

'Op weg naar geïntegreerde oogzorg' viert derde lustrum

Een analyse vanuit institutioneel perspectief

Afstudeeronderzoek Master Zorgmanagement
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam



mw. C.B.J. Moerland
Studentnummer 350600

Docent: mw. dr. A.A. de Bont
Eerste meelezer: prof. dr. R.A. Bal
Tweede meelezer: mw. dr. H.M. van de Bovenkamp

16 Juni 2012

Voorwoord

Het resultaat van mijn onderzoek naar het ontstaan van samenwerking op het gebied van de oogheeskundige zorg tussen oogartsen en optometristen in de afgelopen 15 jaar (1996-2011) ligt voor u. Dit onderzoek voerde ik uit ter afronding van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit, instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg.

Het oogheeskundige werkveld is voor mij bekend terrein. Ik heb er door de jaren heen vanuit diverse posities en met verschillende expertise onderdeel van uitgemaakt. In 1996 heb ik de optiekopleiding aan de Christiaan Huygensschool Rotterdam afgerond, waarna ik optometrie ging studeren aan de Hogeschool van Utrecht. In die jaren heb ik kennis gemaakt met het werken in het optiekbedrijf. Na het afronden van de optometrie opleiding ging ik daarnaast als optometrist in de tweede lijn werken. Ik koos specifiek voor een baan in het ziekenhuis, omdat in de eerste lijn optometrie nog nauwelijks werd bedreven. Nu ik de onderzoeksresultaten van mijn onderzoek ken realiseer ik me meer dan toen hoe speciaal dat eigenlijk was. Hulde voor de oogartsen die het aandurfd en om al in 1999 met deze nieuwe professional in zee te gaan! Het wederzijds vertrouwen was al snel gewonnen en ik heb jaren met veel plezier op de poli oogheeskunde gewerkt.

Daarna ben ik de beleidskant op gegaan en heb ik ter afronding van de HEAO de juridische, economische en organisatorische aspecten van optometrie binnen de tweede lijn in kaart gebracht. Inmiddels werk ik als beleidsmedewerker voor de wetenschappelijke vereniging van oogartsen, het NOG (Nederlands Oogheeskundig Gezelschap) en ondersteun ik het bestuur en de beroepsbehartigingcommissie. De keuze voor een onderzoek op het gebied van oogheeskunde was dan ook snel gemaakt. In oktober vorig jaar was ik aanwezig bij de ondertekening van de intentieverklaring van Vision 2020 in de Nieuwspoort in Den Haag. Ik vroeg me af wat er in de afgelopen 15 jaar op het gebied van samenwerking was gebeurd, aangezien in 1996 ook al een intentieverklaring getekend was door branchepartijen om te komen tot geïntegreerde oogzorg. Daaruit maakte ik op dat de ontwikkelingen minder snel waren gegaan dan verwacht en ik vroeg mijzelf af hoe dat verklaard zou kunnen worden.

Mijn onderzoek geeft een historische schets van veranderingen in het oogheeskundige werkveld, mede dankzij de oogartsen en optometristen die mijn uitnodiging om mee te werken aan de interviews enthousiast en soms zelfs vereerd aannamen. Bedankt voor jullie openhartigheid en betrokkenheid. Bij het lezen en herlezen van de transcripten hoorde ik jullie stemmen, die het vaak zoveel mooier zeiden dan ik op kon schrijven.

Naast een algemeen woord van dank voor iedereen die mij in het afgelopen jaar gesteund heeft wil ik graag de volgende mensen persoonlijk bedanken:

Mijn begeleider dr. A.A. de Bont: Beste Antoinette, in de maand van het tekenen van het convenant in de Nieuwspoort in Den Haag gaf je een college over de institutionele theorie. Ik zag een link met de vraag die ik mezelf een week eerder gesteld had en raakte nieuwsgierig hoe vanuit die theorie het oogheeskundige werkveld in de jaren veranderd was. Ik ben vereerd dat jij me hebt willen begeleiden in de zoektocht naar het vinden van het antwoord.

Je stond inhoudelijk heel dicht bij het onderzoek en je hebt me écht academisch leren schrijven. Jouw begeleiding heb ik als zeer prettig ervaren, dankjewel.

Mijn werkgever het NOG, voor dit onderzoek vertegenwoordigd in de persoon van prof. dr. S.M. Imhof, voorzitter NOG (thans oud-voorzitter): Beste Saskia, bedankt voor je medewerking en fiat aan dit onderzoek. Taakherschikking en samenwerking heeft onze gezamenlijke interesse. We hebben samen gezocht naar een onderwerp hierover dat nieuwe inzichten zou verschaffen. Ik denk dat dat zeker gelukt is.

Drs. H.A.L.F. Hoogstede, secretaris beroepsbeartigingcommissie NOG: Beste Drik, heel veel dank voor je betrokkenheid, steun en interesse. Ik kan mij geen betere 'collega' wensen!

Dr. C.A. Verezen, voorzitter van de Optometristen Vereniging Nederland (OVN): Beste Anton, het enthousiasme waarmee je reageerde toen ik over mijn onderzoek vertelde en je vroeg of de OVN haar medewerking hieraan zou willen verlenen was veelzeggend. Dank voor je medewerking en het beschikbaar stellen van de contactgegevens van oud-bestuursleden.

Marloes en Anouk: Bedankt dat jullie mijn *critical friends* waren! Jullie stelden op de juiste momenten uitdagende vragen en gaven bevestiging en support. Jullie vriendschap is mij veel waard. Dank!

Yvonne, Rian en Suzanne: Mede dankzij jullie ben ik geen dag met tegenzin naar Rotterdam gereden. Zullen we onze nEURds club dan nu maar omzetten in een alumnivereniging? Ik ben wel voor een regelmatige evaluatie!

Met name de context maakte het Master jaar een bewogen jaar. Lieve vrienden en familie, bedankt voor jullie steun hierin. Ik kijk er naar uit om weer veel gezellig momenten met jullie te delen. Ik ben weer beschikbaar voor een kaasplankje en een goed glas wijn!

Corina Moerland

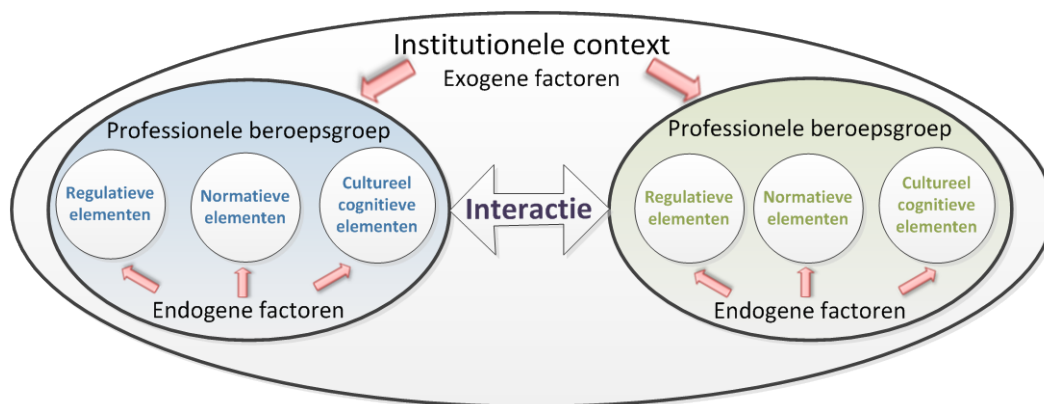
Breda, 18 mei 2012

Samenvatting

Het thema van dit onderzoek is samenwerking in de oogheekkundige zorg. De beroepsgroepen binnen het oogheekkundige werkveld hebben in de afgelopen vijftien jaar vooruitgang geboekt op het gebied van samenwerking, maar niet zo veel en niet zo snel als beoogd was. Waarom zijn de ontwikkelingen in de afgelopen vijftien jaar langzamer gegaan dan verwacht?

Theorie

De samenwerking in het oogheekkundige werkveld wordt onderzocht vanuit de institutionele theorie. Zoals in de figuur hieronder weergegeven vormen binnen deze theorie volgens Scott (2008a en 2008b) afzonderlijke professionele beroepsgroepen ieder een afzonderlijke institutie met eigen normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen. Deze wetten, regels en algemeen geldende normen en waarden beïnvloeden het functioneren van actoren binnen de institutie. Op deze elementen wordt endogene druk uitgeoefend door actoren binnen de eigen institutie en exogene druk vanuit de institutionele context waarbinnen de professies opereren, zoals bijvoorbeeld door de overheid. Mede hierdoor vindt langzaam verandering of bevestiging van de elementen plaats. De mate van endogene en exogene druk, de invulling van de elementen en de mate van interactie tussen beroepsgroepen die werkzaam zijn binnen dezelfde institutionele context zijn bepalend voor de vormgeving van samenwerking.



Het onderzoek spitst zich toe op de samenwerking tussen oogartsen en optometristen. In het onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt met welke regels de overheid exogene druk uitoefent op beide beroepsgroepen. Ook is gekeken hoe professionals druk uitoefenen op hun eigen institutie en welke normen er gelden binnen de beroepsgroepen van oogartsen en optometristen. Daarnaast is gekeken hoe deze professionele beroepsgroepen op basis van die regels en normen betekenis geven aan sociaal gedrag.

De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd: *Hoe kunnen we op basis van de institutionele theorie verklaren waarom de veranderingen in de oogheekkundige zorg in Nederland in de afgelopen 15 jaar langzamer zijn gegaan dan verwacht en welke bijzondere rol spelen professionals daarin?*

Deze onderzoeksvraag is onderverdeeld in de volgende deelvragen:

- Hoe heeft de institutionele context druk uitgeoefend op de professionele beroepsgroepen van oogartsen en optometristen?
- Hoe hebben endogene factoren binnen de institutie van oogartsen druk uitgeoefend op de professionele beroepsgroep van oogartsen?
- Hoe hebben endogene factoren binnen de institutie van optometristen druk uitgeoefend op de professionele beroepsgroep van optometristen?
- Hoe heeft de betekenisgeving door oogartsen en optometristen aan de regels en normen de samenwerking beïnvloed?

Methode

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is kwalitatief onderzoek gedaan in de vorm van documentanalyse en interviews met (oud) bestuurders van de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) en het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) die een sleutelrol hebben gespeeld in de vormgeving van samenwerking in de oogheelkundige zorg op landelijk niveau in de afgelopen 15 jaar. Om niet alleen ervaringen te polsen, maar ook onderliggende normen en waarden en gedrag te expliciteren is daarnaast gebruik gemaakt van open participerende observatie. De focus lag daarbij op hetgeen door aanwezigen werd gezegd.

Resultaten

Uit het onderzoek blijkt dat samenwerking ontstaat en institutioneel wordt ingebed door een combinatie van de verandering in de drie institutionele elementen normatief, regulatief en cultureel-cognitief. Ten eerste heeft de overheid in de afgelopen vijftien jaar de regelgeving aangepast op het gebied van de financiering van de medisch specialistische zorg. Ten tweede heeft een verandering van de norm van oogartsen plaatsgevonden naar meer balans tussen werk en privé. Ten derde geven oogartsen en optometristen een andere betekenis aan sociaal gedrag door de veranderingen op het gebied van regelgeving en de veranderde normen. Daarnaast is de medisch technologische ontwikkeling een exogene factor die het ontstaan van samenwerking mede heeft ondersteund.

Deze bevindingen uit de interviews, participerende observaties en documentanalyse zijn gepresenteerd aan de hand van drie thema's: de opkomst van samenwerking als oplossing, de opkomst van een nieuwe professie (de optometrist) en ontwikkeling van nieuwe medische en informatie technologie.

In de drie uitgewerkte thema's zijn de verschillende lagen zichtbaar gemaakt: de verandering in wetgeving, de verschuiving van de norm en de betekenisgeving aan samenwerking. De thema's illustreren dat er op een dieperliggend niveau veranderingen moeten plaatsvinden om daadwerkelijk tot een verandering te komen.

Conclusie en discussie

Een aantal aspecten valt samen zoals veranderde wetgeving op het gebied van financiering van de medisch specialistische zorg, verschuiving van de norm naar meer balans tussen werk en privé bij oogartsen, de opkomst van een nieuwe beroepsgroep en medisch technische ontwikkelingen. Deze factoren geven aan dat het tekenen van een convenant

alleen onvoldoende is om tot samenwerking in de oogheekundige zorg te komen. Een periode van 15 jaar is een periode waarin een generatie is veranderd. Er is tijd nodig om mensen op te leiden. Zoals aangegeven in het theoretisch kader worden professionals tijdens hun opleiding gevormd en is die periode bepalend voor de vorming van de normen, waarden, gedragingen en de betekenisgeving aan samenwerking. Daarnaast had de beroepsgroep van optometristen die in opkomst was tijd nodig om zich te nestelen en te bewijzen in het oogheekundige werkveld. De technologische ontwikkeling was al langer aan de gang, maar om die echt goed te kunnen gebruiken moet de organisatorische setting kloppen en moet er vertrouwen zijn tussen de beroepsgroepen. Deze voorwaarden liggen er nu. Uit het onderzoek en de theorie blijkt dat pas dan verandering in de betekenisgeving plaatsvindt en daadwerkelijk samenwerking tot stand komt.

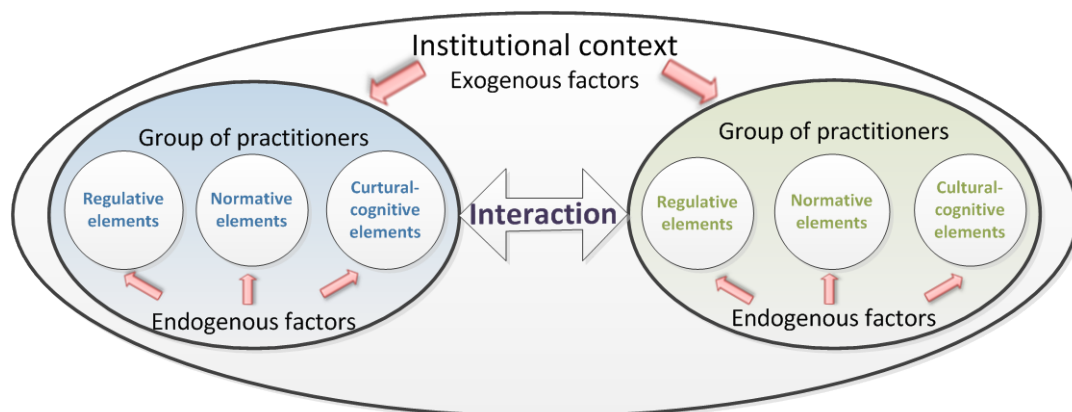
Abstract

The subject of this research is collaboration in ophthalmic care. In the last 15 years professional groups within the ophthalmic field have made progress in the domain of cooperation but not as much nor as fast as was intended. Why was the development slower than expected?

Theory

The cooperation in the ophthalmic care is examined from the point of view of the institutional theory. As shown in the figure below, each individual group of practitioners forms a separate institution with its own normative, regulative and cultural-cognitive elements. These laws, rules and generally accepted norms and values influence the functioning of performers within the institution.

Endogenous pressure is carried out on these elements by actors within their own institution. Exogenous pressure is carried out by the institutional context in which the professions operate, for example the government. This will result in slow change or confirmation of the elements. The degree of endogenous and exogenous pressure, the interpretation of the elements and the degree of interaction between professional groups working within the same institutional context are crucial for the development of cooperation.



This research focuses on cooperation between ophthalmologists and optometrists. The study made clear how the government puts exogenous pressure on both individual professional groups by legislation. It also explores how professionals put pressure on their own institution and what standards are applicable within the groups of ophthalmologists and optometrists. It also considers how these professional groups are of consequence to social behaviour based on those rules and standards.

The main question of this study is formulated as follows: *How can we, based on institutional theory, explain why changes in the ophthalmic care in the Netherlands went slower than expected in the last 15 years and what is the special role of professionals in it?*

The research-question is divided in the following sub-questions:

- How does the institutional context put pressure on the different professional groups?
- How have endogenous factors within the institution of ophthalmologists put pressure on the group of ophthalmologists?
- How have endogenous factors within the institution of optometrists put pressure on the group of professional optometrists?
- How did the meaning of ophthalmologists and optometrists on rules and norms affect cooperation?

Method

To answer these questions qualitative research has taken place by means of document analysis and interviews with (former) directors of the Optometrist Association Netherlands (OVN) and the Dutch Ophthalmological Society (NOG) who played a key role in shaping cooperation in the ophthalmic care at a national level over the past years.

Beside that, the researcher made use of open participatory observation, not only to sound out experiences but also to make explicit the underlying values and behaviour.

Results

The study shows that cooperation arises and is institutionally embedded by a combination of the change in three elements: normative, regulative and cultural-cognitive.

Firstly, the government changed the rules determining the funding of medical care in the past 15 years. Secondly, a change of the norm of ophthalmologists has taken place in order to have a different balance between work and home. Thirdly, ophthalmologists and optometrists give a different meaning to social behaviour because of changes in legislation and standards. The development in medical technology is also an exogenous factor that originated cooperation.

These findings from interviews, participant observations and document analysis are illustrated by three themes: the emergence of cooperation as a solution instead of a problem, the start of a new profession (the optometrist) and the development of new medical and information technology.

In these three themes the different layers are made visible: the change in legislation, the shift of the norm and the meaning given to cooperation.

The themes illustrate that, at a deeper level, changes have to be made in order to come to a real change.

Conclusion and discussion

Some aspects coincide like changing legislation in the field of financing specialist medical care, shift of the norm to more balance between work and private, the start of a new medical profession and technical developments. These factors indicate that just the signing of an agreement is not sufficient enough to implement cooperation in the ophthalmic care. A period of fifteen years is a period in which a generation has changed. It takes time to train people. As indicated in the theoretical framework professionals are formed during their training period and that is decisive for the formation of norms, values and behaviour and the meaning of cooperation. In addition, the emerging profession of optometrist needed time to settle down

and prove itself in the ophthalmic field. Technical development was already under way, but the organizational setting has to be correct and there should be trust between the professional groups. These conditions are now present. The research and theory show that only then change will occur and cooperation actually will be established.

Inhoud

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	4
ABSTRACT	7
1. AANLEIDING VAN HET ONDERZOEK	12
1.1 INLEIDING	12
1.2 PROBLEEMVERKENNING	15
1.2.1 <i>Probleemanalyse en probleemstelling</i>	15
1.3 RELEVANTIE	16
1.3.1 <i>Wetenschappelijke relevantie</i>	16
1.3.2 <i>Maatschappelijke relevantie</i>	17
1.4 LEESWIJZER.....	17
2. THEORETISCH KADER	18
2.1 DE INSTITUTIONELE THEORIE.....	18
2.1.1 <i>Regulatieve element van een institutie</i>	19
2.1.2 <i>Normatieve element van een institutie</i>	19
2.1.3 <i>Cultureel-cognitieve element van een institutie</i>	19
2.2 VERANDERING.....	21
2.2.1 <i>Verandering gedefinieerd</i>	21
2.2.2 <i>Institutionele veranderingen</i>	22
2.2.3 <i>De professional als institutionele agent</i>	23
2.3 SAMENWERKEN.....	23
2.3.1 <i>Institutionele samenwerking</i>	24
2.3.2 <i>Endogene en exogene druk op samenwerking</i>	24
2.3.3 <i>Vertrouwen in samenwerking</i>	24
2.4 CONCEPTUEEL MODEL.....	26
2.5 VRAAGSTELLING EN DEELVRAGEN	26
3. METHODE VAN ONDERZOEK	27
3.1 ONDERZOEKSOORT EN LOCATIE.....	27
3.2 DATAVERZAMELING.....	27
3.2.1 <i>Documentanalyse</i>	27
3.2.2 <i>Interviews</i>	28

3.2.3	<i>Participerende observatie</i>	30
3.2.4	<i>Aanpak analyse van de data</i>	31
3.3	VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID	32
3.3.1	<i>Interne validiteit</i>	32
3.3.2	<i>Externe validiteit en betrouwbaarheid</i>	33
3.4	ROL VAN DE ONDERZOEKER EN ETHISCHE ASPECTEN.....	33
4.	RESULTATEN	34
4.1	DE OPKOMST VAN SAMENWERKING ALS OPLOSSING	34
4.1.1	<i>Aanpassing van regelgeving door de overheid</i>	34
4.1.2	<i>Normverschuiving binnen de institutie van oogartsen</i>	38
4.2	OPKOMST NIEUWE PROFESSIONE; DE OPTOMETRIST	39
4.2.1	<i>Het ontstaan van optometrie als professie</i>	39
4.2.2	<i>Opkomst nieuwe professie vanuit het oogpunt van oogartsen</i>	41
4.3	ONTWIKKELING VAN NIEUWE MEDISCHE EN INFORMATIE TECHNOLOGIE	45
5.	CONCLUSIE EN DISCUSSIE	47
5.1	RESULTATEN.....	47
5.1.1	<i>Samenwerking vraagt om scala van interventies</i>	49
5.1.2	<i>Zijn de ontwikkelingen langzaam gegaan?</i>	49
5.1.3	<i>De oogartsen en optometristen als institutionele agenten</i>	50
5.2	BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK EN KRITISCHE REFLECTIE	51
5.3	AANBEVELINGEN	51
	LITERATUURLIJST	53
	BIJLAGE 1 UITNODIGING INTERVIEW	58
	BIJLAGE 2 TOPICLIJST TER ONDERSTEUNING VAN HET INTERVIEW.....	59
	BIJLAGE 3 SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING RESPONDENTEN OPNEMEN INTERVIEW	59
	BIJLAGE 5 HISTORISCH OVERZICHT FINANCIERING MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG.....	62
	LIJST MET AFKORTINGEN.....	63

1. Aanleiding van het onderzoek

Het thema van dit onderzoek is samenwerking in de oogheelkundige zorg. In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek geschetst door het verkennen van het probleem op het gebied van samenwerking in de oogheelkundige zorg in de afgelopen 15 jaar, waarna de probleemstelling wordt geformuleerd. Vervolgens wordt aangegeven waarom het zowel wetenschappelijk als maatschappelijk relevant is dit probleem te onderzoeken. Aan het einde van dit hoofdstuk is de leeswijzer opgenomen.

