.

4.3 Casestudy

Het empirische deel van het onderzoek heeft de vorm van een casestudy. Een casestudy is een onderzoek naar een specifiek geval (Van Thiel, 2010, p. 99). Volgens Van Thiel is deze onderzoeksstrategie geschikt voor actuele onderwerpen in de dagelijkse realiteit die relatief uniek zijn (Van Thiel, 2010, p. 99). Deze criteria zijn op Zorgboulevard van toepassing aangezien de samenwerking grotendeels nog tot stand moet komen en er geen vergelijkbaar project zoals de Zorgboulevard bestaat. In het hoofdstuk over sectorontwikkelingen zijn wel andere initiatieven genoemd maar die verschillen met name wat betreft omvang en intensiteit van de samenwerking sterk van de Zorgboulevard. Zo zijn er geen samenwerkingsverbanden

met een zo groot aantal partijen als op de Zorgboulevard, zowel zorginhoudelijk als aanvullend. Daarnaast speelt ook mee dat een casestudy geschikt is voor oplossen van een concreet maatschappelijk vraagstuk (Van Thiel, 2010, p. 99). Het concrete maatschappelijke vraagstuk wat hier aan de orde komt is de vraag hoe om te gaan met een toenemende en veranderende zorgvraag. Het antwoord daarop is samenwerking zoals is gebleken in het hoofdstuk over sectorontwikkelingen. Het concrete vraagstuk wat daarvan afgeleid is en dan ook de hoofdvraag vormt is de vraag van de Vereniging over hoe de samenwerking te organiseren op de Zorgboulevard.

Van Thiel stelt dat de betrouwbaarheid en validiteit van een casestudy problematisch is door het geringe aantal onderzoekseenheden (Van Thiel, 2010, p. 106). Een van de oplossingen hiervoor is triangulatie, het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden zoals interviews, documentenanalyses en observaties. In deze case zal dit echter problematisch worden aangezien dit onderzoek grotendeels verkennend van aard is. Onderwerp van studie is namelijk de samenwerking op de Zorgboulevard alleen opent die zijn deuren pas op 17 mei in plaats van 1 maart, zoals oorspronkelijk gepland was. Hierdoor zijn observaties eigenlijk niet mogelijk. Alle professionals zijn tijdens de periode van dataverzameling namelijk nog werkzaam binnen hun eigen organisaties op hun eigen locaties. Hierdoor is er geen interactie tussen professionals van verschillende disciplines te observeren binnen de context van de Zorgboulevard. Ook een focusgroep zal naar verwachting problematisch zijn door de verwachte spanningen tussen de verschillende professionals. Uit de literatuur is gebleken dat macht en communicatie een grote rol spelen bij samenwerking, het is dan maar de vraag of professionals hier open uitspraken over doen als zij samen zitten met de personen met wie zij mogelijk moeten samenwerken.

4.4 Documenten

Zoals in de vorige paragraaf over casestudy's is beschreven is dit onderzoek grotendeels verkennend van aard. Er is wel gevraagd naar documentatie over bestaande samenwerkingsverbanden maar die is slechts in beperkte mate beschikbaar. Wat wel beschikbaar is gaat meer over financiële en logistieke afspraken. Wel zijn er een aantal relevante documenten van de Vereniging Zorgboulevard opgevraagd. Het bestuderen van deze documenten is relevant om dat zij twee functies hebben. Ten eerste zijn documenten een neerslag van gedrag (Van Thiel, 2010, p. 119). Documenten bieden dus de mogelijkheid om gedrag te bestuderen zonder met de direct betrokkenen in gesprek te gaan. Belangrijker misschien nog wel is dat documenten een communicatieve functie hebben (Van Thiel, 2010, p. 119). Documenten bevatten een boodschap die relevant kan zijn voor het onderzoek.

4.5 Interviews

Interviews zullen de basis vormen voor het verzamelen van empirische data. Hierbij zal gebruik worden gemaakt van semigestructureerde interviews (Van Thiel, 2010, p. 109). Dit omdat er een aantal specifieke onderwerpen zijn die aan bod moeten komen. Het is echter niet de bedoeling de inhoud van te voren helemaal vast te leggen. Het doel ook is om te weten te komen hoe de professionals zelf denken over samenwerking. Op deze manier kunnen de respondenten gevraagd worden naar hun opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van multidisciplinaire samenwerking en manieren om die samenwerking te organiseren.

Er is een topiclijst opgesteld met onderwerpen die aan bod moeten komen in de interviews. Deze topics zijn opgesteld naar aanleiding van de bevindingen in het hoofdstuk over sectorontwikkelingen en het theoretisch kader. Deze bevindingen zijn nader uitgewerkt in een operationalisatie in de bijlagen. Om de interviews open te houden en de respondenten niet te veel woorden in de mond te leggen zijn meer algemene topics gebruikt dan in de operationalisatie. De geoperationaliseerde begrippen zijn wel gebruikt in de interviews indien deze niet vanuit de respondent zelf naar voren kwamen. Deze algemene topics vormen dus de leidraad voor interviews, verder is de inhoud van de gesprekken afhankelijk van de respondent en wat er ter sprake komt. Naarmate er meer interviews zijn afgenomen is deze topiclijst verfijnd. Onderwerpen die niet relevant zijn gebleken worden weggelaten en onderwerpen die door respondenten zijn aangedragen zijn opgenomen in de topiclijst. Deze topiclijst is dan ook de uiteindelijke versie en bevat de meest relevante onderwerpen voor alle respondenten.

Topic	Sub 1	Sub 2
Multidisciplinaire samenwerking		
	Wat is multidisciplinaire samenwerking?	
		Overdracht of,
		Intensieve samenwerking
	In welke samenwerkingsverbanden bent u actief?	
	Welke verdere mogelijkheden voor samenwerking zijn er op de Zorgboulevard?	
Grenzen	Ervaart u grenzen bij samenwerking?	
	Waar uit zich dat in?	
	Wat zijn de achtergronden van die	

	grenzen?	
Organiseren van overbrugging		
	Welke activiteiten worden er georganiseerd om grenzen te overbruggen?	
	Wat zou er georganiseerd kunnen worden om grenzen te overbruggen?	
	Hoe zou dat dan georganiseerd kunnen worden?	

4.6 Selectie respondenten

De selectie van de respondenten is een van de belangrijkste punten wat betreft validiteit. Wat betreft de selectie van respondenten richt die zich op de professionals en hun managers. Hiermee worden de professionals en managers bedoeld die werkzaam zijn bij de verschillende organisaties op de Zorgboulevard. Hierbij zijn alleen de partijen benaderd die zich bezig houden met het verlenen van zorg. Er zijn namelijk nog vele andere partijen op de Zorgboulevard gevestigd die weliswaar aanvullende diensten leveren maar bijvoorbeeld geen medische professionals in dienst hebben zoals de supermarkt en de kapper. Voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek zijn van elk van deze partijen 2 à 3 personen geïnterviewd, waarvan minimaal een professional die werkzaam is in het primaire proces en een manager. Bij professionals valt te denken aan een arts, psychiater of verpleegkundige en bij managers valt te denken aan zorgmanagers of directeurs zorg.

Bij de selectie van de respondenten is er wel een risico op een bepaalde bias. De meeste professionals waar de Vereniging contact mee heeft staan namelijk positief tegenover multidisciplinaire samenwerking. Dit is op een aantal manieren geprobeerd te ondervangen. De eerste manier is om eerst in gesprek te gaan met hogere managers binnen de organisaties. Zij zijn vervolgens gevraagd naar personen binnen hun organisatie die wellicht kritischer zijn op de voordelen van multidisciplinaire samenwerking. Een tweede manier is door gebruik te maken van de sneeuwbal- of netwerkmethod (Van Thiel, 2010, p. 271). Hierbij wordt er via respondenten naar andere respondenten gevraagd. Voordeel hiervan is dat potentiële respondenten eerder enthousiast zullen zijn om mee te werken als hun collega dat ook heeft gedaan. Bovendien weet een respondent meestal welke persoon bij welk type gezochte respondent hoort. In het geval van dit onderzoek is er bijvoorbeeld aan respondenten gevraagd met welke personen van andere organisaties zij samenwerken met als doel die personen ook

te interviewen. Zo komt er een beeld over de samenwerking naar voren wat onderbouwd is door verhaal van de beide kanten.

<i>Organisatie / respondent</i>	Professional	Manager	Directie
Ziekenhuis	2	2	1
Psychiatrisch Centrum	2		
Zorghotel	2		1
Huisartsenpost			1
Kraamzorg		1	
Verslavingskliniek			1
Vereniging van artsen			1
Vereniging Zorgboulevard		1	1
Totaal	6	4	6

4.7 Analyse

Het doel van de analyse is te komen tot betrouwbare en valide conclusies en aanbevelingen. Hiervoor zijn om te beginnen van alle interviews transcripten gemaakt waarbij niet relevante zaken al zijn weggelaten. Deze interviews zijn vervolgens met het programma MAXQDA gecodeerd waarbij de uitspraken van respondenten worden voorzien van een label. Deze labels zijn gebaseerd op de topiclijst die gebruikt is bij het afnemen van de interviews. Dit maakt het mogelijk om eenvoudig een overzicht te creëren van alle uitspraken over een bepaald onderwerp. Op deze wijze zijn vervolgens de resultaten geschreven waarbij de verschillende uitspraken zijn beschreven en met elkaar vergeleken. Hierbij wordt ook de koppeling met de literatuur gemaakt. Naast de informatie uit de interviews zijn er ook een aantal documenten geanalyseerd op dezelfde wijze als de interviews. In de documenten is gezocht naar tekstgedeelten die betrekking hebben op een van de onderwerpen van het onderzoek en zijn dan gecodeerd. Het programma MAXQDA biedt dan ook de mogelijkheid om zowel citaten uit interviews als teksten uit documenten die onder één label vallen in één overzicht te krijgen.

Op basis van de beschrijving en vergelijking van de data uit de interviews, documenten en literatuur zijn er vervolgens antwoorden op de deelvragen geformuleerd. Met als uiteindelijk resultaat een antwoord op de hoofdvraag. Naast het beantwoorden van de hoofd- en deelvragen zijn er op basis van de analyse ook aanbevelingen gedaan ten behoeve van de Vereniging Zorgboulevard, de professionals en de managers die zich in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (willen) begeven.

4.8 Tot slot

In dit hoofdstuk is beschreven op welke wijze het onderzoek uitgevoerd is. De kern van de aanpak is een open en interpretatieve werkwijze met veel ruimte voor de opvattingen van de respondenten zelf. De literatuur vormt hierbij dan een basis die richting geeft aan het onderzoek en houvast bij het afnemen van de interviews. Er is gekozen voor een casestudy aangezien het onderwerp van onderzoek, samenwerking in de context van de Zorgboulevard Rotterdam, tot op hoge mate uniek is. De basis voor dataverzameling hierbij wordt gevormd door interviews met direct betrokkenen bij de samenwerking op de Zorgboulevard. Het gaat dan om professionals en managers van de verschillende organisaties. Naar aanleiding van de bevindingen uit het hoofdstuk over sectorontwikkelingen en het theoretisch kader zijn zij gevraagd naar hun ervaringen met en opvattingen over multidisciplinaire samenwerking, grenzen aan professionele domeinen en manieren om die grenzen te overbruggen. De resultaten van deze interviews zullen nu in het volgende hoofdstuk behandeld worden.

5. Resultaten

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het empirisch onderzoek naar het organiseren van multidisciplinaire samenwerking gepresenteerd. Zestien professionals en managers die betrokken zijn bij de Zorgboulevard Rotterdam zijn naar hun opvattingen over multidisciplinaire samenwerking gevraagd. Wat is multidisciplinaire samenwerking volgens hen en hoe kun je dat organiseren? Om te beginnen zal er een beschrijving van de Zorgboulevard Rotterdam worden gegeven, wat is het concept? (§5.2) Tevens zullen de respondenten die aan het onderzoek hebben meegewerkt kort omschreven worden. (§5.3) Dan de samenwerkingsverbanden, welke bestaan er al en welke waarde kennen de respondenten hier aan toe? (§5.4) De rol die grenzen aan professionele domeinen spelen bij die samenwerking komt daarna aan bod (§5.5). Vervolgens zal worden beschreven op welke manieren deze grenzen overbrugd kunnen worden (§5.6) en hoe die overbrugging georganiseerd kan worden (§5.7).

5.2 De Zorgboulevard Rotterdam

5.2.1 Aanleiding

Zoals met zoveel ontwikkelingen heeft het ontstaan van de Zorgboulevard voor een groot deel te maken met toeval. Rond de eeuwwisseling ontstond de behoefte aan een nieuw ziekenhuis ter vervanging van de twee locaties van het Maasstadziekenhuis. Deze twee locaties, Clara en het Zuider, voldeden niet meer aan de eisen van deze tijd. Bovendien zou één locatie ook synergievoordelen opleveren ten opzichte van twee locaties. Het stuk grond dat door de gemeente werd toegewezen voor de bouw van het nieuwe ziekenhuis bleek echter veel te groot voor het ziekenhuis alleen. Als oplossing voor dit probleem is het idee ontstaan om naast het ziekenhuis een zorgverzamelgebouw op het terrein te bouwen. Het idee voor een Zorgboulevard was geboren. Dit betekende dat er partners moesten worden gevonden die zich wilden vestigen op de Zorgboulevard. Deze partners zijn organisaties die al voor het ontstaan van de Zorgboulevard op verschillende manieren relaties hadden met het Maasstadziekenhuis.

5.2.2 De partners

Er vijf partners als founding fathers bij de Zorgboulevard betrokken. Om te beginnen de Huisartsenpost. Bij het Zuiderziekenhuis bevond zich al een van de vier locaties van de Centrale Huisartsenposten Rijnmond, deze zou meeverhuizen met het ziekenhuis en dus naar

de Zorgboulevard. De tweede partij is het Delta Psychiatrisch Centrum. Dit is een van de grootste aanbieders van psychiatrische zorg in de regio Rijnmond. Sinds een aantal jaren heeft Delta een polikliniek bij het Clara ziekenhuis waarbij ook samengewerkt wordt met specialisten van het ziekenhuis. Op de Zorgboulevard is nu een aparte afdeling gevestigd die de functies die eerst bij en in het Clara ziekenhuis bevonden plus nog een aantal andere functies combineert. Dit onder de naam Delta Zorgboulevard. De derde partij is Aafje thuiszorg, een thuiszorgorganisatie die beschikt over tehuizen, winkels, hotels en diverse andere faciliteiten. Deze thuiszorgorganisatie had ook al een samenwerkingsrelatie met het Maasstadziekenhuis. De vierde en laatste partner is Kraamzorg Rotterdam die bij het Clara ziekenhuis een Geboortehotel had. Dit is een hotelachtige omgeving waar vrouwen kunnen bevalen en indien noodzakelijk is specialistische hulp van het ziekenhuis op loopafstand. Op de Zorgboulevard is nu het Geboortehotel Maasstad gevestigd.

Dit zijn echter niet alle organisaties die zich op de Zorgboulevard bevinden. Er zijn nog vele anderen maar die zijn niet betrokken in het onderzoek. Dit omdat zij minder direct of helemaal niet betrokken zijn bij het verlenen van zorg. Bij deze overige partijen valt te denken aan een therapeutische schoenmaker, een adviesloket voor maatschappelijke dienstverlening, een supermarkt etc. Bij deze organisaties werken geen medisch professionals zoals die getypeerd zijn in het theoretisch kader en zijn dus niet relevant om in dit onderzoek te betrekken.

5.2.3 *Het concept*

Om meer te zijn dan een verzameling zorgverleners op één locatie maar echt een meerwaarde te kunnen bieden voor de cliënt hebben de partners zich verenigd in de Vereniging Zorgboulevard. Deze Vereniging vormt een platform waarbinnen de partners elkaar ontmoeten en de samenwerking vorm geven. De eerste fase was het bepalen van een gemeenschappelijke visie en het opstellen van een concept, wat moet de Zorgboulevard zijn? Het uitgangspunt hierbij is volgens de directeur van het projectbureau dat het geheel meer moet zijn dan de som der delen.

De kern van het concept is dat de Zorgboulevard een antwoord moet geven op de toenemende complexiteit in de gezondheidszorg. Hierbij valt te denken aan de toenemende vergrijzing, meer chronische ziekten, zorg op maat en langer thuis wonen (Zorgboulevard, 2009, p. 3). De samenwerking tussen de partijen op de Zorgboulevard Rotterdam moet resulteren in effectieve en doelmatige zorgtrajecten waarmee een bijdrage kan worden geleverd aan de verbetering van de gezondheid in Rotterdam Zuid en directe omgeving (Zorgboulevard, Gezond op Zuid, 2009, p. 3). De verbetering van de gezondheid in Rotterdam Zuid is een belangrijke drijfveer van de Zorgboulevard. Uit onderzoek van de stad

Rotterdam en onderzoeksbureau Rigo in 2008 blijkt dat de mentale en fysieke gezondheid in het verzorgingsgebied lager is dan het landelijk gemiddelde (Zorgboulevard, 2009, p. 21). Verder neemt door vergrijzing het zorggebruik steeds verder toe en is het opleidingsniveau in (de regio) Rotterdam lager dan gemiddeld met als gevolg een lagere sociaaleconomische status (Zorgboulevard, 2009, p. 33). Daarnaast zijn er in Rotterdam Zuid relatief veel allochtone inwoners welke specifieke gezondheidsproblemen met zich meebrengen, bijvoorbeeld meer overgewicht bij Marokkanen en Turken (Zorgboulevard, 2009, p. 24). Ook is de perinatale sterfte in Rotterdam hoger dan in de rest van Nederland en komen volgens onderzoeken van de GGD chronische ziekten als diabetes, obesitas en astma relatief vaak voor in het verzorgingsgebied van de Zorgboulevard (Zorgboulevard, 2009, p. 29).

De manier waarop de partijen deze problemen willen aanpakken is door het maken van afspraken in de vorm van zorgarrangementen. Dit zijn sets van afspraken tussen partijen over de samenwerking rond een bepaald inhoudelijk thema, zoals zorg voor kwetsbare ouderen. Uitgangspunt is dat de partijen op de Zorgboulevard zich bezig houden met hun eigen business en elkaar opzoeken en aanvullen waar dat meerwaarde heeft. Deze meerwaarde kan zowel op het gebied van betere zorg voor de cliënt liggen of in efficiëntere processen op het gebied van HR-beleid, logistiek, facilitaire zaken etc.