1.1 Inleiding

Tal van beroepsgroepen spelen een rol in het oogheelkundige werkveld en leveren een bijdrage aan het visueel functioneren van mensen in Nederland.

Voor een nieuwe bril of contactlenzen kan je in Nederland terecht bij een optiekbedrijf. Hier werken opticiens en contactlensspecialisten. Steeds vaker hebben optiekbedrijven ook een optometrist in dienst. In de afgelopen 15 jaar is de optometrist opgekomen als nieuwe beroepsgroep. Het aantal optometristen is in de afgelopen jaren sterk toegenomen van naar schatting 30 optometristen in 1997 tot 826 in 2009 (OVN 2011a). 70% daarvan werkt in een optiekbedrijf en 20% van de optometristen werkt in het ziekenhuis (Ibid). Daarnaast werkt een aantal optometristen als low vision specialist in de derdelijns gezondheidszorg. De optometrist probeert dan met onder andere loupes en leesglazen het resterende gezichtvermogen van slechtziende mensen optimaal te benutten.

De optometrist is opgeleid voor het uitvoeren van oogheelkundige onderzoeken en het stellen van een optometrische diagnose (VWS 2010). Daarbij mag de optometrist diagnostische farmaca zoals pupilverwijdende oogdruppels gebruiken (VWS 2010). Ook kan de optometrist op verwijzing van de huisarts of oogarts vervolgonderzoeken uitvoeren bij patiënten met chronische aandoening, zoals diabetes mellitus, waarbij vaak oogafwijkingen voorkomen. Wanneer de optometrist die werkzaam is in de eerste lijn een oogafwijking constateert waarvoor oogheelkundige zorg van een oogarts gewenst is stuurt de optometrist de patiënt meestal via de huisarts naar de oogarts.

Hoewel de optometrist de hiervoor beschreven competenties tijdens de opleiding heeft verworven ligt de nadruk van de werkzaamheden van de optometristen die werkzaam zijn in het optiekbedrijf op het uitvoeren van oogmetingen, het aanmeten van contactlenzen en vaak ook het verkopen van brillen. Er zijn voorbeelden van vooruitstrevende optiekbedrijven met een bloeiende optometrische praktijk, maar over het algemeen worden uitgebreide oogheelkundige onderzoeken met diagnostische farmaca niet dagelijks door optometristen in de eerste lijn uitgevoerd. De competenties van de optometristen worden nog niet optimaal benut. Of er samenwerking is tussen optometristen in de eerste lijn en oogartsen en hoe die samenwerking verloopt is per lokale situatie verschillend. In een aantal regio's in Nederland komen eerstelijns optometristen regelmatig bij elkaar voor bijvoorbeeld casuïstiek bespreking. Ook maken zij soms als regionale groep afspraken met de oogartsen in de regio over bijvoorbeeld de benodigde informatie die met de patiënt wordt meegestuurd bij verwijzing.

De oogarts ziet in de tweedelijns gezondheidszorg mensen met oogklachten of risico op oogaandoeningen, meestal op verwijzing van de huisarts. De oogarts voert in tegenstelling tot de optometrist ook voorbehouden handelingen uit waaronder medicamenteuze en (laser)-chirurgische handelingen. Binnen de tweede lijn werken oogartsen samen met optometristen en voeren optometristen een deel van het vooronderzoek en de nacontrole bij medisch oogheelkundige behandeling uit als verlengde arm van de oogarts.

De oogheelkundige zorgvraag zal de komende jaren sterk toenemen door vergrijzing en de toegenomen behandel mogelijkheden door technologische ontwikkeling (Keunen e.a. 2011). Met name de aan ouderdom gerelateerde oogziekten als diabetische retinopathie, glaucoom, cataract en maculadegeneratie zullen toenemen. Met de huidige oogartsencapaciteit kan deze toename in de vraag naar oogzorg niet volledig worden opgevangen:

De vraag naar oogzorg zal in de periode 2010-2020 met 200-300% toenemen. [...] Om deze toename in vraag naar oogzorg het hoofd te bieden dient de capaciteit in de oogzorg verhoogd te worden, ondermeer door een taakherschikking tussen verschillende beroepsgroepen in de oogzorg. (Keunen e.a. 2011:5)

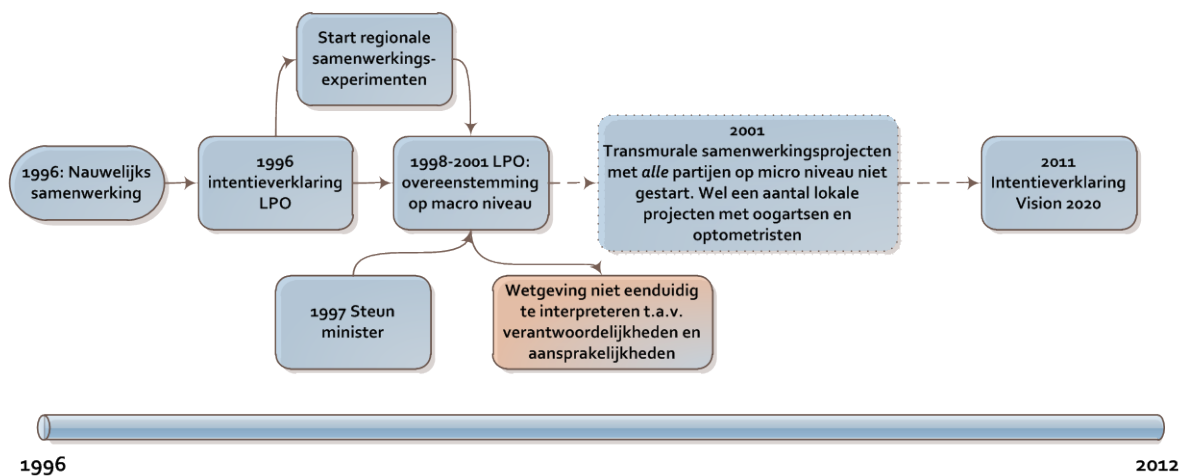
Er is voldoende capaciteit aan optometristen aanwezig om de toenemende zorgvraag op te vangen (Amelsfoort e.a. 2010:27). Ook de opleidingsaantallen van de oogartsen houden rekening met het welslagen van geïntegreerde oogzorg (KPMG 2009). Daarnaast stuurt de overheid al jaren op het doelmatig organiseren van de zorg. Minister Schippers heeft begin 2011 haar beleidsdoelstellingen toegelicht in de brieven 'Zorg die werkt' en 'Vertrouwen in de zorg' (VWS 2011).

In het verleden zijn al taken op het gebied van oogzorg met behoud van kwaliteit verschoven van de tweede- naar de eerstelijns gezondheidszorg, zoals het aanmeten van brillen en contactlenzen. Ook is de screenen op diabetische retinopathie verschoven van de tweede naar de eerste lijn (NOG 2006).

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) en de optometristen Vereniging Nederland (OVN) willen nu nog nauwer gaan samenwerken met partijen in het veld om de toenemende zorgvraag adequaat en betaalbaar op te kunnen vangen (NOG 2011, OVN 2011a, OVN 2011b). Het is daarbij de bedoeling dat de competenties van de verschillende beroepsbeoefenaren in de oogzorg optimaal wordt benut, en dat er een optimale filterwerking optreedt van de eerste naar de tweede lijn (OVN en NOG 2012). Duidelijke verwijsrichtlijnen moeten meer transparantie in de zorg creëren voor de patiënten en de zorgverleners (ibid). Daarnaast moet voorkomen worden dat werkzaamheden dubbel worden uitgevoerd. Om dit voornemen tot samenwerking te onderstrepen hebben het NOG en de OVN samen met andere relevante veldpartijen in oktober 2011 een intentieverklaring ondertekend.

De intentieverklaring die vandaag ondertekend is door de beroepsorganisaties in de oogzorg, huisartsen, patiënten- en ouderenorganisaties beoogt een stimulans te geven aan alle oogzorgverleners om meer lokale samenwerkingsverbanden op te gaan zetten. Hiermee kunnen we de capaciteit in de oogzorg verhogen, de toegang tot oogzorg makkelijker maken en er tegelijkertijd voor zorgen dat de kwaliteit optimaal blijft. Ervaring leert dat door deze taakherschikking de kosten van de oogzorg aanzienlijk gereduceerd kunnen worden. Daarmee wordt het mogelijk een hoger aantal behandelingen te verrichten terwijl de totale zorgkosten gelijk blijven. (website Vision 2020, geraadpleegd 21 november 2011)

Oktober 2011 was echter niet de eerste keer dat partijen een intentieverklaring ondertekenden. In 1996 publiceerde de Universiteit van Maastricht een onderzoeksrapport (Horst e.a. 2006) waarin werd geconcludeerd dat er nauwelijks sprake was van samenwerking in de oogzorg en men in het werkveld een beperkt beeld van elkaars capaciteiten en mogelijkheden had. Daarop hebben betreffende partijen in 1996 een intentieverklaring ondertekend om te komen tot een verhoging van de doelmatigheid en transparantie van de oogzorg in Nederland. In 1997 kreeg dit plan steun van toenmalig minister van VWS mevrouw Borst en in 1998 is het Landelijk Platform Oogzorg (LPO) opgericht met het doel die samenwerking te realiseren (Kwartel 2001, Kwartel en van der Velden 2006).



Figuur 1: schematische weergave historische ontwikkeling samenwerking in oogzorg in Nederland

Als invalshoek van het LPO werd gekozen de organisatie van het dienstverleningsproces, waaronder het afstemmen van deskundigheidsdomeinen, mogelijkheden van taakherschikking en verdelen van verantwoordelijkheden (Kwartel 2001). In 2001 werd hierover op landelijk niveau gedeeltelijk overeenstemming bereikt.

De bedoeling was dat aansluitend in 2001 op regionaal niveau transmurale samenwerkingsprojecten zouden starten. Dit heeft volgens Kwartel en Van der Velden (2006) niet tot de gewenste projecten geleid: *“In geen enkele regio is een samenwerkingsverband gerealiseerd, waarbij alle beroepsgroepen en de totale oogzorg zijn betrokken”* (Kwartel en Van der Velden 2006:10). Ook vinden zij dat de ontwikkeling minder snel is gegaan dan verwacht.

Er zijn op lokaal niveau wel projecten gestart, echter waren daarbij niet alle beroepsgroepen betrokken. De samenwerking tussen optometristen en oogartsen in de regio Rotterdam is hier een voorbeeld van (De Mul e.a. 2004, De Mul e.a. 2007, De Bont en Bal 2008). In figuur 1 is de historische schets van samenwerking in de oogzorg in Nederland schematisch weergegeven.

1.2 Probleemverkenning

De beroepsgroepen binnen het oogheeskundige werkveld hebben in de afgelopen vijftien jaar vooruitgang geboekt op het gebied van samenwerking, maar niet zo veel en niet zo snel als beoogd was (Kwartel en Van der Velden 2006). Waarom zijn de ontwikkelingen in de afgelopen vijftien jaar langzamer gegaan dan verwacht?

1.2.1 Probleemanalyse en probleemstelling

Zowel in 1996 als in 2011 zijn intentieverklaringen getekend om tot geïntegreerde oogheeskundige zorg te komen. Zoals geschetst in de inleiding hebben er in tussenliggende jaren wel ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van samenwerking in de oogheeskundige zorg, maar zijn deze ontwikkelingen volgens Kwartel en Van der Velden (2006) langzamer gegaan dan verwacht. Wanneer de geïntegreerde zorg gerealiseerd zou zijn was het tekenen van de tweede intentieverklaring niet nodig geweest. Blijkbaar is het tekenen van een intentieverklaring om te komen tot geïntegreerde oogzorg niet voldoende om daadwerkelijk samenwerking te realiseren en zijn er andere factoren die daarin een rol spelen. In dit onderzoek worden deze andere factoren in beeld gebracht vanuit de institutionele theorie. In de analyse wordt specifiek aandacht besteed aan de invloed van wetgeving, geldende normen binnen beroepsgroepen en de betekenisgeving aan die wetten en normen door de beroepsgroepen. De nadruk ligt daarbij op de samenwerking tussen oogartsen en optometristen.

Vanuit deze theorie wordt onderzocht waarom de ontwikkeling van samenwerking in de oogheeskundige zorg langzamer is gegaan dan verwacht.

Deze vraag kan op verschillende niveaus worden beantwoord:

Op macro niveau kan worden onderzocht hoe geïntegreerde zorg in Nederland als geheel in de loop van de jaren vorm en inhoud heeft gekregen. Er wordt dan gekeken naar de in de historie ontstane institutionele eigenschappen van de landelijke sociaal-politieke context, waarbinnen de verschillende oogheeskundige beroepsverenigingen als instituties functioneren. Daarnaast kan worden bezien hoe de beroepsgroepen van oogartsen en optometristen op landelijk niveau als instituties invulling geven aan samenwerking. Op dit niveau wordt gekeken naar de invloed en houding van deze beroepsgroepen als geheel in de landelijke ontwikkeling van samenwerking in de oogzorg.

Op meso niveau kunnen regionale samenwerkingsprojecten onderzocht worden en de kenmerken voor die betreffende regio in kaart worden gebracht, zodat inzichtelijk wordt gemaakt waarom de ontwikkeling in sommige regio's sneller gaat dan in andere regio's.

Op micro niveau kan worden gekeken hoe organisaties omgaan met het vormgeven van

samenwerking in de oogzorg op individueel organisatie niveau en hoe zij dit integreren in hun dagelijkse werkzaamheden.

Deze niveaus zijn met elkaar verbonden, enerzijds doordat wat op macro niveau wordt vastgesteld invloed heeft op het meso en micro niveau. Anderzijds leveren goede voorbeelden op meso en micro niveau input voor de aanpak en werking op macro niveau.

De onderzoeken die op dit gebied zijn gedaan zijn steeds gericht geweest op experimenten op regionaal (meso) niveau in de regio Rotterdam (De Mul e.a. 2004, De Mul e.a. 2007, De Bont en Bal 2008). In dit onderzoek wordt een andere insteek gekozen en ligt de focus meer op het macro niveau. Er worden echter soms ook voorbeelden uit het meso en micro niveau aangehaald. Op macro niveau betreft het de institutionele context waarin de verschillende beroepsgroepen, zoals de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) en het NOG functioneren.

Door vanuit het institutionele perspectief naar de vormgeving van geïntegreerde oogzorg in de afgelopen 15 jaar te kijken worden verhoudingen binnen de institutionele context duidelijk en kunnen we beter begrijpen welke invloeden de '*institutional logics*' (symbolen, rituelen en cultuur die de uitgangspunten bepalen die door organisaties en individuen gehanteerd worden) hier op hebben (Scott 2008b). Op deze manier wordt tevens inzichtelijk welke endogene en exogene factoren de omgeving van de oogheeskundige beroepsgroepen hebben beïnvloed in de afgelopen jaren. Tezamen kunnen deze bevindingen een verklaring geven voor het tempo van het veranderingsproces.

1.3 Relevantie

1.3.1 Wetenschappelijke relevantie

In literatuur wordt vooral gesproken over samenwerking binnen homogene groepen op microniveau binnen organisaties (Scott 2008b, Brown en Duguid 1991). In dit onderzoek wordt de multidisciplinaire samenwerking geëvalueerd op het macro bedrijfstak niveau. Dit betreft de samenwerking tussen oogartsen en optometristen. Daarnaast gaat veel sociaal onderzoek over structuren en processen in het hier en nu, zonder naar de ontstaansgeschiedenis ervan te kijken (Scott 2008a:213). In dit onderzoek gaat het niet om de vraag *wat* er is gebeurd, maar *hoe* dingen plaatsvinden. Hier is in de oogheeskundige zorg op landelijk niveau nog beperkt onderzoek naar gedaan. Uit dit onderzoek kunnen leerpunten getrokken worden die de vormgeving van geïntegreerde oogzorg in de toekomst wellicht positief kunnen beïnvloeden. Feit blijft dat deze veranderingen langzaam gaan en dus geen oplossing bieden voor de korte termijn. Met dit onderzoek wordt echter wel inzicht gegeven in het achterliggende mechanisme dat bepalend is voor het al dan niet ontstaan van samenwerking tussen oogartsen en optometristen. Dit geeft ten eerste inzicht aan de betreffende professionals zelf. In een breder perspectief kan dit mechanisme wellicht ook gebruikt worden om de samenwerking tussen andere professionele beroepsgroepen te inventariseren.

1.3.2 Maatschappelijke relevantie

In de eindrapportage van het Landelijk Netwerk Oogzorg schrijven Kwartel en Van der Velden (2006):

Het proces om te komen tot samenwerking in de oogzorg kan worden gezien als een voorbeeld voor andere sectoren. Dat daarbij de snelheid van de ontwikkelingen minder groot is dan wellicht door sommigen gewenst, moet voor lief worden genomen. Deze processen hebben tijd nodig. Dat tijdsverloop kan aanzienlijk worden beperkt, wanneer zou zijn voorzien in structurele en professionele begeleiding van dit type veranderingsprocessen. (Kwartel en Van der Velden 2006:15)

Ligt de oplossing voor het verkorten van de doorlooptijd inderdaad in de aanpassing van de projectmatige aanpak, of liggen er daarnaast nog andere factoren aan het tempo ten grondslag?

Het is van groot belang om op korte termijn geïntegreerde oogheelkundige zorg te realiseren. Enerzijds gezien vanuit de verwachte toestroom van patiënten, zodat iedereen zonder al te lange wachttijden geholpen kan worden. Behoud van visuele functies is maatschappelijk zeer relevant omdat we leven in een maatschappij waarin visuele functies steeds belangrijker worden voor algemeen welzijn en functioneren. Bovendien worden de overheidsuitgaven beperkt wanneer er door behoud van gezichtsvermogen minder aanspraak op voorziening noodzakelijk zullen zijn (Vision 2020 2005). Anderzijds gezien vanuit kostenooqpunt, zodat publieke middelen zo doelmatig mogelijk ingezet worden.

1.4 Leeswijzer

De beschrijving van het onderzoek is als volgt opgebouwd: In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader geschetst waarin dieper wordt ingegaan op de institutionele theorie. Hoofdstuk 3 beschrijft de methoden van onderzoek en de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten gepresenteerd. In het afsluitende hoofdstuk vindt u de discussie en conclusie. De literatuurlijst geeft een overzicht van de gebruikte bronnen. Voor het verwijzen naar de gebruikte bronnen in de tekst is gebruik gemaakt van de APA richtlijn. In de bijlagen zijn enkele formats en tabellen opgenomen. In de tekst zal daar op de betreffende momenten naar worden verwezen. Een overzicht van de gebruikte afkortingen is weergegeven op pagina 63.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt uitgewerkt vanuit welk theoretisch perspectief naar samenwerking wordt gekeken. In de paragrafen 2.1, 2.2 en 2.3 wordt stapsgewijs het conceptueel model opgebouwd, dat vervolgens in 2.4 wordt samengevat. 2.1 begint met een verkenning van de institutionele theorie, 2.2 gaat over verandering en de rol van professionals daarin en 2.3 beschrijft hoe beroepsgroepen tot samenwerking komen. Dit hoofdstuk sluit af met een nadere verkenning van de probleemstelling in het licht van de beschreven theorie.

2.1 De institutionele theorie

In zijn onderzoek naar de invloed van de institutionele omgeving op de wijze waarop organisaties opereren maakt Scott (1987, 1992, 2000, 2003, 2008a, 2008b) onderscheid tussen enerzijds regulering (wetten, regels) en anderzijds algemeen geldende normen en waarden die het functioneren van organisaties en individuen beïnvloeden. Deze regels, normen en overtuigingen die een institutie zichzelf oplegt (bewust dan wel onbewust) zijn symbolisch en krijgen pas betekenis als ze invloed hebben op sociaal gedrag, zoals de activiteiten die door professionals worden uitgevoerd en in de relaties die zij met andere beroepsgroepen onderhouden (ibid. 2008a & 2008b). Scott (2008a) rafelt een institutie daarom uiteen in regulatieve, normatieve en cultureel-cognitieve elementen. Scott (2008a) geeft dan ook de volgende definitie van een institutie: *“Institutions are comprised of regulative, normative and cultural-cognitive elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life”* (Scott 2008a:48).

Een tweede relevant onderscheid wordt gemaakt door Currie en Suhomlinova (2006). Zij maken onderscheid tussen exogene en endogene veranderingen. Exogene veranderingen zijn het resultaat van institutionele druk die wordt uitgeoefend vanuit de context. Bijvoorbeeld door veranderingen in wet- en regelgeving door de overheid. Dit is een voorbeeld van politieke externe druk. Daarnaast kan ook een veranderende interesse van machtige actoren, zoals zorgverzekeraars, zorgen voor externe politieke druk. Ook kunnen verwachtingen in de maatschappij veranderen waardoor sociale externe druk ontstaat of kan concurrentie zorgen voor functionele externe druk (Dacin e.a. 2002:46-47). Endogene veranderingen zijn daarentegen het resultaat van institutionele druk vanuit de beroepsgroepen zelf. Ik citeer Currie en Suhomlinova:

There is a strong suggestion that institutional forces are likely to both foster and inhibit collaboration between different groups of practitioners. They are likely to foster collaboration to the extent that practitioners participate in a common organizational field and are subject to the same set of institutional pressures. They are likely to inhibit collaboration to the extent that, within the overarching framework of a field, different institutional forces operate on different groups practitioners. (Currie en Suhomlinova 2006:5)

Beide operationalisaties van institutionele veranderingen worden in de volgende paragraaf nader toegelicht.

2.1.1 Regulatieve element van een institutie

Regulatieve elementen zijn regels en wetten en de controle c.q. sanctionering van de naleving van de regels (Scott 2008a). Deze regels kunnen van buitenaf worden opgelegd, dus als exogene factoren die druk uitoefenen op de institutie vanuit de institutionele context. Daarnaast kunnen instituties zichzelf regels opleggen. Van de actoren binnen de institutie wordt vervolgens verwacht dat zij zich aan die regels houden. Zo legt de medische professie zichzelf bijvoorbeeld kwaliteitsvisitatie op en is de overheid een belangrijke wetgever in de institutionele context.

Een voorbeeld van een regulatief element uit de institutionele context is het budgettair kader zorg (BKZ) dat jaarlijks door de overheid wordt vastgesteld. Een onderdeel daarvan is het bedrag dat maximaal per jaar aan medisch specialistische zorg en eerstelijnszorg uitgegeven mag worden. Wordt dit budget overschreden dan sanctioneert de overheid door het opleggen van een tariefkorting in de volgende jaren.

Daarnaast zijn er onder andere het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als regulerende organen die de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg op verschillende wijzen beïnvloeden, waardoor de verschillende beroepsgroepen externe druk ervaren.

2.1.2 Normatieve element van een institutie

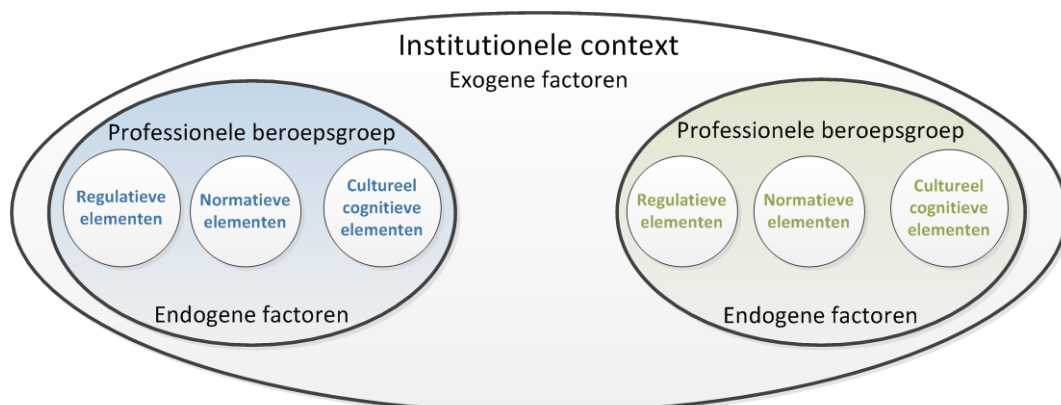
Het normatieve element gaat over gewenst gedrag, gegeven de situatie en de rol van de actor daarin. Denk aan de stand van de wetenschap, landelijke richtlijnen, maar ook competentieprofielen per beroepsgroep. Deze normen en attitude worden al tijdens de opleiding geïnternaliseerd. Deze normen vormen voor de professionals specifieke verwachtingen ten aanzien van doelen en activiteiten van de eigen beroepsgroep en andere beroepsgroepen (Currie en Suhomlinova 2006). In het proces van socialisering worden dus ook sociale grenzen tussen professionals opgeworpen (Dopson en Fitzgerald 2005, Zilber 2002:236, Scott e.a. 2000, Scott 2008a, Scott 2003), met name tussen medici en andere zorgverleners. De medische professie houdt daarin een dominante positie en is vanuit de historie niet bereid deze macht te delen (Dopson en Fitzgerald 2006) en samen te werken. *“In many settings, these attitudes go unchallenged as the basic, inherited routines of health care professionals yet they can inhibit the development of a shared understanding”* (Dopson en Fitzgerald 2006:46).

2.1.3 Cultureel-cognitieve element van een institutie

Beroepsgroepen geven ook invulling aan het cultureel-cognitieve element. Mede door de uniprofessionele inrichting van de medische beroepsopleidingen wordt kennis binnen uniprofessionele groepen gehouden, daardoor is de kennisclaim van professionals verweven

met de *“traditions of thought”* (Dopson en Fitzgerald 2006). Dit betreft het symbolisch systeem dat gedrag leidt en kan gezien worden als de betekenis die instituties geven aan de regulatieve en normatieve elementen. Dit is vanuit de historie geconstrueerd en geeft, samen met de dagelijkse activiteiten stabiliteit en betekenis aan het menselijk gedrag. Ook vormen zij de basis voor de wijze waarop binnen de betreffende institutie betekenis gegeven wordt aan de sociale realiteit. Kort gezegd schrijven zij de logica voor en bepalen zij de gang van zaken binnen de institutie en de gang van zaken in de omgang met anderen (Thornton & Ocasio 2008:101, Phillips e.a. 2000:28). Iedere professie ontwikkelt op deze wijze een eigen ‘cognitieve map’, waardoor zorgverleners uit verschillende professies naar hetzelfde kunnen kijken, maar niet hetzelfde zullen zien (Hall 2005:190). Medisch specialisten zijn bijvoorbeeld getraind om leiding en verantwoordelijkheid te nemen, daardoor is gedeeld leiderschap een uitdaging voor hen, terwijl verpleegkundigen meer getraind zijn voor teamwerk. Ook hechten verpleegkundigen bijvoorbeeld veel waarde aan het verhaal van de patiënt en minder aan objectieve feiten, terwijl dit bij artsen andersom is.

Concluderend kan ten aanzien van de drie elementen worden gesteld dat het vormgeven van samenwerking in de oogheekkundige zorg volgens de institutionele theorie mede beïnvloed wordt door de mogelijkheden en beperkingen die door instituties zijn bepaald. Deze mogelijkheden en beperkingen worden soms door invloeden van buitenaf opgelegd, zoals de nationaal geldende wet- en regelgeving en soms door professionele groepen zelf bepaald. De professionals dragen deze invulling van de elementen van generatie op generatie over op collega professionals van dezelfde beroepsgroep middels symbolen, relaties en routines (Scott 2008a, Scott 2003, Zilber 2002:236). Er is dus niet één landelijke institutie, maar er zijn meerdere instituties met ieder een eigen invulling van de regulatieve, normatieve en cultureel-cognitieve elementen. Dit is de basis van het conceptueel model van dit theoretisch kader en schematisch weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: De basis van het conceptueel model

Elke element, zowel het regulatieve, het normatieve als het cultureel-cognitieve is belangrijk (Scott 2008a:47-48). De drie elementen vormen samen een continuüm waarin wordt bewogen *“from the conscious to the unconscious, from the legally enforced to the taken for granted”* (Hoffmann 1997:36). In de meeste gevallen werken de elementen in combinatie

met elkaar. Soms overheerst één van de drie elementen (Scott 2008a:62). Het komt ook voor dat de elementen niet goed zijn uitgelijnd. Ze ondersteunen en motiveren dan verschillende keuzes en gedragingen (Ibid.).

Scott (2008a en 2008b) kijkt niet alleen naar hoe instituties en institutionele context geconstrueerd worden maar ook naar de wijze waarop de institutionele elementen het menselijk gedrag en structuur beïnvloeden, en de veranderingen die daarin plaatsvinden gedurende de tijd.

2.2 Verandering

Het is nodig om verandering te definiëren om het proces van institutionele verandering te kunnen begrijpen. In de volgende paragrafen wordt daarnaast ingegaan op de rol van de professionals bij de constructie van institutionele elementen, omdat het interessant is te weten of professionals hier invloed op uit kunnen oefenen, of alleen reactief kunnen zijn.

2.2.1 Verandering gedefinieerd

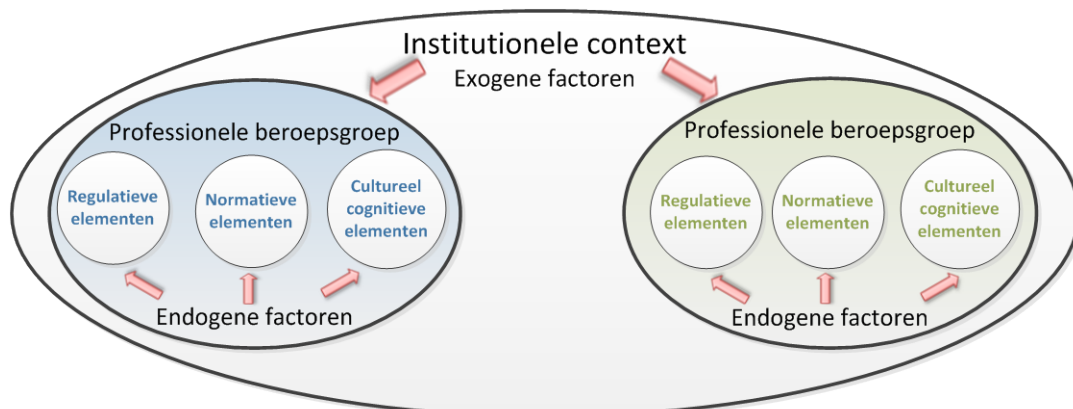
In de literatuur wordt onderscheid gemaakt in type van verandering. Dacin maakt onderscheid tussen ongemerkte en opvallende veranderingen (Dacin e.a. 2002:48). Ongemerkte verandering kenmerken zich door een geleidelijke en daardoor relatief onzichtbare verandering in regels, waarden en overtuigingen. Opvallende veranderingen kenmerken zich door een radicale verandering van bestaande patronen van regels, normen, waarden en overtuigingen.

Een ander onderscheid is naar de plaats waar de veranderingen zich voltrekken. Dacin maakt onderscheid tussen veranderingen op micro, meso en macro niveau (Dacin e.a. 2002:48). Op macro niveau kan worden onderzocht hoe geïntegreerde oogheelkundige zorg in Nederland als geheel in de loop van de jaren vorm en inhoud heeft gekregen, in het licht van de in de historie ontstane institutionele eigenschappen van de landelijke sociaal-politieke context, waarbinnen de verschillende oogheelkundige beroepsverenigingen als instituties functioneren. Op dit niveau kan gekeken worden naar de invloed en houding van deze beroepsverenigingen in de landelijke ontwikkeling van samenwerking in de oogzorg zorg. Op meso niveau kunnen regionale samenwerkingsprojecten onderzocht worden en de kenmerken voor die betreffende regio in kaart worden gebracht, zodat inzichtelijk wordt gemaakt waarom de ontwikkeling in sommige regio's sneller gaat dan in andere regio's. Op micro niveau kan worden gekeken hoe organisaties omgaan met het vormgeven van samenwerking in de oogzorg op individueel organisatie niveau en hoe zij dit integreren in hun dagelijkse werkzaamheden. Deze niveaus zijn met elkaar verbonden, enerzijds doordat wat op macro niveau wordt vastgesteld invloed heeft op het meso en micro niveau. Anderzijds leveren goede voorbeelden (bijvoorbeeld een pilotproject) op meso en micro niveau input voor de aanpak en werking op macro niveau. Tenslotte wordt onderscheid gemaakt in duur (Dacin e.a. 2000:48). Revolutionaire veranderingen volgen elkaar snel op.

Daarentegen vinden evolutionaire veranderingen langzaam en stapsgewijs plaats (Greenwood & Hinings 1996:1024-1026).

2.2.2 Institutionele veranderingen

Institutionele veranderingen vinden gedurende de tijd geleidelijk plaats (Scott 2008a). Ook kan de institutie veranderen als er druk op wordt uitgeoefend (Dacin e.a. 2002:48). Deze druk kan, zoals hiervoor beschreven, zowel exogeen als endogeen zijn en kan van verschillende niveaus afkomstig zijn (Currie & Guah 2007:236). De actoren nemen deze endogene of exogene druk waar en geven daar betekenis aan. Het gedrag van actoren verandert door veranderingen in de institutionele elementen en deze elementen veranderen op hun beurt door de interactie van de actoren. Met andere woorden: het kenmerkende van instituties is dat ze steeds bekrachtigd moeten worden en daarin ook kunnen veranderen. Ik ben met name geïnteresseerd hoe een falend element binnen de institutie wordt gespecificeerd en hoe een aangepast of nieuwe element wordt gelegitimeerd. Hoe meer actoren de nieuwe invulling van het element legitimeren, hoe groter de kans dat het nieuwe of aangepaste element wordt geïnstitutionaliseerd (Dacin e.a. 2002:48, Zilber 2002:234). De nieuwe invulling van het element wordt vervolgens als vanzelfsprekend aangenomen en toegepast (Zucker 1983:5, Zilber 2002:234). De specificatie van falende elementen en de legimitatie van nieuwe elementen kunnen ook aan actoren buiten de eigen groep cq institutie worden overdragen. Zo beïnvloeden veranderingen in de ene institutie veranderingen in de andere institutie (Scott 2008a, Scott 2003, Zilber 2002:236). De basis van het conceptueel model zoals gelegd in figuur 2 kan met dit gegeven worden aangevuld en is weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: De basis van het conceptueel model aangevuld met institutionele verandering.

Met de wijzen waarop veranderingen worden gedefinieerd in het achterhoofd, verklaren deze processen van institutionele verandering waarom instituties in die zin stabiel en voorspelbaar zijn (Scott 2008a, Greenwood & Hinings 1996). Institutionele elementen worden historisch geconstrueerd waardoor een institutie eenmaal gevormde elementen als vanzelfsprekend aanneemt. Verandering daarvan vindt heel geleidelijk plaats. Radicale en revolutionaire veranderingen komen weinig. Institutionele veranderingen zijn voornamelijk van de categorie

evolutionair en convergerend (Zucker 1983:2-5). Scott e.a. (2000) beschrijven deze veranderingen dan ook als “padafhankelijk”.

2.2.3 De professional als institutionele agent

In het oogheeskundige werkveld werken verschillende professionele beroepsgroepen, waaronder oogartsen en optometristen. Welke rol spelen de professionele beroepsgroepen bij de constructie van institutionele elementen? Kunnen zij proactief handelen, en een verandering in gang zetten, of kunnen zij alleen reageren op veranderingen? Om deze vraag te kunnen beantwoorden kijken we eerst naar een aantal kenmerken van professionele groepen. Kenmerkend voor professionele groepen is dat zij 1) uniprofessioneel zijn georganiseerd, 2) hun eigen kennis- en werkdomein bepalen en 3) als groep uiterst geïnstitutionaliseerd zijn (Dopson en Fitzgerald 2006).

Anders gezegd: Professionals vormen zich vanuit de eigen geschiedenis, waarbij iedere professie een eigen identiteit ontwikkelt met eigen institutionele elementen (Scott 2008a, Hall 2005). Deze professionele identiteit wordt gedurende de beroepsopleiding van een professie overgedragen aan studenten. Dit leerproces, ook wel professionalisatie genaamd, vindt gedurende de opleidingsperiode middels educatie en socialisatie plaats. De student krijgt de benodigde kennis en vaardigheden aangeleerd en neemt de beroepsidentiteit aan (Hall 2005:190). De cultuur waarin deze professionaliteit plaatsvindt speelt een grote rol, omdat professionals de professionalisatie op die wijze beïnvloeden (Martimianakis e.a. 2009:832-833).

Volgens Scott hebben professionals een belangrijke rol bij de constructie en reconstructie van instituties (Scott 2008b:219) omdat zij de positie hebben om institutionele elementen te definiëren, interpreteren en toe te passen (Hughes 1994). Professionals oefenen functionele, politieke en sociale druk uit op instituties. Scott (2008b:223) introduceert daarvoor het concept institutionele agent. Als institutionele agents kunnen professionals de institutionele elementen beïnvloeden door bijvoorbeeld kennis te produceren, normen voor te schrijven en posities in te nemen waarin zij macht hebben. Zij kunnen bijvoorbeeld als wetenschappers instituties zoals professionele autonomie of academische vrijheid versterken. Ook kunnen zij als docenten institutionele elementen van generatie op generatie overdragen. Tot slot beïnvloeden zij onderlinge verhoudingen door fragmentatie van interesses, differentiatie en professionele specialisatie (Scott 2008b).

Scott stelt dus dat professionals invloed hebben op de vorming van instituties en macht en invloed gebruiken om die veranderingen tot stand te brengen. Sumner (1906 in Scott 2008a:222) gaat juist uit van een onbewuste institutionele constructie, zonder de invloed van professionals.

2.3 Samenwerken

In dit krachtenveld werken verschillende beroepsgroepen samen, of worden geacht samen te werken. Er zijn een aantal factoren die het tot stand komen van samenwerking kunnen

beïnvloeden. Eerst zal uitgelegd worden wat samenwerking inhoudt en vervolgens zal ingegaan worden op items die samenwerking beïnvloeden.

2.3.1 Institutionele samenwerking

De grenzen van de institutionele context zijn volgens Currie en Guah (2007:237) cultureel en functioneel gedefinieerd. Dat wil zeggen actoren die in hetzelfde werkveld werkzaam zijn en/of overlappende activiteiten verrichten, maken deel uit van dezelfde institutionele context (Phillips e.a. 2000:27-29). Door deze interactie ontwikkelen groepen actoren overeenkomende verstandhoudingen, manieren van werken en feiten en regels waarop zij zich baseren (Phillips e.a. 2000:27-29). Bij frequente interactie ontstaat de behoefte de onderlinge relaties te reguleren. bijvoorbeeld door middel van gezamenlijke besluitvorming (Scharfman e.a. 1991:183).

2.3.2 Endogene en exogene druk op samenwerking

Invloeden uit de institutionele context waarin actoren functioneren kunnen de samenwerking bevorderen of verhinderen. Indien sprake is van directe concurrentie, bijvoorbeeld omdat sprake is van schaarste van patiënten, kan deze concurrentie een belemmering vormen voor de samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen wanneer zij dezelfde patiënt willen bedienen. Concurrentie kan echter ook samenwerking bevorderen als actoren elkaar nodig hebben om te kunnen overleven, bijvoorbeeld als het delen van kennis en bronnen voordelen oplevert (Scharfman e.a. 2000:184-185).

Omdat in een institutioneel veld de schaarse bronnen toegankelijk zijn voor meerdere actoren, is er altijd in meer of mindere mate concurrentie om de beschikbare bronnen. Om toegang te krijgen tot de bronnen, is het voor actoren noodzakelijk om gelegitimeerd en geïnstitutionaliseerd te zijn (Phillips 2000:28, Scharfman e.a. 2000:185-186). Gelegitimeerd in de zin van erkenning als beroepsgroep, met de gedragingen, normen en waarden die daar bij horen.

De professionals zelf (endogeen) of bijvoorbeeld de overheid (exogeen) kunnen hier invloed op uitoefenen. De overheid kan samenwerking stimuleren door bijvoorbeeld het belonen van samenwerking of het sanctioneren bij het ontbreken daarvan (Scharfman e.a. 2000:185-186).

2.3.3 Vertrouwen in samenwerking

Een laatste aspect dat belangrijk is om te verhelderen als het gaat om samenwerken, is vertrouwen.

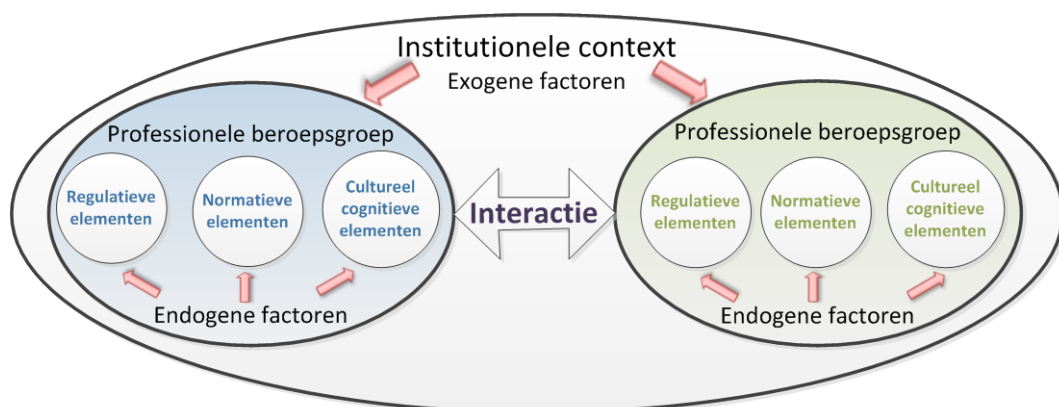
Wanneer actoren samenwerken uit dezelfde institutie, of uit instituties komen die die qua normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen sterk op elkaar lijken, vertrouwen zij elkaar op voorhand en wordt de vertrouwensvraag pas gesteld wanneer er grote fouten gemaakt worden. Hoe meer de normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen

van de verschillende instituties van elkaar afwijken, hoe vaker de vertrouwensvraag zal worden gesteld (Shapin 2010). De ene partij zal de andere partij dan willen controleren om te kunnen vertrouwen. Protocollering is een voorbeeld van regulering van die controle. Een belangrijk aspect daarbij is de mate van vertrouwen dat het protocol ook daadwerkelijk gevolgd wordt, door de samenwerkingspartij (ibid.). Farrell & Knight (2003) beschrijven deze vorm van samenwerken als 'de verwachtingen van de ene partij dat de andere partij zich gepast zal gedragen in een specifieke situatie'. Op basis van deze verwachtingen beslissen actoren of zij risico's nemen in de samenwerkingsrelatie. De institutie heeft invloed op de keuzes van de actor in die relatie, omdat de institutie door het voorschrijven van de institutionele elementen invloed heeft op het gedrag en de betrouwbaarheid van actoren in een gegeven situatie (Farrell & Knight 2003:541-543).

Samenwerking kan dus zowel tussen actoren uit dezelfde institutie als tussen actoren tussen verschillende instituties plaatsvinden. Tussen actoren uit dezelfde institutie zal dit gemakkelijker ontstaan dan tussen actoren uit verschillende instituties, omdat actoren uit dezelfde institutie elkaar op voorhand vertrouwen.

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de mate van interactie tussen actoren en de invloed van exogene en endogene factoren het belang bepalen dat zij hebben bij samenwerking. Vertrouwen bepaalt of beroepsgroepen het risico durven nemen de samenwerking aan te gaan. Indien samenwerking tot stand komt, worden de redenen voor en de wijze van het samenwerken door het veld gelegitimeerd en vervolgens geïnstitutionaliseerd (Phillips e.a. 2000:30-35). Gezien instituties zich langs bestaande definities ontwikkelen, vormen de genomen beslissingen en interacties als het gaat om samenwerken het kader voor toekomstige besluitvorming en samenwerking. Door de padafhankelijkheid worden andere manieren van interactie minder voor de hand liggend (Zucker 1983:5).