5.3 Professionals en managers

In het hoofdstuk over de onderzoeksaanpak is uitgelegd dat voor dit onderzoek professionals en managers van de verschillende zorginstellingen op de Zorgboulevard geïnterviewd zijn. Hier volgt een korte introductie van de respondenten naar wie in het vervolg van dit hoofdstuk regelmatig zal worden verwezen.

Om te beginnen het ziekenhuis dat in alle opzichten de grootste partij op de Zorgboulevard is en relaties heeft met alle andere organisaties op de Zorgboulevard. Daarom zijn er relatief veel respondenten van het ziekenhuis benaderd. Er is gesproken met twee medisch specialisten, te weten een internist en een gynaecoloog, en twee zorgmanagers. De internist is een oudere man die niet actief is in samenwerkingsverbanden buiten het ziekenhuis. De gynaecoloog waar mee gesproken is, is naast specialist ook medisch manager. Dit wil zeggen dat deze persoon samen met de zorgmanager integraal verantwoordelijk is voor de afdeling gynaecologie. In die hoedanigheid heeft zij ook regelmatig contact met de manager van het geboortehotel op de ziekenhuis waarmee het ziekenhuis een nauwe samenwerking heeft. Daarnaast is gesproken met twee zorgmanagers. Deze managers zijn samen met een medisch manager, een specialist dus, verantwoordelijk voor het managen van een vakgroep waarbij de zorgmanager zich voornamelijk bezig houdt met niet-medische zaken zoals financiën en

personeel. Een van deze zorgmanagers is manager van de afdeling gynaecologie en kindergeneeskunde en in die hoedanigheid dus ook betrokken bij het samenwerkingsverband met het geboortehotel. Tenslotte is er nog gesproken met een van de twee directeuren zorg die binnen de directie van het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de verschillende zorginhoudelijke vakgroepen. Deze directeur is dan ook de directe leidinggevende van de zorg- en medisch managers.

Bij het psychiatrisch centrum zijn twee psychiaters geïnterviewd. Beiden werkten op het moment van interviewen bij de dependance van het psychiatrisch centrum bij het ziekenhuis en zijn momenteel werkzaam bij de vestiging op de Zorgboulevard. Een van de psychiaters is daar werkzaam op de polikliniek voor ouderenpsychiatrie en de ander houdt zich bezig met consultatieve psychiatrie in het ziekenhuis. Dit houdt in dat de specialisten in het ziekenhuis op consultbasis adviseert over psychische aandoeningen bij patiënten die in het ziekenhuis in behandeling zijn. Met name de psychiater die zich bezig houdt met consultatieve psychiatrie heeft regelmatig contact met professionals van het ziekenhuis omdat hij daar ook bezoeken aflegt.

Bij het zorghotel is er gesproken met twee professionals. De eerste is een nurse-practitioner die werkzaam is bij een ander zorghotel van dezelfde organisatie dat ook gevestigd is bij een ziekenhuis. Daar fungeert zij als de rechterhand van de specialist ouderengeneeskunde. Het contact met de specialisten van het ziekenhuis verloopt echter hoofdzakelijk via de specialist ouderengeneeskunde van het zorghotel. De andere professional is een specialist ouderengeneeskunde, een medisch specialist gericht op de problematiek van ouderen en werkzaam in een verpleeghuis. Dat is een andere omgeving dan een zorghotel, onder andere omdat het niet naast een ziekenhuis gevestigd is. Toch heeft deze specialist ouderengeneeskunde in haar dagelijkse praktijk regelmatig contact met medisch specialisten uit ziekenhuizen wanneer die door haar in consult worden geroepen. Daarnaast is er ook gesproken met de directeur behandeling van de organisatie, die verantwoordelijk is voor de inhoud en de organisatie van de medische zorg in alle vestigingen van deze thuiszorgorganisatie.

Van de huisartsenpost is alleen de directeur geïnterviewd. Dit omdat de huisartsenpost minder intensieve samenwerkingsverbanden heeft dan de andere organisaties op de Zorgboulevard en de professionals van deze organisatie, de huisartsen, alleen periodiek dienst hebben op de Zorgboulevard.

Voor de kraamzorgorganisatie geldt een vergelijkbaar verhaal. Deze organisatie heeft wel sterke samenwerkingsverbanden met anderen, met name met het ziekenhuis, maar dat is

voornamelijk op managementniveau. De professionals zijn de verloskundigen die alleen op de Zorgboulevard aanwezig zijn als een van hun cliënten daar moet bevallen. Daarom is er alleen met de manager van het geboortehotel gesproken, zelf verpleegkundige van huis uit. In zijn rol als manager heeft hij wel regelmatig contact met de medisch- en zorgmanager van de afdelingen gynaecologie en kindergeneeskunde van het ziekenhuis.

De verslavingskliniek heeft haar vestiging op de Zorgboulevard momenteel nog niet geopend en is nog druk bezig met het ontwikkelen van haar activiteiten daar. Daarom is de keuze gemaakt alleen te spreken met de directeur die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van het concept en die het een en het ander kon vertellen over de toekomstige activiteiten op de Zorgboulevard.

Van de Vereniging Zorgboulevard zijn de directeur en de projectsecretaris van het projectbureau geïnterviewd. Dit omdat zij een overzicht hebben van de activiteiten op de Zorgboulevard. Daarnaast beschikken zij over de nodige kennis van het concept van de Zorgboulevard als geheel. Zij hebben beiden geen achtergrond in de zorg maar hebben als taak om de samenwerking tussen de verschillende partijen te stimuleren.

Tenslotte is er nog met de directeur van een landelijke vereniging van artsen gesproken. Dit interview heeft plaatsgevonden als een van de laatste, dit gaf de mogelijkheid om bevindingen uit eerdere interviews aan hem voor te leggen ter validatie. Aangezien deze organisatie de belangen behartigt van een groot aantal artsen beschikt deze directeur over een beter overzicht van de ontwikkelingen dan een individuele arts.

5.4 Samenwerking op de Zorgboulevard

Deze paragraaf gaat in op de samenwerking op de Zorgboulevard. Om te beginnen zal er ingegaan worden op de vraag wat multidisciplinaire samenwerking is. Hebben de respondenten allemaal een zelfde idee bij multidisciplinaire samenwerking of vallen daar verschillen in te ontdekken? Ten tweede zal een aantal voorbeelden van samenwerkingsverbanden op de Zorgboulevard worden gegeven.

5.4.1 Opvattingen van multidisciplinaire samenwerking

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe multidisciplinaire samenwerking georganiseerd kan worden. Voordat er uitspraken gedaan kunnen worden over het organiseren moet het eerst helder zijn wat dat dan is, multidisciplinaire samenwerking. Alle respondenten zijn daarom gevraagd naar hun opvatting van multidisciplinaire samenwerking, wat is dat voor hen?

In het theoretisch kader is gebleken dat multidisciplinaire samenwerking betrekking heeft op verschillende professionals die samenwerken. Het gaat dan om samenwerking die specifieke settings overstijgt en met gedeelde verantwoordelijkheden. Deze opvatting van samenwerking komt sterk overeen met die van zowel de professionals als de manager van het zorghotel. Binnen die organisatie wordt namelijk gewerkt met wat de respondenten noemen multidisciplinaire teams aldus de nurse-practitioner. Deze teams bestaan uit verschillende professionals, zoals een specialist ouderengeneeskunde, een nurse-practitioner, een fysiotherapeut, een logopedist of wat voor professionals op dat moment van belang zijn. Deze professionals zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het opstellen en het bewaken van het behandelplan van een patiënt. Hierbij is het wel zo dat de specialist ouderengeneeskunde juridisch gezien de hoofdbehandelaar is aldus de directeur behandeling van het Zorghotel. Hij stelt dat deze manier van samenwerken is de enige manier om alle problemen die een patiënt kan hebben goed aan te kunnen pakken. Hierbij zijn de multidisciplinaire overleggen waarbij de professionals gezamenlijk de patiënten doornemen erg belangrijk want zoals de directeur behandeling van het zorghotel het stelt: *'want samenwerken betekent ook samendenken'*.

Een ander voorbeeld van deze integrale benadering betreft de samenwerking tussen het psychiatrisch centrum en het ziekenhuis. De psychiaters kunnen door de specialisten van het ziekenhuis in consult gevraagd worden wanneer zij vermoeden dat een van hun patiënten te maken heeft met een psychische aandoening. Dan komt de psychiater de patiënt zien in het ziekenhuis en is er overleg met de behandelaren in het ziekenhuis. Er is echter zelden sprake van direct contact tussen de psychiater en de specialist, dit loopt over het algemeen via de telefoon, mail en binnen het ziekenhuis via de zaalarts of arts-assistent zo vertelt een van de psychiaters. Dit neemt niet weg dat een andere psychiater de korte lijnen met het ziekenhuis wel als een voordeel ziet.

Dit zijn twee voorbeelden van een meer integrale benadering van samenwerken die uit gaat van professionals die regelmatig met elkaar zitten om te overleggen over patiënten met wie zij allemaal werken. De meeste andere respondenten hebben een andere opvatting van multidisciplinaire samenwerking. Een opvatting die meer uit gaat van een goede overdracht maar weinig contact tussen de professionals.

Deze opvatting wordt mooi geïllustreerd door de directeur van de huisartsenpost die stelt dat *'samenwerken is niet zo zeer wat het woord zegt, namelijk samen iets lopen doen, maar samenwerken is veel meer dat je de interfaces goed regelt, dat je de contacten goed regelt'*. Hij stelt dat iedere partij wat anders doet en dat wanneer een patiënt van de ene zorgverlener naar de andere moet dat die overdracht in orde moet zijn. Dat is wat anders dan je met zijn

tweeën gezamenlijk over een patiënt buigen. Een van de zorgmanager van het ziekenhuis redeneert in dezelfde lijn, volgens hem heeft iedereen immers zijn specialisme en moet je dat niet onnodig bij elkaar brengen. De opvatting van de manager van de kraamzorgorganisatie sluit hierbij aan, volgens hem gaat samenwerken om het aanvullen van elkaar. Hierbij is contact tussen de zorgverleners niet altijd noodzakelijk, het gaat meer om het maken van duidelijke afspraken op het gebied van financiën, logistiek, planning etc. Een andere zorgmanager van het ziekenhuis ziet ook geen rol weggelegd voor een meer integrale samenwerking aan de hand van bijvoorbeeld multidisciplinaire overleggen zoals het Zorghotel dat doet: *‘Je kan het ook door middel van grotere overlegvormen waarbij meerdere mensen naar de casus kijken organiseren maar dat is ook weer erg schadelijk ten aanzien van de tijd en inzet van die mensen, het meeste wat je ziet is dat je het volgordelijk organiseert en die patiënt het rondje langs de kerk maakt.’* Tenslotte ziet de directeur van de verslavingskliniek samenwerking als deskundigheidsbevordering. Dit gaat om andere zorgverleners kennis en bewustzijn van de symptomen van verslavingen bij te brengen zodat zij eerder iemand kunnen doorverwijzen naar de verslavingskliniek. Ook hierbij is er dus geen sprake van nauwe samenwerking tussen de professionals maar van het zorgen van een goede afstemming van de doorverwijzingen.

Er lijkt dus meer steun te zijn voor een benadering van samenwerking die er van uit gaat dat iedere professional zijn specialisme heeft, zijn stukje doet en waarbij de overdracht naar andere professionals goed geregeld is. Hierbij is dus geen sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid of een vervaging van grenzen, zaken die volgens het theoretisch kader wel een rol spelen bij multidisciplinaire samenwerking. Wat is dan de verklaring voor deze twee verschillende opvattingen van samenwerking, de meer integrale en multidisciplinaire opvatting van het Zorghotel en de psychiaters en de opvatting van de anderen die uitgaat van specialisatie?

Een van de verklaringen hiervoor kan de aard van het werk zijn. Als de behoeften van de patiënt leidend zijn voor de vorm van samenwerking dan is multidisciplinaire samenwerking niet altijd noodzakelijk. In het geval van het Zorghotel is dat wel zo, de nurse-practitioner daar stelde dat: *‘de aard van het werk maakt het onmogelijk om op een andere manier te werken, ouderen hebben veel verschillende soort zorg nodig, dat moet wel multidisciplinair.’* Deze uitspraak wordt ondersteund door de directeur behandeling van dezelfde organisatie. Volgens hem is de problematiek van ouderen nu eenmaal altijd multi-factorieel bepaald wat vraagt om het bij elkaar zetten van professionals die elk van die factoren in beschouwing kunnen nemen. Er is namelijk niet een discipline die al die problematiek kan overzien. De sectorafhankelijkheid van de noodzaak tot multidisciplinaire samenwerking wordt tevens onderstreept door de directeur van een landelijke artsenvereniging: *‘Een meer ketenachtige*

of multidisciplinaire benadering van samenwerking is heel erg afhankelijk van de sector en van het onderwerp. Diabetes wordt erg vanuit ketenzorg gedacht en in de GGZ zie je dat er veel meer gezamenlijk wordt gedacht.’ Dit komt dus niet overeen met de aanname die in het theoretisch kader werd gedaan, namelijk dat multidisciplinaire dé methode van zorgverlening is die de voorkeur geniet van zowel professionals en managers als ook beleidsmakers. Blijkbaar is multidisciplinaire samenwerking geen panacee voor een betere zorg voor de patiënt én een efficiëntere zorgorganisatie. De keuze voor de manier van samenwerken is mede afhankelijk van de behoeften van de patiënt. Deze bevinding ondersteunt ook het concept dat er grenzen bestaan tussen professionele domeinen. Daar waar professionals in de verpleegzorg en de psychiatrie, mede op basis van de zorgvraag van hun cliënten, openstaan voor samenwerking staan andere professionals, zoals medisch specialisten dat niet.

5.4.2 Bestaande samenwerkingsverbanden

In de voorgaande paragraaf zijn de verschillende benaderingen van multidisciplinaire samenwerking uiteengezet. Gebleken is dat er een onderscheid gemaakt kan worden in twee soorten samenwerking. Een meer integrale benadering die specifieke settings overstijgt en een benadering die meer de nadruk legt op het specialisme en samenwerking ziet als het goed regelen de overdracht van de patiënt. Bovendien is duidelijk geworden dat multidisciplinaire samenwerking geen panacee voor een betere zorg is. Dit neemt niet weg dat er wel samengewerkt wordt. De volgende vraag is dan ook in welke samenwerkingsverbanden zijn de professionals en managers waar mee gesproken is, actief?

Het eerste voorbeeld van samenwerking is die tussen het zorghotel en het ziekenhuis. Het zorghotel is een concept van een thuiszorgorganisatie waarbij bijvoorbeeld patiënten die in het ziekenhuis geopereerd zijn daar kunnen herstellen. Dit kan zijn omdat zij nog niet in staat zijn om naar huis te gaan maar niet de zorg van een ziekenhuis nodig hebben. Het zorghotel biedt hierbij zorg op maat in een meer luxe omgeving dan het ziekenhuis. Hierbij is dan sprake van uitwisseling van patiënten tussen het ziekenhuis en het zorghotel. De patiënt valt of onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde in het zorghotel of onder die van de behandeld arts in het ziekenhuis. Een ander samenwerkingsverband tussen deze twee partijen is het programma ‘fit op tafel’. Dit programma is bedoeld voor patiënten die of te zwaar of te ondervoed zijn om in het ziekenhuis geopereerd te worden. Deze patiënten worden dan eerst in het zorghotel verzorgd tot dat hun conditie voldoende is om geopereerd te kunnen worden vertelde een van de zorgmanagers van het ziekenhuis. Bij beide samenwerkingsverbanden is de vraag hoe multidisciplinair deze zijn. Het eerste voorbeeld is volgens een van de zorgmanagers van het ziekenhuis meer ingegeven door logistieke en financiële overwegingen dan directe het belang van de patiënt. Bovendien is er niet echt sprake van samenwerking tussen meerdere disciplines maar meer van een volgordelijk traject

waarbij het zorghotel de nazorg van de operatie op zich neemt. Het tweede voorbeeld is op een vergelijkbare wijze ingestoken waarbij het zorghotel er voor zorgt dat de specialisten in het ziekenhuis zo snel en gemakkelijk mogelijk hun werk kunnen doen, opereren in dit geval. Ook hierbij is er geen sprake van intensieve samenwerking tussen professionals of bijvoorbeeld gedeelde verantwoordelijkheden.

Het tweede samenwerkingsverband is dat tussen het geboortehotel en het ziekenhuis. Deze twee partijen wisselen onderling patiënten uit, al naar gelang de behoefte aan zorg van de patiënten. Uitgangspunt hierbij is dat zolang vrouwen geen bijzondere medische zorg nodig hebben zij in het geboortehotel verblijven en wanneer hun situatie verslechtert zij in het ziekenhuis terecht kunnen. Ook hierbij is er geen tot weinig contact tussen de professionals van beide partijen maar wel tussen de managers. Beide partijen doen in principe hun eigen werk en zodra er een patiënt kan of moet worden overgeplaatst dan kan dat proces soepel verlopen door de afspraken die er op managementniveau zijn gemaakt. Deze samenwerking is tevens mede ingegeven door financiële motieven. Door samen te werken kunnen beide partijen meer vrouwen naar de Zorgboulevard krijgen om daar te bevallen wat meer omzet betekent. Bovendien is de businesscase van het geboortehotel mede gebaseerd op het aanbieden van een goedkoper kraambed dan het ziekenhuis wat voor zorgverzekeraar aantrekkelijk is. Dit alles neemt niet weg dat er ook een motief is om betere zorg te leveren. Volgens de zorgmanager van het ziekenhuis wordt er immers gestreefd naar een geboortecentrum op Zuid om de hoge babysterfte in dit deel van Rotterdam aan te pakken.