Wanneer we interactie toevoegen aan het conceptueel model is het conceptueel model compleet. Het complete model is weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: Conceptueel model compleet

2.4 Conceptueel model

In de voorliggende paragrafen is het conceptueel model zoals weergegeven in figuur 4 stapsgewijs opgebouwd. Samenvattend kan het model als volgt worden beschreven: Afzonderlijke professies vormen ieder een afzonderlijke institutie met eigen normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen. Op deze elementen wordt endogene druk uitgeoefend door actoren binnen de eigen institutie en exogene druk vanuit de institutionele context waarbinnen de professies opereren. Hierdoor vindt langzaam verandering of bevestiging van de elementen plaats. De invulling van de elementen en de mate van interactie tussen beroepsgroepen die werkzaam zijn binnen dezelfde institutionele context is bepalend voor de realisatie van geïntegreerde oogzorg in de afgelopen 15 jaar.

2.5 Vraagstelling en deelvragen

Op basis van de bevindingen uit het theoretisch kader kan de probleemstelling worden aangescherpt. De samenwerking in het oogheeskundige werkveld wordt onderzocht vanuit de institutionele theorie. Het onderzoek richt zich daarbij op de normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen van de verschillende beroepsgroepen binnen het oogheeskundige werkveld en spitst zich toe op de samenwerking tussen oogartsen en optometristen. De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

Hoe kunnen we op basis van de institutionele context verklaren waarom de veranderingen in de oogheeskundige zorg in Nederland in de afgelopen 15 jaar langzamer zijn gegaan dan verwacht en welke bijzondere rol spelen professionals daarin?

Deze onderzoeksvraag is onderverdeeld in de volgende deelvragen:

- Hoe heeft de institutionele context druk uitgeoefend op de professionele beroepsgroepen van oogartsen en optometristen?
- Hoe hebben endogene factoren binnen de institutie van oogartsen druk uitgeoefend op de professionele beroepsgroep van oogartsen?
- Hoe hebben endogene factoren binnen de institutie van optometristen druk uitgeoefend op de professionele beroepsgroep van optometristen?
- Hoe heeft de betekenisgeving door oogartsen en optometristen aan de regels en normen de samenwerking beïnvloed?

Deze deelvragen zijn aangepast ten opzichte van de deelvragen die in het projectvoorstel geformuleerd waren. Deze vragen waren uitsluitend gericht op de invloed van de institutionele context op instituties. Na verdere uitwerking van het theoretisch kader bleek echter dat instituties ook endogene druk van de eigen professionals ervaren. Dat kwam onvoldoende in de eerder opgestelde deelvragen tot uitdrukking. Daarnaast is een extra deelvraag opgenomen over de invloed van de betekenisgeving aan de regels en normen door de beroepsgroepen van oogartsen en optometristen op de samenwerking.

3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksoepzet beschreven om te komen tot een antwoord op de onderzoeksvraag en de deelvragen. De methoden van data verzameling wordt uiteen gezet en de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden besproken.

3.1 Onderzoeksoort en locatie

Dit onderzoek is benaderd vanuit het interpretatieve onderzoeksparadigma. Zoals in het theoretisch kader geschetst is als ontologisch uitgangspunt genomen dat de maatschappij grotendeels wordt bepaald door bestaande instituties. Het onderzoek richt zich op het begrijpen en verhelderen van bestaande praktijkprocessen: het komen tot samenwerking in de oogheeskundige zorg. Dit onderzoek is niet gericht op het komen tot een onderbouwde actie voor verandering of vernieuwing.

De epistemologische en methodologische oriëntatie worden hieronder verder uitgewerkt.

3.2 Dataverzameling

Er zijn verschillende methoden van dataverzameling gebruikt om invloed van de institutionele context op het oogheeskundige werkveld te onderzoeken. Dit wordt ook wel methode triangulatie genoemd (De Lange e.a. 2006, Mortelmans 2009). In het onderzoek zijn drie methoden van dataverzameling gebruikt: Ten eerste documentanalyse op beleidsnotities, rapporten en artikelen over dit onderwerp. Ten tweede interviews met sleutelfiguren uit het oogheeskundige werkveld, omdat daarmee gedetailleerde informatie wordt verkregen over ervaringen en gevoelens. Ten derde participerende observaties om gedrag te kunnen expliciteren. De drie methoden worden hieronder verder uitgewerkt.

3.2.1 Documentanalyse

Diverse documenten uit de periode 1996 tot heden zijn geanalyseerd. Hierdoor wordt het mogelijk meningen en gezichtspunten te achterhalen van personen of instanties uit het verleden en met terugwerkende kracht te reflecteren op de actuele sociale relaties in een bepaalde context (De Lange 2011:187). De documentanalyse start met het onderzoeksrapport van Horst e.a. uit 1996. Dit rapport geeft een uitgebreide beschrijving van de onderlinge afstemming in de oogzorg in Nederland anno 1996. Voor dit onderzoek zijn alle oogartsen (ca. 435) en alle optometristen (1300 MBO en 12 HBO optometristen) in Nederland geënquêteerd. Daarnaast zijn de notities van Van der Kwartel (2001) en Van der Kwartel en Van der Velden (2006) bestudeerd. Deze notities geven een compleet overzicht van de oprichting, werking en evaluatie van het Landelijk Platform Oogzorg. Ook het rapport van Van der Horst (2003) en artikelen van Stevens (2000, 2002 en 2007) zijn in de documentanalyse gebruikt. In deze artikelen wordt de deskundigheid van de optometrist beschreven. De artikelen van De Mul e.a. (2004 en 2007) en De Bont en Bal (2008) zijn in de documentanalyse gebruikt voor de beschrijving van de ondersteuning van ICT bij

samenwerking. In 2011 hebben zowel het NOG als de OVN ieder hun eigen visie op geïntegreerde oogzorg vastgelegd in visiedocumenten. Hierin beschrijven beide beroepsgroepen hoe zij de samenwerking vorm en inhoud willen geven en worden de beroepsdomeinen van de verschillende beroepsgroepen in de eerste en de tweede lijn beschreven. Ook deze documenten zijn in de analyse meegenomen (NOG 2011, ONV 2011a, OVN 2011b). Daarnaast hebben de OVN en het NOG recentelijk het plan geïntegreerde oogzorg geschreven. Ook deze notitie is in de documentanalyse gebruikt (OVN en NOG 2012).

3.2.2 Interviews

Het vraaggesprek is een flexibel instrument waarin de ervaringen, belevingen en betekenisverlening van betrokkenen ten aanzien van het vormgeven van samenwerking in de oogzorg in de afgelopen 15 jaar voorop staat. Doordat een topic lijst was opgesteld kreeg het interview structuur, terwijl de respondent voldoende ruimte kreeg om voor hem belangrijke elementen te benoemen en de onderzoeker door kon vragen op interessante uitspraken van de respondent. Deze semigestructureerde interviews zijn gehouden met sleutelfiguren in het oogheeskundige werkveld die op macro niveau betrokken zijn geweest bij de landelijke ontwikkelingen op bestuurlijk niveau. Zij zijn per brief op de hoogte gebracht van het onderzoek en gevraagd om deel te nemen aan het interview. Een voorbeeld van deze brief is opgenomen in bijlage 1. Alle benaderde respondenten hebben positief gereageerd op de uitnodiging. In totaal zijn elf personen geïnterviewd: De voorzitter van de OVN en de oud-voorzitters van de OVN, oud-bestuursleden van de OVN, de voorzitter van het NOG, de oud-voorzitters van het NOG, de voorzitter van de beroepsbehartiging commissie van het NOG, Lid NOG bestuur en de voorzitter Vision2020 tevens oud-bestuurslid NOG. Deze personen vormen een representatieve vertegenwoordiging van personen die betrokken waren bij de vormgeving van geïntegreerde oogzorg in de afgelopen 15 jaar. De respondenten zijn evenredig verdeeld over oogartsen en optometristen, van beide verenigingen hebben vijf respondenten deelgenomen aan de interviews. Om het regulatieve perspectief vanuit een ander gezichtspunt te benaderen is ook een beleidsmedewerker van VWS geïnterviewd.

De interviews zijn opgenomen op met een voice recorder. Van de opnames zijn transcripten gemaakt. Alle respondenten hebben schriftelijk toestemming gegeven voor het opnemen van het interview. Een voorbeeld van dit toestemmingsformulier is opgenomen in bijlage 2. De transcripten zijn systematisch gecodeerd en geanalyseerd. Na het succesvol afronden van het onderzoek zullen de opnames worden vernietigd en worden de participanten hierover schriftelijk geïnformeerd. De transcripten worden voor een periode van vijf jaar bewaard.

In de periode van eind februari 2012 tot begin april 2012 zijn de elf respondenten geïnterviewd. De interviews vonden plaats op een rustige, door de respondenten uitgekozen locatie. Twee respondenten kozen hierbij voor hun werkplek, vijf interviews zijn afgenomen in een hotel, restaurant of congressentrum en drie interviews zijn afgenomen bij de respondent of de onderzoeker thuis. Eén interview is telefonisch afgenomen. Voorafgaand aan dit telefonische interview heeft wel een kennismaking plaatsgevonden en heeft de onderzoeker

het onderzoek kort toegelicht. Tijdens de interviews was de sfeer ontspannen en informeel. De semi-gestructureerde opzet maakte dat er voldoende ruimte was om in te gaan op relevante opmerkingen van de respondenten, terwijl ook alle vooraf opgestelde vragen van de topic lijst in alle interviews aan bod zijn geweest. Het voorbeeld van de topic lijst is opgenomen in bijlage 3. De topic lijst is tijdens de interviews door de onderzoeker even kort nagelopen om te kijken of alle onderdelen aan bod waren gekomen. Naast de vragen op de topic lijst heeft de onderzoeker aan alle respondenten gevraagd of zij op de lokaal niveau op dit moment samenwerken met professionals uit de andere beroepsgroep zijnde de oogarts of de optometrist. Als deze vraag bevestigend werd beantwoord vroeg de onderzoeker ook welke factoren deze samenwerking succesvol maken en welke factoren juist niet. De interviews duurden maximaal een uur.

Van de opgenomen interviews zijn transcripten gemaakt die vervolgens met behulp van het programma Dedoose.com zijn gecodeerd. De codes die gebruikt zijn om de transcripten te coderen zijn zo gekozen dat de deelvragen van het onderzoek beantwoord konden worden door de analyse van de tekstfragmenten passend bij de codes. De gehanteerde codes worden hierna per code toegelicht. Een overzicht van de gebruikte codes en hun samenhang is opgenomen in bijlage 4.

In de transcripten is gezocht naar regulatieve elementen die genoemd zijn door de respondenten die door de overheid in wetgeving zijn vastgelegd of vastgelegd hadden moeten worden volgens de respondenten en zodoende van invloed zijn geweest op het tot stand komen van geïntegreerde oogzorg. Dit betreft zowel functie inhoudelijke als financiële regulatieve elementen.

De theorie geeft aan dat regulatieve elementen niet alleen van buitenaf opgelegd kunnen worden, maar dat instituties zichzelf ook regels op kunnen leggen. Vandaar dat in de transcripten ook gezocht is naar regulatieve elementen die genoemd zijn door respondenten die de beroepsgroepen van oogartsen en optometristen zichzelf hebben opgelegd, of opgelegd hadden moeten worden om zodoende de totstandkoming van geïntegreerde oogzorg te beïnvloeden. Het betreft hier dus door de professionals zelf bepaalde regulatieve elementen.

Ook is gezocht naar normatieve elementen die volgens de respondenten van invloed zijn geweest op het tot stand komen van geïntegreerde oogzorg, zoals competentieprofielen, attitude en normen van de beroepsgroepen. Door deze normen heeft de betreffende professional namelijk specifieke verwachtingen ten aanzien van doelen en activiteiten van zichzelf en andere beroepsgroepen. In de analyse van de eerste vijf transcripten valt op dat de respondenten iets zeggen over de opkomst van optometrie als professie en taakherschikking. Deze twee items zijn gekozen als codes voor de normatieve elementen.

Het cultureel-cognitieve element zit in de betekenisgeving aan de regulatieve en normatieve elementen. De drie gekozen codes zijn ten eerste betekenisgeving aan samenwerking, hieronder vallen uitspraken van respondenten over de erkenning van elkaar als professionele beroepsgroep. Ten tweede betekenisgeving aan economisch handelen, zowel door de oogartsen als door de optometristen. Als laatste code in dit onderdeel betekenisgeving door de overheid aan oogheelkunde.

De vraag of professionals invloed hebben gehad op normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen van de eigen en andere instituties is deels uit de analyse van de bovengenoemde codes gekomen. Soms vertelden de respondenten zelf over hun invloed of juist het ontbreken daarvan. Deze tekstfragmenten zijn gecodeerd met de code invloed van professionals.

Door niet alleen vanuit de uitgewerkte concepten naar de transcripten te kijken, maar ook met een open blik naar de data te kijken zijn een aantal codes toegevoegd aan bovengenoemde set. Allereerst spreken de eerste vijf respondenten zich allemaal ongevraagd uit over het tempo van de ontwikkeling en of dat in hun ogen geaccepteerd is of niet. Deze code hoort niet specifiek in de normatieve, regulatieve of cultureel-cognitieve elementen, maar zegt iets over de acceptatie van de snelheid waarmee dingen veranderen. Ten tweede noemen de respondenten verschillende regionale voorbeelden van samenwerkingsverbanden tussen optometristen en oogartsen. Deze voorbeelden zijn gecodeerd, met daarnaast een aparte code voor specifieke elementen die volgens de respondenten bepalend zijn voor het succes van die lokale samenwerking. Al laatste noemen de respondenten tal van redenen om juist wel of niet samen te werken. Onder de code 'redenen om niet samen te werken' vallen tekstfragmenten waarin respondenten vertellen over het gebrek aan samenwerking. Het gaat daarbij om de verbanden die zij leggen tussen ondermeer regelgeving en normatieve elementen. Na de analyse van de eerste vijf interviews zijn de resterende zes interviews ook aan de hand van deze codes geanalyseerd.

Naast de methode triangulatie is, zoals hierboven beschreven, analyse triangulatie toegepast om de methodologische kwaliteit van het onderzoek te verhogen (van Staa en Evers 2010). Er zijn verschillende analysetechnieken gebruikt om binnen de dataset op zoek te gaan naar betekenis. Bij deze 'thick analysis' zijn de datagestuurde inductieve methode gecombineerd met de theoriegedreven deductieve methode. Hierdoor wordt de interne validiteit vergroot (Van Staa en Evers 2010).

3.2.3 Participerende observatie

Om niet alleen ervaringen te polsen, maar ook onderliggende normen en waarden en gedrag te expliciteren is gebruik gemaakt van open observatie (De Lange e.a.2011:154). De focus lag tijdens de observaties op hetgeen door de aanwezigen werd gezegd. Bij deze vorm van observatie laat de onderzoeker registratie van wat er gezegd wordt volledig afhangen van wat er van de kant van de onderzochte personen wordt ingebracht (Ibid.).

De onderzoeker is als beleidsmedewerker van het NOG op landelijk niveau actief betrokken en aanwezig bij alle interne en externe overlegsituaties betreffende samenwerking in de oogzorg. De deelnemers zijn daardoor al gewend aan de aanwezigheid van de onderzoeker. Daarnaast heeft de onderzoeker al een vertrouwdheid opgebouwd, is geaccepteerd en heeft toegang tot de sociale context. De reactiviteit van personen, wat aangeeft dat zij hun gedrag veranderen als zij weten dat zij geobserveerd worden, is in deze setting dan ook minimaal, en zal de validiteit dan ook nagenoeg niet beïnvloeden (Verhoeven 2007). Met name de

overlegsituaties tussen optometristen en oogartsen en tussen oogartsen onderling zijn participatief geobserveerd. Alleen de voorzitters van beide verenigingen waren op de hoogte van de rol van de onderzoeker. Tijdens de onderzoeksperiode zijn 3 overleggen tussen oogartsen en optometristen participatief geobserveerd. Daarnaast zijn in de periode van januari 2011 tot mei 2011 de reguliere maandelijkse bestuursvergadering participatief geobserveerd. Van deze bijeenkomsten zijn reguliere notulen gemaakt, daarnaast heeft de onderzoeker aantekeningen gemaakt.

Door de combinatie van interviews en participerende observatie kon (in)consistentie tussen wat informanten zeiden in de interviews en tijdens overlegsituaties worden opgespoord. De onderzoeker heeft mondeling toestemming gevraagd aan de voorzitter van het NOG en de voorzitter van de OVN om deze overlegsituaties in het onderzoek te mogen betrekken.

3.2.4 Aanpak analyse van de data

Nadat de interviews door de onderzoeker gecodeerd waren zoals beschreven in 3.2.1 zijn allereerst vanuit de interviews antwoorden gezocht op de deelvragen. Dit resulteerde in een overzicht van exogene factoren uit de institutionele context die druk hebben uitgeoefend op de oogartsen en optometristen. Daarnaast heeft de onderzoeker ook een overzicht gemaakt van de endogene factoren die speelden binnen de beroepsgroepen van oogartsen en optometristen en druk hebben uitgeoefend op de betreffende beroepsgroep. Ook is een overzicht gemaakt van de pogingen die door oogartsen en optometristen zijn ondernomen als institutionele agenten om invloed uit te oefenen op de overheid. Vervolgens is inzichtelijk gemaakt hoe deze exogene en endogene factoren van invloed waren op de betekenisgeving aan samenwerking door oogartsen en optometristen door de jaren heen. Ook is gekeken naar de mate van interactie gedurende de jaren en zijn uitspraken geanalyseerd die bepalend waren voor het vertrouwen in de samenwerking tussen oogartsen en optometristen. De mate van interactie werd vastgesteld aan de hand van uitspraken van respondenten over de ontstane lokale samenwerking. Hierin was na de analyse van de interviews de trend zichtbaar dat de respondenten uitspraken deden waaruit naar voren kwam dat er in de beginjaren nauwelijks interactie was tussen beroepsgroepen. Met de jaren nam de interactie toe en anno 2012 is de optometrist niet meer weg te denken uit de meeste oogheekkundige praktijken. Ook zijn lokale samenwerkingsverbanden met optometristen in de eerste lijn ontstaan.

De bevindingen uit de participerende observaties zijn in de analyse meegenomen. Met name tijdens de overleggen tussen oogartsen en optometristen werden uitspraken over vertrouwen in de andere beroepsgroep gedaan.

Nadat deze analyse was afgerond kwamen een aantal thema's als rode draad uit de resultaten naar boven op basis waarvan de ontwikkeling in de samenwerking tussen oogartsen en optometristen verklaard kan worden. Deze ontwikkelingen zijn uitgewerkt in het volgende hoofdstuk in de thema's 1) de opkomst van samenwerking als oplossing 2) de opkomst van een nieuwe professie; de optometrist en 3) ontwikkeling van nieuwe medische en informatie technologie. Als derde dataverzamelmethode is de documentanalyse gebruikt om de meningen en gezichtpunten van respondenten te onderbouwen. Naast de

inzet van documentanalyse om te kijken of de feiten kloppen is met een kritische reflectie naar de documenten gekeken om tot nieuwe of aanvullende inzichten te komen.

3.3 Validiteit en betrouwbaarheid

Wanneer de validiteit van het onderzoek ter sprake komt duidt men op de geloofwaardigheid van het onderzoek. Kwalitatief onderzoek is moeilijk te herhalen. De betrouwbaarheid van een onderzoek kan worden vergroot door standaardisatie van de methoden van dataverzameling, een zorgvuldige beschrijving van de gebruikte methoden en de gezette stappen (Boeije 2008). De uitgebreide voorgaande beschrijving draagt daar aan bij. Daarnaast is door het afwisselen van dataverzameling en analyse de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Verhoeven 2008). Ook heeft een collega-onderzoeker de onderzoekopzet, dataverzameling en analyse bekeken en van commentaar voorzien en is gekeken of het coderen van een transcript tot dezelfde interpretaties leidt. Deze zogenaamde 'Peer evaluation' draagt ook bij aan de betrouwbaarheid van het onderzoek (Verhoeven 2008). Door het gebruik van opnameapparatuur en softwaregebruik voor de data analyse zijn de resultaten tevens systematisch vastgelegd.

3.3.1 Interne validiteit

Doel van het onderzoek is te komen tot een verklaring waarom ontwikkelingen in de oogheelkunde zorg langzamer zijn gegaan dan verwacht. Interviews zijn een zeer effectieve onderzoeksmethode wanneer de onderzoeker wil weten 'hoe individuen betekenis geven aan de wereld om hen heen en daarin in tot handelen komen' (May 2001:142 in De Lange e.a. 2011:168). Juist deze betekenisgeving staat centraal in de onderzoeksvraag in relatie tot de institutionele context. Via het interview wordt zicht verkregen op hetgeen zich onder de waterspiegel afspeelt. De keuze van de onderzoekopzet en toegepaste methoden passen bij de onderzoeksvragen, wat de interne validiteit verhoogt (Boeije 2008). Daarnaast wordt de interne validiteit vergroot door de uitgevoerde 'member check'. Aan alle respondenten is het concept van de scriptie voorgelegd met het verzoek na te gaan of de interpretatie van de ruwe data juist verwoord is in de analyse van de resultaten. Met deze 'member check' is nagegaan of de data juist zijn geïnterpreteerd. De gehele concept scriptie is voorgelegd aan de respondenten zodat zij een beter beeld hadden van de 'bril' waarmee naar de ruwe data is gekeken. In totaal hebben negen respondenten gereageerd. Naast lovende woorden over het onderzoek en de gedegenheid van de beschrijving van de ontwikkeling in de afgelopen vijftien jaar is er ook inhoudelijk feedback gegeven. Een van de respondenten gaf aan niet te begrijpen waarom met de invoering van DBC op weg naar transparantie (DOT) meer patiënten behandelen uiteindelijk minder goed beloond wordt en in welke bron dat is terug te vinden. Hierop is de tekst van alinea 4.1.1 onder DBC Op weg naar Transparantie op dit punt duidelijker omschreven. Ook is de brief 'Zorg die loont' van minister Schippers (2011b) waarin zij uitlegt hoe het macrobeheersinstrument werkt als bron toegevoegd. De respondent gaf ook aan zich hier niet in te herkennen. Hierop is het onderzoek niet aangepast.

Een andere respondent gaf aan dat de opleiding optometrie op Bachelor niveau in 1988 van start is gegaan. In het concept stond 1989. De datum is in de definitieve versie aangepast.

3.3.2 Externe validiteit en betrouwbaarheid

De resultaten van het onderzoek zullen minder generaliseerbaar zijn, doordat het onderzoek contextgebonden is. De externe validiteit is daarmee laag. De resultaten kunnen wel diepgaande inzichten bieden die voor andere professionals interessant zijn. Daarnaast kan het onderzoek een schakel vormen tot vervolgonderzoek.

Betrouwbaarheid betreft de nauwkeurigheid (is de meting voldoende precies) en herhaalbaarheid (levert het onderzoek bij herhaling hetzelfde op) van een meting (Mortelmans 2009:429). Het interview als onderzoeksinstrument scoort relatief laag op betrouwbaarheid (De Lage e.a. 2011:175). Door de grote afhankelijkheid van de situatie, het moment en de interactie tussen de betrokken personen is exacte herhaling uitgesloten. De kwalitatieve studie is uniek op zich en wordt bij gevolg niet verwacht reproduceerbaar te zijn (Mortelmans 2009:433).

3.4 Rol van de onderzoeker en ethische aspecten

Ten aanzien van de rol van de onderzoeker noemen De Lange e.a. (2011) twee aspecten die belangrijk zijn voor de ethiek in het onderzoek: de wijze van handelen en integriteit. De wijze van handelen van de onderzoeker was transparant en zuiver en continu gericht op de vraag of de juiste data werd verzameld op de juiste manier. Hierdoor is de interne validiteit gegarandeerd. Daarnaast heeft de onderzoeker deugdzaam gehandeld, met respect, geduld, betrouwbaar en vriendelijk. Als vanzelfsprekend is dwang en manipulatie vermeden.

De onderzoeker heeft de opleiding optometrie in 1999 afgerond en vanaf 1999 tot 2005 op een oogheelkundige polikliniek van een ziekenhuis gewerkt. Daardoor is de onderzoeker goed op de hoogte van de context en de voorgeschiedenis. Sinds 2011 werkt de onderzoeker als beleidsmedewerker voor het NOG. De persoonlijke en professionele positie van de onderzoeker hebben als sterk punt dat de onderzoeker betrokken is bij het onderwerp en 'veel ziet'. Een zwak punt is dat de onderzoeker te sterk betrokken kan raken, waardoor zij niet meer genoeg afstand kan nemen (De Lange e.a. 2011). Om dit zwakke punt te compenseren heeft de onderzoeker tussentijds de voortgang, de codering en de observaties besproken met een "critical friend". De Lange e.a. (2011) en Verhoeven (2007) geven aan dat daardoor de interne validiteit niet beïnvloed wordt.

Aan het einde van het onderzoek zal de onderzoeker kritisch reflecteren op het eigen handelen, gemaakte keuzes onderbouwen en aangeven welke effecten dat heeft gehad, zodat de betekenis van het onderzoek voor de beroepspraktijk duidelijk wordt (De Lange e.a. 2011).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. De resultaten vormen vanuit theorie een verklaring voor het tempo waarin samenwerking in het oogheelkundige werkveld tussen oogartsen en optometristen tot stand is gekomen in de afgelopen vijftien jaar. De ontwikkelingen in de samenwerking tussen oogartsen en optometristen zijn uitgewerkt in drie hoofdthema's. Ten eerste de opkomst van samenwerking als oplossing, vervolgens de opkomst van een nieuwe professie (de optometrist) en ten slotte de ontwikkeling van nieuwe medische en informatie technologie.

4.1 De opkomst van samenwerking als oplossing

Deze paragraaf laat zien hoe aanpassing van de regelgeving door de overheid en normverschuiving binnen de institutie van oogartsen samenwerking in de oogzorg mogelijk maakt.

4.1.1 Aanpassing van regelgeving door de overheid

In de afgelopen jaren is de regelgeving voor de financiering van de medisch specialistische zorg veranderd. Een korte schets van de veranderende regulatieve elementen in de institutionele context in de afgelopen jaren maakt dit duidelijk. Achtereenvolgens worden de door de overheid ingevoerde lumpsum, de introductie van de marktwerking en de invoering van DBC Op weg naar Transparantie (DOT) beschreven. Daarbij wordt ook beschreven hoe oogartsen reageren op de veranderende regulering. Een schematische weergave van de financiering van de medisch specialistische zorg is opgenomen in bijlage 5.

Lumpsum

Tot 1995 betaalden verzekeraars de medisch specialisten per verrichting. Daarna voerde de overheid de lumpsum in, die de basis vormde voor de financiering van het honorarium van medisch specialisten en het instellingsbudget tot 2007 (VWS 2007). De minister stelde het budgetplafond vast en maximeerde het volume, waardoor de medisch specialisten minder honorariumomzet kregen bij minder productie, maar geen hogere honorariumomzet bij productie boven het gemaximeerd volume. De overheid bereikte met deze exogene druk een stabilisatie van de zorguitgaven voor medisch specialistische zorg, omdat medisch specialisten die meer patiënten behandelden dan het maximaal gestelde volume daar niet voor betaald kregen. De oogartsen gaven betekenis aan deze regelgeving, door niet meer patiënten te behandelen dan het maximaal gestelde volume. Het door de minister vastgestelde budgetplafond was echter ontoereikend om alle patiënten te kunnen behandelen. Dit leidde vervolgens tot onacceptabel lange wachttijden. Vandaar dat toenmalig Minister Borst van 2000 tot 2005 het 'boter bij de vis' principe hanteerde, waarbij voor bepaalde operationele verrichtingen betaling per verrichting plaatsvond, om te lange wachttijden weg te werken. De minister besliste dat onder andere de staaroperatie hiervoor in aanmerking kwam. Deze verandering in exogene druk maakte dat medisch specialisten

meer operaties en verrichtingen uitvoerden om de wachtlijsten weg te werken. Met de komst van het 'boter-bij-de-vis' principe gaan oogartsen de patiënten die op de wachtlijst staan voor een staaroperatie opereren om de wachtlijst weg te werken. Deze operatieve verrichting wordt dan namelijk, nadat oogartsen daar vooraf afspraken over maken met de zorgverzekeraar, vergoed.

Marktwerking in de zorg

Vervolgens heeft de overheid in 2005 voor ziekenhuizen en later ook in 2007 voor medisch specialisten marktwerking in de zorg geïntroduceerd met de komst van de DBC (Diagnose Behandel Combinatie) systematiek (VWS 2004). De verzekeraars betaalden vanaf dat moment de medisch specialisten weer per verrichting. Door het wegvallen van het budgetplafond konden alle patiënten met een zorgvraag worden behandeld. Na de overgang van de lumpsum financiering naar DBC's in 2007 gaan vrijgevestigde oogartsen daardoor meer patiënten behandelen. Er komen namelijk steeds meer patiënten door nieuwe diagnostische mogelijkheden, behandelmogelijkheden en vergrijzing. *“Zo was tot 2006 leeftijdsgebonden maculadegeneratie (LMD) nauwelijks te behandelen. Sinds 2007 worden goede resultaten gezien van behandeling van de natte vorm van LMD met intravitreaal toegediende angiogeneseremmers. Dezelfde therapie wordt inmiddels ook toegepast bij diabetisch maculaoedeem en bij retinale veneuze occlusies (..) Volgens de ziekenhuisstatistieken van de Landelijke Medische Registratie nam het aantal behandelingen per jaar voor LMD, diabetische retinopathie en retinale veneuze occlusies van 2007-2009 toe van 6933 tot 24.660, een stijging van 284%. Het aantal cataractoperaties steeg van 131.923 in 2007 tot 145.776 in 2009 (10,5%)”* (Keunen e.a. 2011). Met de introductie van de marktwerking wordt betaald per DBC, waardoor meer patiënten behandelen ook meer omzet betekent. Aangezien de meeste oogartsen vrijgevestigd medisch specialisten zijn spelen zij in op deze mogelijkheid, die door de minister geboden wordt. Zoals in het theoretisch kader geschetst kan concurrentie samenwerking bevorderen als actoren elkaar nodig hebben om te kunnen overleven, bijvoorbeeld als het delen van kennis en bronnen voordelen oplevert (Scharfman e.a. 2000:184-185). Een endogene ontwikkeling binnen de institutie van oogartsen is de ontwikkeling dat de samenwerking met optometristen in de eerste lijn belangrijker wordt. De samenwerking bestaat voornamelijk uit elkaar kennen binnen de regio. Door deze samenwerking op lokaal niveau tussen oogartsen en optometristen verwijzen de optometristen hun patiënten die medisch specialistische oogheelkundige zorg nodig hebben namelijk door naar die betreffende oogarts, en niet naar een andere oogarts. Dit levert de oogarts die de samenwerking is aangegaan een concurrentievoordeel op. Bijgevolg wordt het steeds drukker in de oogartsenpraktijken en zorgt de toename van patiënten in de oogartsenpraktijk voor een toename van de werkdruk. Een andere endogene factor die meespeelt is de relatieve krapte aan capaciteit van oogartsen. *“Het komt gewoon eigenlijk doordat de capaciteit van de oogartsen zich niet snel genoeg heeft ontwikkeld samen met de zorgvraag, daarbij kwamen er ook veel optometristen. Oogartsen konden al het werk niet aan en optometristen die waren er en die wilden heel graag”* (respondent oa2). Dit legt endogene druk op de beroepsgroep van oogartsen. Ook Van der Horst (1996) en Stevens e.a. (2000) onderschrijven het tekort aan oogartsen. De oogartsen geven hier betekenis aan door meer dan voorheen te gaan samenwerken met optometristen binnen de tweede lijn om de toename van patiënten aan te kunnen. *“Naast de optiekbranche is er een*

klein maar toenemend aantal optometristen werkzaam in de tweedelijns gezondheidszorg” (Limburg 2005). De optometristen voeren in de tweede lijn een deel van de vooronderzoeken en de nacontroles na een behandeling uit onder verantwoordelijkheid van de oogarts. De oogarts houdt door deze taakdelegatie tijd over, zodat meer patiënten kunnen worden gezien. Daarnaast kan de oogarts zich door de samenwerking met optometristen concentreren op patiënten met ingewikkeldere oogheelkundige zorgvragen. Ook zijn er regionale projecten gestart, zoals in Rotterdam waar oogartsen met optometristen in de eerste lijn gaan samenwerken. Optometristen voeren screeningsonderzoeken uit in de eerste lijn binnen het optiekbedrijf, bijvoorbeeld bij mensen met een verhoogd risico op gezichtsveldverlies door een verhoogde oogboldruk (glaucoom). Indien oogheelkundige zorg van een oogarts noodzakelijk is sturen de optometristen de patiënt door naar het ziekenhuis. *“An increasing number of optometrists is now being employed in ophthalmologic hospital settings and, consequently, brought under the control of supervising ophthalmologists. Also various shared care models are in progress”* (Stevens e.a. 2007).

Door de introductie van de marktwerking met de komst van de DBC systematiek konden alle patiënten in de jaren 2007-2009 met een zorgvraag worden behandeld, echter met een stijging van de zorguitgaven tot gevolg. De minister neemt hierop tariefmaatregelen en legt de medisch specialisten in de jaren 2010 en 2011 een tariefkorting op. Voor oogheelkunde betekent dat een honorariumtariefkorting die in 2010 oploopt tot 24,7% en in 2011 een honorariumtariefkorting van 31,4% (NZa 2010). Door de opgelegde tariefkorting gaan met name vrijevestigd oogartsen nog meer patiënten zien op het spreekuur en zo nodig behandelen, om de lagere honorariumtarieven te compenseren. *“Want de tarieven gaan omlaag, dan wil je meer doen, maar dat kun je niet in je eentje doen, want je tijd is op. Dus neem je er een optometrist bij. Zo is het natuurlijk ook wel geweest”* (Respondent oa2). De samenwerking met optometristen wordt vooral vormgegeven aan de hand van de hierboven beschreven taakdelegatie binnen de tweede lijn. De samenwerking in de tweede lijn heeft de voorkeur, enerzijds doordat de communicatielijn naar de optometrist dan kort is, waardoor afstemming en controle gemakkelijk uitgevoerd kan worden en anderzijds omdat optometristen onderdelen van een behandeling overnemen en slechts zelden de gehele DBC.

[DBC Op weg naar Transparantie](#)

Met ingang van 2012 is de DBC Op weg naar Transparantie ingevoerd, kortweg DOT (VWS 2009). Anno 2012 stelt de overheid de zorguitgaven op macro niveau vast en moeten ziekenhuizen en medisch specialisten bij overschrijding van dit financiële macro kader het overschreden bedrag terugbetalen (Schipper 2011b). De betaling per verrichting geldt dus nog steeds, echter opnieuw tot een bepaald maximum. Anno 2012 bestaat onder oogartsen het besef dat de productie niet te veel kan toenemen, omdat de minister een maximum voor het budgettair kader zorg (BKZ) heeft vastgesteld. Overschrijding van het BKZ in het ene jaar leidt tot terugbetaling in het daaropvolgende jaar (Ibid.). Door de aanpassing in de regelgeving is de betekenisgeving voor oogartsen veranderd. *“Voor de oogheelkunde geldt dat we ons steeds meer realiseren dat we niet te veel moeten groeien”* (respondent oa1). Wanneer oogartsen meer patiënten behandelen dan qua kosten binnen het afgesproken

BKZ passen, resulteert dit in een korting op het BKZ in het volgende jaar ter grootte van de BKZ overschrijding. Meer patiënten behandelen wordt daardoor uiteindelijk minder goed beloond. Het aantal patiënten groeit echter de komende jaren nog meer dan voorgaande jaren door onder andere de vergrijzing en nieuwe behandelmogelijkheden (Keunen e.a. 2012). Deze exogene factoren uit de institutionele context gecombineerd met de betekenisgeving door de institutie van oogartsen om de productiegroei te beperken maken dat samenwerking tussen oogartsen en optometristen nog verder ingebed wordt.

Invloed op regelgeving

Naast de financiering van de medisch specialistische zorg beslist de overheid ook over de administratieve voorwaarden waaraan moet worden voldaan om voor vergoeding van medisch specialistische zorg in aanmerking te komen. Hierdoor vergoedt de zorgverzekeraar alleen een conservatief DBC zorgproduct waar minimaal een face-to-face contact met de medisch specialist in zit. Ook dit regulatieve element legt exogene druk op de oogartsen. Oogartsen moeten namelijk elke patiënt persoonlijk zien, anders wordt de geleverde zorg niet vergoed. Deze regel staat taakdelegatie binnen de tweedelijns gezondheidszorg in de weg, omdat juist door taakdelegatie niet altijd elke patiënt door een oogarts gezien hoeft te worden. *“Dat ik me bijna ver-excuseer bij de optometrist omdat ik toch nog even kom kijken, vanwege het face to face contact (...) dat is eigenlijk niet nodig nee, eigenlijk is het heel jammer dat die financiering nog niet rond is.”* (respondent oa2).

Door de respondenten wordt aangegeven dat wetgeving, regulatieve elementen uit exogene context, leidend zijn om te komen tot verandering *“Je bent toch afhankelijk van wetgeving en als je dingen in de wetgeving ziet waar je op kan sturen dan veranderen die weer”* (respondent oa1). Alle respondenten geven aan dat er namens de beroepsgroepen wel getracht is macht en invloed uit te oefenen op overheid als institutie om zodoende de regelgeving te beïnvloeden, maar dat dat niet tot de gewenste effecten heeft geleid. *“Dat kleine stukje optometrie is dan net een splinter van deze tafel. Dat heeft zo weinig prioriteit”* (respondent opt3). En: *“Je had het ook tegen die stoel kunnen zeggen. Niemand deed er wat mee. Er werd gewoon niet naar geluisterd”* (respondent oa3). Deze endogene elementen geven aan dat professionals proberen macht en invloed op andere instituties, zoals de overheid, uit te oefenen met als doel de regelgeving te veranderen. Dit heeft echter niet tot de gewenste uitkomsten geleid. De rol van de geïnterviewde oogartsen en optometristen als institutionele agenten is blijikbaar op dit punt beperkt. De optometristen wijten de beperkte invloed aan de omvang van de beroepsgroep. Daarnaast geeft een repondent aan dat de wegen die bewandeld moeten worden om daadwerkelijk macht uit te kunnen oefenen onbekend zijn. *“Ik realiseer me heel goed dat in de positie waarin we toen waren dat we te klein waren om invloed uit te oefenen”* (respondent opt3). En: *“De vraag is: waar moet je zijn?”* (Respondent opt1).

De respondent van VWS geeft aan dat de beroepsgroepen in het oogheeskundige werkveld zich terughoudend opstellen en dat het werkveld weinig reuring veroorzaakt, waardoor sturing door de overheid niet gebeurt. De oogheeskundige zorgverlening verloopt volgens de repondent goed in Nederland en er zijn zelden tot nooit calamiteiten. De focus van de

overheid ligt volgens de respondent meer op de gebieden in de gezondheidszorg waar wel calamiteiten zijn. Ook zijn de aantallen van optometristen en oogartsen te klein om werkelijk de aandacht van VWS te krijgen: *Ik denk dat het veel met aantallen te maken heeft en met de bescheidenheid van beroepen. (...) Dus dan gaan andere dingen of factoren zaken bepalen, zonder dat je zelf in charge bent. Ik denk dat dat bij deze beroepen wel heeft meegespeeld* (respondent VWS). En: *“Als je zo’n beroepenveld ziet als een klas met heel veel leerlingen... De leerlingen die het altijd goed deden, die vallen veel minder in het blikveld van een docent, als het VWS een docent zou kunnen zijn”* (respondent VWS).

4.1.2 Normverschuiving binnen de institutie van oogartsen

Parallel aan de hiervoor beschreven exogene druk die op de professie van oogartsen wordt uitgeoefend vindt een verschuiving van de norm plaats waaraan de oogartsen hun maatschappelijke status ontleen. Waar eerder de status van het beroep werd ontleend aan hard werken en veel geld verdienen verschuift status naar balans tussen werk en privé.

De maatschappelijke status, een groot huis was heel belangrijk en veel verdienen. Dat waren echt wezenlijke elementen waar het NOG bestuur mee te maken had. Dat waren echt de belangen die we moesten dienen. Ik heb het zien veranderen in de assistenten. Die zijn helemaal niet meer geïnteresseerd in veel geld. Die willen meer vrije tijd.... Iedereen reist naar verre oorden, naar China, naar India. Dat was ondenkbaar in die tijd. De hele maatschappij veranderde ook enorm. Maar de oogartsen in de jaren '80 die waren gericht op hard werken en ook veel verdienen.
(Respondent oa5)

Deze veranderde norm speelt een belangrijke rol binnen de beroepsgroep van oogartsen. Hard werken is tegenwoordig minder belangrijk. De nieuwe generatie oogartsen hecht aan meer balans tussen werk en privé. Nu wordt bijvoorbeeld meer dan vroeger parttime gewerkt en werken er meer vrouwelijke oogartsen dan voorheen. Dit heeft invloed gehad op de capaciteitsontwikkeling van het aantal oogartsen in Nederland. De capaciteitsenquête die is uitgevoerd onder alle oogartsen en oogartsen in opleiding voor de capaciteitsraming opleidingsplaatsen 2010-2015 (KNMG 2009) laat een stijging zien van het aantal vrouwelijke oogartsen van 5%. Ook is in de enquête gevraagd hoeveel dagdelen de arts-assistenten die instromen als oogarts verwachten te gaan werken. Dit percentage ligt 14% lager dan het aantal dagdelen dat per oogarts in 2009 wordt gewerkt (KNMG 2009). De landelijke capaciteit aan oogartsen is door de verschuiving van de norm minder snel toegenomen dan werd verwacht.

Samenvattend legt de overheid het totaal aantal patiënten dat behandeld kan worden aan banden door het opgelegde budgetplafond. Tegelijkertijd is de balans tussen werk en privé een nieuwe norm voor de oogartsen geworden. Dit heeft invloed gehad op de capaciteitsontwikkeling van het aantal oogartsen in Nederland, die lager is dan verwacht.

Hierdoor wordt samenwerking met optometristen gezien als oplossing in plaats van probleem.

4.2 Opkomst nieuwe professie; de optometrist

In de vorige paragraaf werd beschreven hoe de samenwerking tussen oogartsen en optometristen vorm kreeg door een combinatie van verandering in regelgeving door de overheid en een normverschuiving binnen de institutie van oogartsen naar meer balans tussen werk en privé. In deze paragraaf wordt inzichtelijk dat daarnaast de opkomst van optometristen als professie deze ontwikkeling ondersteunt en verder inbedt.

4.2.1 Het ontstaan van optometrie als professie

De opleiding optometrie op Bachelor niveau is in 1988 van start gegaan. Het volume van de beroepsgroep is vanaf die tijd fors gestegen van enkele optometristen medio jaren '90 tot circa 840 optometristen in 2011.

De overheid heeft in 2000 de Wet BIG aangepast, waardoor optometristen erkenning kregen als paramedische beroepsgroep (VWS 2000). Daarnaast heeft de overheid in 2006 de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Hierin is de zorg functioneel omschreven. Functioneel omschreven houdt in dat niet in de zorgverzekeringswet beschreven staat welke professional de zorg moet bieden, maar hoe de zorg geboden moet worden, namelijk 'zoals een oogarts pleegt te bieden'. Deze exogene ontwikkeling maakt dat de zorg vanaf dan ook door de optometrist geleverd kan worden. Deze veranderingen in de wetgeving hebben de deur naar taakherschikking open gezet.

De Algemene Nederlandse Vereniging voor Optometristen (ANVO) werd in 2000 gesplitst in Algemene Nederlandse Vereniging voor Contactlensspecialisten ANVC en Optometristen Vereniging Nederland (OVN). Alleen HBO optometristen kunnen lid worden van de OVN. De overige leden van de ANVO gaan over in de ANVC. Dit kan gezien worden als het beginpunt van de institutionalisatie van de beroepsgroep van HBO optometristen. De OVN heeft in het afgelopen decennium een enorme ontwikkeling en professionalisatie doorgemaakt en is een institutie op zich geworden. Hieronder wordt de ontwikkeling van deze beroepsgroep beschreven.