Het derde voorbeeld van samenwerking is die tussen het psychiatrisch centrum en het ziekenhuis. Die vindt plaats op twee verschillende niveaus. De eerste is de consultatieve dienst waarbij psychiaters op verzoek van een specialist van het ziekenhuis daar advies kan geven over een patiënt van die specialist. *'En dat is een, belangrijke spiltaak van de consultatieve psychiater om op afroep door de specialist ingeroepen te kunnen worden wanneer er op dat moment acute vragen zijn over een op dat moment opgenomen patiënt'* aldus een van de psychiaters. Dit vraagt om overleg en afstemming tussen de psychiater en de behandelaar in het ziekenhuis en zit dus meer in de richting van de integrale benadering van samenwerking. Het tweede niveau van samenwerking is de Medisch Psychiatrische Unit (MPU). Dit is een afdeling van het psychiatrisch centrum waar patiënten die zowel een psychiatrische als een somatische (lichamelijke) aandoening hebben. De psychiater is hierbij de hoofdbehandelaar maar er wordt nauw samengewerkt met verpleegkundigen en specialisten vanuit het ziekenhuis. Over de samenwerking tussen de psychiaters en de specialisten van het ziekenhuis vertelde de psychiater het volgende: *'De psychiater is daar, heeft de regie over de behandelingen maar daar komt ook dagelijks een internist over de vloer en zo nodig komen ook andere specialisten langs als die meer van belang zijn.'* Dit is

een vorm van samenwerking die nog verder gaat dan de consultatieve dienst, hier wordt binnen één afdeling door zowel een psychiater als een medisch specialist van het ziekenhuis samen gewerkt aan een patiënt.

De laatste partij die hier voorbij komt is de huisartsenpost (HAP). Deze partij heeft een wat bijzondere rol op de Zorgboulevard aangezien zij geen patiënten langdurig in behandeling hebben. Zoals de directeur het stelt heeft de huisartsenpost een poortwachterfunctie voor de Zorgboulevard buiten de openingstijden. Iedereen die tijdens die momenten zorg nodig heeft wordt door de huisartsenpost uitgeselecteerd en indien nodig doorverwezen naar een van de andere partijen voor verdere behandeling wat in veel gevallen de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis zal zijn. Deze afdeling is dan ook naast de huisartsenpost gevestigd. Naast dat de HAP geen patiënten langdurig in behandeling heeft zijn er ook geen professionals op een permanente basis werkzaam op de HAP. Dit zijn namelijk alle aangesloten huisartsen uit de buurt die volgens een rooster dienst hebben op de HAP. Contact tussen de professionals van de HAP en die van de andere partijen is dan ook weinig intensief. Wel vervult de HAP een andere functie die betrekking heeft op de samenwerking tussen het ziekenhuis en de huisartsen in de omgeving. Het ziekenhuis organiseert namelijk samen met de HAP bijscholingen voor de aangesloten huisartsen. Dit heeft, naast het inhoudelijk bijscholen van de huisartsen, ook tot doel de samenwerking tussen de huisartsen en de specialisten van het ziekenhuis te verbeteren.

Er bestaan dus verschillende samenwerkingsverbanden tussen de organisaties op de Zorgboulevard. Zij hebben allemaal gemeen dat zij al in min of meer vergelijkbare vorm bestonden op andere locaties voor de opening van de Zorgboulevard. Wel zien de respondenten nieuwe mogelijkheden voor samenwerking nu alle partijen op één locatie gevestigd zijn. Zo kan het psychiatrisch centrum haar diensten op consultatieve basis ook bij het geboorte- en het zorghotel aanbieden. Vrouwen uit het geboortehotel kunnen nu ook voor kleine medische klachten bij de HAP terecht. De verslavingskliniek kan met zo goed als alle partijen samen gaan werken om verslavingen eerder te herkennen, te behandelen en te voorkomen.

Daarnaast zijn er ook bij deze voorbeelden van samenwerking twee verschillende opvattingen van samenwerking waar te nemen. De samenwerking tussen het geboortehotel, het zorghotel en het ziekenhuis die meer gericht is op het soepel overdragen van patiënten aan de ene kant en de samenwerking tussen de psychiater op consultatieve basis of binnen de MPU aan de andere kant. Opvallend hierbij is dat de samenwerking tussen het zorghotel en het ziekenhuis meer volgordekelijk is terwijl de opvatting van samenwerking van het zorghotel meer in de richting van integrale samenwerking en verantwoordelijkheid gaat.

5.5 Grenzen aan samenwerking

De vorige paragraaf heeft een inzicht gegeven in wat multidisciplinaire samenwerking is en welke samenwerkingsverbanden er bestaan op de Zorgboulevard. De kern hiervan is dat er twee opvattingen zijn van multidisciplinaire samenwerking. Een opvatting die uitgaat van een integrale aanpak waarbij meerdere zorgverleners met elkaar aan een patiënt werken of een meer volgordelijke opvatting waarbij de samenwerking vooral vormt krijgt door het regelen van goede overdrachten. De vraag die hier op volgt is dan hoe die samenwerking verloopt? In het theoretisch kader is de verwachting uitgesproken dat samenwerking tussen professionals van verschillende medische disciplines niet vanzelf gaat. Grenzen tussen professionele domeinen vormen een belemmering voor samenwerking. Om er achter te komen of dit in de praktijk ook zo zijn uitwerking heeft zijn de respondenten gevraagd naar hun ervaringen met grenzen en welke betekenis zij daar aan hechten. Eerst zal er ingegaan worden op de rol die grenzen spelen bij samenwerking. Vormen grenzen daadwerkelijk een belemmering voor het organiseren van samenwerking? Vervolgens zullen de grenzen die een rol spelen beschreven worden en zal er waar mogelijk de koppeling met de literatuur over grenzen gemaakt worden.

5.5.1 De rol van grenzen

Spelen grenzen dan een rol bij samenwerking? In het theoretisch kader is de verwachting uitgesproken van wel. Het proces van professionalisering en alle kenmerken van het zijn van een professional leiden er toe dat elke beroepsgroep zijn eigen domein creëert. Dit maakt het lastig om samen te werken omdat er zowel inhoudelijke als sociale en cognitieve verschillen tussen de beroepsgroepen ontstaan. Maar zien de professionals en managers die zijn ondervraagd dat ook zo?

Zowel de nurse-practitioner als de specialist ouderengeneeskunde van de thuiszorgorganisatie zien grenzen niet echt als een belemmering voor samenwerking. Beiden herkennen dat er wel eens vakinhoudelijke discussies zijn maar dat gaat dan op een manier die voornamelijk constructief is. Alle leden van het multidisciplinaire team hebben namelijk een integrale verantwoordelijkheid en hetzelfde doel voor ogen. Ook de directeur van de verslavingskliniek stelt dat zij weinig merkt van grenzen die een belemmering voor samenwerking vormen. Zo doet deze organisatie veel aan deskundigheidsbevordering bij onder andere huisartsen. Deze professionals staan open voor scholing en pikken het ook snel op omdat zij al over een bepaalde basiskennis beschikken. Een van de zorgmanagers ziet tenslotte ook geen rol voor grenzen bij bijvoorbeeld samenwerking met het zorghotel. Dit omdat het contact tussen professionals zich volgens hem beperkt tot de overdracht. Als de behandelaar in het zorghotel een patiënt naar het ziekenhuis wil of andersom dan gaat dat zo.

Daar spelen grenzen geen rol bij volgens de zorgmanager. Er zijn echter ook respondenten die een grotere rol voor grenzen zien weggelegd.

De directeur behandeling van het zorghotel stelt dat samenwerking tussen verschillende professionals zeker niet vanzelfsprekend is. Samenwerken vereist namelijk andere vaardigheden dan waar de meeste professionals over beschikken. Zo is bij opleidingen nauwelijks aandacht voor samenwerking, de focus ligt nog altijd volledig op het bijbrengen van vakinhoudelijke kennis. Dit komt volgens hem bijvoorbeeld tot uiting bij samenwerking met medisch specialisten van een ziekenhuis. Die zijn namelijk echt specialist in een bepaald orgaan of lichaamsdeel maar hebben als gevolg daarvan geen benul van de wereld buiten het ziekenhuis. Ook een van de zorgmanagers van het ziekenhuis ziet grenzen als gevolg van specialisatie een belemmering. Hij stelt dat samenwerken erg moeilijk als mensen hun eigen expertise hebben. Terwijl het hebben van een eigen, specifieke expertise juist een van de kenmerken van een professional is. De twee ondervraagde psychiaters ervaren ook grenzen bij samenwerking met specialisten van het ziekenhuis. Zoals een van hen het verwoordt: *“Dat is het grote probleem met al die specialisaties die je tegenwoordig hebt, iedereen weet een heel klein onderdeelje van het geheel en als je niet uitkijkt dan kijk je daar niet meer buiten en dat is niet goed”* Het hebben van een specialisme kan dan leiden tot een beperkte of smallere blik waarbij je niet altijd begrip kunt opbrengen voor andere specialismen. Zo stellen beide psychiaters dat de psychiatrie door specialisten van een ziekenhuis vaak niet voor vol wordt aangezien. En het is lastig samenwerken als de partners binnen een samenwerking elkaar niet serieus nemen. Tenslotte heeft ook de directeur van de huisartsenpost het over *“typisch huisartsengedrag”* en *“typisch specialistengedrag”*. Hiermee bedoelt hij dat deze twee verschillende beroepsgroepen elk een eigen manier van handelen hebben waarbij een huisarts een meer afwachtende houding zal aannemen en een specialist een meer actieve en onderzoekende houding zal aannemen. Dit kan tot gevolg hebben dat zij een zelfde ziektebeeld op een andere manier zullen benaderen. Als er geen begrip is voor hoe de ander tot zijn diagnose of aanpak is gekomen dan zal dat de samenwerking belemmeren.

De professionals van het zorghotel en de directeur van de verslavingszorg zien dus geen rol weggelegd voor grenzen bij samenwerking. Een van de zorgmanagers van het ziekenhuis ook niet maar zijn verklaring is dat er nauwelijks samenwerking is. De andere respondenten zijn wel van mening dat grenzen een rol spelen bij samenwerking. Met name het hebben van expertise of een specialisatie maakt het lastig om samen te werken. Gezien de meerderheid van de respondenten die wel een rol zien voor grenzen en dat het argument daarvoor, namelijk specialisatie, herkenbaar is vanuit de literatuur, lijkt de aanname gerechtvaardigd dat grenzen wel een rol spelen. Opvallend is dat de respondenten van bijna alle organisaties zijn ingegaan op de samenwerking met de specialisten van het ziekenhuis. Dit is enigszins verklaarbaar gezien de vele samenwerkingsverbanden met het ziekenhuis die er bestaan zoals

beschreven in de vorige paragraaf. Een andere verklaring kan zijn dat medisch specialisten in een ziekenhuis bij uitstek voldoen aan de kenmerken van professionals zoals die in het theoretisch kader zijn beschreven. Dit zou kunnen betekenen dat grenzen een grotere rol spelen naarmate de samenwerkingspartners verder gespecialiseerd en dus geprofessionaliseerd zijn. Verder zijn de enige professionals die geen rol voor grenzen zien de professionals van de thuiszorgorganisatie. Zij werken voornamelijk in multidisciplinaire teams binnen de eigen organisatie terwijl de andere samenwerkingsverbanden ook tussen verschillende organisaties lopen. Dit zou kunnen betekenen dat grenzen een grotere rol spelen als er moet worden samengewerkt met professionals van andere organisaties. Dit is ook weer niet zo onlogisch aangezien professionals ook zijn gegroepeerd per organisatie. Een ziekenhuis heeft alleen medisch specialisten, het psychiatrisch centrum alleen psychiaters en bij de huisartsenpost werken alleen huisartsen als gekeken wordt naar de medisch professionals. Samenwerken met een andere organisatie betekent dan ook samenwerken met een andere discipline.

5.5.2 *Grenzen aan samenwerking*

In de vorige paragraaf is de aanname gedaan dat grenzen tussen professionele domeinen een negatieve invloed kunnen hebben op samenwerking tussen verschillende medisch professionals. Dit roept de vraag op hoe komt dat dan? Wat zijn die grenzen? Daar zal in deze paragraaf een antwoord op geformuleerd worden. Hierbij vormt het schema met grenzen aan professionele domeinen uit paragraaf 3.2.2 de leidraad.

Om te beginnen de cognitieve grenzen. Deze grenzen hebben betrekking op hoe een professional de wereld ziet, zijn kennis en vaardigheden en morele standaarden. Dit heeft vooral een uitwerking in de opvatting van zorg verlenen die de verschillende professionals hebben. Die opvatting kan namelijk grofweg twee kanten opgaan. De eerste is een meer holistische en beschouwende opvatting waarbij de hele mens in beschouwing wordt genomen door de professional en niet alleen het probleem op zijn of haar specifieke vakterrein wat er op dat moment speelt. De andere opvatting is dan het tegenovergestelde, waarbij een professional alleen van uit zijn eigen specialisme redeneert zonder aandacht te besteden aan andere factoren die invloed kunnen hebben op het ziektebeeld van een patiënt. Deze opvattingen kunnen gezien worden als een bepaald wereldbeeld.

Zowel de managers als de professionals van het zorghotel zijn meer een aanhanger van de eerste opvatting. De nurse-practitioner legt het verschil tussen de opvatting van zorg verlenen bij het zorghotel en het ziekenhuis als volgt uit: *“Je kijkt naar de volledige mens en zijn probleem iets wat ik in het ziekenhuis nog wel eens mis. Die doen meer aan hokjesdenken en kijken niet naar de oorzaken maar alleen naar de symptomen van hun eigen specialisme.”*

Zij stelt dus dat de medisch specialisten in een ziekenhuis alleen maar met hun eigen specialisme bezig zijn in het zorghotel de hele mens beschouwen. De directeur behandeling van het zorghotel onderstreept dit verschil door te zeggen dat het stellen van een diagnose altijd gedeeltelijk objectief en gedeeltelijk subjectief is. Dat laatste is dus iets waarover je van mening kan verschillen. Dit verschil in opvatting over zorg verlenen wordt ook herkend door de directeur van de verslavingskliniek *“Er is wel een groot verschil tussen specialisten uit het ziekenhuis en onze professionals. Het zit in ons vakgebied om met veel partijen samen te werken, er nooit alleen maar een verslavingsprobleem.”* Dat verschil in opvatting heeft volgens haar dus ook te maken met het vakgebied, de aard van de problemen waar een professional zich mee bezig houdt. Daar waar een verslaving te maken kan hebben met een veelvoud aan psychische, somatische en sociale factoren zijn ziektebeelden waar een specialist in een ziekenhuis mee te maken krijgt meestal slechts somatisch. De psychiaters herkennen ook het verschil in opvatting waarbij zij verder kijken dan een specialist in het ziekenhuis en de hele mens in beschouwing nemen. Een voordeel daarbij is volgens een van de psychiaters dat zij door hun opleiding verstand hebben van zowel somatische als psychische aandoeningen. Psychiaters doorlopen immers dezelfde basisopleiding als alle andere medisch specialisten maar specialiseren zich ook. Een ander verschil in opvatting tussen specialisten in een ziekenhuis en de psychiatrie is dat de psychiatrie minder evidence-based is dan de meeste ziekenhuisspecialismen. Psychische aandoeningen zijn vaak minder eenduidig te diagnosticeren en te behandelen dan bijvoorbeeld een beenbreuk waar een chirurg mee te maken heeft. Dit gebrek aan evidence-based methoden zorg er voor dat de psychiaters het idee hebben dat hun vakgebied door de specialisten in het ziekenhuis niet voor vol wordt aangezien, of zelfs als een ‘geitenwollensokken’-vakgebied wordt gezien.

Cognitieve grenzen tussen professionele domeinen manifesteren zich dus voornamelijk in de opvatting van zorg verlenen die professionals hebben. Een professional kan een meer holistische opvatting hebben waarbij de hele mens wordt beschouwd. De andere opvatting is een meer specialistische waarbij de professional zich alleen bezig houdt met dat gedeelte van een ziektebeeld waar zijn of haar specialisme ligt. Met name de specialisten in het ziekenhuis lijken er een specialistische opvatting op na te houden. Deze verschillen in opvatting kunnen te maken hebben met de aard van het werk, vraagt een bepaald aandoening om een meer specialistisch of holistische benadering? Dit lijkt aan te sluiten op de verschillende opvattingen over samenwerken waarbij is gebleken dat het ene vakgebied nou eenmaal om meer samenwerking vraagt dan het andere vakgebied. Dat deze twee opvattingen wel kunnen botsen blijkt uit het voorbeeld van de psychiatrie. Onder andere door de verschillen in opvattingen en het gebrek aan een evidence-based benadering wordt de psychiatrie door de ziekenhuisspecialismen niet voor vol aangezien.

Het volgende type grenzen zijn technische grenzen. Elke professional heeft zijn eigen methoden en competenties en bovenal vakspecifieke kennis. Dit is namelijk een van de belangrijkste kenmerken van een professional, dat hij of zij over specifieke kennis beschikt die niet gemakkelijk te verkrijgen is. Werpt dat verschil in kennis een barrière op volgens de respondenten? Een gebrek aan kennis van het specialisme van de ander wordt niet zozeer als een probleem ervaren. De meeste respondenten zijn het er over eens dat het goed is dat iedereen zijn specialisme heeft. Toch is er in bepaalde gevallen wel sprake aan gebrek van kennis van elkaars vakgebied wat een belemmering kan zijn voor de samenwerking. Zo geven de psychiaters aan dat veel medisch specialisten niet goed weten wat psychische aandoeningen inhouden. Ze weten niet goed wat zij aan moeten met een patiënt die psychische klachten heeft en kunnen dan als reactie die klachten negeren. Een ander uiting van het gebrek aan kennis is bijvoorbeeld dat een specialist uit het ziekenhuis besluit te stoppen met een psychiatrisch medicijn wat de psychiater heeft voorgeschreven. De specialist denkt dan dat de klachten van de patiënt door dat medicijn veroorzaakt worden terwijl volgens de psychiater de patiënt dat medicijn gewoon nodig heeft. De meeste andere respondenten geven aan verder weinig inhoudelijk discussies te hebben over behandelmethoden of diagnoses. Wat wel een probleem kan zijn is een gebrek aan begrip voor wat de ander doet, wat die voor een ander kan betekenen en waar zijn of haar inhoudelijke expertise ligt. Zo geven de respondenten van het zorghotel aan dat er nog wel een sprake is van onbekendheid met de competenties van de ander. *“Belangrijk is, dat hebben wij bijvoorbeeld ook al geleerd van de samenwerking met een ander ziekenhuis is dat het van essentieel belang is dat bijvoorbeeld die ziekenhuisspecialisten weten wat voor vakdeskundigen werken er nou in zo’n zorghotel?”* Als je niet weet wat de ander doet en kan is het ook moeilijker om er achter te komen wat je voor elkaar kunt betekenen. En dat beseft dat je inhoudelijk iets voor elkaar kunt betekenen is belangrijk voor een goede samenwerking. Dit heeft ook te maken met weten welke impact het werk van de ene professional heeft op dat van de ander wanneer er meerdere professionals aan één patiënt werken. *“Dokters hebben nogal een de neiging om nadat zij bij bijscholing zijn geweest een nieuw middel te gaan voorschrijven. Daar vertellen zijn de rest niks van dus die fysiotherapeut weet dat niet en de psycholoog ook niet terwijl dat middel andere effecten heeft en dus ook andere bijwerkingen waar mensen mee geconfronteerd worden.”* Tenslotte ziet ook de manager van het geboortehotel onbegrip als een factor die samenwerking kan belemmeren. Wel speelt in het geval van de samenwerking tussen het ziekenhuis en het geboortehotel mee dat er een groot verschil in kennis is. In het geboortehotel werken immers kraamverzorgenden en verloskundigen terwijl in het ziekenhuis universitair geschoolde medisch specialisten werken. De zorgmanager in het ziekenhuis geeft echter aan dat verschillen in opleidingsniveau geen probleem hoeven te vormen als men elkaar respecteert.