Het beroep optometrist is van oorsprong ontstaan uit opticiens en MBO-optometristen die zich verder gespecialiseerd hebben in de oogheilkundige zorg door het volgen van de HBO opleiding optometrie. Het grootste deel van de optometristen was dus al werkzaam in het optiekbedrijf en is na het afronden van de HBO opleiding optometrie veelal in die bedrijfstak werkzaam gebleven. Doordat dit werkzaamheden in de commerciële sector betreft heeft dit ook zijn weerslag op de uitvoering van optometrische werkzaamheden. Optometrische onderzoeken werden in de beginjaren nog niet door de zorgverzekeraars vergoed. Tegenwoordig kunnen optometristen voor bijvoorbeeld screening op diabetische retinopathie een vergoeding met de verzekeraars afspreken. Andere onderzoeken worden veelal niet

vergoed. De inzet van de optometrist moet dus grotendeels terugverdiend worden met de verkoop van brillen, daardoor is de commercie leidend.

Een ander punt dat door de opkomst van de nieuwe beroepsgroep en de werkzaamheden in de commerciële setting ontstaat is dat optometristen in de beginjaren maar mondjesmaat het geleerde in praktijk brengen. Hierdoor lekt de kennis die tijdens de opleiding is opgedaan weg. De beroepsgroep heeft tijd nodig om zich te nestelen en verder te ontwikkelen. Een van de respondenten omschrijft het als volgt: *“Ten eerste behoor ik tot de groep die het niet erg vindt dat het niet te hard is gegaan in het begin. Dat niet gelijk de optometristen allemaal werk kregen van de oogartsen, omdat de kwaliteit van de optometristen niet goed genoeg was denk ik”* (respondent opt4). Dat de kennis van de optometristen dan nog niet op het gewenste niveau is blijkt ook uit het rapport van Van der Horst e.a. (2003). Zij besluiten in de evaluatie van een regionaal samenwerkingsverband tussen onder andere oogartsen en optometristen na afloop van de experimentele implementatieperiode in 2002 niet tot reguliere implementatie over te gaan op basis van zwakke punten in de deskundigheid van de optometristen die participeerden in het project. Ook Stevens e.a. (2000, 2002, 2007) komen tot soortgelijke conclusies. Stevens (2007): *“While ophthalmologists preferred to focus on more complex pathology and to delegate routine work to other occupations, they also question the optometrists’ expertise to extend their work domain to screening for pathology and to the use of drugs for diagnostic purposes”* (Stevens 2007:483). Wat opvalt in de documentanalyse is dat het kennistekort door de jaren heen telkens wordt aangehaald, ook nog in het artikel van Stevens uit 2007, hoewel de onderzoeksresultaten die in de artikelen aangehaald worden afkomstig zijn van vragenlijsten die eind jaren negentig onder oogartsen en optometristen zijn uitgezet. Dit laat zien dat de norm dat het kennisniveau van optometristen ontoereikend is, institutioneel is ingebed binnen de beroepsgroep van oogartsen en dat deze betekenisgeving blijkaar maar heel langzaam verandert.

De kans om het geleerde in praktijk te brengen wordt daarnaast bemoeilijkt doordat de samenleving hecht aan geijkte structuren, waardoor zij lang heeft moeten wennen aan de komst van de optometrist als nieuwe professional in het oogheelkundige werkveld. *“Mensen vragen uiteindelijk toch: ‘wanneer mag ik weer naar de oogarts?’ Ik denk dat dat ook een gewenning is aan de kant van de patiënt”* (respondent oa1). Deze exogene factor legt ook druk op de institutie van optometristen. Zij moeten zorgen dat in de samenleving bekend wordt wat een optometrist is en zich tegenover de patiënt bewijzen als bekwame professional. Vanuit de beroepsgroep van optometristen wordt hier betekenis aan gegeven door optometristen in optiekbedrijven te stimuleren het geleerde in praktijk te brengen en een volledig oogheelkundig onderzoek, inclusief pupil verwijdend onderzoek uit te voeren, ondanks dat er geen vergoeding tegenover staat. Hierdoor houden de optometristen routine om het geleerde in praktijk te brengen en raakt de maatschappij bekend met de werkzaamheden van de optometrist.

Doordat de optometrie een beroepsgroep in ontwikkeling is, is er in de beginjaren weinig endogene druk vanuit de individuele optometristen op de eigen institutie: *“Die achterban, zeker van de optometristen vereniging was daar helemaal niet zo druk mee bezig. Die waren nog druk aan het studeren”* (respondent opt3). Het is eerder andersom, dat de pioniers die

de OVN oprichtten druk uitoefenen op de individuele optometristen om hun beroep ook daadwerkelijk uit te oefenen.

Met het verstrijken van de jaren zijn steeds meer optometristen in de tweede lijn werkzaam. Tegenwoordig werkt 20% van de optometristen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (OVN 2011b). Hierdoor ontstaan twee stromingen binnen de beroepsgroep van optometristen, enerzijds van meer commercieel werkende eerstelijns optometristen en anderzijds van meer medisch georiënteerde tweedelijns optometristen. De OVN ziet het als een uitdaging om de optometristen intramuraal en extramuraal bij elkaar te houden. *“Want het gevaar zit erin dat ze uit elkaar gaan groeien. Uiteraard kwalitatief maar ook qua hele instelling. Want we zitten met een hele grote groep optometristen die nog te commercieel bezig zijn. Dat is natuurlijk wel een gevaar, en een situatie waar de beroepsvereniging moeilijk grip op kan krijgen”* (respondent opt2). Door aanpassingen in de opleiding en nascholing en de werkzaamheden van de optometristen in de tweede lijn is de beroepsgroep gegroeid naar een breder medisch inhoudelijk niveau dan in de beginjaren. *“Wij willen de kwaliteit neerzetten zoals de oogartsen willen. (...) Ondertussen moeten we op het niveau zijn dat de oogartsen weten, ik heb met een optometrist te maken dus dat garandeert kwaliteit”* (respondent opt4). De kennisontwikkeling gaat door en de wens naar het ontwikkelen van een Masteropleiding optometrie in Nederland is aanwezig. *“Dit is heel belangrijk om je beroep verder te ontwikkelen, je moet zorgen dat je je eigen kennis bijhoudt en verdiept. Dat moet je niet af laten hangen van andere beroepen of buitenlandse collega's”* (respondent opt5).

Ook in de eerste lijn kunnen tegenwoordig afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars over vergoeding van optometrische onderzoeken. Deze exogene factor maakt dat het geleerde tijdens de opleiding door optometristen meer in praktijk wordt gebracht.

Resumerend wordt de betekenisgeving aan het sociaal gedrag door optometristen in de beginjaren grotendeels bepaald door het nieuw zijn van de beroepsgroep in het oogheelkundige werkveld en de beperkte mogelijkheid om de opgedane kennis in praktijk te brengen. Daarnaast blijkt met name in de beginjaren het kennisniveau niet toereikend om taken van de oogartsen over te nemen. Vanuit de OVN werd gestuurd op het toepassen van het geleerde in de praktijk en het verbreden van de medisch inhoudelijke kennis. Tegelijkertijd zijn optometristen ook in de tweede lijn gaan werken, waardoor er een splitsing in de norm te zien is binnen de beroepsgroep van enerzijds eerstelijns optometristen als beroepsbeoefenaar in de detailhandel en anderzijds tweedelijns optometristen als professional in de gezondheidszorg.

4.2.2 Opkomst nieuwe professie vanuit het oogpunt van oogartsen

Uit de schets van de financiering van de medisch specialistische zorg in paragraaf 4.1.1 is gebleken dat tot de komst van de marktwerking het de oogartsen ontbrak aan een prikkel om ondernemend te zijn en concurrerend te werken. De minister stelde namelijk het budgetplafond vast en maximeerde het volume, waardoor de medisch specialisten minder honorariumomzet kregen bij minder productie, maar geen hogere honorariumomzet bij

productie boven het gemaximeerd volume. Daarbij bestond in die tijd onder oogartsen de angst dat samenwerken met optometristen zou leiden tot werkloosheid van oogartsen: *“Toen hadden we nog het idee dat als we werk uit handen gaven aan optometristen dat we het kwijt waren. En dat we daarmee werkloosheid creëerden voor de oogartsen van het NOG”* (Respondent oa5). Deze endogene factor legde druk op de institutie van oogartsen om niet te gaan samenwerken met optometristen. Door de regelgeving en de angst voor werkloosheid werkten oogartsen dus maar beperkt met optometristen samen. De komst van de marktwerking maakte echter dat er meer behoefte was aan interactie tussen oogartsen en optometristen. Zoals eerder uitgelegd werd het belangrijk om elkaar te kennen in de regio, zodat patiënten gericht konden worden doorverwezen naar de oogarts. Want door de komst van de marktwerking betekende voor de oogarts meer patiënten behandelen ook meer omzet. Daarnaast was de angst voor werkloosheid onder oogartsen afgenomen.

Met de komst van de marktwerking en de opkomst van taakherschikking kreeg de kwaliteit van de geleverde zorg meer aandacht. De ontoereikende kennis en kunde van de optometristen legt met name in de beginjaren een endogene druk op oogartsen. Waardoor minder met optometristen wordt samengewerkt.

Een deel van de oogartsen staat ook nu nog sceptisch tegenover taakherschikking door voorbeelden uit andere landen, waaronder Amerika. Oogartsen daar zijn een stuk van het medisch domein kwijtgeraakt aan optometristen en dat willen de oogartsen in Nederland voorkomen. Een van de respondenten (oa4) omschreef het als *“denken dat het een competentie is die alleen bij jou hoort”*. Een andere respondent formuleerde het als volgt: *“We hebben werk genoeg, daar gaat het niet om maar het moet wel goed gebeuren en medisch verantwoord gebeuren. Je ziet toch wel, tuurlijk ik kan iedereen een staaroperatie aanleren als het maar lang genoeg duurt, maar het gaat er maar net om dat je die medische achtergrond hebt om bepaalde dingen te kunnen herkennen en te kunnen inschatten en te weten hoe er mee om te gaan. Dus het is en blijft natuurlijk een domein discussie. Dat is lastig”* (respondent oa1).

Toch krijgt de beroepsgroep van optometristen door de nauwere samenwerking tussen de beroepsgroepen meer herkenning en erkenning. De oogarts krijgt door de kennismaking met deze nieuwe beroepsgroep een goed inzicht in wat een oogarts niet zelf moet blijven doen en wat een optometrist voor hem kan doen. Ook scholen de oogartsen de optometristen lokaal bij op onderdelen die niet tijdens de opleiding aan bod zijn geweest. Hierdoor is er steeds meer samenwerking ontstaan en nemen optometristen in de tweede lijn vooronderzoeken en nacontroles van oogartsen over. *“De optometrist is ontwikkeld van een persoon buiten de oogheelkunde tot een partner in de oogheelkunde (...) De optometrist is iemand die meedenkt. Dat is mijn partner. Ik zie hem echt als een partner (...) En ik kan eigenlijk niet meer een spreekuur doen zonder een optometrist”* (respondent oa5).

Daarnaast zijn oogartsen in Nederland in tegenstelling tot de oogartsen in andere Europese landen zoals bijvoorbeeld Griekenland opgeleid voor zowel conservatieve als chirurgische behandelingen met alle competenties die daarbij horen. In andere landen doen oogartsen door een kortere opleiding een deel van het werk dat hier door optometristen gedaan kan worden. Zowel de toegenomen erkenning van optometristen als de brede opleiding van oogartsen schept dus ruimte voor taakherschikking.

Samenwerking op basis van exogene druk alleen is niet voldoende

In de voorgaande alinea's zagen we een schets van de opkomst en ontwikkeling van de nieuwe beroepsgroep van optometristen en daarnaast een schets van het steeds meer geaccepteerd raken van die beroepsgroep door oogartsen. Ten tijde van het LPO waren beide beroepsgroepen er nog niet klaar voor om de samenwerking aan te gaan.

De interactie ten tijde van het LPO was een gedwongen huwelijk: *“Ik denk dat in die tijd het dreigde te escaleren en toen heeft men [de overheid] de drie stoute kinderen [optometristen, oogartsen en orthoptisten] bij elkaar gezet zo van, gaan jullie het maar eens oplossen”* (respondent oa4). De beroepsgroep van oogartsen wilde de optometristen nog op afstand houden. Een andere factor die meespeelt is dat er ten tijde van het LPO overleg in 1998 maar ongeveer dertig HBO opgeleide optometristen in Nederland waren. Dit kleine aantal en de soms nog ontbrekende competenties maakte dat de optometristen moeite hadden om hun plaats in het oogheeskundige zorglandschap te vinden. *“Wij [optometristen] waren the new kid on the block. (...) We moesten onze positie zien te veroveren”* (respondent opt3). Het gemeenschappelijk belang ontbrak. Daarbij was het project te breed ingestoken, doordat veel verschillende partijen betrokken waren met ieder hun eigen doelen en belangen. *“Toen stonden de optometristen met optometristen bij de borrel te praten. De orthoptisten met de orthoptisten. De oogartsen met oogartsen. En toen zag ik: dit is mislukt, want dit komt nooit van de grond”* (respondent oa5).

Vertrouwen

Uit de analyse van de data blijkt vertrouwen op verschillende niveaus een belangrijke rol te spelen in de samenwerking tussen optometristen en oogartsen. Vertrouwen op macro niveau van de ene beroepsgroep naar de andere beroepsgroep wordt door de respondenten anders uitgelegd dan vertrouwen op micro niveau in regionale samenwerkingstrajecten.

Shapin (2010) beschrijft dat wanneer actoren samenwerken uit dezelfde institutie, of uit instituties komen die die qua normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen sterk op elkaar lijken, zij elkaar op voorhand vertrouwen. Hoe meer de normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen van de verschillende instituties van elkaar afwijken, hoe vaker de vertrouwensvraag zal worden gesteld (Shapin 2010). *“Zo wordt de nieuwe beroepsgroep heel kritisch bekeken. Als een oogarts een fout maakt, een verkeerde diagnose, dan hoort dat erbij. Maar als wij een verkeerde diagnose stellen dan krijgen we vaak een stevig briefje en telefoontje van de oogarts”* (respondent opt4). Er wordt wel gepoogd door de optometristen om de invulling van het normatieve element dichter bij elkaar te brengen. *“Het is niet op individuele basis dat iedere oogarts iedere optometrist moet vertrouwen, maar dat je als beroepsorganisaties de kaders neerzet voor het vertrouwen, dat wij zorgen voor een goede nascholing, een goede opleiding, het kwaliteitsregister en doordat we het kader neerzetten wekt dat vertrouwen op”* (respondent opt1). In het verleden lag de norm van de verschillende beroepsgroepen verder uit elkaar. Door het bredere medisch inhoudelijke niveau van optometristen in de laatste jaren en de ontwikkelde richtlijnen zijn de normen en de betekenisgeving daaraan dichter bij elkaar gekomen. Dit is echter nog een fragiele basis door de splitsing van de norm in de institutie van optometristen tussen eerstelijns meer commercieel werkenden en tweedelijns optometristen meer gericht op gezondheidszorg.

“Als er [door eerstelijns optometristen] commercieel misbruik wordt gemaakt van een “handeling” die gezien wordt als medische handeling. En dan ging het er niet om of de oogmeetskundigen of optometristen dat [de ogen] maten, maar om het vertrouwen dat hij dus heel eerlijk zou zijn. Dat vertrouwen kan nog makkelijk geschaad worden” (respondent opt1). Met heel eerlijk bedoelt de respondent bijvoorbeeld alleen een bril verkopen als dit ook daadwerkelijk tot verbetering van het gezichtsvermogen leidt.

Volgens Shapin (2010) zal de ene partij de andere partij willen controleren om te kunnen vertrouwen. Protocollering is een voorbeeld van regulering van die controle (Ibid.). Een ander belangrijk aspect daarbij is de mate van vertrouwen dat het protocol ook daadwerkelijk gevolgd wordt, door de samenwerkingspartij (Ibid.). In tegenstelling tot de theorie wordt niet alleen door de oogartsen, maar ook door de beroepsgroep van optometristen gestuurd op het opstellen van richtlijnen. *“Ik denk dat de doorbraak komt als mensen mensen vertrouwen. Het is gewoon ... dat de grote groep zich netjes aan alle richtlijnen houdt. Dat vertrouwen moet er zijn, maar dat moet wel gevat worden in richtlijnen. Als het vertrouwen er is, weet je dat de richtlijnen met consensus en goed zijn opgesteld”* (respondent opt1). Enerzijds gebruikt de beroepsgroep van optometristen de richtlijnen om aan de achterban uit te leggen welke afspraken zijn gemaakt en wat er van ze verwacht wordt: *“Wij hebben geen tools om ze [optometrist] onder druk te zetten. Als je een richtlijn hebt waarin staat dat het een verplichting is, als je dat ondertekent en je gaat ermee akkoord, dan ben je in overtreding als je het niet doet. We moeten het vatten in strakke richtlijnen. Daar kan je niet de soepelheid hebben van maak het maar een beetje wollig”* (respondent opt1). Anderzijds is de richtlijn een middel om de afspraken over de uitbreiding van het medisch domein van de optometristen te formaliseren.

Op micro niveau speelt het elkaar persoonlijk kennen een belangrijke rol bij het tot stand komen van samenwerking: *“Lokaal kijken wat je kan en niet kan. Dat vertrouwen onderling kan je alleen maar hebben door samen te werken en te kijken hoe het gaat en langzaam die samenwerking meer inhoud te geven. Maar dat vertrouwen dat heb je niet op voorhand dat moet je wel leren kennen van elkaar. (...) Van beide kanten moet dat vertrouwen opgebouwd worden, het is niet zo dat het maar eenrichtingsverkeer is”* (respondent oa1). Naar verwachting wordt dat veroorzaakt door met name het moeten leren kennen van de nieuwe beroepsgroep. Wanneer dat eenmaal gebeurd is neemt die rol van elkaar persoonlijk kennen af, omdat elkaars normen algemeen bekend en geaccepteerd zijn. *“Als je een halve generatie verder bent dan zal dat niet meer nodig zijn. Dan is die markt gesetteld verwacht ik. Het is een nieuwe beroepsgroep en die moet zich bewijzen en daar heb je een tijdje voor nodig”* (respondent opt4).

Ook tijdens de participerende observaties worden uitgesproken gedaan door de op bestuurlijk niveau aanwezige optometristen en oogartsen die op het belang van vertrouwen duiden. Vertrouwen in de personen in de besturen tussen besturen speelt een belangrijke rol bij het maken van afspraken op macro niveau. Dit betreft de oprechtheid en het met de juiste intentie maken van de afspraak en het vertrouwen in een juiste vertaling naar de achterbannen. Hier gaat het om het vertrouwen over en weer tussen beroepsgroepen. Op meso niveau betreft het elkaar kennen en daadwerkelijk ontmoeten, zodat een

vertrouwensrelatie opgebouwd kan worden met de persoon aan wie de patiënt wordt overgelaten.

Daarnaast maken goede voorbeelden op micro niveau dat het vertrouwen op macro niveau groeit. *"Eerst gaat het om de kwaliteit en dan om de kwantiteit. Het moet eerst zo zijn dat het op een paar plaatsen goed werkt.(...) En wordt het van bovenaf opgelegd, dan gaat het niet werken"* (respondent opt3).

4.3 Ontwikkeling van nieuwe medische en informatie technologie

We hebben in de vorige paragrafen gezien dat de samenwerking vorm kreeg door een combinatie van verandering in regelgeving, verschuiving in de norm en een opkomst van een nieuwe beroepsgroep. In deze paragraaf laten we zien dat daarnaast de ontwikkeling van nieuwe technologie deze ontwikkeling ook ondersteunt en verder inbed.

"Ik denk dat de techniek ons geholpen heeft, omdat de technologische ontwikkeling voor zowel de oogarts als de optometrist gigantisch is geweest. We raken steeds meer met elkaar verweven. Het gaat steeds verder" (respondent oa5).

De medisch technische ontwikkeling op het gebied van onderzoeks- en behandelmogelijkheden van patiënten is in de afgelopen jaren enorm toegenomen. Deze exogene ontwikkeling maakt dat patiënten die vroeger niet behandeld konden worden en blind werden tegenwoordig met een behandeling hun gezichtsvermogen kunnen behouden. Een adequaat gezichtsvermogen is in de huidige maatschappij ook steeds belangrijker om te kunnen blijven functioneren. Daarnaast kunnen oogziekten die vroeger in een later stadium werden ontdekt tegenwoordig met behulp van nieuwe apparatuur in een vroeg stadium worden gediagnostiseerd. Deze exogene factoren zoals de betere behandelmogelijkheden en vroegdiagnostiek zorgen echter, naast de vergrijzing, ook voor een toename van het aantal patiënten. Tegelijkertijd legt de achterblijvende capaciteitsontwikkeling van oogartsen een belangrijke endogene druk op de beroepsgroep van oogartsen. Daarbij gaan oogartsen door de toegenomen behandelmogelijkheden meer subspecialiseren. Bovengenoemde exogene en endogene factoren maken dat de oogartsen meer behoefte hebben aan interactie met optometristen. *"Wij zagen wel in. Wij moeten gaan samenwerken met optometristen"* (respondent oa5). De vormgeving van de samenwerking wordt bovendien mede ondersteund door de medisch technische en ICT ontwikkelingen. Zo heeft op het gebied van informatie technologie in de afgelopen jaren veel vernieuwing plaatsgevonden, zoals de mogelijkheid van het digitaal verzenden van beelden gemaakt met de funduscamera. Hierdoor is de lijn tussen optometrist en oogarts veel korter geworden. *"Dat is bijna nergens in de wereld zo goed geregeld als hier. (...) En communicatie, snel kunnen communiceren"* (respondent opt3).

De ontwikkeling van de nieuwe technologie grijpt op verschillende manieren in op de samenwerking tussen oogartsen en optometristen.

Allereerst kan door de technologische toepassingen worden samengewerkt terwijl mensen zich op verschillende geografische plaatsen bevinden, doordat onderzoeksresultaten gedeeld kunnen worden.

Ten tweede kan beeldmateriaal gedeeld worden, zoals een fundusfoto, zodat de oogarts kan zien wat de optometrist doet. Hierdoor is een vorm van controle op afstand mogelijk. Dit tweede punt grijpt op een andere manier in dan het eerste punt, omdat het hier de controle mogelijkheid betreft van het werk van de optometrist, terwijl in het eerste punt de onderzoeksresultaten zoals geïnterpreteerd door de optometrist snel gedeeld kunnen worden.

Dus als ik nu iemand in de stoel heb voor glaucoom, dan zet ik hem achter de Nerve Fiber Analyser en ik zet het op het systeem. En dan krijgt [de oogarts] op zijn Iphone of Smart Phone of laptop een ping. Hij kijkt, hij opent het en kan binnen 2 minuten zeggen, 'Het is goed' of 'Heb je dat en dat nagekeken?'. In dat geval komt er een vraag bij ons terug en dan zeggen we 'Dat moeten we nog even doen' of 'Dat hebben we al gedaan'. Dan krijgen we een reactie van de oogarts of hij de patiënt wel of niet wil zien. Dat gaat heel erg snel. (Respondent opt4)

Tenslotte wordt door de nieuwe technologische ontwikkelingen een deel van het werk geautomatiseerd en zorgen de technologische ontwikkelingen ervoor dat sommige handelingen minder risicovol zijn geworden. Zo wordt bijvoorbeeld door de inzet van apparatuur screening in de eerste lijn mogelijk (De Mul e.a.2004). Ook kunnen patiënten met een verhoogd risico op glaucoom die oogheeskundige zorg nodig hebben gemonitord worden zonder fysiek een oogarts te consulteren (Ibid 2004). De Mul e.a. (2004) geven in hun artikel aan dat ICT data verzameling, data uitwisseling en communicatie ondersteunt en daarnaast de basis voor vertrouwen legt, omdat een deel van het werk wordt gestandaardiseerd en geautomatiseerd (De Mul 2004).

De introductie van ICT alleen is echter niet voldoende om tot taakherschikking te komen. Ook de grenzen tussen professionals moeten worden geslecht (De Mul e.a. 2007). Het evaluatie onderzoek van De Bont en Bal (2008) naar de werking van telemedicine in een oogheeskundig ketenzorg project bevestigen dat.

In de voorgaande paragrafen is met de uitwerking van onderdelen 'de opkomst van samenwerking als oplossing' en 'de opkomst van de nieuwe professional; de optometrist' uitgebreid beschreven dat er binnen het oogheeskundige werkveld de betekenisgeving aan samenwerking is veranderd, naast de introductie van ICT.

Met dit onderzoek zijn in de drie uitgewerkte thema's de verschillende lagen zichtbaar gemaakt: de verandering in wetgeving, de verschuiving van de norm en de betekenisgeving aan samenwerking. De thema's illustreren dat er op een dieperliggend niveau veranderingen moeten plaatsvinden om daadwerkelijk tot samenwerking te komen.

5. Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk beschrijft de conclusie die op basis van de resultaten getrokken kan worden. Door de koppeling van de endogene en exogene factoren en de betekenisgeving aan de regels en normen door de beroepsgroepen van oogartsen en optometristen kan de hoofdvraag worden beantwoord: *Hoe kunnen we op basis van de institutionele theorie verklaren waarom de veranderingen in de oogheelkundige zorg in Nederland in de afgelopen 15 jaar langzamer zijn gegaan dan verwacht en welke bijzondere rol spelen professionals daarin?*

5.1 Resultaten

Zoals geschetst in de inleiding hebben er in de afgelopen jaren ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van samenwerking in de oogheelkundige zorg tussen oogartsen en optometristen, maar zijn deze ontwikkelingen langzamer gegaan dan verwacht. Blijkbaar is het tekenen van een intentieverklaring om te komen tot geïntegreerde oogzorg niet voldoende om daadwerkelijk samenwerking te realiseren en zijn er andere factoren die daarin een rol spelen. Vanuit de institutionele theorie is naar deze factoren gezocht.

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek betreffen ten eerste de veranderingen op het gebied van wet- en regelgeving door de overheid, ten tweede het verschuiven van de norm van oogartsen naar meer balans tussen werk en privé, ten derde de opkomst van de optometrist als paramedische beroepsgroep en ten vierde de ontwikkelingen op het gebied van medische en informatietechnologie. Deze bevindingen worden hieronder kort toegelicht.

De overheid heeft de regelgeving op het gebied van financiering van de medisch specialistische zorg en de wetgeving op het gebied van toegankelijkheid van de optometrische zorg in de afgelopen jaren aangepast. Door deze verandering in regulatieve elementen in de institutionele omgeving van het oogheelkundige werkveld hebben oogartsen een andere betekenis gegeven aan samenwerking. In de beginjaren waren de oogartsen bang voor werkloosheid door te gaan samenwerken met optometristen. Hierdoor werd nauwelijks met optometristen samengewerkt. De verandering in de financiering van de medisch specialistische zorg maakt dat oogartsen meer met optometristen zijn gaan samenwerken. Door de betaling per verrichting met de komst van de DBC systematiek zijn met name vrijgevestigd oogartsen meer patiënten gaan behandelen. Door goede contacten te onderhouden met optometristen in de eerste lijn kregen de oogartsen patiënten verwezen vanuit de eerste lijn. Daarnaast konden oogartsen in de tweede lijn de toename van patiënten niet meer allemaal alleen onderzoeken en behandelen en hebben zij optometristen aangenomen in de tweede lijn om vooronderzoeken en nacontroles uit te voeren. Hierdoor kunnen de oogartsen meer patiënten zien in dezelfde tijd en blijven wachtlijsten kort. Tegenwoordig wordt de optometrist met name binnen de tweedelijns gezondheidszorg gezien als samenwerkingspartner in het werkveld.

Tegelijkertijd vond naast de verandering in regelgeving een verschuiving van de norm van oogartsen plaats door feminisering en meer deeltijdwerk naar meer balans tussen werk en privé. Deze normverschuiving is ook van invloed op de betekenisgeving die oogartsen aan samenwerking geven. De capaciteit van oogartsen ontwikkelt zich daardoor minder snel dan verwacht, terwijl de zorgvraag toeneemt. De oogartsen zijn door deze ontwikkelingen meer dan voorheen bereid tot samenwerken met optometristen.

Naast de verandering in regelgeving en de normverschuiving kwam de optometrie als nieuwe beroepsgroep op. De beroepsgroep heeft in de afgelopen jaren tijd nodig gehad om zich te nestelen in het oogheeskundige werkveld. De nieuwe beroepsgroep heeft een plaats gezocht tussen de opticiens, contactlensspecialist en oogarts. In het begin bijna uitsluitend binnen de optiekbedrijven in de commerciële setting. De betekenisgeving aan het sociaal gedrag door optometristen wordt in de beginjaren grotendeels bepaald door het nieuw zijn van de beroepsgroep in het oogheeskundige werkveld en de beperkte mogelijkheid om de opgedane kennis in praktijk te brengen. De beroepsgroep heeft tijd nodig gehad om zich verder te ontwikkelen. Met name in de beginjaren blijkt het kennisniveau van de optometristen niet toereikend om taken van de oogartsen in de tweedelijns gezondheidszorg over te nemen. Vanuit de OVN werd gestuurd op het toepassen van het geleerde in de praktijk binnen de optiekbedrijven en het verbreden van de medisch inhoudelijke kennis. Geleidelijk zijn optometristen ook in de tweede lijn gaan werken, waardoor er een splitsing in de norm te zien is binnen de beroepsgroep van eerstelijns optometristen als commercieel beroepsbeoefenaar in de detailhandel en van tweedelijns optometristen als professional in de gezondheidszorg. Oogartsen werken meer samen met optometristen in de tweede lijn. Dit is te verklaren vanuit de theorie omdat de norm van optometristen in de tweede lijn dichterbij de norm van oogartsen ligt dan de norm van 'commerciële' optometristen in de eerste lijn. Zoals Shapin (2010) stelt zal samenwerking tussen beroepsgroepen sneller plaatsvinden als zijn qua normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen sterk op elkaar lijken. Hoe meer de elementen van de verschillende instituties van elkaar afwijken, hoe vaker de vertrouwensvraag zal worden gesteld (Shapin 2010).

De ontwikkeling van nieuwe medische en informatie technologie speelt ook een belangrijke rol in het tot stand komen van samenwerking. Hierdoor zijn de behandelmogelijkheden van oogaandoeningen toegenomen en kunnen oogaandoeningen in een vroeger stadium worden gediagnosticeerd. Met als gevolg dat, naast de vergrijzing, ook hierdoor de patiëntenpopulatie toeneemt. Tegelijkertijd gaan oogartsen door de toegenomen behandelmogelijkheden meer subspecialiseren. Ook is door de ontwikkelingen op het gebied van informatie technologie de lijn tussen optometrist en oogarts veel korter is geworden. De exogene ontwikkeling van de nieuwe technologie grijpt op verschillende manieren in op de samenwerking tussen oogartsen en optometristen. Allereerst kan door de technologische toepassingen worden samengewerkt terwijl mensen zich op verschillende geografische plaatsen bevinden, doordat onderzoeksresultaten gedeeld kunnen worden. Ten tweede kan beeldmateriaal gedeeld worden, zoals een fundusfoto, zodat de oogarts kan zien wat de optometrist doet. Hierdoor is een vorm van controle op afstand mogelijk.

Tenslotte wordt door de nieuwe technologische ontwikkelingen een deel van het werk geautomatiseerd en zorgen de technologische ontwikkelingen ervoor dat sommige handelingen minder risicovol zijn geworden.

5.1.1 Samenwerking vraagt om scala van interventies

Zoals gesteld is het tekenen van een convenant alleen niet voldoende. Er vallen nu tegelijkertijd een aantal aspecten samen zoals veranderde wetgeving op het gebied van financiering van de medisch specialistische zorg en verschuiving van de norm naar meer balans tussen werk en privé bij oogartsen en de achterblijvende capaciteit ontwikkeling van oogartsen om in de toenemende zorgvraag te kunnen voorzien. Ook is de optometrist als nieuwe beroepsgroep opgekomen. Daarnaast spelen ook vergrijzing en de medisch technische ontwikkelingen als exogene factoren een rol en leggen druk op beide instituties. Het samenvallen van bovengenoemde veranderingen en ontwikkelingen is bepalend voor de betekenisgeving aan samenwerking in het oogheeskundige werkveld. Uit het onderzoek blijkt dat door veranderingen in de institutionele context, gecombineerd met veranderingen in de normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve elementen van de institutie van oogartsen en optometristen samenwerking ontstaat en institutioneel wordt ingebed. Het realiseren van samenwerking vraagt dus om een scala aan interventies.

5.1.2 Zijn de ontwikkelingen langzaam gegaan?

Enerzijds komt in de artikelen en documenten een trage ontwikkelingen op het gebied van samenwerking tussen de beroepsgroepen naar voren. Anderzijds geven de respondenten tijdens de interviews aan dat er in de afgelopen jaren veel verandering in de samenwerking tussen oogartsen en optometristen heeft plaatsgevonden. Deze spanning is te verklaren aan de hand van de perspectieven van waaruit naar samenwerking wordt gekeken. Als de verandering wordt bekeken als een interventie zoals de invoering van een nieuwe werkwijze, dan is vijftien jaar lang. Ons denken in verandermanagement en projecten zet ons op het verkeerde been. Wanneer de veranderingen worden gezien als een verschuiving in institutionele verhoudingen dan is vijftien jaar snel. Een periode van 15 jaar is een periode waarin een generatie is veranderd. Er is tijd nodig om mensen op te leiden. Zoals aangegeven in het theoretisch kader worden professionals tijdens hun opleiding gevormd en is die periode bepalend voor de vorming van de normen, waarden, gedragingen en de betekenisgeving aan de beroepsidentiteit (Hall 2005:190). Daarnaast had de beroepsgroep van optometristen die in opkomst was tijd nodig om zich te nestelen en te bewijzen in het oogheeskundige werkveld. De technologische ontwikkeling was al langer aan de gang, maar om die echt goed te kunnen gebruiken moet de organisatorische setting kloppen en moet er vertrouwen zijn tussen de beroepsgroepen. Deze voorwaarden zijn nu veel meer aanwezig dan vijftien jaar geleden. Uit het onderzoek en de theorie blijkt dat pas dan verandering in de betekenisgeving plaatsvindt en daadwerkelijk samenwerking tot stand komt.

5.1.3 De oogartsen en optometristen als institutionele agenten

Zoals de instituties van professionele beroepsgroepen druk kunnen ervaren door factoren vanuit de institutionele context, zo zouden volgens de theorie professionals ook druk uitoefenen op bijvoorbeeld de overheid als institutie (Scott 2008b). Uit de analyse van de resultaten blijkt dat professionals wel gepoogd hebben invloed uit te oefenen op de overheid als institutie, maar dit heeft echter niet tot aanpassingen van de elementen van de overheid als institutie geleid, zoals bijvoorbeeld aanpassing in de financiering van de optometrische zorg. In de oogheeskundige zorg is het blijkbaar anders gegaan dan in de theorie beschreven. Dat kan aan de hand van de theorie van Scott (2008b) worden verklaard. Scott (2008b) noemt drie manieren waarop een professional als institutionele agent invloed kan uitoefenen.

Ten eerste kunnen professionals de institutionele elementen van andere instituties beïnvloeden door een positie in te nemen van waaruit macht en invloed uitgeoefend kan worden (Scott 2008b). Blijkbaar zijn de beroepsgroepen er niet in geslaagd om die positie in te nemen. De te bewandelen wegen om op die posities te komen zijn voor beide beroepsgroepen nog onbekend. Ook zijn de aantallen te klein om daadwerkelijk de aandacht van de overheid te krijgen en zorgt het werkveld voor weinig reuring, zodat de aandacht van de overheid naar andere zaken uitgaat.

Ten tweede kunnen beroepsgroepen als docent de eigen institutionele elementen verspreiden en zodoende invloed op andere instituties uitoefenen (Scott 2008b). Door de uniprofessionele organisatie van de beroepsgroepen in het oogheeskundige werkveld gaat de verspreiding niet verder dan binnen de eigen beroepsgroepen. De oogartsen verspreiden wel beroepsinhoudelijke normen en regels wanneer zij optometristen verder opleiden. In die zin hebben zij als institutionele agent invloed op de institutie van optometristen. Dit betreft echter de medisch inhoudelijke verspreiding van normen en regels zoals behandelprotocollen en screeningsrichtlijnen. De overheid is in die zin geen institutie die op basis hiervan beïnvloed kan worden, omdat juist op de regulatieve elementen van de overheid gestuurd wil worden. Als derde punt beschrijft Scott, naast de machtspositie en de rol als docent, de ontwikkeling binnen de eigen professie (Scott 2008b). Door subspecialisatie kan een andere positie worden ingenomen. Binnen de institutie van oogartsen vindt subspecialisatie plaats op deelgebieden van de oogheeskundige zorg, zoals orbitachirurgie, netvlieschirurgie of kinderoogheeskunde. Binnen de institutie van optometristen kunnen de werkzaamheden van de optometrist in de tweedelijns gezondheidszorg gezien worden als een vorm van subspecialisatie. Beide vormen van specialisatie zorgen niet direct voor invloed op de regulatieve elementen van de overheid. Secundair zorgt de subspecialisatie voor een grotere kwaliteit van leven van de patienten en doen patienten wellicht minder aanspraak op voorzieningen die zij nodig gehad zouden hebben als zij blind of slechtziend zouden zijn geworden. Wanneer deze winst zowel kwalitatief als financieel inzichtelijk kan worden gemaakt vergroot dat mogelijk in de toekomst de invloed die kan worden uitgeoefend op regulatieve elementen van de overheid. De beroepsgroepen slagen er dan namelijk wel in om een positie in te nemen van waaruit macht en invloed uitgeoefend kan worden.

5.2 Beperkingen van het onderzoek en kritische reflectie

De interviews zijn gehouden onder 11 respondenten die een sleutelrol gespeeld hebben in het oogheekundige werkveld in de afgelopen 15 jaar. Hoewel dit een relatief klein aantal betreft was de selectie van de respondenten wel dusdanig dat zij een mooie vertegenwoordiging vormden van de bij de ontwikkelingen betrokken professionals. Alle benaderde personen hebben met het interview ingestemd. Daardoor is de eerste keus respondenten geïnterviewd.

De dubbelrol van de onderzoeker tijdens de participerende observatie bemoeilijkte het uitvoeren van de observaties. Door de actieve rol als beleidsmedewerker tijdens vergaderingen was het lastig om daarnaast de uitspraken van de aanwezigen te bezien in het licht van het onderzoek. Hierdoor is uit de participerende observaties minder rijke data naar boven gekomen.

De institutionele theorie is als theoretische benadering gekozen omdat als uitgangspunt is genomen dat de ontwikkelingen langzamer zijn gegaan dan verwacht. De rol van techniek is in het theoretisch kader niet meegenomen. Uit de interviews kwam dit wel als belangrijk element naar boven. Dit wetende is de beperking van dit onderzoek dat de Actor Netwerk theorie niet is betrokken bij dit onderzoek. Ook komt uit dit onderzoek de verschuiving van de norm als belangrijk aspect naar boven. Een theoretische onderbouwing aan de hand van de normatieve professionaliseringstheorie had relevant kunnen zijn.

De positie van de onderzoeker in het oogheekundige werkveld heeft toegang gegeven tot zeer rijke data. Door de bekendheid met het werkkterrein en de beroepsgroepen kon de onderzoeker goed doorvragen en inzicht krijgen in dieperliggende motieven en gevoelens. Respondenten waren veelal bekenden van de onderzoeker en voelden zich vertrouwd om 'gevoelige' uitspraken te doen. Naast de voordelen die de positie van de onderzoeker met zich meebrachten voelde de onderzoeker zich door haar positie in het oogheekundige werkveld ook enigszins beperkt. De onderzoeker is dicht bij de theorie gebleven en heeft gezocht naar balans in de tekstfragmenten tussen illustratief, soms scherp, maar nooit kwetsend. Deze houding heeft de uitkomsten van het onderzoek niet beïnvloed.

Om niet de eigen interpretatie van de onderzoeker mee te nemen in de beschrijving van de resultaten heeft de onderzoeker nadat de interviews waren gehouden en de transcripten enkele malen gelezen nogmaals alle interviews beluisterd. Hierdoor is dicht bij de uitspraken van de respondenten gebleven.

5.3 Aanbevelingen

De bevindingen uit het onderzoek zijn nu met name gestoeld op de perceptie van de respondenten. Hierin is het onderzoek beperkt. Mogelijk kan een feitelijk onderzoek naar bijvoorbeeld de normverschuiving naar meer balans tussen werk en privé onder oogartsen worden gedaan, of het daadwerkelijke kennisniveau van optometristen gemeten worden om de uitspraken gedaan in de onderzoek verder te bestendigen.

Vragen leiden tot vragen. Dit onderzoek is toegespitst op de samenwerking tussen oogartsen en optometristen. Het oogheekundige werkveld bestaat echter uit nog veel meer partijen,

zoals orthoptisten, huisartsen, opticiens en contactlensspecialisten. Daarnaast betreft het niet alleen oogheeskundige zorg in de eerste en tweede lijn, maar ook derdelijns oogheeskundige zorg zoals low-vision specialisten. Nu we het mechanisme achter het ontstaan van samenwerking kennen kunnen ook andere relaties in het oogheeskundige werkveld onderzocht worden. Zoals bijvoorbeeld een onderzoek naar de samenwerking tussen opticiens en optometristen in de 1^e lijn.

Vanuit een breder perspectief kan het mechanisme ook het al dan niet ontstaan van samenwerking tussen verpleegkundig specialisten en medisch specialisten of tussen physician assistants en medisch specialisten onderzocht worden. Deze beroepsgroepen zijn ook nieuw in het medisch professionele werkdomein en maken mogelijke dezelfde ontwikkeling door als optometristen in de afgelopen 15 jaar.

Naast de aanbevelingen voor vervolgonderzoek kunnen er ook aanbevelingen voor beleid worden gedaan. Uit de analyse is naar voren gekomen dat de verandering van wet- en regelgeving een belangrijke exogene factor is die druk legt op de beroepsgroepen. De oogartsen en optometristen hebben zich ook uitgesproken over het uitblijven van exogene druk, terwijl die wel gewenst is. Ook nu nog vormt de financiering van taakdelegatie (binnen de tweede lijn) en taakherschikking (van tweede naar eerste lijn) een struikelblok. Binnen de DBC systematiek in de tweede lijn is alleen een meetcode voor optometrie beschikbaar. Wanneer de patiënt alleen is gezien door een optometrist zonder dat de patiënt face-to-face contact met de oogarts heeft gehad, staat daar voor het ziekenhuis geen vergoeding tegenover. Ziekenhuizen lossen dit momenteel op door de kosten van de inzet van de optometrist te versleutelen in het kostendeel van DBC's. Transparanter zou zijn om de inzet van de optometrist te vergoeden, zodat inzichtelijk kan worden gemaakt welke zorg daadwerkelijk door optometristen wordt geleverd.