Technische spelen een rol bij samenwerking. De meeste respondenten geven weinig discussies of meningverschillen te hebben over de inhoud van de zorg. Wel kan een gebrek aan begrip van de expertise van een ander een probleem vormen. Dit maakt het lastig om te weten wat professionals voor elkaar kunnen betekenen.

De laatste categorie grenzen zijn de sociale grenzen. Hierbij gaat om de interactie tussen professionals van verschillende disciplines. Beperken die zich tot het eigen domein dus binnen de eigen beroepsgroep? Of is er veel en gemakkelijk contact met anderen? Alle respondenten hebben aangegeven dat het van groot belang is om elkaar te kennen. Dit is een belangrijke voorwaarde om samen te kunnen werken. Zo stelt de nurse-practitioner: *“Ik heb gemerkt dat toen we een overleg hadden met specialisten, ik denk dat mensen makkelijker te benaderen zijn als je een gezicht kent en dan makkelijker contact kan leggen”*. Ook hierbij lijkt de tegenstelling tussen medisch specialisten van het ziekenhuis en andere professionals weer op te spelen. Hoewel zowel de psychiaters als de professionals van het zorghotel aangeven goed te kunnen samenwerken met de specialisten van het ziekenhuis zijn er toch nog wel wrijvingen. Zo heeft een van de respondenten het over een bepaalde mate van arrogantie bij de specialisten in de zin dat zij neerkijken op professionals die geen medisch specialist in een ziekenhuis zijn. Dit komt dan tot uiting in de praktijk dat de specialisten van het ziekenhuis wel door professionals van buiten het ziekenhuis in consult worden geroepen maar dat zij andersom geen andere professionals in consult roepen. Het is de vraag of dit arrogantie is of niet. De directeur van een landelijke artsenvereniging formuleert het antwoord daarop als volgt: *“Het is geen onwil van specialisten om met andere samen te werken maar het is de kunst om mensen met elkaar in contact te brengen (...) als je mensen zo met elkaar in contact kan brengen dan gaat het tweede stapje makkelijker”* Er is volgens hem dus geen sprake van onwil maar van een gebrek aan contact. Toch lijkt niet alleen het gebrek aan contact een barrière voor samenwerking te vormen. Ook wanneer professionals elkaar wel kennen kan er sprake zijn van moeilijkheden bij de samenwerking, zoals blijkt uit de samenwerking tussen de specialisten van het ziekenhuis enerzijds en de psychiaters en de professionals van het zorghotel anderzijds. Zij kennen elkaar immers van hun samenwerkingsverbanden. Statusverschillen lijken echter wel een rol te spelen. Zo vertelde een van de psychiaters dat er bij de consulten die in het ziekenhuis worden verricht en zelden contact is met de behandelend specialist zelf maar met een zaalarts of arts-assistent. De psychiaters hebben bewust gekozen om geen assistenten in te zetten voor die consulten maar in het ziekenhuis wordt daar blijkbaar anders over gedacht gezien de inzet van arts-assistenten. De reden hiervoor ligt in de complexiteit van de problematiek: *“wij zouden natuurlijk ook gewoon arts-assistenten kunnen inzetten alleen vinden wij de complexiteit van de problematiek zodanig dat je eigenlijk specialist dan dat werk zou moeten doen”*. Dit lijkt ook aan te sluiten op de uitspraken van psychiaters dat zij niet voor vol worden

aangezien door de specialisten van het ziekenhuis. Een ander voorbeeld hiervan is de verhouding tussen de nurse-practitioner en de specialisten. De nurse-practitioner die geïnterviewd gaf aan dat zij veel taken van de specialist ouderengeneeskunde overneemt en die specialist verder op vele terreinen ondersteunt. Dit impliceert een rol die niet gelijkwaardig is aan die van specialist ouderengeneeskunde maar wel een die daar dicht bij staat. De directeur van de landelijke artsenvereniging gaf echter aan totaal geen heil te zien in taakherschikking in de zorg. Dit is een vernieuwing waarbij meer taken van een medisch specialist worden overgedragen aan andere professionals zoals een nurse-practitioner. Hij ziet het niet gebeuren dat een nurse-practitioner op een gelijkwaardige basis het gesprek met een specialist kan aangaan. Statusverschillen lijken dus samenwerking in de weg te staan. Toch is het gebrek aan contact wel een factor. De medewerkers van het projectbureau gaven aan dat zij verbaasd waren toen bleek dat professionals die werkzaam zijn in dezelfde zorgketen elkaar niet kenden. Hoewel zij allemaal met dezelfde patiënt werken of een aanvullende aanbod leveren kennen zij elkaar niet. Meerdere respondenten gaven ook aan dat zij wel met andere professionals in contact willen komen maar dat het lastig is als je anderen niet kent. Zo vertelde een van de specialisten in het ziekenhuis dat zij het al lastig vond om iedereen te kennen in het ziekenhuis, laat staan op de hele Zorgboulevard waar nog meer mensen werken.

Ook sociale grenzen lijken een rol te spelen. Het beeld uit de theorie dat professionals zich kenmerken door een duidelijke in- of uitsluiting van de beroepsgroep lijkt bevestigd te worden door de ervaringen met samenwerking tussen de psychiaters en professionals van het zorghotel enerzijds en de medisch specialisten van het ziekenhuis anderzijds. Er blijkt een gebrek aan gelijkwaardigheid te zijn als gevolg van statusverschillen. Dit komt ook overeen met het onderscheid tussen acute care en community care zoals Glouberman en Mintzberg (Glouberman, 2001) dat schetsen. Wederom komt namelijk de tegenstelling tussen specialisten uit het ziekenhuis en de overige professionals naar voren. Of dit een kwestie van gebrek aan contact is zoals de landelijke vereniging van artsen stelt of arrogantie, zoals een van de andere professionals stelt blijft onduidelijk. Wel speelt een gebrek aan persoonlijk contact een rol. De meeste respondenten aangeven dat samenwerking beter verloopt als je elkaar ontmoet en elkaars gezicht kent.

Een laatste grens aan samenwerking tussen professionals van verschillende disciplines wordt niet in het theoretisch kader behandeld. Deze grens gaat over de meer praktische factoren die invloed hebben op samenwerking die, zoals uit de interviews is gebleken, wel degelijk een sterke impact hebben op de samenwerking. Zaken zoals gebrek aan tijd en gescheiden financieringsstromen maken samenwerking lastig.

Eigenlijk alle respondenten geven aan dat samenwerken tijd kost, het bijeenkomen en overleggen met anderen kost tijd. Zeker als de noodzaak of het resultaat niet overduidelijk is heeft men weinig tijd voor overleggen. Alle professionals hebben te maken met productiedoelstellingen die gehaald moeten worden en alles wat daar niet direct aan bijdraagt is van lager belang. Daarbij komen ook de financiële doelstellingen om de hoek kijken. Er is weinig geld en zorginstellingen krijgen alleen geld voor de behandelingen die zij verrichten. De directeur behandeling van het zorghotel verwoordt dit als volgt: *“dan is een vierde factor dat heeft te maken met dat de sector nogal gefocust is op het behalen van financiële doelen en de financiën lopen nou, we werken nou eenmaal binnen een kraptemodel, we moeten allemaal voor een dubbeltje op de eerste rij, ook dat is een factor die er toe bijdraagt dat samenwerken niet zo goed uit de verf komt. Want iedereen moet gewoon werken en productie leveren”*. Dat deze doelstellingen samenwerking in de weg kunnen staan wordt onderkend door een van de specialisten van het ziekenhuis: *“...zo kunnen samenwerkende artsen maar één DBC in rekening brengen terwijl als ze allebei apart hun werk doen zij er allebei één in rekening mogen brengen”*. Hier zit dus zelfs een financiële incentive om niet samen te werken maar juist gescheiden van elkaar te werken. Het systeem van bekostiging zoals dat nu bestaat lijkt dus onvoldoende in staat om nieuwe vormen van samenwerking te kunnen faciliteren.

Het blijkt dat de drie typen grenzen die beschreven zijn in het theoretisch kader, namelijk cognitieve, technische en sociale grenzen, daadwerkelijk een rol spelen bij multidisciplinaire samenwerking tussen professionals. De cognitieve grenzen komen tot uiting de in de verschillen in opvatting van zorg verlenen die er bestaan tussen de verschillende professionals. Deze verschillende opvattingen zijn een meer holistische opvatting waarbij de hele mens in ogenschouw wordt genomen door de behandelend professionals enerzijds of een meer specialistische opvatting waarbij de professional alleen vanuit zijn eigen specialisme werkt anderzijds. Ook technische grenzen spelen een rol. Niet in die zin dat er veel meningsverschillen of discussies zijn over de inhoud van de behandeling maar meer in die zin dat professionals weinig kennis hebben van de expertise van de ander. Dit kan leiden tot onbegrip en maakt het vooral lastig voor professionals om te weten wat zij voor elkaar kunnen betekenen. Als men niet weet welke aanvullende expertise een andere professional heeft is het lastig om mogelijkheden voor samenwerking te zien. Tenslotte spelen ook sociale grenzen een rol. Het elkaar persoonlijk kennen is een belangrijke factor voor succesvolle samenwerking. Dit lijkt niet altijd goed geregeld te zijn gezien het feit dat professionals die in dezelfde zorgketen werkzaam zijn elkaar lang niet altijd kennen. Ook spelen statusverschillen tussen verschillende typen professionals een rol en kunnen een negatieve invloed hebben op de bereidwilligheid tot samenwerking. Wat bij al deze grenzen naar voren komt is dat er vooral sprake lijkt te zijn van grenzen tussen de medisch specialisten van het ziekenhuis

enerzijds en de overige professionals anderzijds. Dit is deels te verklaren door het feit dat de meeste organisaties op de Zorgboulevard primair samenwerken met het ziekenhuis. Maar het is het ook een bevestiging van de theorie van curtains van Glouberman en Mintzberg waarin het ziekenhuis bovenaan de piramide staat. De stelling dat grenzen een grotere rol spelen naarmate een beroepsgroep meer gespecialiseerd en geprofessionaliseerd is lijkt dus bevestigd te worden. Naast deze grenzen aan professionele domeinen zijn er ook nog enkele praktische grenzen die samenwerking belemmeren. Hoewel dit niet in de insteek van het onderzoek is blijken zaken zoals een gebrek aan tijd en financieringsvormen volgens de respondenten een grote rol te spelen. Zo is samenwerking tijdrovend en is men daar niet altijd toe bereid als het voordeel niet overduidelijk is. Bovendien staan alle professionals en managers onder druk om productie te maken teneinde de financiële doelstellingen te halen. Dit leidt er toe dat er weinig ruimte is voor samenwerking of samenwerking zelfs wordt tegen gegaan zoals in het voorbeeld van de dubbele DBC's.

Type grens	Verschijningsvorm
Cognitief	-Verschillende opvattingen van zorg verlenen -Holistisch versus specialistisch
Technisch	Gebrek aan kennis van andermans expertise
Sociaal	-Professionals kennen elkaar niet -Statusverschillen
Praktisch	-Tijd -Geld

5.6 Overbruggen van grenzen

In de voorgaande paragrafen zijn de rol en de aard van de grenzen aan professionele domeinen aan bod gekomen. Gebleken is dat die grenzen daadwerkelijk een rol spelen bij multidisciplinaire samenwerking tussen professionals. Naast de cognitieve, technische en sociale grenzen uit de literatuur blijken ook praktische zaken zoals tijd en geld een negatieve invloed te hebben om samenwerking. De volgende vraag is dan hoe deze grenzen overbrugd kunnen worden. Deze vraag zal beantwoord worden door een koppeling te maken tussen methoden om de grenzen te overbruggen en de verschillende typen grenzen zoals beschreven in de vorige paragraaf over grenzen aan samenwerking. Hierbij zal het schema uit paragraaf 3.4 als uitgangspunt worden genomen.

In het theoretisch kader zijn drie manieren om grenzen te overbruggen beschreven. Dit zijn respectievelijk boundary spanners, interactions en boundary objects. In deze paragraaf zal per methode beschreven worden hoe de verschillende typen grenzen overbrugd kunnen worden. Tenslotte zal het schema van pagina 34 ingevuld worden aan de hand van de beschreven resultaten.

5.6.1 *Boundary spanners*

De eerste methode die gebruikt kan worden om grenzen te overbruggen zijn boundary spanners. Dit zijn personen die een verbinding vormen tussen verschillende organisaties of tussen verschillende professionele domeinen. Ook kunnen boundary spanners een faciliterende en ondersteunende rol hebben.

Er kunnen grofweg twee typen boundary spanners onderscheiden worden op basis van het empirisch onderzoek. Het eerste type boundary spanner zijn professionals die vanuit hun eigen rol als boundary spanner kunnen functioneren. Zo kunnen de psychiaters die in de consultatieve dienst werken een verbindende functie hebben. Zoals een van de psychiaters het stelde: *“ik denk dat die psychiaters die het ziekenhuis ingaan voor consultaties, dat die de linkin pin moeten zijn”*. Psychiaters die het ziekenhuis ingaan en daar contact hebben met de professionals van het ziekenhuis kunnen dus verbindingen leggen omdat zij zowel met hun eigen beroepsgroep contact hebben als met de andere professionals, namelijk die van het ziekenhuis. Volgens een van de psychiaters zijn zij daar ook geschikt voor omdat psychiaters kennis hebben van zowel somatische als psychische aandoeningen. Dit verschaft hun voldoende legitimiteit om de rol van boundary spanner te vervullen. Het is echter de vraag of een psychiater over voldoende neutraliteit beschikt om de verschillende partijen, de psychiaters en de specialisten van het ziekenhuis, bij elkaar te brengen. De loyaliteit van een psychiater zal in eerste instantie bij zijn eigen organisatie liggen en in voorgaande paragrafen

is al gebleken dat psychiaters niet altijd voor vol worden aangezien door de specialisten van het ziekenhuis. Dit kan ondervangen worden door een andere manier van boundary spanning. De psychiaters, de professionals van het zorghotel en de directeur van de verslavingskliniek stelden dat een succesvolle manier om partijen bij elkaar te brengen is het vinden van een persoon van de andere partij die welwillend tegenover samenwerking staat. Om wederom het voorbeeld van de psychiatrie te gebruiken: de psychiaters ervoeren dat veel specialisten niet zo makkelijk om kunnen gaan met psychiatrische klachten. Dit maakte het lastig om met hun daar over te praten maar er bleek een specialist te zijn die wel meer affiniteit heeft met psychiatrische klachten. Wat zij als psychiaters vervolgens hebben gedaan is hun patiënten voornamelijk naar die specialist sturen. Die kan dan op zijn beurt het onderwerp psychiatrie bespreekbaar maken bij zijn collega's. Een van de psychiaters vertelde: *“Als je een team hebt met meer meerdere internisten die niet zo goed met psychiatrische klachten uit de voeten kunnen en je hebt een internist die dat wel kan, dan kun je ook kijken of je patiënten met psychiatrische problemen veel meer bij die ene internist kwijt kunt. Die kan dan weer rol hebben in zijn maatschap om de andere ook een beetje te helpen bij dat soort dingen”*. Die internist is dan een boundary spanner binnen zijn maatschap. Blijkbaar kan hij zijn collega's effectiever inlichten over psychiatrische aandoeningen dan dat de psychiaters zelf dat kunnen. Dit zou te maken kunnen hebben met een gebrek aan vertrouwen of legitimiteit. Internisten nemen dan eerder iets van hun directe collega dan van een andere specialist die een andere expertise heeft.

Het tweede type boundary spanner is een neutrale partij die meerdere partijen bij elkaar kan brengen. Binnen de context van de Zorgboulevard bestaat er zo'n partij, het projectbureau van de Vereniging Zorgboulevard. Deze vereniging kan op twee manieren als boundary spanner optreden. De eerste is door verbindingen tussen verschillende professionals en organisaties te leggen door te zien waar er behoefte is aan samenwerking. Hierbij speelt de neutraliteit van de vereniging een rol omdat de verschillende organisaties zelf altijd hun eigen belangen hebben aldus de directeur van de landelijke vereniging van artsen. Doordat de vereniging niet bij een van de partijen hoort kunnen zij over de belangen van de individuele partijen heen stappen en zich richten op het gezamenlijk belang. Ook de directeur en projectsecretaris van het projectbureau zelf zien het boven de partijen staan als een belangrijk element voor hun functioneren: *“Als je de grote lijn verliest en teveel mee gaat met wat er in die organisaties gebeurt dan kan je nooit je doel realiseren”*. Zo hebben zij er bewust voor gekozen om een eigen kantoor op de Zorgboulevard te betrekken en niet bij een van de organisaties in te trekken. Dit zou teveel de schijn van partijdigheid opwekken. De andere manier waarop de vereniging als boundary spanner kan optreden is door het faciliteren van samenwerking. Door het uitgebreide netwerk waar het projectbureau over beschikt kunnen zij professionals ondersteunen bij het organiseren van samenwerking. Het projectbureau weet

immers ook wat de behoeftes en belangen van de andere partijen zijn en kan zo voorkomen dat tegenstellingen invloed hebben op samenwerking.

Boundary spanners kunnen dus zowel professionals zijn die vanuit hun rol of interesse een brug kunnen slaan tussen verschillende professionele domeinen óf een neutrale partij die verschillende belangen bij elkaar kan brengen. De volgende vraag is dan welke grenzen op deze manier overbrugd kunnen worden en hoe?

Op het gebied van cognitieve grenzen is gebleken dat er twee opvattingen zijn van zorg verlenen: een meer holistische en een meer specialistische. Een boundary spanner in de vorm van een professional kan er voor zorgen dat zijn collega's ook begrip krijgen voor de andere opvatting dan hun eigen. In het voorbeeld van de internist en de psychiaters kan de internist zijn collega's het belang laten inzien om breder naar een patiënt te kijken dan naar alleen hun eigen specialistische deel. Het vinden van zo'n professional die een rol als boundary spanner op zich kan nemen is lastig te organiseren. De respondenten die daar ervaring mee hebben, de psychiaters en de professionals van het zorghotel, gaven aan dat zij op basis van ervaringen met verschillende specialisten uit het ziekenhuis na verloop van tijd in de gaten kregen wie er wel op staat voor andere vakgebieden en wie niet. Het is dus iets wat meer organisch ontstaat.

Voor het overbruggen van technische grenzen ligt er voor zowel de professional als voor de neutrale partij een rol. Zo kan de professional zijn collega's informeren over de expertise van andere professionals zodat die meer inzicht krijgen in wie er aanvullende expertise hebben. Dit opent mogelijkheden voor samenwerking. Hierbij kan ook de vereniging een rol spelen door informatie over wie welke expertise heeft toegankelijk te maken. Dit kan door regelmatig bij verschillende partijen langs te gaan en te spreken over mogelijke samenwerkingsverbanden. Doordat de vereniging met vele professionals van alle partijen in contact staat heeft zij het overzicht en kan op die manier professionals informeren over mogelijkheden voor samenwerking.

Sociale grenzen bestaan voor een deel uit een gebrek aan contact. Professionals kennen andere professionals niet en dat maakt samenwerken lastig. De vereniging als boundary spanner kan dit ondervangen door het organiseren van ontmoetingen tussen professionals, hierover in de volgende paragraaf meer. Wat ook een rol speelt bij sociale grenzen zijn statusverschillen. De verwachting is dat het lastig zal zijn om deze statusverschillen weg te nemen aangezien deze verankerd zitten in de beroepen en opleiding. Wel kan een professional als boundary spanner het goede voorbeeld geven aan zijn collega's door statusverschillen te negeren.

Boundary spanners kan dus zowel een professional zij die over grenzen heen kan werken of een neutrale partij zoals de Vereniging Zorgboulevard. De professional kan verschillende professionele domeinen verbinden omdat hij of zij verder kan kijken dan alleen het eigen domein en op basis van legitimiteit onder collega's die verbinding ook daadwerkelijk tot stand kan brengen. De neutrale partij kan belangen bij elkaar brengen doordat zij het overzicht heeft en boven de partijen staat en dus geen eigen belang te verdedigen heeft.

Grens	Boundary spanner
Cognitief	-Professionals die bij collega's begrip kan kweken voor andere opvattingen
Technisch	-Professional die collega's informeert over de expertise en samenwerkingsmogelijkheden van anderen -De vereniging die bezoeken aflegt om te informeren naar en over mogelijke samenwerking
Sociaal	-De vereniging kan verschillende partijen met elkaar in contact brengen

5.6.2 Interactions

Interactions hebben betrekking op het organiseren van ontmoetingen om het werken over de grenzen van professionele domeinen heen te bevorderen. Zonder contact zal er immers geen samenwerking tot stand komen. Alle respondenten geven aan dat het elkaar kennen, het persoonlijke contact een belangrijke factor voor is voor succesvolle samenwerking: *“dat maakt je als team sterk omdat je precies weet wat je van elkaar kunt verwachten. Het zorgt er voor dat het persoonlijke niveau in orde is”*. Maar hoe kan er voor gezorgd worden dat men elkaar kent?

Elkaar kennen heeft in voornamelijk te maken met het overbruggen van sociale grenzen. Dit kan heel eenvoudig te maken hebben met of men elkaar wel of niet tegen komt. Een manier om er voor te zorgen dat professionals elkaar kennen is door ze bij elkaar te zetten. Door de kantoren van verschillende professionals fysiek bij elkaar te plaatsen of zelfs de kantoren in één grote ruimte te plaatsen wordt het contact bevordert: *“belangrijk is dat mensen in hun werk de mogelijkheid hebben om zeg maar op formele wijze, bijvoorbeeld het plannen van een overleg, maar ook op informele wijze, gewoon het wandelgangen contact, dat ze langs die wegen met elkaar makkelijk in contact kunnen komen”*. Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld de kantoren van verschillende professionals aan een en dezelfde gang te plaatsen waardoor men elkaar in de wandelgangen tegenkomt. Een andere manier is om verschillende professionals in een groot kantoor te plaatsen, bijvoorbeeld in de vorm van een kantoortuin met flexplekken. Op deze wijze komt men elkaar continu fysiek tegen en zal er meer interactie ontstaan dan wanneer men een eigen plek heeft waar men geen anderen tegenkomt. Dit bij

elkaar plaatsen hoeft niet een direct resultaat te hebben want zoals een van de respondenten het stelt: *“vaak is het ook zo dat als je iemand toevallig spreekt en dat er dan ideeën voor samenwerking ontstaan”*. Dit betekent dan dat alleen al het in contact brengen van professionals, bijvoorbeeld door de kantoren bij elkaar te plaatsen, genoeg is om ideeën voor samenwerking te laten ontstaan.

Een andere manier om interactie tussen verschillende partijen op gang te brengen is het organiseren van bezoeken. Tijdens zo'n bezoek kan men ervaren hoe andere professionals werken wat tot meer begrip kan leiden. Dit kan met name helpen bij het overbruggen van cognitieve grenzen. Door bij een andere organisatie met andere professionals op bezoek te gaan kan men de opvatting van zorg verlenen die men daar heeft zelf ervaren. Een manier om dit te doen is in de vorm van een stage waarbij men gaat mee lopen met andere professionals. Zo organiseren het geboortehotel en de afdeling verloskunde van het ziekenhuis dergelijke stages: *“ze gaan ook stages lopen in het ziekenhuis. Het idee daar achter is kennisuitbreiding en kruisbestuiving, dat mensen ook een beeld hebben van wat gebeurd er dan in bepaalde situaties in zo'n ziekenhuis”*. In dit geval betekent dit dat de kraamverzorgers van het geboortehotel meelopen op de afdeling verloskunde van het ziekenhuis. Ook in het zorghotel worden bezoeken afleggen bij partners als een nuttig middel voor samenwerking gezien. Zowel de directeur behandeling als de nurse-practitioner van het zorghotel geven aan dat elkaar opzoeken waardevol kan zijn: *“meer contact leggen en meer aanwezig zijn bij bepaalde avonden in het ziekenhuis, het begint met contact leggen, elkaars gezicht kennen en gewoon eens een praatje maken”*.

Een manier om deze bezoeken te organiseren op een manier dat zij niet vrijblijvend zijn is door de koppeling te maken met een inhoudelijk deel. Dit kan de vorm krijgen van een presentatie aan elkaar over wat men nu doet. Zoals de nurse-practitioner voorstelde: *“misschien moeten we voor medisch specialisten eens een presentatie geven over het zorghotel over wat de specialist ouderengeneeskunde en de nurse practitioner doen”*. Dit kan dan bijdragen aan het overbruggen van de technische grenzen. Die houden onder andere in dat professionals slecht op de hoogte zijn van wat andere professionals doen en waar mogelijk raakvlakken liggen. Door als professionals van het zorghotel je zelf te laten zien in het ziekenhuis krijgen de specialisten van het ziekenhuis een beter beeld van wat het zorghotel doet en mogelijk ook voor hun patiënten kan betekenen. De vraag is wel of specialisten daar op zitten te wachten: *“je zou kunnen beginnen met het organiseren van een avond voor medisch specialisten en daar een presentatie laten geven door de specialist ouderengeneeskunde en de nurse practitioner zodat er een aanleiding is om met elkaar in gesprek te gaan. Het animo daarvoor onder de specialisten is echter niet al te hoog. Ze geven aan al veel overleggen te hebben en veel patiënten, dus die zitten daar niet zo op te*

wachten”. Deze uitspraak van de nurse-practitioner maakt duidelijk dat ook de praktische grenzen een rol spelen. Het is echter de vraag of specialisten daadwerkelijk geen tijd hebben voor zulke presentaties of dat zij er toch geen prioriteit aan geven.

Interactions hebben dus als doel om contact en ontmoetingen over grenzen van de professionele domeinen heen te bevorderen. Het overbruggen van sociale grenzen kan gebeuren door de werkruimtes van professionals fysiek bij elkaar te brengen, aan dezelfde gang of in dezelfde ruimte. Dit stimuleert het persoonlijk contact wat het ontstaan van ideeën voor samenwerking vergemakkelijkt. Het brengen van bezoeken aan andere partijen kan helpen bij het overbruggen van cognitieve grenzen. Door bij de ander in de praktijk mee te kijken kan er meer begrip ontstaan voor een bepaalde werkwijze of opvatting van zorgverlening. Tenslotte kunnen bezoeken in combinatie met een presentatie over de eigen werkzaamheden aan de andere partij bijdragen aan het overbruggen van technische grenzen. Door de ander op de hoogte te brengen van wat men doet kunnen krijgen beide partijen meer inzicht in mogelijke raakvlakken.

Grens	Interaction
Cognitief	-Organiseren van bezoeken aan partners
Technisch	-Bezoeken in combinatie met een presentatie over de eigen werkwijze en expertise
Sociaal	-Bij elkaar plaatsen van kantoren

5.6.3 *Boundary objects*

Boundary objects kunnen werken als een verbindend element tussen verschillende professionele domeinen omdat het interactie stimuleert over de betekenis van het object. Als professionals met elkaar in gesprek of discussie gaan kunnen daar nieuwe ideeën voor samenwerking ontstaan.

Om te beginnen kan de Zorgboulevard als geheel als een boundary object gezien worden. Doordat alle verschillende partijen die met elkaar samenwerken of dat zouden kunnen doen bij elkaar zitten ontstaat die samenwerking ook makkelijker. Zoals de directeur van het projectbureau vertelt over de opzet van de Zorgboulevard: *“zo is de zorgboulevard ook ingestoken, vanuit de gedachte dat als je bij elkaar gaat zitten dan ontmoet je elkaar in ieder geval een stuk makkelijker”*. Alle partijen en professionals hebben weliswaar hun eigen ruimten maar er zijn een aantal locaties waar men bij elkaar kan komen. Bij observaties op het buitenterrein van de Zorgboulevard viel het op dat tijdens lunchtijd medewerkers van verschillende organisaties op een aantal punten samenkomen, zoals bij de supermarkt waar men wat te eten kan halen. Het is ook niet moeilijk om te zien of iemand van de eigen

organisatie is of niet omdat veel medewerkers bedrijfskleding of anders een naamkaartje met een logo dragen. Met dit idee, een ontmoetingsplek waar medewerkers van alle organisaties elkaar tegenkomen, in het achterhoofd is bij de bouw van het complex besloten om één gedeeld personeelsrestaurant te realiseren zo vertelden de directeur van de huisartsenpost. Dit houdt in dat als men in het personeelsrestaurant wil eten er altijd ook medewerkers van andere organisaties aanwezig zullen zijn. De filosofie hierachter is de volgende aldus de medewerkers van het projectbureau: *“zo is er ook een personeelsrestaurant voor al het personeel, we verwachten wel dat mensen bij elkaar in groepen blijven maar toch schuurt het een beetje langs elkaar heen, kunnen een beetje aan elkaar snuffelen en als er wat is dan weten ze waar de ander zit. De afstand is kleiner, dat zal meer samenwerking opleveren”*. Zo’n restaurant kan dus een positieve invloed hebben op de contacten tussen de verschillende professionals. Op deze wijze helpt dit bij het overbruggen van sociale grenzen. Men kan echter ook meer actief gebruik maken van het restaurant als ontmoetingsplek door er actief zaken te organiseren. De meeste respondenten zijn hier erg positief over zoals ook de directeur van de verslavingskliniek: *“gemeenschappelijk restaurant lijkt geweldig, als organisatie moet je dat ook stimuleren zodat mensen wat breder om zich heen kijken want dat is bij heel veel mensen niet eigen. Als je dan toch zo’n gezamenlijk plek hebt voor personeel dan kun je daar ook dingen organiseren zodat die samenwerking ook ontstaat. Je kan zo’n locatie ook gebruiken voor lunchlezingen waarbij organisaties zich presenteren, discussies etc”*. Ook zij geeft, net zoals de medewerkers van het projectbureau aan dat de het contact met anderen niet iets wat vanzelf ontstaat. Er kunnen echter wel activiteiten georganiseerd worden zoals een lunchlezing. Hier ziet ook de directeur van de landelijke artsenvereniging wel heil in. Hij verwacht dat er in het begin niet zo veel mensen op af zullen komen maar dat wanneer het een gewoonte wordt dat er wel mensen op af komen. Zo’n lezing kan bijvoorbeeld de vorm hebben van een presentatie van wat een organisatie of een beroepsgroep nu eigenlijk doet, om zo de technische grenzen te overbruggen. Ook kan een professional een referaat geven over een specifiek onderwerp uit zijn vakgebied waar hij mee bezig is. Dit kan dan voer zijn voor discussie met andere professionals. Door dit soort bijeenkomsten in het restaurant te organiseren blijft het laagdrempelig wat de bereid om aanwezig ten goede zal komen.

Een andere vorm van een boundary object is een gezamenlijk intranet. Een van de specialisten van het ziekenhuis ziet wel heil in een Zorgboulevard-breed intranet zoals zij dat in het ziekenhuis gebruikt. Zo’n intranet kan volgens haar twee functies hebben. Ten eerste kan het als een kennisbank functioneren waar informatie in staat over wat de verschillende organisaties en professionals op de Zorgboulevard doen. Dit biedt een snel en makkelijk overzicht van de beschikbare expertise op de Zorgboulevard en kan zo helpen bij het overbruggen van technische grenzen. Ten tweede kan zo’n intranet middels een forum-

functie dienen als een digitaal platform voor discussies. Op deze wijze kan interactie tussen verschillende professionals makkelijk tot stand komen omdat de drempel om online de discussie aan te gaan lager is dan om dat in persoon te doen.

Een derde vorm van boundary objects zijn werkconferenties. Dit is een activiteit die de Vereniging Zorgboulevard al een aantal maal heeft georganiseerd en die ook wordt gewaardeerd door de respondenten die deel hebben genomen aan een van die conferenties.

De insteek van deze conferenties is dat een aantal verschillende professionals en ook managers bij elkaar komen om aan de hand van een fictieve casus met elkaar in gesprek te gaan over de mogelijkheden voor samenwerking. Het gaat dan om professionals die zich allemaal in een bepaalde keten bevinden zoals in de zorg rondom kwetsbare ouderen of zwangeren met psychische klachten: *“wat we dan vooral doen is professionals en managers vanuit verschillende stellingen bij elkaar halen, elkaar laten ontmoeten en wat je daar ook gewoon ziet is dat zij allemaal aan dezelfde patiënt werken en toch zijn ze zich aan elkaar aan het voorstellen”* aldus de medewerkers van het projectbureau. De meeste deelnemers aan deze conferenties zijn daar positief over, zo ook een van de zorgmanagers van het ziekenhuis: *“een werkconferentie georganiseerd door de Vereniging is een goede manier om partners te vinden rond bepaalde problematiek zoals zwangeren met psychische klachten”*. Zo'n werkconferentie draagt bij aan het overbruggen van alle typen grenzen. Ten eerste de sociale grenzen, een werkconferentie is een ontmoeting tussen een groot aantal verschillende zorgverleners die min of meer binnen dezelfde keten werkzaam zijn. Zoals de medewerkers van het projectbureau al aangaven valt het daarbij op dat men elkaar lang niet altijd kent terwijl de dienstverlening wel op elkaar aansluit. Dit heeft ook te maken met technische grenzen, tijdens een conferentie kunnen professionals met elkaar in gesprek gaan over welke expertise men aan kan bieden en waar mogelijke raakvlakken voor samenwerking liggen, zo stellen de medewerkers van het projectbureau: *“door actief die ontmoeting te organiseren faciliteer je ook de samenwerking zodat zij elkaar ontmoeten en vervolgens makkelijk kunnen vinden op het moment dat ze weer een patiënt met multiproblematiek tegenkomen”*. Ook de cognitieve grenzen komen hierbij aan bod. Doordat men in discussie gaat over de manier waarop een bepaalde casus aangepakt kan worden krijgen de deelnemers inzicht in de werkwijze en de opvatting van zorg verlenen die een bepaalde professional heeft. Zo is het aannemelijk dat bij een casus van een zwangere met psychische klachten een psychiater meer naar het welzijn van de hele patiënt kijkt daar waar de gynaecoloog zich vooral richt op het fysiologische aspect van de zwangerschap. Ook hierbij spelen de meer praktische grenzen een rol. De vereniging, de initiatiefnemer van de werkconferenties, probeert dit te ondervangen door de focus te leggen op de individuele casus: *“zodra je er iets daar boven gaat wat betreft taak, rollen, verantwoordelijkheden, dan raak je vaak verstrikt in een oerwoud van grenzen van organisaties, financiering, we proberen zoveel mogelijk om op dat personen niveau te*

blijven omdat je daar de meeste winst kunt behalen". Dit maakt het wel lastig om tot concrete resultaten van deze werkconferenties te komen. Zo heeft de werkconferentie rond zwangeren met psychische klachten en tienermoeders wel geresulteerd in een schema waarin zorgverlener snel een overzicht krijgen van welke partijen er allemaal betrokkenen kunnen zijn bij zo'n casus maar heeft dit wel enige tijd geduurd. Zoals een van de psychiaters vertelde over zijn ervaringen met een werkconferentie: "...ja dat is belangrijk maar aan de andere kant moet je ook reëel zijn hoe geleidelijk dat pas weer effecten heeft. Als je er van uit gaat dat je vanuit zo'n werkconferentie concrete dingen opzet dat je er dan teveel er van verwacht". De directeur behandeling van het zorghotel vindt het belangrijk dat dit soort conferenties een meer structurele basis krijgen en een duidelijk doel of resultaat: "belangrijk is dat als je dan conferenties organiseert zorg dan dat je een traditie neerzet van conferenties. Zeg dus niet van we gaan nu een conferentie neerzetten maar zeg jaarlijks houden wij een Zorgboulevard-conferentie. Zorg voor structurele zaken, dat is essentieel denk ik". Door dit meer structureel aan te pakken kan er voor gezorgd worden dat deelname minder vrijblijvend is en men ook tot concrete resultaten kan komen. Dit vereist echter wel commitment van alle partijen. Zo vertelde de projectsecretaris van de vereniging die verantwoordelijk is voor de organisatie en uitwerking van de werkconferenties, dat hij voor de follow-up afhankelijk is van de deelnemers en hun organisaties. Daarbij loopt hij al snel weer aan tegen praktische grenzen van tijd en geld. Volgens de directeur van de landelijke artsenvereniging is dit te ondervangen door de nadruk te leggen op onderwerpen waar echt winst te behalen valt. De vereniging moet dan bepaalde onderwerpen signaleren waar samenwerking inhoudelijk nodig is en er ook voldoende volume is om die samenwerking daadwerkelijk op gang te brengen. Als aan die voorwaarden voldaan dan heeft men ook het commitment om er wat van te maken: "als Vereniging moet je een signaleringsfunctie hebben waar je zegt ik zie een aantal patiënten, welke mensen bezoeken meerdere plekken op de Zorgboulevard tegelijkertijd en met name welke daarvan ondergaan intensieve behandelingen. Dan kun je daar omheen wat gaan organiseren. Zo heb je tastbare projecten waarbij de professional ook een win-win kan gaan zien en motiveer je ze om mee te gaan in dat proces".

Er zijn dus drie vormen van boundary objects te onderscheiden op de Zorgboulevard. De eerste is het creëren van een fysieke ontmoetingsplaats. De Zorgboulevard als geheel kan in die zin als een boundary object gezien worden met het gezamenlijke personeelsrestaurant in het bijzonder. Dit kan helpen bij het overbruggen van sociale grenzen omdat er een ontmoetingsplaats wordt gecreëerd. Als er dan ook nog lezingen of referaten in het restaurant worden georganiseerd kan dat ook helpen bij het overbruggen van technische grenzen omdat zo'n lezing professionals de mogelijkheid biedt om zijn kennis en kunde te etaleren. Een tweede vorm van een boundary object kan een gemeenschappelijk intranet zijn. Dit kan

helpen bij het overbruggen van sociale en technische grenzen omdat het een mogelijkheid biedt om met elkaar in contact te komen en het overzicht biedt van de aanwezige expertise op de Zorgboulevard. De derde vorm van boundary objects zijn werkconferenties. Tijdens zo'n bijeenkomst kunnen verschillende professionals die min of meer betrokken zijn bij een zelfde casus met elkaar in gesprek gaan over de aanpak van die casus en de mogelijkheden voor samenwerking verkennen. Dit kan bijdragen aan het overbruggen van zowel de sociale, technische als cognitieve grenzen omdat men met elkaar in contact gebracht wordt, kennis en expertise kan delen en met elkaar in discussie kan gaan over mogelijke aanpakken van een casus. Belangrijk hierbij is dat er een duidelijke doel is en commitment van alle partijen om tot resultaat te komen. Dit kan men bereiken door onderwerpen te selecteren op basis van inhoudelijke verbanden en volume.

Grens	Boundary object
Sociaal	-Zorgboulevard als geheel -Gedeeld personeelsrestaurant -Gezamenlijk intranet -Werkconferenties
Technisch	-Lezingen en referaten in het personeelsrestaurant -Gezamenlijk intranet -Werkconferenties
Cognitief	-Werkconferenties

5.6.4 *De relaties tussen methoden van overbrugging en typen grenzen*

In de voorgaande paragrafen is beschreven hoe de verschillende methoden voor het overbruggen van grenzen tussen professionele domeinen er uit kunnen zien. Ook is het verband gelegd tussen de specifieke methoden en grenzen. Deze verbanden zullen nu bij elkaar gebracht worden naar het voorbeeld van het schema in paragraaf 3.4.

Methode / Grens	Boundary spanners	Interactions	Boundary objects
Cognitief	-Professional met begrip voor andere opvattingen	-Organiseren van bezoeken aan partners	-Zorgboulevard als geheel -Gedeeld personeelsrestaurant -Gezamenlijk intranet -Werkconferenties
Technisch	-Professional met kennis van de expertise van anderen -De vereniging die bezoeken aflegt om te informeren naar en over mogelijke samenwerking	-Bezoeken in combinatie met een presentatie over de eigen werkwijze en expertise	-Lezingen en referaten in het personeelsrestaurant -Gezamenlijk intranet -Werkconferenties
Sociaal	-Ontmoetingen georganiseerd door de vereniging	-Bij elkaar plaatsen van kantoren	-Werkconferenties

Alle drie de beschreven methoden kunnen dus in meer of mindere mate ingezet worden om alle drie de typen grenzen te overbruggen. Het is wel zo dat het onderscheid tussen de diverse grenzen niet zo scherp is te maken dat een bepaalde methode alleen zorgt voor een overbrugging van die ene grens. Zo hebben cognitieve grenzen betrekking op de opvattingen van zorg verlenen. Die grens kan overbrugt worden door het brengen van een bezoek aan professionals met een andere opvatting van zorg verlenen om zelf te ervaren hoe en waarom die opvatting gehanteerd wordt. Dit betekent echter ook dat die twee groepen van professionals met een andere opvatting van zorg verlenen met elkaar in contact worden gebracht waar dat voorheen niet gebeurde. Dit zorgt dan ook voor een overbrugging van sociale grenzen omdat men elkaar ontmoeten. Uiteindelijk is het voor samenwerking van belang dat alle grenzen overbrugd worden. De meest krachtige methoden van overbrugging zullen dan ook die zijn die een effect hebben op alle drie de typen grenzen. De werkconferentie is hier een goed voorbeeld van. Door professionals met elkaar te laten discussiëren over een inhoudelijke probleem en hoe dat aangepakt kan worden, komen die

professionals op technisch en cognitief vlak dicht bij elkaar. Als er dan ook een borrel, lunch, diner of andere sociale activiteit aan verbonden wordt komen ook de sociale grenzen aan bod.

5.7 Het organiseren van overbrugging en de rol van de manager

In de vorige paragrafen is beschreven op welke manieren de verschillende typen grenzen overbrugd kunnen worden. De laatste vraag is dan hoe die overbrugging georganiseerd kan worden? Wat moet er gebeuren om de beschreven methoden in te kunnen zetten en wat is dan de rol van de manager daarbij? Hierbij spelen twee zaken een rol, namelijk het gedrag van de manager en de structuren van de organisatie.

Het gedrag van de manager heeft te maken met de vraag waar het initiatief voor samenwerking vandaan moet komen. Is dat iets wat meer bottum-up moet ontstaan vanuit de professionals op de werkvloer of moet dat initiatief vanuit het management komen? In het geval van bottum-up zal een manager een meer afwachtende houding aan moeten nemen en vertrouwen op initiatieven vanaf de werkvloer. Bij een topdown benadering zal de manager een meer actieve rol moeten aannemen om professionals daadwerkelijk te sturen richting meer samenwerking. Bottum-up lijkt de voorkeur te genieten van de meeste respondenten maar de medewerkers van het projectbureau zien ook mogelijkheden om van bovenaf zaken te organiseren: *“wij zien ook een rol om mensen daar toe te verleiden, we willen het niet alleen maar aan de bottum-up verhoudingen overlaten maar ook stimuleren, faciliteren, want bottum-up gebeurt niet vanzelf”*. Ook de directeur van de verslavingskliniek ziet initiatief van bovenaf als een middel om samenwerking tot stand te laten komen wanneer dat niet bottum-up ontstaat: *“als samenwerking niet organisch ontstaat gaan wij actief partijen benaderen om samenwerkingen op te zetten”*. Dit neemt niet weg dat de voorkeur uitgaat naar bottum-up: *“Ideeën voor samenwerking moeten van alle niveaus komen, als je op medewerkerniveau elkaar vindt dat die samenwerking veel beter tot stand kan komen dan wanneer je als management iets uitdenkt. Op het moment dat mensen elkaar informeel al ontmoeten dan gaat dat veel organischer”*. Initiatieven moeten dus in eerste instantie op de werkvloer ontstaan en als dat niet voldoet dan ligt er een taak voor het management om het initiatief te nemen. Ook een van de zorgmanagers van het ziekenhuis hecht waarde aan initiatieven die op medewerkerniveau ontstaan: *“Er zijn ook mogelijkheden voor initiatieven voor samenwerking vanaf de werkvloer. Zo had een arts van ons contact gelegd met een psychiater en dat is dan wel iets waar wij van denken, daar moeten wij iets mee. Het is dus ook zeker bottum-up. Het hangt zeker af van het initiatief van dokters die het leuk vinden om samen te werken”*. Een van de psychiaters sluit zich hier bij aan door te stellen dat: *“Ik denk dat dat gewoon vanzelf meer groeit, je leert mensen meer kennen en je weet een beetje naar wie je verwijst enzo en ik denk dat dat op een gegeven ogenblik van zelf groeit”*. Zowel

managers als professionals hechten waarde aan initiatieven die van onderaf ontstaan omdat de professionals op de werkvloer uiteindelijk diegenen zijn die met zo'n initiatief aan de slag moeten gaan. Dit betekent niet dat het management geen rol speelt en dat samenwerking maar vanzelf moet ontstaan op de werkvloer. Zowel de psychiaters als de respondenten van het zorghotel zien een ondersteunende en faciliterende rol voor het management. Het management moet dan een goed oog hebben voor waar mogelijke samenwerking tot stand kan komen en dat de voorwaarden creëren om die samenwerking ook daadwerkelijk van de grond te laten komen. Zoals een van de psychiaters het stelt: *"ik denk wel dat management en bestuur, dat die ook goed moeten begrijpen waar er op de werkvloer samenwerkingsverbanden tot ontwikkeling gebracht worden dat zij dan diegene zijn die alle ondersteunde zaken kunnen regelen"*. Hierbij ligt er niet alleen een rol voor het management en bestuur van de instellingen zelf maar ook voor de vereniging: *"Ja, als je dat ziet maar vervolgens merkt dat er geen tijd is of geen ruimte om te gaan zitten dan houdt het vaak al snel op. Dat soort dingen moeten dus gefaciliteerd worden zodat zowel de werkvloer moet lopen als dat de vereniging ook daarin een rol moet spelen"*. De medewerkers van het projectbureau herkennen zich hier ook in door te stellen dat: *"Op het moment dat wij, er een vraag komt uit een van de organisaties, dan faciliteren wij dat.."* Tenslotte ziet ook de directeur van de landelijke artsenvereniging een rol voor de vereniging bij het tot stand laten komen van samenwerking. De vereniging moet volgens hem een signaleringsfunctie hebben waar vervolgens actie op ondernomen kan worden: *"Dan heb je een signaleringsfunctie waarbij het je enige taak is om mensen met elkaar in contact te brengen"*. Het gedrag van de manager is dus afhankelijk van de mate waarin er initiatieven vanaf de werkvloer ontstaan. Als dat in de ogen van de manager voldoende is zal hij een meer faciliterende rol moeten aannemen, is dat niet het geval dan is een meer actieve en sturende rol vereist.

Wanneer er initiatieven voor samenwerking ontstaan, hetzij bottom-up of topdown, moet er ook de voorwaarden zijn om die samenwerking vorm te geven. Dit is een factor waarbij de structuren van de organisatie een rol spelen. Partijen die willen samenwerken hebben tijd nodig om dat te doen en niet alleen tijd om inhoudelijk samen te werken maar ook om bezig te zijn met de samenwerkingen aan zich. Dat deze tijd niet altijd gegeven is blijkt uit de volgende quote van een van de psychiaters: *"ik denk dat je vooral tijd moet hebben om dat te kunnen gaan doen want dan kun je afspraken met elkaar gaan maken en bij elkaar gaan zitten. Ik denk dat tijd het belangrijkste is. Nu is het vaak zo dat veel mensen het allemaal heel erg druk hebben en wel vinden dat het belangrijk is om samenwerking te ontwikkelen maar ik heb wel gemerkt dat om over 1 specifieke patiënt te overleggen waar 4 specialisten bij betrokken waren dat het dan pas over 6 of 8 weken lukt om een tijdstip in de agenda te vinden waar je samen over die ene patiënt gaat overleggen"*. Om goed te kunnen

samenwerken is het belangrijk dat beide partijen over voldoende tijd beschikken om daar mee bezig te zijn. Blijkbaar hebben de specialisten van het ziekenhuis die tijd in dit geval niet. Hoewel hierbij de vraag kan worden gesteld of die tijd er niet is of dat de bereidwilligheid er niet is om samen te werken. Dat het daadwerkelijk lastig kan zijn voor specialisten om tijd te maken voor samenwerking wordt uitgelegd door de directeur van de landelijke artsenvereniging: *“als specialist is het ook lastig om tijd te maken om met samenwerking of preventie bezig te zijn, er moet immers wel geld verdiend worden voor het maatschap”*. Het belang van het behalen van productie en financiële doelstellingen voor het eigen maatschap is dan blijkbaar belangrijker dan te werken aan samenwerking. Bij het zorghotel en ook de verslavingskliniek maakt het management wel bewust tijd voor samenwerking. Dat hoeft ook niet ten koste te gaan van de productie zo stelt de directeur van de verslavingskliniek: *“wij maken bewust tijd voor netwerken omdat je dat nodig hebt om je productie te kunnen draaien. Mensen vinden het altijd leuk om over hun vak te praten en dan komt die verbinding wel tot stand”*. Bij de verslavingskliniek is samenwerking essentieel voor het primaire proces en dus de productie dus is er wel tijd voor samenwerking. Hierin ligt wel een verklaring waarom er bij het ziekenhuis minder tijd is voor samenwerking. Daar is men immers veel specialistischer bezig en heeft men samenwerking niet per se nodig om productiedoelstellingen te halen. Ook in het zorghotel hecht men waarde aan tijd voor samenwerking, ook om het over het proces te hebben: *“daar is dan ook wel tijd voor. Een keer in zoveel weken kun je wel een uur inplannen om te kijken naar elkaar handelen naast het multidisciplinair overleg waar toch snel veel patiënten besproken moeten worden”*. In deze setting zijn zulke momenten ook niet iets wat vanzelf ontstaat. Men is toch vooral bezig met het eigen werk maar dit soort overleggen kunnen wel gestimuleerd worden door het management aldus de directeur behandeling: *“om na te denken of te weten hoe goed werken wij nou samen moet de klok een uur stil gezet worden en men bij elkaar gaan zitten om te reflecteren op de samenwerking. Als die tijd je niet gegund is of hebt geen leidinggevende die ons daar op wijst en die zegt nu gaan jullie zitten en nu ga je het er over hebben, dan gebeurt dat ook niet”*. Hier ligt dus een rol voor de manager om professionals tijd te gunnen om gericht met samenwerking bezig te zijn.

Professionals hebben dus tijd nodig om samen te werken, zowel voor de inhoud als voor het proces. Hierbij zijn verschillen tussen het ziekenhuis en de andere organisaties wel waarschijnlijk omdat er verschillen zijn in de structuur en de daarmee samenhangende mate van managerial control. De specialisten in het ziekenhuis zijn vrijer om hun eigen werkzaamheden te plannen dan de professionals in een psychiatrische kliniek, een zorghotel of een geboortehotel. Zo vertelt een van de psychiaters over de verhouding tussen professionals en managers: *“We kunnen niet zonder met en zonder elkaar. Dat zijn wel zaken die heel anders gebeuren in een algemeen ziekenhuis dan bij ons in de psychiatrie. Wij*

zijn allemaal in loondienst en dat is bij die maatschappen toch wel iets anders, die hebben veel meer autonomie dan wij psychiaters". Dit betekent een manager in een ziekenhuis minder mogelijkheden heeft om er voor te zorgen dat professionals tijd maken voor samenwerking dan andere professionals die in loondienst zijn. Dit is te verklaren door de structuur van het ziekenhuis waar de professionals zich in maatschappen bevinden die relatief autonoom zijn ten opzichte van het ziekenhuis zelf, waar de zorgmanagers onderdeel van uit maken. Dit wordt wel ondervangen door middel van duaal management waarbij de zorgmanager van het ziekenhuis samen met de medisch manager, een van de specialisten, samen leiding geeft aan een afdeling van het ziekenhuis.

Gebleken is dat twee zaken een rol spelen bij het inzetten van methoden om samenwerking te organiseren. Ten eerste is er het gedrag van de manager dat maken heeft met de vraag waar initiatieven vandaan moeten komen, top-down of bottom-up? Zowel managers als professional geven de voorkeur aan initiatieven die bottom-up ontstaan omdat het professionals zelf zijn die uiteindelijk in zo'n samenwerkingsverband functioneren. De rol van het management van de organisatie maar ook van de vereniging is dan om mogelijkheden voor samenwerking te signaleren en vervolgens de voorwaarden te creëren om die samenwerking tot stand te laten komen. De voorkeur voor een bottom-up benadering valt ook te verklaren vanuit de autonomie van de professionals. Afgezien dat het beter zou zijn als initiatieven vanuit de professional zelf komen omdat er dan sprake is van intrinsieke motivatie is het voor managers ook lastig om professionals te vertellen wat zij moeten doen. Er bestaan immers niet alleen grenzen tussen professionals onderling maar ook tussen professionals en managers. Daarnaast speelt tijd een rol, een gebrek daaraan wordt ervaren als frustrerend voor samenwerking. Als er geen tijd is om met samenwerking bezig te zijn zal er zeer waarschijnlijk weinig gebeuren. Het gaat niet alleen om tijd om gezamenlijk met de inhoud van de zorg bezig te zijn maar ook tijd om te reflecteren op het proces van samenwerking an sich. Het creëren van voldoende tijd heeft te maken met structuren. De verschillende organisaties kennen verschillende structuren wat er voor zorgt dat niet iedere professional evenveel tijd besteedt aan samenwerking. Omdat specialisten in het ziekenhuis meer autonoom ten opzichte van het management zijn dan de andere professionals die in loondienst zijn, zullen zij minder snel tijd hebben voor samenwerking. Dit komt mede doordat zij niet in loondienst zijn en zelf geld moeten verdienen voor hun maatschap.

5.8 Tot slot

Welke resultaten heeft het empirisch onderzoek nu opgeleverd? Het is duidelijk geworden dat er verschillende opvattingen van multidisciplinaire samenwerking zijn en dat het absoluut zijn waarde heeft. Grenzen aan professionele domeinen maken het lastig om die samenwerking tot stand te brengen en zijn een factor waar aandacht aan besteed moet worden bij het organiseren van multidisciplinaire samenwerking. Dat kan gedaan worden door gebruik te maken van een aantal manieren van boundary-spanning. Dit zijn methoden om de grenzen tussen de verschillende professionele domeinen te overbruggen. Daarbij is het van belang dat er ruimte is voor initiatief van onderaf en dienen managers een faciliterende rol aan te nemen.

6. Conclusies en Aanbevelingen

Op basis van de hiervoor beschreven en geanalyseerde resultaten kan er nu een antwoord worden geformuleerd op zowel de theoretische als de empirische deelvragen. Om te beginnen zullen de theoretische deelvragen beantwoord worden gevolgd door de empirische deelvragen. Op basis van de beantwoording van deze deelvragen zal er een eindconclusie geformuleerd worden door een antwoord te geven op de hoofdvraag. Daarnaast zullen er ook aanbevelingen en suggesties voor verder onderzoek gedaan worden.

6.1 Theoretische deelconclusies

In hoofdstuk drie zijn de belangrijkste theoretische concepten uitgewerkt. De kernbegrippen uit de vraagstelling, namelijk multidisciplinaire samenwerking, professionals en hun grenzen en het methoden om die grenzen te overbruggen zijn nader uitgelegd. Deze theoretische uitwerking heeft de basis gevormd voor het empirisch onderzoek.

- *Wat is multidisciplinaire samenwerking tussen professionals?*

Multidisciplinaire samenwerking is samenwerking tussen verschillende typen professionals. Dit vraagt professionals om het delen van verantwoordelijkheden, het gezamenlijk nemen van besluiten, het delen van expertise en de kunst om over de grenzen van de eigen rol heen te kijken. Men kan om verschillende redenen samenwerken, bijvoorbeeld om een hoger doel te bereiken zoals betere zorg of omdat de samenwerkende partijen er zelf beter van worden. Multidisciplinaire samenwerking wordt steeds meer gezien als een belangrijk instrument voor het leveren van kwalitatieve en efficiënte zorg.

- *Welke grenzen spelen een rol bij multidisciplinaire samenwerking tussen professionals?*

Professionals beschikken over een aantal kenmerken die hen onderscheiden van andere werknemers. De belangrijkste hiervan zijn dat zij beschikken over specialistische kennis die moeilijk te verkrijgen is. Hiervoor moet lang gestudeerd worden, meestal aan een universiteit. Dit brengt met zich mee dat professionals beschikken over een mate van discretionaire ruimte, ruimte om professioneel te handelen op basis van eigen kennis en inzicht. Hier komt ook de relatieve autonomie uit voort die het lastig maakt om professionals aan te sturen. Deze kenmerken van professionals resulteren in begrensde professionele domeinen. Dit wil zeggen dat elk type professionals een eigen domein heeft wat zich duidelijk onderscheidt van de andere professionals en iedereen die geen professional is. De grenzen tussen die domeinen

bestaan uit cognitieve, technische en sociale grenzen. Dit wil zeggen dat elke groep van professionals eigen werkwijzen, kennis en gebruiken kent die voor buitenstaanders niet te begrijpen of toegankelijk zijn. Samenwerking is dan een lastig onderwerp als alle professionals zich in hun eigen begrensde domeinen bevinden. Bovendien hebben buitenstaanders zoals managers dan ook relatief weinig mogelijkheden om de professionals te sturen en samenwerking te organiseren.

- *‘Welke organisatorische voorwaarden kunnen geïntroduceerd worden om grenzen te overbruggen?’*

Ondanks de aanwezigheid van grenzen aan professionele domeinen zijn er toch mogelijkheden om multidisciplinaire samenwerking vorm te geven. Hier moet wel bewust aan gewerkt worden door het overspannen van die grenzen. Dit kan op een aantal manieren. Om te beginnen kan er gebruikt gemaakt worden van *boundary spanners*. Dit kunnen personen of organisaties zijn die verschillende partijen bij elkaar kunnen brengen met een nadruk op het managen van relaties. Een tweede manier is het organiseren van *interactions*, zorgen dat de professionals met elkaar in contact komen. De derde en laatste manier is het gebruik van *boundary objects*, fysieke objecten of onderwerpen die discussie en interactie uitlokken. Deze methoden zijn voornamelijk gericht op het organiseren van ontmoetingen en interactie tussen de verschillende professionals. Het lijkt er dan ook op dat met name aandacht voor de sociale en cognitieve grenzen van groot belang is voor het organiseren van samenwerking tussen professionals.

- *‘Op welke wijze kunnen organisatorische voorwaarden om grenzen te overbruggen geïntroduceerd worden en wat is de rol van de manager daarbij?’*

Bij het introduceren en inzetten van methoden voor het overbruggen van grenzen tussen professionals spelen ook de grenzen tussen professional en manager een rol. Zowel manager als professional hebben beiden hun eigen logica waarbij de professional nadruk legt op de kwaliteit van de zorg en de manager meer aandacht voor bedrijfseconomische belangen. Daarbij is de professional vaak ook nog relatief autonoom ten opzichte van de organisatie waar hij of zij zich in bevindt. Dit maakt het lastig om als manager actief methoden voor overbrugging van grenzen in te zetten. Hier zijn wel veranderingen in gaande gezien de *deprofessionalization* en *proletarization* thesissen van Freidson. Onder druk van maatschappelijke en economische ontwikkelingen is de macht van de professional ten opzichte van de manager steeds meer aan het afnemen. De positie van de professional is echter nog steeds sterk en vraagt dus om aandacht bij het inzetten van methoden om grenzen te overbruggen. Dit kan door ingrepen te doen in de structuur van de organisatie. Professionals en managers bevinden zich elk in een ander deel van de organisatie,

respectievelijk in de *operating core* en in de *middle line*. Dit onderscheid kan verkleind worden door professionals meer bij het management te betrekken in de vorm van duaal management. Een andere manier is door een neutrale organisatie buiten de organisatie te creëren zoals de Vereniging Zorgboulevard.

6.2 Empirische deelconclusies

- *‘Wat is multidisciplinaire samenwerking tussen professionals op de Zorgboulevard?’*

Het is gebleken dat er twee verschillende opvattingen zijn over wat multidisciplinaire samenwerking is. De eerste opvatting gaat uit van een meer integrale aanpak waarbij professionals van verschillende disciplines daadwerkelijk bij elkaar zitten om gezamenlijk aan een patiënt te werken. Deze opvatting wordt met name aangehangen door de respondenten van het zorghotel en het psychiatrisch centrum. De andere opvatting gaat uit van een meer volgordelijke samenwerking waarbij elke professional zijn eigen taak uitvoert en de nadruk ligt op het goed regelen van de overdracht en interfaces tussen de verschillende zorgverleners. Deze opvatting wordt met name aangehangen door de respondenten van het ziekenhuis, het geboortehotel, de huisartsenpost en de verslavingskliniek. Een verklaring voor deze verschillen in opvatting over samenwerking kan liggen in de aard van het werk. Als patiënten met meerdere problemen geconfronteerd worden of als hun problemen een veelvoud aan oorzaken hebben dan vraagt dat om een meer integrale aanpak. Dit zal vaker zo zijn bij ouderen die bij het zorghotel behandeld worden en cliënten van het psychiatrisch centrum dan bij de andere zorgverleners. Voorbeelden van samenwerking op de Zorgboulevard zijn de samenwerking tussen het geboortehotel en het ziekenhuis en die tussen het psychiatrisch centrum en het ziekenhuis.

- *‘Welke grenzen spelen een rol bij multidisciplinaire samenwerking tussen professionals op de Zorgboulevard?’*

Alle drie de typen grenzen die in het theoretisch kader zijn beschreven spelen een rol bij samenwerking tussen professionals. De eerste vraag was echter of grenzen überhaupt een rol spelen bij samenwerking. Dit blijkt wel zo te zijn en de verklaring die de meeste respondenten daarvoor geven is de specialisatie die professionals kenmerkt. Het hebben van een specialisatie, een van de kenmerken van een professional, maakt het lastig om kennis en begrip te hebben van andere professionals. Wat hierbij opvalt is dat de meeste respondenten het met name hebben over grenzen tussen hun eigen organisatie en het ziekenhuis. Dat is te verklaren door het feit dat de meeste samenwerkingsverbanden bestaan tussen een van de organisaties op de Zorgboulevard en het ziekenhuis. Een andere verklaring is dat medisch specialisten in een ziekenhuis bij uitstek voldoen aan de kenmerken van professionals zoals

die in het theoretisch kader zijn beschreven met name wat betreft specialistische kennis en autonomie. De grenzen die dan een rol spelen zijn cognitieve, technische en sociale grenzen. Cognitieve grenzen manifesteren zich in verschillende opvattingen van zorg verlenen. Een professional kan een meer holistische opvatting hebben waarbij de hele mens wordt beschouwd. De andere opvatting is een meer specialistische waarbij de professional zich alleen bezig houdt met dat gedeelte van een ziektebeeld waar zijn of haar specialisme ligt. Deze verschillende opvattingen maken het lastig om te begrijpen hoe een andere professional werkt. Technische grenzen hebben betrekking op de specifieke kennis die verschillende professionals hebben. Het is gebleken dat er weinig discussies zijn over wat nu beste manier is om een patiënt te behandelen maar er is wel een gebrek aan begrip voor de expertise van een ander. Dit kan een probleem vormen aangezien het kennis over wat professionals voor elkaar kunnen betekenen beperkt. Als men niet weet waar zorginhoudelijke raakvlakken liggen zal men minder snel tot samenwerking komen. Het derde type grens zijn de sociale grenzen. Deze manifesteren zich in de vorm van een gebrek aan persoonlijk contact en statusverschillen tussen de verschillende disciplines. Er bestaan dus cognitieve, technische en sociale grenzen tussen professionele domeinen die het lastig maken om samen te werken.

- *‘Welke organisatorische voorwaarden kunnen geïntroduceerd worden om grenzen op de Zorgboulevard te overbruggen?’*

Er zijn een aantal manieren om de grenzen van professionele domeinen te overbruggen. Door het gebruik van boundary spanners, interactions en boundary objects kan samenwerking over de grenzen van professionele domeinen heen georganiseerd worden. Boundary spanners kunnen twee vormen aannemen. De eerste is een professional die begrip heeft van niet alleen zijn eigen professie maar ook van andere. Dat stelt hem in staat om als een schakel te functioneren tussen zijn eigen beroepsgroep en een anderen. Deze rol kan ook door een neutrale partij op zich genomen worden zoals de Vereniging Zorgboulevard door met de verschillende beroepsgroepen in gesprek te gaan over mogelijkheden voor samenwerking. Het voordeel dat de vereniging hierbij heeft ten opzichte van een professional is dat zij geen eigen belang heeft en goed overzicht heeft van de mogelijkheden voor samenwerking. Een tweede manier om grenzen overbruggen zijn interactions, de verzamelnaam voor activiteiten gericht op het bevorderen van het contact tussen de professionals. Dit kan door bezoeken af te leggen aan andere organisaties in de vorm van stages of meeloopdagen. Ook kunnen professionals bij elkaar presentaties geven over hun werkwijze en expertise en tenslotte kan men door het fysiek bij elkaar plaatsen van verschillende professionals contact stimuleren. De laatste methode om grenzen te overbruggen zijn boundary objects. Dit zijn objecten of activiteiten die gesprekken en discussies uitlokken. Voorbeeld van een boundary object is een gedeeld personeelsrestaurant waar het personeel van alle verschillende organisaties, en dus professies, op de Zorgboulevard elkaar ontmoeten. In dat restaurant kunnen dan ook

lezingen of referaten worden georganiseerd die een professional de gelegenheid bieden anderen op de hoogte te stellen van zijn expertise en/of werkwijzen. Een ander voorbeeld is een gedeeld intranet wat het makkelijker maakt om andere professionals te vinden wanneer er behoefte is aan samenwerking. Ten slotte zijn er boundary objects in de vorm van werkconferenties. Deze conferenties brengen professionals bij elkaar rond een specifieke casus wat hun de mogelijkheid biedt om kennis te maken en in gesprek te gaan over de mogelijkheden voor samenwerking. Naast de cognitieve, technische en sociale grenzen die uit de literatuur komen spelen ook meer praktische grenzen een rol. Een gebrek aan tijd en geld kunnen samenwerking in de weg staan.

- *‘Op welke wijze kunnen organisatorische voorwaarden om grenzen te overbruggen op de Zorgboulevard geïntroduceerd worden en wat is de rol van de manager daarbij?’*

Er zijn twee zaken naar voren gekomen die een rol spelen bij het inzetten van methoden om samenwerking te organiseren. Ten eerste is er het gedrag van de manager dat maken heeft met de vraag waar initiatieven vandaan moeten komen, top-down of bottom-up? Zowel managers als professional geven de voorkeur aan initiatieven die bottom-up. De rol van het management van de organisatie maar ook van de vereniging is dan om mogelijkheden voor samenwerking te signaleren en vervolgens de voorwaarden te creëren om die samenwerking tot stand te laten komen.. Daarnaast speelt tijd een rol, een gebrek daaraan wordt ervaren als frustrerend voor samenwerking. Het gaat niet alleen om tijd om gezamenlijk met de inhoud van de zorg bezig te zijn maar ook tijd om te reflecteren op het proces van samenwerking an sich. Het creëren van voldoende tijd heeft te maken met structuren. De verschillende organisaties kennen verschillende structuren wat er voor zorgt dat niet iedere professional evenveel tijd besteedt aan samenwerking. Omdat specialisten in het ziekenhuis meer autonoom ten opzichte van het management zijn dan de andere professionals die in loondienst zijn, zullen zij minder snel tijd hebben voor samenwerking. Dit komt mede doordat zij niet in loondienst zijn en zelf geld moeten verdienen voor hun maatschap.

6.3 Conclusie

Op basis van de voorgaande deelconclusies kan er een antwoord worden geformuleerd op de hoofdvraag van het onderzoek die luidt:

‘Op welke wijze kunnen zorginstellingen multidisciplinaire samenwerking tussen professionals in de zorg organiseren en welke rol spelen managers daarin?’

Multidisciplinaire samenwerking kan van grote waarde zijn maar geen panacee om in te spelen op de ontwikkelingen in de zorg. Dé beste manier bestaat niet maar multidisciplinaire samenwerking is met name waardevol bij de behandeling van patiënten met meervoudige problemen, een groep die sterk groeiende is als gevolg van vergrijzing en veranderende leefstijlen. Dit betekent dus dat verschillende typen zorgverleners zoals medisch specialisten, psychiaters, nurse-practitioners etc. moeten gaan samenwerken om de best mogelijke zorg te leveren aan die groep patiënten. Over wat multidisciplinaire samenwerking dan is zijn de meningen verdeeld. Met name in het zorghotel en de psychiatrische kliniek staat men een integrale aanpak voor met intensieve samenwerking tussen professionals. Bij het ziekenhuis, de huisartsenpost en het geboortehotel ziet men meer een rol weggelegd voor het goed afstemmen van overdrachten van patiënten, zowel qua dossier als logistiek. De voorbeelden van samenwerking op de Zorgboulevard laten zien dat het organiseren van multidisciplinaire samenwerking zeker mogelijk is maar ook dat het niet vanzelf gaat. Grenzen tussen professionele domeinen spelen namelijk een rol bij het organiseren van samenwerking. Het blijkt dat die grenzen met name een rol spelen bij samenwerkingsverbanden tussen de specialisten van het ziekenhuis en professionals van andere organisaties op de Zorgboulevard. Dit is deels te verklaren doordat de meeste samenwerkingsverbanden ook bilateraal tussen het ziekenhuis en een andere partij zijn. Wat echter ook een rol speelt is dat de medisch specialisten bij uitstek voldoen aan het ideaaltype van een professionals. Ze beschikken hoogspecialistische kennis die moeilijk te verkrijgen is en het belangrijkste wellicht is dat zij relatief meer autonomie hebben ten opzichte van de andere professionals op de Zorgboulevard. Om toch samenwerking te organiseren zijn een aantal zaken van belang.

Om te beginnen is er een gevoel van urgentie noodzakelijk. Mogelijke samenwerkingspartners moeten beiden het belang van samenwerking inzien, zowel voor hun zelf als voor de patiënt. Dit gevoel van urgentie kan op de werkvloer ontstaan doordat professionals merken dat zij alleen het antwoord niet hebben op de problemen van de patient. Ook kan dit gevoel van urgentie kan gecreëerd worden door rond de juiste onderwerpen multidisciplinaire samenwerking te organiseren. De juiste onderwerpen kunnen patiëntengroepen zijn die significant voordeel hebben bij een multidisciplinaire aanpak of groepen patiënten die nu al bij verschillende zorgverleners langsgaan die nog niet samenwerken. Als er een gevoel van urgentie moet de samenwerking ook daadwerkelijk gerealiseerd worden ondanks de aanwezigheid van grenzen aan professionele domeinen. Er zijn verschillende methoden om verschillende typen grenzen te overbruggen maar de meeste effectieve methoden hebben een effect op zowel de cognitieve, technische als sociale grenzen. Hierbij is het sociale aspect over het algemeen de basis voor een goede samenwerkingsrelatie tussen professionals. Zowel de Vereniging Zorgboulevard als de managers van de verschillende zorginstellingen spelen een belangrijke rol bij het inzetten van die methoden. De manier waarop dit soort methoden

toegepast kunnen worden vraagt om een bottom-up aanpak van de manager. Hij of zij moet niet te veel van bovenaf willen sturen maar klaar staan om initiatieven van onderaf te faciliteren. Dit wil niet zeggen dat een topdown aanpak per definitie verkeerd is maar bottom-up geniet de voorkeur. Dit heeft te maken met het bewustzijn dat er ook grenzen bestaan tussen management en professionals die beiden een verschillend belang hechten aan waarden als kwaliteit, efficiency, geld etc. Een manier om hier mee om te gaan is door professionals bij het management te betrekken, bijvoorbeeld door duaal management. Dit voorkomt dat pogingen van managers om samenwerking te initiëren of sturen op te veel weerstand van de professional stuiten.

6.4 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies kunnen er enkele aanbevelingen gedaan worden voor de betrokken partijen bij het organiseren van samenwerking.

6.4.1 *Vereniging Zorgboulevard: zet in op meervoudige activiteiten zoals werkconferenties*

Alle drie de typen grenzen moeten overbrugd worden om tot succesvolle samenwerking te komen. De meeste effectieve methoden om dat aan te pakken is door in te zetten op meervoudige activiteiten die bijdragen aan het overbruggen van zowel de cognitieve, technische als sociale grenzen. Uit het onderzoek is gebleken dat de meeste partners op de Zorgboulevard al tevreden zijn met de manier waarop het projectbureau functioneert in haar rol als aanjager van de samenwerking. Met name de werkconferenties die een positieve invloed hebben op het overbruggen van zowel cognitieve, technische als sociale grenzen worden als zeer waardevol beschouwd. Het doorzetten van deze werkconferenties wordt dan ook aanbevolen waarbij aandacht besteed dient te worden aan de volgende zaken:

- *Selecteer de juiste onderwerpen*

Om te beginnen is het van belang om de juiste onderwerpen te signaleren waar een werkconferentie om heen georganiseerd kan worden. Het gaat dan om onderwerpen waarbij multidisciplinaire samenwerking daadwerkelijk een meerwaarde heeft voor de patiënt. Daarnaast dient er ook voldoende volume te zijn, als het gaat om een ziektebeeld wat maar enkele malen per jaar voorkomt dan is het niet rendabel om daar een werkconferentie voor te organiseren. Alleen als er een noodzaak is om actie ondernemen op een bepaald onderwerp zullen professionals en ook managers gemotiveerd zijn om actief deel te nemen aan zo'n werkconferentie. Bovendien is de kans dat er concrete acties ondernomen zullen worden als gevolg van een werkconferentie dan ook groter. Als het voor de deelnemende organisaties wat betreft volume, en de daarmee samenhangende financiële belangen, interessant is om

samenwerking op te zetten dan zal de inzet van die organisaties ook groter zijn. Dit is belangrijk aangezien de vereniging geen formele macht heeft maar op basis van argumenten en onderhandelen de partijen bij elkaar moet brengen.

- *Zorg voor resultaat*

Als de partijen overtuigd zijn van de noodzaak om tot samenwerking te komen en daar actief vorm aan willen geven in de vorm van werkconferenties dient de vereniging er voor te zorgen dat er op korte termijn na zo'n werkconferentie een concreet resultaat ligt. Dit kan zijn een overzicht met afspraken, een plan van aanpak of een vervolgafspraken. Als de deelnemers na afloop van de werkconferentie het idee hebben dat er verder niets meer ondernomen wordt dan zullen zij ook niet in actie komen. Hier ligt dus een taak voor de vereniging om het initiatief te nemen.

- *Organiseer meer activiteiten op een structurele basis*

Om samenwerking te realiseren zijn allerlei vormen van kennismaking en kennisuitwisseling van groot belang. Dit kan op een aantal verschillende manieren, waaronder door het organiseren van lezingen, referaten en conferenties in het personeelsrestaurant. De vereniging zou hier actief op moeten inzetten en vooral op een structurele basis. Door met een duidelijke regelmaat dergelijke activiteiten te organiseren wordt het gewoon voor de partijen op de Zorgboulevard. Als er eenmalig een keer een lezing is zullen er waarschijnlijk minder mensen komen dan wanneer men weet dat er elke maand een is. Hierbij valt dan te denken aan een kalender met activiteiten die ook verspreid wordt onder de partijen op de Zorgboulevard.

6.4.2 Managers: investeer in samenwerking

Voor managers strekt het tot aanbeveling om te investeren in samenwerking. Zij dienen alert te zijn op mogelijke samenwerkingsverbanden en moeten de professionals ook de tijd en de ruimte om daar mee bezig te zijn, bijvoorbeeld door deel te nemen aan activiteiten van de vereniging. Belangrijk hierbij is om te realiseren dat het om een investering gaat. Het opzetten van samenwerkingsrelaties zal in eerste instantie tijd kosten maar kan uiteindelijk leiden tot een betere en efficiëntere zorg voor bepaalde groepen patiënten. Dit betekent dat men in staat dient te zijn om over de directe belangen van de eigen organisatie heen te stappen en naar het grotere geheel te kijken.

6.4.3 Managers: kies voor een integrale benadering

Gezien de zorgvraag op Rotterdam Zuid waar veel zorgvragers te maken hebben met multiproblematiek en bovendien ook in mindere mate in staat zijn om zelfstandig hun weg te

vinden in het aanbod van zorg, ligt een integrale benadering hier voor de hand. Door in te zetten op een integrale benadering kan niet alleen beter ingespeeld worden op de inhoudelijke zorgvraag maar wordt ook het probleem ondervangen van zorgvragers die hun weg niet weten te vinden in het versplinterde aanbod van zorg. Dit is in hoge mate van toepassing aangezien er ook nog sprake is van culturele- en taalbarrières op Rotterdam Zuid.

6.4.4 Professionals: investeer in samenwerking

Voor professionals, de zorgverleners, is het van belang dat zij zich bewust zijn van de mogelijkheden die samenwerking met andere professionals kan bieden en daar ook gebruik van maken. Bijscholing en vakinhoudelijke ontwikkeling binnen het eigen specialisme gebeurt genoeg maar dient ook buiten het eigen domein plaats te vinden. Dit zal in eerste instantie een investering zijn naast de drukke praktijkvoering van elke dag maar de voordelen zijn evident. Samenwerking met andere zorgverleners zal leiden tot nieuwe inzichten binnen het eigen vakgebied maar biedt vooral mogelijkheden voor een betere zorg voor de patiënt. Het zijn niet alleen mogelijkheden, er is ook een noodzaak tot samenwerking. De toenemende en veranderende zorgvraag maakt dat een zorgverlener het zich niet langer kan veroorloven zich puur op het eigen specialisme te richten.

6.5 Suggesties voor verder onderzoek

Uit dit onderzoek is gebleken dat er grenzen bestaan tussen professionele domeinen. Hierbij lijkt het er op dat er een schaal van professionalisering is waarbij de specialisten in het ziekenhuis meer geprofessionaliseerd zijn dan de andere professionals op de Zorgboulevard. Dit wordt ook ondersteund door de literatuur over professionalisering. Daarbij is het ook zo dat de specialisten van het ziekenhuis worden gezien als het minst bereid tot samenwerking. Dit maakt het interessant om verder onderzoek te doen naar de relatie tussen de mate van professionalisering en de bereidheid tot samenwerking of de mate van participatie in samenwerkingsverbanden. Dit vraagt met name om een uitgebreidere en diepere typering van de verschillende typen professionals aan de hand van de kenmerken van professionals uit de literatuur.

Een ander interessant onderwerp voor onderzoek is het organiseren van samenwerking binnen de care sector. In dit onderzoek is de aandacht met name uitgegaan naar samenwerkingsverbanden tussen de psychiatrie, verpleegzorg en kraamzorg enerzijds (care) en de ziekenhuiszorg (cure) anderzijds. Het is gebleken dat deze samenwerking niet altijd vanzelfsprekend is wat mede te verklaren valt door de grote verschillen in specifieke kennis en autonomie. Maar hoe problematisch is samenwerking binnen de care sector, bijvoorbeeld

tussen de psychiatrie en de kraamzorg dan? Spelen de professionele grenzen daarbij een vergelijkbare rol of niet? Of spelen institutionele grenzen daarbij een grotere rol?

Aansluitend op de vorige vraag over het onderscheid tussen *care* en *cure* is de vraag hoe professionele grenzen zich verhouden tot organisationele en institutionele grenzen. Binnen dit onderzoek is bewust de keuze gemaakt om de focus op professionele grenzen te leggen. Echter is hierbij gebleken dat ook dan de grenzen van organisaties een grote invloed hebben. Om de resultaten van dit onderzoek in perspectief te plaatsen strekt het dan ook tot de aanbeveling om nader onderzoek te doen naar verhouding tussen het belang van professionele grenzen en het belang van organisationele grenzen zoals financiering. Wat is de belangrijkste factor bij het organiseren van samenwerking, het samenbrengen van de professionals of het organiseren van financiering en logistiek?

6.6 Tot slot

Een van de belangrijkste kanttekeningen die bij dit onderzoek geplaatst kan worden is de vraag wat het belang is van professionele grenzen bij samenwerking. Dezelfde vraag is ook al gesteld bij de suggesties voor verder onderzoek en gaat in op de relevantie van het onderzoek. Het is gebleken dat de meeste professionals echt wel willen samenwerken. De medisch specialist in de ivoren toren die regeert per decreet is niet meer. Er zijn wel degelijk nog grenzen tussen de verschillende professionele domeinen maar de vraag is of dat de belangrijkste factor is bij het vormgeven van multidisciplinaire samenwerking. Want waar professionals samenwerken moeten ook organisaties samenwerken die afspraken maken over zaken als logistiek en financiering. Met name op het laatste vlak lijken grote problemen te liggen. Wanneer samenwerken, in het belang van de patiënt, een zorginstelling minder opbrengt dan wanneer er niet wordt samengewerkt dan zal men toch geneigd zijn te kiezen voor niet samenwerken. Het huidige, starre financieringsmodel laat immers weinig ruimte voor innovaties. Om professionals echt ruimte te geven om verregaand te gaan samenwerken zal dit probleem eerst aangepakt moeten worden.

Dit wil niet zeggen dat de professional volledig vrijuit gaat. Hoewel niet de schuld van de huidige professionals, zijn zij niet opgeleid als de zorgverlener van morgen. Dit wil zeggen dat bij opleidingen er geen tot weinig aandacht is voor samenwerking, wat een vak op zich is. De nadruk ligt op het vergaren van specialistische kennis wat ook zo moet blijven. Maar meer bewustzijn voor het feit dat ook andere zorgverleners een grote bijdrage kunnen leveren aan het welzijn van hun patiënt kan van grote waarde zijn.

Literatuurlijst

Ackroyd, e. a. (2007). *Professional Control*. Oxford: Blackwell Publishing.

Baxter, S. K. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of Interprofessional Care* , 239-251.

BorstkankerVerenigingNederland. (2011). *Mamapoli*. Geraadpleegd op 8 februari 2011: http://www.borstkanker.nl/heb_ik_borstkanker_mamapoli.

Brown, e. a. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams - can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care* , 4-10.

Bucher, R., & Strauss, A. (1961). Professions in Process. *American Journal of sociology*, vol 66. no.4 , 325-334.

Calleson, D. S. (2004). Institutional collaboration and competition in community-based education. *Journal of interprofessional care* , 63-74.

De Bruijn, H. (2006). *Prestatiemeting in de publieke sector: tussen professie en verantwoording*. Den Haag: Lemma.

Dordrecht, G. (2011). *Website Gezondheidspark Dordrecht*. Geraadpleegd op 8 februari 2011: <http://www.gezondheidsparkdordrecht.nl/>.

Freeman, M. M. (2000). The impact of individual philosophies of teamwork on multi-professional practice and the implications for education. *Journal of interprofessional care* , 237-247.

Freidson, E. (1994). *Professionalism Reborn*. Chicago: University of Chicago Press.

Freidson, E. (2001). *Professionalism, The Third Logic*. Oxford: Blackwell Publishers.

Glouberman, S. M. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease-Part II: ntegration. *Health Care Management Review* , 70-84.

HandenTeamZeeland. (sd). Opgeroepen op 05 21, 2011, van Handen Team Zeeland: <http://handenteam.nl>

Hart, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom Onderwijs.

Heldal, F. (2010). Multidisciplinary collaboration as a loosely coupled system: integrating and blocking professional boundaries with objects. *Journal of interprofessional Care* , 19-30.

Hojat, M. G. (2011). An instrument for measuring pharmacist and physician attitudes towards collaboration: Preliminary psychometric data. *Journal of Interprofessional Care* , 66-72.

Kapral, O. (2011). Healthcare managers on interprofessional teams. *Journal of interprofessional care* , 77-78.

Kimble, C. G.-P. (2010). Innovation and knowledge sharing across professional boundaries: Political interplay between boundary objects and brokers. *International Journal of Information Management* , 437-445.

KNMG. (2011). *Over KNMG*. Geraadpleegd op: 15 februari: <http://knmg.artsennet.nl/Over-KNMG.htm>.

KNMG. (2011). *Registratie HVRC*. Geraadpleegd op: 15 februari: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/registratie/hvrc.htm>.

Koppenjan, J., & Klijn, E.-H. (2004). *Managing Uncertainties in Networks*. London: Routledge.

Lawson, H. (2004). The logic of collaboration in education and the human services. *Journal of Interprofessional care* , 225-237.

Legemaate, J. (2011, januari 25). *Problemen bij samenwerking, vrijblijvendheid voorbij*. Opgeroepen op juni 24, 2011, van Skipr: <http://www.skipr.nl/blogs/id297-problemen-bij-samenwerken-vrijblijvendheid-voorbij.html>

Martin-Rodriguez, S. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care* , 132-147.

MedischOndernemen. (sd). *Orde: 'Een heel schadelijk conflict is afgewend'*. Opgeroepen op 5 21, 2011, van Medisch Ondernemen: <http://www.medischondernemen.nl/Specialist/orde-een-heel-schadelijk-conflict-is-afgewend.html>

Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organisation Design. *Management Science* , 322-341.

Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care* , 29-35.

NBvK. (2011). *Over ons*. Badhoevedorp: http://www.nbvkinactie.nl/over_de_nbvk/wie_zijn_we/.

Noordegraaf, M. (2004). *Management in het publieke domein*. Bussum: Coutinho.

Noordegraaf, M., & Van der Klauw, D. (2011). Professional boundary work: theorization of change and boundaries in multidisciplinary health care practices. *n.n.b.*

NPCF. (sd). *NPCF roept artsen op om patient serieus te nemen*. Opgeroepen op 5 21, 2011, van Nederlandse Patienten Consumenten Federatie: http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=1563:npf-roept-artsen-op-om-patient-serieus-te-nemen-&catid=44:nieuws&Itemid=64

NVZ, N. V. (2010). *Zorg voor Baten*. Utrecht: NVZ.

Putters, K., & Janssen, M. (2011). Naar een ander perspectief in innovatiebeleid. *Investeren in innovatie: 'The next step'* (pp. 9-14). Rotterdam: iBMG.

Rekenkamer, A. (2010). *Afstemming van de zorg rond chronische aandoeningen*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.

RVZ. (2010). *Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties*. Den Haag: RVZ.

RVZ. (2010). *Zorg voor je gezondheid*. Den Haag: RVZ.

RVZ, R. v. (2010). *Prespectief op gezondheid 20/20*. Den Haag: RVZ.

Skipr. (2011, Juni 20). *UMC Utrecht krijgt Centrum voor Seksueel Geweld*. Opgeroepen op Juni 26, 2011, van Skipr: <http://www.skipr.nl/actueel/id7899-umc-utrecht-krijgt-centrum-seksueel-geweld.html>

Van den Bossche, P. G. (2006). Social and Cognitive Factors Driving Teamwork in Collaborative Learning Environments. *Small Group Research* , 490-251.

Van der Lucht, F. P. (2010). *Van Gezond naar Beter*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Van Thiel, S. (2010). *Bestuurskundig onderzoek, een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

VerenigingZorgboulevard. (sd). *Op de Zorgboulevard*. Opgeroepen op 5 21, 2011, van <http://opdezorgboulevard.nl>

Vos, L. (2010). *Towards process-oriented care delivery in hospitals*. Utrecht: Nivel.

Wenger, E. (2000). Communities of practice and social learning. *Organization* , 225-246.

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

Williams, P. (2002). The Competent Boundary Spanner. *Public Administration Vol. 80 No. 1* , 103-124.

Witman, Y. (2007). *De medicus maatgevend*. Assen: Koninklijke van Gorcum.

WRR. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Zorgboulevard, V. (2009). *Bijlagenboek Op Zuid*. Rotterdam: Vereniging Zorgboulevard.

Zorgboulevard, V. (2009). *Gezond op Zuid*. Rotterdam: Vereniging Zorgboulevard.

ZorgIDHardenberg. (2011). *Gezondheidspark Hardenberg*. <http://www.gezondheidsparkhardenberg.nl/algemeen.html>: Geraadpleegd op 8 februari 2011.

Zorgvisie. (2010, Oktober). *Zorgvisie*. Opgeroepen op Juni 24, 2011, van Zorgvisie: <http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Samenwerking-moet-beter-binnen-verloskunde.htm>

Bijlage I: Operationalisatie

- 1) Multidisciplinaire samenwerking
 - a) Is multidisciplinaire samenwerking een methode om betere zorg te leveren?
 - i) Als gevolg van een stijgende zorgvraag?
 - ii) Als gevolg van een veranderende zorgvraag die meer individueel wordt?
 - b) Is er sprake van gedeelde verantwoordelijkheden bij samenwerkingsverbanden?
 - c) Is er respect en begrip voor de andere professionals waarmee samengewerkt wordt?
- 2) Grenzen aan professionele domeinen
 - a) Hoe manifesteren cognitieve grenzen zich?
 - i) Verschillen in wereldbeeld?
 - ii) Verschillen in kennis en vaardigheden?
 - iii) Verschillen in morele standaarden?
 - b) Hoe manifesteren technische grenzen zich?
 - i) Gebruik van verschillende methoden?
 - ii) Beschikken over verschillende competenties?
 - c) Hoe manifesteren sociale grenzen zich?
 - i) Gebrek aan interacties met andere professionals?
 - (1) Als gevolg van verschillende opleidingen?
 - (2) Als gevolg van verschillende beroepsgroepen?
- 3) Hoe kunnen die grenzen overbrugd worden?
 - a) Door middle van boundary spanners?
 - i) Een persoon of een organisatie die partijen bij elkaar brengt en zich bezig houdt met het faciliteren van samenwerking?
 - ii) Welke eigenschappen zijn van een boundary spanner zijn van belang?
 - (1) Vertrouwen
 - (2) Neutraliteit
 - (3) Inhoudelijke kennis
 - (4) Legitimiteit
 - b) Door middel van interactions?
 - i) Ontmoetingen met andere professionals?
 - ii) Bezoeken brengen aan de organisaties van andere professionals?
 - c) Door middle van boundary objects?

- i) Object dat uitnodigt tot interactie met andere professionals
- 4) Organiseren van de overbrugging
 - a) Hoeveel macht heeft een manager om veranderingen door te voeren?
 - b) Op wat voor manieren kan een manager methoden voor overbrugging invoeren?
 - i) Door professionals te overtuigen van het voordeel?
 - ii) Professionals betrekken bij de verandering door gebruik van een medisch manager?