Literatuurlijst

- Amelsvoort, J. van, K. Kauffman, F. Peters. 2010. *De arbeidsmarkt van optometristen en orthoptisten*. Nijmegen, juli 2010. Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt
- Armstrong, D. 2002. Clinical Autonomy, Individual and Collective: The Problem of Changing Doctors Behaviour. *Social Science and Medicine* 55: 1771–7
- Bont, A.A. de & R.A. Bal. 2008. Telemedicine in interdisciplinary work practice: On an IT system that met the criteria for success set out by its sponsors, yet failed to become part of every-day clinical routines. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2008, 8:47
- Brown, J. & P. Duguid. 2001. Knowledge and organization: a social-practice perspective. *Organization Science*. 12 (2): 198-213
- Currie, W. & M. Guah. 2007. Conflicting Institutional logics: a national program for IT in the organisational field of health care. *Journal of Information Technology*. 22:235-247
- Currie, G. & O. Suhomlinova. 2006. The impact of institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: the triumph of professional power and the inconsistency of policy. *Public Administration*. 84 (1):1-30
- Dacin, M.T., J. Goodstein, W.R. Scott. 2002. Institutional theory and institutional change; introduction to the special research forum. *The academy of management journal*. 45(1):43-56
- Dopson, S. & L. Fitzgerald. 2005. *Knowledge to Action? Evidence-Based Health Care in Context Edited by Sue Dopson and Louise Fitzgerald*. Oxford University Press. New York
- Dopson, S. & L. Fitzgerald. 2006. The role of the middle manager in the implementation of evidence-based health care. *Journal of Nursing Management*. 14:43-51
- Farrell, H. & J. Knight. 2003. Trust, Institutions, and Institutional Change: Industrial Districts and the Social Capital Hypothesis. *Politics & Society*. 31: 537
- Greenwood, R. & C.R. Hining. 1996. Understanding radical organizational change; bringing together the old and the new institutionalism. *The Academy of Management Review*. 21 (4):1022-1054
- Hall, P. 2005. Interprofessional teamwork; professional cultures and barriers. *Journal of interprofessional care*. (1): 188-196
- Helderman, J., F.T. Schut, T.E.D. van der Grinten, W.P.M.M. van de Ven. 2005. Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. volume 30
- Hoffman, A. W. 1997. *From Heresy to Dogma: An Institutional History of Corporated Invironmentalism*. San Francisco. New Lexington Press
- Horst, F.G. van der, S.J.M. Bours, Th.J.M. Schoenmakers, F. Hendrikse, J.W.M. Muris, J.W. van Ree. 1996. *Onderlinge afstemming Oogzorg in Nederland*. Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht
-

- Horst, F.G. van der, C.A.B. Webers, S.J.M. Bours. 2003. *Transmuraal model oogzorg: Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een regionaal samenwerkingsverband*. Universiteit Maastricht. Maastricht
- Keunen, J., C.A Verezen, S.M. Imhof, G.H.M.B van Rens, M.B. Asselbergs en J.J. Limburg. 2011. Toename in de vraag naar oogzorg in Nederland 2010-2020. *Nederlands tijdschrift ter bevordering van de geneeskunde*. 155:A3461
- (KPMG). 2009. *Capaciteitsraming opleidingsplaatsen 2010-2015*. December 2009
- Kwartel, A.J.J. van der. 2001. *Samenwerking in oogzorg*. Prismant. Utrecht. Publicatienummer 201.35
- Kwartel, A.J.J. van der, F. van der Velde. 2006. *Zichtbaar verantwoordelijk*. Eindrapportage Landelijk Netwerk Oogzorg. Prismant. Utrecht
- Lange, R. de, H. Schuman, N.M. Montessori. 2011. *Praktijkgericht onderzoek voor reflectieve professionals*. Garant. Apeldoorn 61-69, 151-187.[2010]
- Limburg, H. 2005. *Samen werken aan het voorkomen van vermijdbare blindheid en slechthoortheid*. Vision. Leiden
- Martimianakis, M.A., J.M Maniate, B.D. Hodges. 2009. Sociological interpretations of professionalism. *Medical education* 2009 (43) 829-837
- Mayer, R.C., J. Davis, D. Schoorman. 1995. An integrative model of organizational trust. *The academy of management review* 20 (3); 709-734
- Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco. Leuven [2007]
- Mul, de M., A.A. de Bont, N.J. Reus, H.G. Lemeij, M. Berg. 2004. Improving the quality of eye care with tele-ophthalmology: shared-care glaucoma screening. *Journal of Medicine and Telecare*. 2004; 10 :331-336
- Mul, de M., A.A. de Bont, M. Berg. 2007. IT-supported skill-mix change and standardisation in integrated eyecare: lessons from two screening projects in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*. Vol 7. 16 may 2007
- (NOG). 2006. *Richtlijn diabetische retinopathie, screening, diagnostiek en behandeling*. Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
- (NOG). 2010. *Ontwikkelingen in de organisatie van de oogheelkundige zorg en de toegevoegde waarde van een goede samenwerking. Op weg naar een geïntegreerde oogzorg*. Visiedocument Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. April 2010
- (NZa). 2010. *Toelichting op tariefbeschikkingen Tarieven medisch specialisten 2011*. Nederlandse Zorgautoriteit 2010.
- (OVN) 2011a. *Visiedocument OVN geïntegreerde eerstelijns oogzorg*. September 2011
- (OVN) 2011b. *Visiedocument OVN geïntegreerde tweedelijns oogzorg*. September 2011
-

(OVN en NOG). 2012. *Plan geïntegreerde oogzorg*. 11 april 2012

Phillips, N., T.B Lawrence, C. Hardy. 2000. 'Inter-organizational collaboration and the dynamics of the institutional field'. *Journal of management studies* 2000 (37): 23 – 43

Pilgrim, D.F., I. Tomasini I. Vassilev. 2011. *Examining trust in healthcare. A Multidisciplinary Perspective*. Palgrave Macmillan. London

Schippers, E. 2011a. *Zorg die werkt: de beleidsdoelstellingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)*. 26 januari 2011. kenmerk MC-U-3048431

Schippers, E. 2011b. *Zorg die loont*. Kamerbrief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).14 maart 2011. Kenmerk CZ-IPZ3056686

Scott, W.R.1987. The adolescence of institutional theory. *Administrative science quarterly*. 32 (4); 493-511

Scott, W.R.1992. *Organizations: rational, natural and open systems*. Englewood Cliffs JW. Prentice Hall

Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel, C.A. Caronna. 2000. *Institutional change and healthcare organization: from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicaco Press

Scott, W.R. 2003. 'Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences. *Industrial and corporate change* 12 (4); 879-894

Scott, W.R. 2008a, *Institutions and Organizations: Ideas and Interests*, 3rd ed. Sage Publications, Los Angeles, CA

Scott, W.R. 2008b. Lord of the Dance: Professionals as Institutional Agents. *Organisational Studies* 29(02):219-238

Shapin, S. 2010. *Never Pure: Historical Studies of Science as if It Was Produced by People with Bodies, Situated in Time, Space, Culture, and Society, and Struggling for Credibility and Authority*. Johns Hopkins University Press

Staa, A. van & J. Evers. 2010. thick analysis: strategie om de kwaliteit van kwalitatieve data-analyse te verhogen. *KWALON*. 43 jaargang 15 nr. 1

Staal, P.C. B., J.M. Blekkenhorst, G. Latta, H. Ligtenberg, F.M. van der Meer, A.M.C. van Saase. 2009. *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*. College voor Zorgverzekeringen.[2008] Publicatienummer 268: 12-13

Stevens F.C., F. van der Horst, F. Nijhuis, S. Bours. 2000. The division of labour in vision care: professional competence in a system of professionals. *Sociology of health & Illness*. Nr.4

Stevens F.C, F. van der Horst, F Hendrikse. 2002. The gatekeeper in vision care. An analysis of the co-ordination of professional services in The Netherlands. *Health Policy*. 2002 Jun;60(3):285-97

Stevens, F.C., J.P.M. Diederiks, F. Grit, F. van der Horst. 2007. Exclusive, idiosyncratic and collective expertise in the interprofessional arena: the case of optometry and eye care in The Netherlands. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 29 No. 4 2007 ISSN 0141-9889, pp. 481-496

Thornton, H.P. & W. Ocasio. 2008. *Chapter 3; Institutional logic*. Uit : *The Sage Handbook of Organizational institutionalism*. [Internet]. [Aangehaald op 28-12-2011]. Bereikbaar op <http://www.patriciathornton.com/files/9781412931236-Ch03.pdf>

Verhoeven, N. 2008. *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Boom Lemma. Den Haag. 118-139, 191-200, 250-269 [2004]

(Vision 2020). 2005. *Vermijdbare blindheid en slechthoortheid in Nederland, samenwerken aan het voorkomen van vermijdbare blindheid en slechthoortheid*. 2005. [internet]. [aangehaald op 18 mei 2012] Bereikbaar op <http://www.vision2020.nl/contents/V2020NLrapport.pdf>

(Vision 2020). 2011 [internet] *Nieuwsitem over intentieverklaring persconferentie Nieuwspoort 13 oktober 2011* Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. [aangehaald op 21-11-2011]. Bereikbaar op <http://www.vision2020.nl/nieuws.html>

(VWS). 2000 [dagblad] Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit van 4 juli 2000, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de optometrist (*Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist*). Staatsblad 2000

(VWS). 2004 [internet] *Brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal t.a.v. invoering DBC's*. Den Haag, 28 mei 2004 [aangehaald op 18 mei 2012]. Bereikbaar op http://www.europa-nu.nl/9353000/1/j4nvg5kkg27kof_j9vvikqpopjt8zm/vi3ambcu9otv/f=/kst76933.pdf

(VWS). 2007 [internet] *Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 september 2007, nr. MC-U- 2794140, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake afschaffen lumpsum externe honorering lokale initiatieven*. [aangehaald op 18 mei 2012]. Bereikbaar op http://wetten.overheid.nl/BWBR0022524/geldigheidsdatum_23-03-2009

(VWS) 2009 [internet] *Brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal t.a.v. invoering DOT*. Den Haag, 9 april 2009 [aangehaald op 18 mei 2012] Bereikbaar op http://www.europa-nu.nl/id/vi4b884wdvtj/brief_minister_over_invoering_dot

(VWS). 2010 [dagblad] Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit van 10 juni 2010, houdende wijziging van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist alsmede van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (*herformulering opleidingseisen optometrist en huidtherapeut alsmede regeling directe toegankelijkheid huidtherapeut*) staatsblad 2010. 285

Zilber, T.B. 2002. Institutionalization as an interplay between actions, meaning and actors: the case of a rape crisis center in Israel. *Academy of management journal* 45 (1); 234-254

Zucker, L.G. 1983. Organizations as institutions. *Research in Sociology of Organizations* 1983 (2); 1-47

Gebruik foto titelblad met toestemming van prof. dr. J.E.E. Keunen, voorzitter Vision 2020 en alle afgebeelde personen. Bron: (Vision 2020). 2011. Nieuwsitem over intentieverklaring persconferentie Nieuwspoot 13 oktober 2011 [internet]. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. [aangehaald op 21-11-2011]. Bereikbaar op <http://www.vision2020.nl/nieuws.html>

Bijlage 1 Uitnodiging interview

Breda, ..maart 2012

Betreft: Uitnodiging interview

Beste heer/mevrouw,

Voor mijn afstuderen aan de Erasmus Universiteit, Master Zorgmanagement doe ik onderzoek naar de samenwerking in de oogheeskundige zorg in de afgelopen 15 jaar en de rol die professionals daarin gespeeld hebben.

Een van de onderzoeksmethoden die ik wil gebruiken is het interview. Ik ga in gesprek met sleutelfiguren in het oogheeskundige werkveld die in de afgelopen 15 jaar actief zijn geweest om de samenwerking vorm te geven, waaronder de voorzitter en oud-voorzitter van de OVN, de voorzitter en oud-voorzitter van het NOG en de voorzitter van de beroepsbehartigingcommissie NOG. Graag zou ik u willen interviewen. Wilt u aan mijn onderzoek meewerken?

Waar komt het concreet op neer:

Indien u mee wilt werken maken we een afspraak voor het afnemen van het interview. Dit interview zal ongeveer een uur duren en op een door u gekozen (rustige) locatie plaatsvinden. Bij voorkeur vindt het interview in maart plaats.

Hoe ga ik om met de gegevens:

Het interview wordt opgenomen met een voice recorder of Ipad. Na het interview ga ik het letterlijk uitschrijven waarbij ik alle namen verander zodat uw privacy en die van anderen gewaarborgd blijft. Ondanks het anonimiseren van de personen blijft echter de kans op herkenning door derden bij het lezen van het onderzoeksrapport mogelijk.

Vervolgens maak ik van het interview een samenvatting. Deze samenvatting krijgt u te lezen met de vraag of de tekst klopt. Als u de tekst goedkeurt ga ik deze verder analyseren. De analyses en de conclusies worden tot slot weergegeven in een onderzoeksrapport.

Uiteraard krijgt u het definitieve onderzoeksrapport toegestuurd. De opnames worden door de interviewer bewaard en zullen alleen te beluisteren zijn door een eventuele examencommissie. Na het succesvol afronden van het onderzoek worden de opnames vernietigd, u krijgt hierover schriftelijk bericht.

Deze procedure wordt voorafgaand aan het interview nogmaals toegelicht en ik vraag u dan om schriftelijke toestemming hiervoor. Dit toestemmingsformulier heb ik alvast ter informatie als bijlage toegevoegd.

Mocht u meer informatie over mijn onderzoek willen dan ben ik daar uiteraard zeer toe bereid.

Met vriendelijke groeten,

Corina Moerland
Student Master Beleid en Management van de gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Bijlage 2 Schriftelijke toestemming respondenten opnemen interview

Beste respondent,

In verband met het doen van onderzoek vraag ik u schriftelijk toestemming te geven voor het opnemen van het interview en de wijze waarop ik met de gegevens omgaan.

Hieronder nogmaals de procedure voor het verzamelen en bewerken van de gegevens:

- Het interview wordt opgenomen met de voice recorder of Ipad.
- Na het interview wordt de gesproken tekst letterlijk uitgeschreven door de interviewer.
- Alle namen worden veranderd zodat uw privacy en die van anderen zoveel mogelijk gewaarborgd blijft.
- De interviewer maakt van het interview een samenvatting.
- Deze samenvatting krijgt u te lezen met de vraag of de inhoud klopt.
- Als u de samenvatting goedkeurt wordt de uitgeschreven tekst geanalyseerd door de interviewer.
- De analyses en de conclusies worden tot slot weergegeven in een onderzoeksrapport.
- Ondanks het anonimiseren van de personen blijft de kans op herkenning door derden bij het lezen van het onderzoeksrapport mogelijk.
- Indien u het op prijs stelt, stuur ik u het definitieve onderzoeksrapport toe.
- De opnames worden door de interviewer bewaard en zullen alleen te beluisteren zijn door een eventuele examencommissie.
- Na het succesvol afronden van het onderzoek worden de opnames vernietigd, u krijgt hierover schriftelijk bericht.

Indien u akkoord gaat met deze procedure wil ik u vragen dit formulier te ondertekenen.

Met vriendelijke groet,

Corina Moerland
Student Master Beleid en Management van de gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Bij deze ga ik akkoord met bovenstaande procedure:

Naam:

Handtekening

Plaats en datum:

Bijlage 3 Topiclijst ter ondersteuning van het interview

Reden van onderzoek uitleggen / Introductie

- Erasmus universiteit
- Duur interview max. 1 uur
- Opname en privacy
- Brief ondertekenen gebruik data

Inleiding over ontwikkeling oogheelkundige zorg

Toelichting geven op de onderzoeksvraag:

Waarom zijn de veranderingen in de oogheelkundige zorg in de afgelopen 15 jaar langzamer gegaan dan verwacht en welke bijzondere rol spelen professionals daarin?

Hoofdvragen interview:

1. **Hoe kijkt u hier op terug?**
2. **Wat was de rol van de overheid daarin?** (gegevens verzamelen voor regulatieve groep). Heeft de beroepsgroep daar invloed op uit kunnen oefenen?
3. **Als u kijkt naar het oogheelkundige werkveld, wat is dan volgens u de oorzaak van het optreden van vertraging?** (gegevens verzamelen voor normatieve groep)
4. **Waar had u graag invloed op uit willen oefenen?** (gegevens verzamelen voor de groep invloed van professionals)
5. **Heeft het volgens u ook iets opgeleverd dat het langzamer is gegaan dan verwacht?**

Vergeeten of onderbelichte onderwerpen

6. **Wilt u graag ergens op terugkomen en/of iets toevoegen waar we het nog niet over gehad hebben?**

Bedanken en afscheid (aanbieden rapport)

PM eventuele doorvraag-vragen:

Kunt u daar een voorbeeld van geven?

Kunt u daar meer over vertellen?

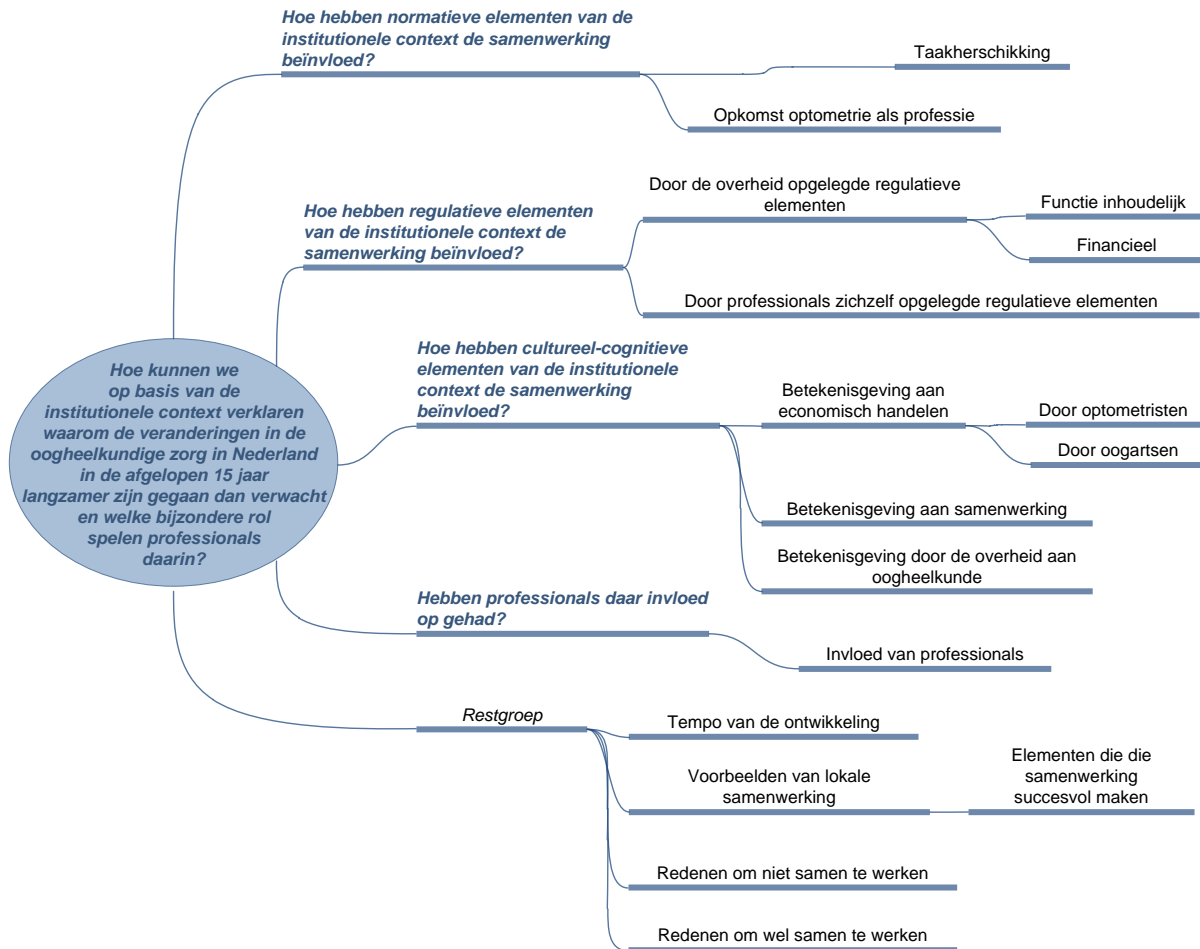
U maakt me wel nieuwsgierig!

Stel dat u in een evaluatie commissie plaats mag nemen, wat is dan het eerste dat u aan zou willen pakken?

Stel eens een top 3 samen.

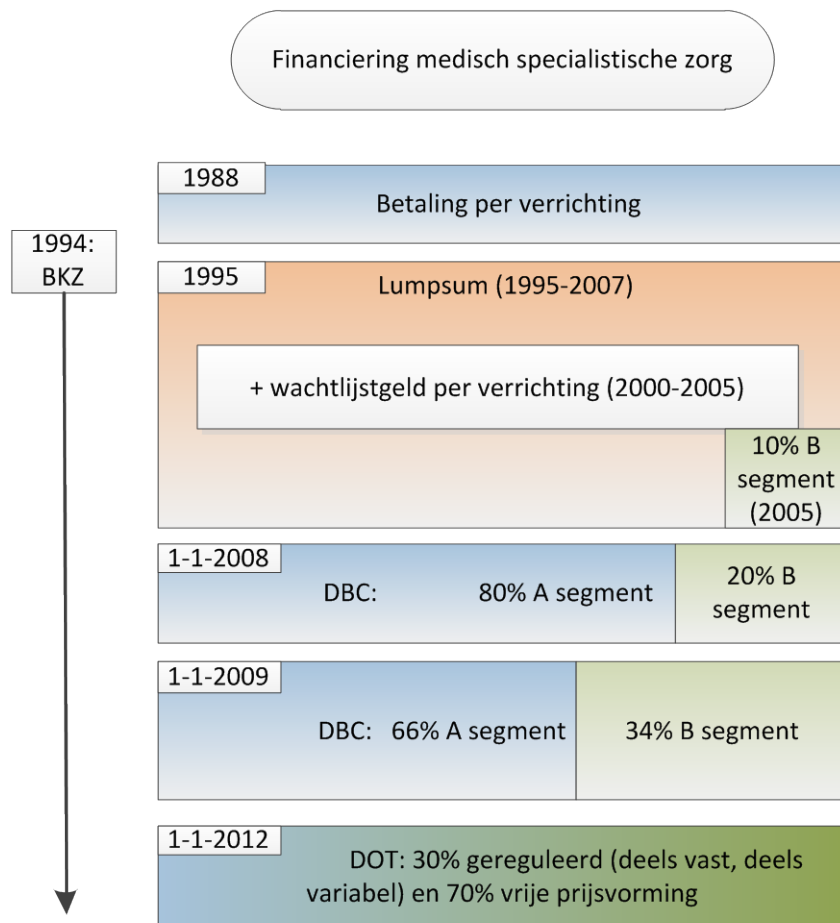
Opzet naar een voorbeeld van Mortelmans 2009:236

Bijlage 4 Gebruikte codes voor het coderen van de transcripten



Bijlage 5 Historisch overzicht financiering medisch specialistische zorg

Eigen samenvatting n.a.v. colleges financiering van de gezondheidszorg Schut 2010, Schakeljaar Beleid en Management van de Gezondheidszorg.



Lijst met afkortingen

BKZ	Budgettair Kader Zorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DOT	DBC Op weg naar Transparantie
HBO	Hoger beroepsonderwijs
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LNO	Landelijk Netwerk Oogzorg
LPO	Landelijk Platform Oogzorg
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
NOG	Nederlands Oogheelkundig Gezelschap
NVvO	Nederlandse Vereniging van Orthoptisten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OVN	Optometristen Vereniging Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum