

Zorgen we er samen voor?

*Een kwalitatief onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de
bereidheid tot samenwerken van huisartsen*

Sjors de Ruiter
487182

Erasmus Universiteit Rotterdam
Management van Human Resources en Verandering

Titel

Zorgen we er samen voor?

Ondertitel

Een kwalitatief onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerken van huisartsen

Student

Sjors de Ruiter | 487182

Opdrachtgever

Beter Samen in Noord

**Organisatiebegeleider**

Ruben Keijser

Universiteit

Erasmus Universiteit Rotterdam

**Faculteit**

Erasmus School of Social and Behavioural Sciences

Masteropleiding

Bestuurskunde

Specialisatie

Management van Human Resources en Verandering

Studiejaar

2017/2018

Eerste lezer

Mw. dr. T. Janssen

Tweede lezer

Mr. dr. V. Homburg

Datum

6 november 2018

Voorwoord

Na negen jaren en drie totaal verschillende, maar leerzame en leuke studies, kan ik zeggen: het zit erop. Mijn studietijd is ten einde. Het scriptieproces zie ik als de zogeheten kers op de taart of het neusje van de zalm. Het voelde goed om me een half jaar lang bezig te houden met een wetenschappelijk, maar vooral maatschappelijk relevant onderwerp als van deze masterthesis. Tot mijn genoegen kon ik in mijn geloof in de waarde van en affectie met de inzichten uit verandermanagement daarin kwijt.

Daarnaast spreek ik graag een blijk van waardering uit voor:

- Aris van Veldhuizen, de programmadirecteur van Beter Samen in Noord en managing partner van Andersson Elffers Felix die mij de kans gaf om dit onderzoek uit te voeren.
- Ruben Keijser, mijn mentor bij Andersson Elffers Felix die gedurende het scriptieproces altijd voor me klaar stond om met mij te sparren over de inhoud en het proces.
- Tessa Janssen, mijn begeleidster bij de Erasmus Universiteit Rotterdam die me altijd wist te prikkelen met kritische vragen en gestimuleerd heeft om het onderste uit de kan te halen.
- Vincent Homburg, de tweede lezer die mij in de laatste fase met zijn feedback motiveerde om extra scherp te aan te brengen.
- De projectleden van Beter Samen in Noord, die altijd voor me klaar stonden om me te helpen met praktische vragen.
- Alle huisartsen die bereid waren om in hun drukke agenda tijd vrij te maken voor een interview.
- Mijn familie, vriendin en vriend(inn)en, die me met hun liefde en interesse steunden gedurende het proces.

Mijn dank aan jullie is groot.

Ik wil dit voorwoord eindigen met het uitspreken van mijn bewondering. Bewondering voor de bevologenheid van de professionals die ik het afgelopen half jaar heb mogen spreken. Hun motivatie en inzet inspireert me.

Veel leesplezier toegewenst,

Sjors de Ruiter

Samenvatting

Netwerksamenwerking is inmiddels een dominante besturingsvorm, naast hiërarchische overheidssturing en besturing via marktwerking. In de publieke dienstverlening wordt netwerksamenwerking op innovatieve wijze en met goede intenties nagestreefd (de Vries, Bekkers & Tummers, 2016). Toch is het geen automatische vanzelfsprekendheid, iets wat zomaar even van de grond komt of een blijvend en soepel proces kent (Ansell & Gash, 2007; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012; Thomson & Perry, 2006). Spanningen tussen deelnemende partijen zijn eerder regel dan uitzondering.

De onderzochte casus Beter Samen in Noord (BSiN) weerspiegelt de wetenschappelijke noties over haperende en de complexe werkelijkheid van samenwerkingsverbanden in de praktijk. BSiN is een zorg- en welzijnsnetwerk dat in 2008 opgericht is om in te spelen op de (groeierende) problematiek in Amsterdam Noord en de onvoldoende effectiviteit in de afstemming en gezamenlijke aanpak. Dit onderzoek richt zich op het verklaren waarom het grootste deel van de huisartsen niet bereid is om samen te werken met BSiN. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt: *“Welke factoren hebben invloed op de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord en op welke manieren kan de bereidheid versterkt worden?”*

Uit de resultaten bleek het grootste deel van de huisartsen in Amsterdam Noord ten tijde van het onderzoek, onder de aanwezige condities, niet bereid om samen te werken met BSiN. Twee van de elf gemeten factoren hebben een positieve relatie met de bereidheid tot samenwerken. Vooral de positief bevonden individuele factor ‘urgentiebesef’ maakt BSiN voor huisartsen een samenwerkingsverband met potentie om er aan deel te nemen. Daartegenover houden individuele factoren ‘ervaring met samenwerking’, ‘geschiktheid aanpak’ en ‘persoonlijk voordeel’ negatief verband met de bereidheid tot samenwerken. Datzelfde geldt voor de institutionele factoren ‘transparantie proces’ en ‘exclusiviteit samenwerking’. Daarmee blijkt de verwachting op basis van het theoretisch model waarheid te zijn: als individuele- en institutionele factoren minder goed vormgegeven zijn of minder aanwezig zijn, dan is de bereidheid tot samenwerking naar verwachting kleiner.

Tegelijkertijd liggen in de gemeten factoren ook de kansen om de samenwerking met huisartsen te versterken. Dus juist wanneer hierop ingespeeld wordt, kan de bereidheid tot samenwerken versterkt worden. Veel van deze factoren zijn gerelateerd aan het ‘instituut BSiN’. Dat betekent dat ze te beïnvloeden zijn door de leden die plaatsnemen in het bestuur en in het projectteam van BSiN.

Daarnaast leverde dit onderzoek een aantal aanvullende factoren op, aangeduid als ‘aanvullende factoren’, die niet vanuit het theoretisch kader verklaard konden worden. Deze factoren kunnen gezien worden als aanvulling op de gehanteerde theorieën en kunnen daardoor een bijdrage leveren aan de literatuur op het gebied

van *collaborative governance*. Aanvullende factoren 'drijfveren', 'gezamenlijke vereniging' en 'aard van het werk' hebben betrekking op de beroepsgroep, en hangen die negatief samenhangen met de bereidheid tot samenwerken. Daarentegen heeft de factor 'taakopvatting' positieve impact. Verder is 'vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid' ook een aanvullende factor die speelde in dit onderzoek. Al deze aanvullende factoren zijn moeilijker te beïnvloeden dan de besproken individuele en institutionele factoren.

De wensen en behoeften van huisartsen, als degenen die geacht worden hun gedrag en werkwijze te veranderen, zijn door BSiN onvoldoende meegenomen om hen bereidwillig te krijgen voor samenwerken – ondanks de factoren waar BSiN als samenwerkingsverband weinig invloed op heeft. Daarbij moeten worden benadrukt dat huisartsen zelf ook een pro-actievere rol kunnen spelen in (het vormgeven van) integrale samenwerking zoals BSiN beoogt. Ze onderkennen immers de urgentie van de problemen in Amsterdam Noord en de aanpak ervan. Het mes snijdt aan twee kanten.

De resultaten van dit onderzoek zijn tot stand gekomen aan de hand van twee theoretische perspectieven. Op basis van veranderkundige literatuur (Armenakis & Harris, 2009; Prochaska & Norcross, 2002) is gekeken naar de huisarts als individuele professional. Met bestuurskundige literatuur over *collaborative governance* (Ansell & Gash, 2007) zijn institutionele factoren onderzocht die te maken hebben met de samenwerking. De twee perspectieven gaven kansen om op verschillende niveaus – individueel (micro) en institutioneel (meso) - het samenwerkingsvraagstuk van dit onderzoek te analyseren.

Een kwalitatief onderzoeksdesign is gekozen om data te verzamelen en te analyseren. Een design met interviews als belangrijkste methodiek sloot het beste aan bij het doel van dit onderzoek: het inzichtelijk maken van ervaringen en verwachtingen van huisartsen in samenwerking met BSiN. Uiteindelijk zijn 13 huisartsen van de 40 in Amsterdam Noord geïnterviewd. Daarnaast is met vijf projectleden van BSiN gereflecteerd op bevindingen van huisartsen met oog op factoren die de bereidheid tot samenwerken met huisartsen kunnen versterken.

Dit onderzoek leverde ook een aantal aanvullende factoren en opvallende bevindingen op die een nieuw perspectief bieden op de onderzochte relatie uit dit onderzoek, en aanknopingspunten vormen voor vervolgonderzoek. Vervolgonderzoek is van belang voor de verdere validering van de resultaten, omdat een casestudy niet tot te generaliseren uitkomsten leidt. De eerste suggestie voor vervolgonderzoek is om, waar onder meer Kuipers et al. (2014) academici al toe aanmoedigden, bestuurskundige literatuur te blijven combineren met literatuur uit verandermanagement. Op deze manier komt er meer inzicht in de relatie tussen individuele- en institutionele factoren en de bereidheid van professionals om samen te werken. Dan kan ook getoetst worden of de aanvullende bevindingen van dit onderzoek gerelateerd zijn aan de context van de casus, of breder gelden voor samenwerkingsverbanden (in relatie tot de onderzochte

beroepsgroep) in de publieke sector. Ook zijn in onderzoek naar de bereidheid tot samenwerken suggesties gedaan op het gebied van: vertrouwen, wederzijdse afhankelijkheid, groepsvorming, *sense of belonging*, afbakening van de propositie, (in)formeel leiderschap en de kenmerken van de toekomstige gebruiker van een innovatie.

Naast suggesties voor vervolgonderzoek, vloeien er vijf praktische aanbevelingen voort uit dit onderzoek. In de interviews bleek ook dat de wereld van huisartsen en de wereld van samenwerkende actoren de afgelopen jaren naar elkaar toe zijn gegroeid. BSiN is ten tijde van het onderzoek weinig betrokken bij de toenadering van de twee werelden. Huisartsen kiezen vaak voor bekende wegen van samenwerking buiten BSiN om. Ook als deze samenwerking onvoldoende passend is en maar een deel van het probleem kan oplossen. Daarom richten de praktische implicaties zich op de vraag hoe samenwerkingsinitiatief BSiN met goede trouw de barrières in samenwerking met huisartsen kan wegnemen.

De eerste aanbeveling is het formuleren van een heldere en afgebakende propositie en die blijvend te communiceren via verschillende kanalen. De tweede aanbeveling is om verbinding te zoeken met grotere samenwerkingsverbanden met een inhoudelijk gedreven aanpak en continue te investeren in persoonlijke relaties. De derde aanbeveling is om deels tegemoet te komen aan huisartsen en een voorwaardenscheppend samenwerkingsklimaat te creëren. De vierde aanbeveling is een coalitie *change agents* te formaliseren die de verandering uitdragen. De laatste aanbeveling is om dit onderzoek ook als ijkpunt voor verandering te gebruiken.

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Introductie	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Probleemstelling.....	12
1.3 Relevantie onderzoek.....	14
1.3.1 Wetenschappelijke relevantie	14
1.3.2 Bestuurskundige relevantie	14
1.3.3 Maatschappelijke relevantie	15
1.4 Leeswijzer.....	16
2 Samenwerking in perspectief	18
2.1 Inleiding.....	18
2.2 De roep om samenwerking in het publieke domein.....	18
2.3 Bepalende factoren voor succesvolle samenwerking.....	20
2.4 Een veranderkundig perspectief op samenwerking.....	25
2.5 Conclusie en theoretisch model.....	30
3 Methodologische verantwoording	34
3.1 Inleiding.....	34
3.2 Onderzoeksdesign.....	34
3.3 Operationele definities.....	37
3.4 Betrouwbaarheid.....	39
3.5 Validiteit.....	40
3.6 Conclusie.....	41
4 Resultaten	42
4.1 Inleiding.....	42
4.2 Individuele factoren en bereidheid tot samenwerken.....	42
4.2.1 Inleiding	42
4.2.2 Deelconclusie	49
4.3 Institutionele factoren en bereidheid tot samenwerken.....	50
4.3.1 Inleiding	50
4.3.2 Deelconclusie	53
4.4 Aanvullende factoren en bereidheid tot samenwerken.....	54
4.4.1 Inleiding	54
4.4.2 Deelconclusie	56

4.5	Factoren die bereidheid tot samenwerken verklaren en versterken	57
4.5.1	Inleiding	57
4.5.2	Bereidheid tot samenwerken verklaart	58
4.5.3	Factoren die bereidheid tot samenwerken versterken	59
4.5.4	Deelconclusie	61
4.6	Conclusie	61
5	Conclusie	64
5.1	Inleiding	64
5.2	Individuele factoren en bereidheid tot samenwerken	64
5.3	Institutionele factoren en bereidheid tot samenwerken	65
5.4	Aanvullende factoren en bereidheid tot samenwerken	66
5.5	Factoren die bereidheid tot samenwerken verklaren en versterken	67
5.6	Beantwoording hoofdvraag	68
5.7	Empirisch model	69
6	Discussie	71
6.1	Inleiding	71
6.2	Theoretische reflectie	71
6.3	Methodologische reflectie	76
6.4	Aanbevelingen	78
6.4.1	Praktische implicaties	78
	Referenties	82
	Bijlage A: Casusbeschrijving	85
6.5	Inleiding	85
6.6	Amsterdam Noord	85
6.7	Beter Samen in Noord	87
	Bijlage B: Topiclijst interviews	91
	Bijlage C: Codeboom	93

1 Introductie

1.1 Aanleiding

Publieke diensten spelen een fundamentele rol in onze samenleving. Leerlingen worden opgeleid, ouderen en zieken worden verzorgd en uitkeringen worden verstrekt. De laatste jaren is de publieke dienstverlening aan verandering onderhevig. Wetenschap en praktijk raken steeds meer geïnteresseerd in het idee dat innovatieve besturingsvormen en processen nodig zijn (de Vries, Bekkers & Tummers, 2016). Enerzijds om de kwaliteit van de publieke dienstverlening te verbeteren. Anderzijds om het probleemoplossend vermogen van overheidsorganisaties te vergroten bij het omgaan met maatschappelijke uitdagingen. Innovatieve besturingsvormen richten zich steeds vaker op vormen van netwerksamenwerking naast hiërarchische overheidssturing en besturing via marktwerking (van Delden, 2009). Daarbij ligt de focus op het verbeteren van zelfregulerende en zelforganiserende capaciteiten van organisaties in de publieke dienstverlening. De vraag is hoe de roep om meer samenwerking in de publieke dienstverlening begrepen kan worden. Twee hoofdoorzaken liggen ten grondslag aan deze roep: de drie belangrijkste karakteristieken van de maatschappelijke vraagstukken van nu (van Delden, 2009) en de toenemende druk op de publieke dienstverlening (Dunleavy, Margetts, Bastow & Tinkler, 2006; van Delden, 2009).

De maatschappelijke vraagstukken van nu en de toenemende druk

De vraagstukken die de publieke dienstverlening raken hebben zich de afgelopen jaren ontwikkeld. Van Delden (2009) onderscheidt drie karakteristieken van de publieke vraagstukken van nu. Deze karakteristieken zorgen ervoor dat individuele organisaties de vraagstukken niet meer alleen het hoofd kunnen bieden. Ten eerste zijn de vraagstukken multidimensionaal van aard. Burgers – zoals ouderen, gehandicapten of mensen uit een lagere sociaaleconomische klasse - hebben steeds vaker behoefte aan steun of hulp in verschillende levensdomeinen¹, ook wel aangeduid als multi-problematiek. De inzet van professionals uit verschillende gebieden is daarvoor nodig. Kenmerkend voor mensen met multi-problematiek is dat hun problematiek vaak de grenzen van bestaande zorg te buiten gaan. Daarom moeten organisaties uit de verschillende domeinen een appel doen op elkaars kennis en middelen om zulke vraagstukken het hoofd te kunnen bieden. Multidimensionaliteit is geen nieuw fenomeen. Voor professionals is het gewoonlijk om eerst situaties te diagnosticeren, zodat diverse verschillende dimensies van een probleem of patiënt inzichtelijk worden. In de loop der jaren is echter meer het besef gekomen dat de dimensies van een probleem met elkaar

¹ Het landelijke adviesbureau en kennisinstituut voor maatschappelijk ontwikkeling Movisie heeft een lijst opgesteld met acht levensdomeinen die sociale problematiek kan raken, te verstaan: zingeving, wonen, financiën, sociale relaties, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en werk en activiteiten. Sociale problematiek manifesteert zich doorgaans op verschillende domeinen tegelijk. (Van Leeuwen-Den Dekker & Poll, 2016)

verweven zijn en een geïntegreerde aanpak veel winst kan opleveren. (van Delden, 2009)

Ten tweede zijn er in een complexe maatschappelijke omgeving continu allerlei interacties tussen de handelende actoren - zoals overheden, maatschappelijke stakeholders en burgers - en de verschillende aspecten van een probleem (van Delden, 2009). Daardoor veranderen situaties voortdurend en raakt een gehanteerde aanpak al gauw achterhaald. Het voorbeeld van jongeren met een geestelijke of lichamelijk handicap illustreert de dynamiek en onvoorspelbaarheid van maatschappelijk problemen. Na hun schooltijd hebben deze jongeren namelijk moeite met het vinden van een baan. Ze circuleren tussen verschillende instanties waarbij ze de neiging hebben hun 'mislukkelingen' te verbergen. Juist doordat ze zich niet zichzelf kunnen of durven te zijn, kunnen ze vaak niet aan de verwachtingen van anderen voldoen. Dat gaat gepaard met teleurstellingen. De ervaring leert dat de jongeren snel in een uitkering belanden. Sommigen spenderen hun tijd op straat, raken betrokken bij overlastsituaties en komen via de politie in aanraking met hulpverleners, maar dan met een sterker label van moeilijk behandelbare jongere. Deze dynamiek uit zich in een neerwaartse spiraal die zich vaak blijft door ontwikkelen.

Ten slotte is in sociale systemen het aantal te onderkennen componenten van een probleemsituatie in principe grenzeloos (van Delden, 2009). Dit houdt in dat de vraagstukken zich voortdurend verder kunnen uitspreiden naar nieuwe domeinen en actoren. Om dit kenmerk te verduidelijken is een voorbeeld relevant dat ook de casus van dit onderzoek raakt: hulpverlening in de zorg. Hulpverleners die intensief hulpbehoevenden behandelen moeten zich verdiepen in het leven van de desbetreffende persoon. Door de behandeling komen vaak allerlei problemen aan de oppervlakte die in elkaar verweven zijn, uitgestrekt over meerdere levensdomeinen. Dankzij de hulpverleners komt zo scherper in beeld wat precies speelt, maar dienen zich ook 'nieuwe' problemen aan die ook om oplossingen vragen van andere organisaties en mensen.

De toenemende druk op de publieke dienstverlening is de tweede hoofdoorzaak die leidt tot de roep om meer samenwerking. Ondanks de complexiteit en hardnekkigheid van de publieke dienstverlening door de multi-dimensionaliteit, dynamiek en onvoorspelbaarheid en onbegrensdsheid van de vraagstukken, neemt de druk toe om deze problemen aantoonbaar en snel te beheersen (Dunleavy, 2006). Deze druk komt voort uit de verwachtingen en het ongeduld van burgers en media. Effectieve en complete publieke dienstverlening gericht op de knelpunten van specifieke doelgroepen wordt gewenst en soms geëist. Misstanden kunnen rekenen op veel (sociale) media aandacht en leiden snel tot kritische debatten in gemeenteraden of tot Kamervragen.

Van New Public Management naar New Public Governance

De vraag is waarom samenwerking in de publieke diensten onvoldoende (effectief) tot stand is gekomen. Een belangrijke factor schuilt in de tekortkomingen van het

New Public Management (NPM). NPM is een paradigma op het besturen van overheidsinstanties die sinds de jaren tachtig dominant is (geweest). Kenmerkend voor NPM zijn bedrijfsmatige principes en waarden met het streven om een overheid kostenefficiënter en doelmatiger te maken (Hood, 1991; Lane, 2000).

In het wetenschappelijk debat over de ordening van publieke organisaties is de laatste jaren veel kritiek ontstaan op de NPM stroming. Dunleavy et al. (2006) en Osborne (2007) analyseren in hun onderzoeken naar NPM hoe de verschillende logica's van overheid en markt voor wrijving zorgen. NPM kent in het algemeen geen prikkel om over de eigen organisatiegrenzen heen te kijken (Osborne, 2007). De fixatie op de eigen organisatie vanuit een bedrijfsmatig efficiëntie perspectief gaat zo ten koste van samenwerking. Op deze manier blijven organisaties hun 'succesvolle' en tegelijkertijd relatief simpele activiteiten en doelen stellen en halen (*output*), maar vraagt men zich uiteindelijk niet af of de behoeften van burgers worden bevredigd dan wel maatschappelijke problemen worden opgelost (*outcome*) (Dunleavy et al., 2006). De focus van NPM ligt te weinig op de externe relatie en samenwerking met anderen. Terwijl vandaag de dag dus juist de verbinding met andere organisaties nodig is om complementaire krachten te kunnen bundelen.

De eerder genoemde druk op de publieke dienstverlening komt ook deels voort uit de top-downgerichte sturingsmechanismen van NPM. Deze sturingsmechanismen hebben geleid tot tekortschietende publieke dienstverlening, bijvoorbeeld in het voorzien van een zorgvraag voor probleemgroepen. De aanpakken en de effecten ervan zijn daardoor nog meer onder een vergrootglas komen te liggen bij burgers en media (van Delden, 2009). Door (nieuwe vormen van) samenwerking tussen publieke en private partijen kunnen complexe maatschappelijke problemen worden opgelost en publieke waarde worden gecreëerd voor de desbetreffende doelgroep. Samenwerking wordt noodzakelijk geacht om in te kunnen spelen op snelle en grote maatschappelijke veranderingen om de legitimiteit van het publieke domein overeind te houden. (Dunleavy et al., 2006).

Concluderend vormen de tekortkomingen van NPM, de complexiteit en hardnekkigheid van de publieke dienstverlening door de multi-dimensionaliteit, dynamiek en onvoorspelbaarheid en onbegrensdsheid van de vraagstukken van de maatschappelijke vraagstukken van nu en het ongeduld van publiek en media de complexe context waarin publieke dienstverlening tot stand moet komen. Tegelijkertijd hebben deze ontwikkelingen ervoor gezorgd dat het paradigma op besturen is verschoven naar het New Public Governance (NPG). De kern van het NPG-paradigma betreft het aangaan van samenwerking in netwerken om maatschappelijke problemen aan te pakken (Dunleavy, 2006; Head & Alford, 2015). In het theoretisch kader wordt dieper ingegaan op dit paradigma.

Beter Samen in Noord

De scope van dit onderzoek betreft Amsterdam Noord en dan specifiek het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord (BSiN). Om meer inzicht te krijgen

in hoe en waarom een samenwerking wel of niet tot stand komt, is ervoor gekozen om in dit onderzoek een duidelijk onderzoeksgebied af te kaderen. De keuze is op Amsterdam Noord gevallen, omdat in dit gebied de behoefte aan meer samenwerking in zorg en welzijn sterk aanwezig is. Onderzoek in dit gebied kan daarom relevante informatie kan opleveren voor dit onderzoek.

Het samenwerkingsverband BSiN is in 2008 opgericht om in te spelen op de (groeierende) problematiek in Amsterdam Noord en de onvoldoende effectiviteit in de afstemming en gezamenlijke aanpak. Aan BSiN nemen dertien partijen deel, zowel private als (semi)-publieke. Het doel is om aantoonbaar betere zelfredzaamheid, gezondheid en maatschappelijke participatie tegen beheersbare kosten te realiseren bij inwoners (preventief) en patiënten (repressief) uit het stadsdeel (BSiN, 2018). BSiN streeft naar innovaties in zorg en welzijn. Dit houdt in dat alle partijen de huidige structuren in zorg en welzijn zodanig willen verbeteren dat de zorg- en hulpvraag van de (toekomstige) patiënt centraal komt te staan. Het inhoudelijk programma bestond tot 2014 alleen uit zorg en ondersteuning voor mensen met multi-problematiek. Na 2014 zijn er twee programmalijnen toegevoegd: ouderen met verhoogde kwetsbaarheid (ouderen) en mensen met armoedeproblematiek (minima). Onder de laatste twee programmalijnen vallen nog diverse projecten (zie bijlage A voor een uitgebreide casusbeschrijving).

1.2 Probleemstelling

Samenwerking wordt doorgaans op innovatieve wijze en met goede intenties nagestreefd. Toch laat bestuurskundig onderzoek naar samenwerking zien dat het geen automatische vanzelfsprekendheid is (Ansell & Gash, 2007; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012; Thomson & Perry, 2006). Spanningen tussen deelnemende partijen zijn eerder regel dan uitzondering. Zeker in het zorg- en welzijnsdomein, dat getypeerd wordt door extra complexiteit van besturing en processen door de betrokkenheid van een divers palet aan organisaties uit verschillende domeinen met hun eigen perspectief en tradities (van Delden, 2009). Zo kunnen kenmerkende elementen van een samenwerkingsverband, zoals institutionele factoren in termen van onduidelijke structuur en regels, factoren zijn die samenwerking frustreert of zelfs niet van de grond laat komen (Ansell & Gash, 2007).

BSiN weerspiegelt de wetenschappelijke noties over haperende en complexe samenwerkingsverbanden in de praktijk. Dit onderzoek staat niet op zichzelf. In haar effectmeting (van Dam et al., 2017) en procesevaluatie (van Genabeek et al., 2015) concludeerde de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) dat BSiN op de goede weg is. Toch liggen er in de samenwerking nog de nodige kansen. Bijvoorbeeld de samenwerking met huisartsen uit Amsterdam Noord is niet optimaal. Volgens TNO zijn huisartsen doorgaans slecht op de hoogte van BSiN, participeren ze weinig in projecten en verwijzen hoogst zelden patiënten door (van Genabeek et al., 2015). Het gros van de huisartsen sluit zich af van de netwerkprocessen en lijkt sturing van buitenaf (deels) te negeren. Het belang van onderzoek naar de samenwerking met

huisartsen, zowel in de casus als het in het algemeen, wordt in de relevantie toegelicht.

Dit onderzoek richt zich op het verklaren waarom het grootste deel van de huisartsen niet bereid is om samen te werken. Momenteel nemen maar enkele huisartsen uit Amsterdam Noord deel aan het samenwerkingsverband BSiN. Samenwerken in een netwerk vraagt om een verandering voor de actoren in het netwerk en de actoren die nog moeten instappen. Wat betekent deze verandering voor hen? In de literatuur is veel onderzoek gedaan naar verandering en de bereidheid daartoe (Armenakis, Harris & Mossholder, 1993; Armenakis & Harris, 2009; Metselaar et al., 2011). Mogelijk verklaart de bereidheid en de factoren die daarop van invloed zijn het wel of niet slagen van samenwerking. Veranderkundige theorieën kunnen dus een verklaring bieden voor deelname van huisartsen aan het samenwerkingsverband en daarom wordt er ook vanuit een veranderkundig perspectief naar de casus gekeken.

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat luidt:

Welke factoren hebben invloed op de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord en op welke manieren kan de bereidheid versterkt worden?

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is deze opgedeeld in drie deelvragen:

1. Welke factoren hebben volgens de literatuur invloed op de bereidheid van huisartsen om samen te werken in een regio?
2. In welke mate hangen de uit de literatuur afgeleide factoren in de praktijk daadwerkelijk samen met de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke aanvullende factoren kunnen de uit de empirie worden afgeleid?
3. Welke verklaring ligt ten grondslag aan de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke factoren kunnen deze samenwerking versterken?

De doelstelling van dit onderzoek is tweedelig. Ten eerste richt dit onderzoek zich op het inzichtelijk maken en verklaren van (gedeelde) verwachtingen, ervaringen en overtuigingen van huisartsen tegenover samenwerking met BSiN. Ten tweede is het doel om met (praktische) aanbevelingen een wezenlijke bijdrage te leveren aan de praktijk. Dit biedt een handelingsperspectief voor BSiN om huisartsen meer deel te laten nemen aan het samenwerkingsverband.

1.3 Relevantie onderzoek

1.3.1 Wetenschappelijke relevantie

Academici hebben samenwerkingsverbanden uitvoerig geanalyseerd en beschreven in empirische onderzoeken (Ansell & Gash, 2007; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012; Thomson & Perry, 2006). Onder meer factoren die van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerking van actoren. De meeste onderzoeken deden dat op organisatieniveau (meso). De conclusies en aanbevelingen lijken grotendeels van toepassing op mensen in hogere hiërarchische posities – zoals directeuren en hoger management - in samenwerkingsverbanden. Of mensen in dergelijke posities in ‘individuele’ organisaties die bereid zijn om samen te werken. Bestuurskundig onderzoek naar het individuele (micro) niveau van een individuele actor in publieke samenwerkingsvraagstukken is nog weinig uitgevoerd (Williams, 2015). Dit onderzoek kijkt juist naar het individuele (micro) niveau. En meer in het bijzonder naar een relatief autonome beroepsgroep zonder (sterke) binding met een organisatie. De focus op in dit geval huisartsen biedt een nieuw perspectief op de uitdagingen van samenwerking.

De tweede component die het onderzoek wetenschappelijk relevant maakt is de toevoeging van een extra onderzoeksveld. De vertaalslag naar het microniveau wordt gemaakt met inzichten uit verandermanagement (of veranderkunde). In hun review over verandermanagement literatuur stellen Kuipers et al. (2014) dat één theoretische invalshoek vaak onvoldoende is om een compleet beeld te krijgen van complexe veranderingsprocessen in de publieke sector. Volgens hen moet vervolgonderzoek zich meer richten op het verbinden van verschillende theoretische invalshoeken. In dit onderzoek worden juist de reeds gepresenteerde theorieën over bestuurlijke samenwerking in netwerkorganisaties, die uit gaan van meer institutionele en politieke factoren, gecombineerd met inzichten uit verandermanagement. Met inzichten uit verandermanagement is er op individueel niveau ook aandacht voor de ervaringen, verwachtingen en overtuigingen van degenen die geacht worden te veranderen en ander gedrag te vertonen (microniveau). Deze inzichten helpen om aanvullende informatie te verschaffen over de factoren die de bereid om te veranderen (in dit onderzoek de bereidheid tot samenwerking) belemmeren of bevorderen (Armenakis & Harris, 2009).

1.3.2 Bestuurskundige relevantie

Samenwerking in het publieke domein komt meer en meer voor. Toch is het geen automatische vanzelfsprekendheid, iets wat zomaar even van de grond komt of een blijvend en soepel proces kent (Ansell & Gash, 2007; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012; Thomson & Perry, 2006). Ansell en Gash (2007) spraken aan het einde van hun conclusie de verwachting uit dat de vraag naar betere netwerksamenwerking en coördinatie tussen overheid en belanghebbenden in de nabije toekomst waarschijnlijk niet zal afnemen. Deze vraag blijkt anno 2018 nog steeds actueel. De toenemende aandacht voor innovatieve samenwerkingsvormen in zowel de wetenschap als in de praktijk onttrekt zich immers niet zomaar (de Vries et al.,

2016). In een samenleving waarin de overheid samenwerking inzet als dominante bestuursvorm is onderzoek naar netwerkspanningen en hoe samenwerking beter georganiseerd en gecoördineerd kan worden, zoals dit onderzoek beoogt, bestuurskundig relevant. De kwaliteit van de publieke dienstverlening langt immers grotendeels af van de wijze van coördineren en besturen (de Vries et al., 2016).

Daarnaast heeft het veranderkundige model van Armenakis en Harris (2009) een prominente rol in dit onderzoek. Hun model is hoofdzakelijk gebaseerd op data van private organisaties. Publieke organisaties zijn over het algemeen meer ingebed in regels en procedures, hebben te maken met divers palet aan stakeholders en worden als complexer gezien door de externe politieke invloed op beleid en daarmee op publieke organisaties (Burke, 2017). Door het verschil tussen de publieke- en private sector is het bestuurskundig relevant om te onderzoeken hoe de veranderkundige factoren werkzaam zijn in een publieke context.

1.3.3 Maatschappelijke relevantie

Huisartsen zijn in dit onderzoek een van de belangrijkste schakels. Daarom is het van belang om de relevantie van onderzoek naar samenwerking met deze beroepsgroep grondig te motiveren. Allereerst heeft dit onderzoek een bredere maatschappelijke relevantie. Huisartsen hebben een bijzondere positie in Nederland. Zorg begint normaliter bij de huisarts. Mensen met een zorg- of hulpvraag zoeken meestal als eerste de huisarts op. In veel gevallen is de huisarts zelfs iemand waarmee een vertrouwensband is opgebouwd. Indien nodig gaan de huisarts en de patiënt samen kijken welke zorgverleners de beste zorg kunnen gebied met oog op de specifieke behoeften van de patiënt. De huisarts vormt zo de schakel tussen de burger en de rest van het zorg- en welzijnslandschap. Het is de spil van de eerstelijnszorg. (Hogendorp, de Boer & van Driesten, 2013)

Door hun unieke positie komt er veel op huisartsen af. Overheden, zorgverzekeraars en andere (maatschappelijke) organisaties willen gezien hun positie om uiteenlopende redenen de samenwerking met huisartsen aangaan. Veel samenwerkingsinitiatieven worden afgehouden door huisartsen. Daarentegen werken huisartsen wel mee aan dit onderzoek. Daarom is het belangrijk om inzichtelijk te maken welke factoren ervoor zorgen dat huisartsen vaak niet ingaan om samenwerkingsinitiatieven. Dit onderzoek levert daar een bijdrage aan, hetgeen de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek vergroot.

In de tweede plaats heeft dit onderzoek op kleinere schaal maatschappelijke relevantie kijkend naar de context van dit onderzoek: Amsterdam Noord. Zowel BSiN als huisartsen kunnen een individueel belang hebben bij samenwerking. Voor BSiN is samenwerking met huisartsen belangrijk om de beoogde doelen te realiseren. Dat heeft te maken met de hierboven genoemde positie van huisartsen in het zorglandschap. De huisarts kan ook in BSiN een belangrijke schakel vormen tussen de inwoner van Amsterdam Noord – de potentiële doelgroep van BSiN - en

de rest van het netwerk. Bij de programmalijn met het traject T&CM kunnen huisartsen bijvoorbeeld patiënten verwijzen.

Voor huisartsen uit Amsterdam Noord kan samenwerking met BSiN voor besparingen zorgen. Huisartsen kunnen op de kennis en middelen van anderen BSiN-deelnemers bouwen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Andere partijen nemen in de verschillende projecten op uiteenlopende wijzen werk uit handen van huisartsen. Op deze manier kan onder meer de werklast verminderd worden en arbeidssatisfactie vergroot. Dat kan een grote meerwaarde zijn voor een beroepsgroep die een hoge mate van werkdruk ervaart (Hogendorp et al, 2013). Daarbij kunnen huisartsen ook een financieel belang hebben bij een samenwerking. Door de gefragmenteerde en versnipperde organisatie van de eerstelijnszorg, hebben huisartsen minder mogelijkheden om binnen de eerstelijnszorg door te verwijzen en doen zij eerder een beroep op de relatief duurdere tweedelijnsgezondheidszorg zoals het ziekenhuis. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis beschouwt BSiN als een middel om de eerstelijnsgezondheidszorg in Amsterdam Noord te versterken en daarmee te komen tot een structurele kostenbeheersing van de gezondheidszorg (van Genabeek et al., 2015).

Samenwerking tussen BSiN en huisartsen kan ook meerwaarde creëren voor hun gemeenschappelijke belang: de inwoners van Amsterdam Noord. Onderzoek van TNO heeft dat, weliswaar op kleine schaal (twee pilotwijken), uitgewezen (van Genabeek et al., 2015). De maatschappij is gebaat bij een betere samenwerking tussen BSiN en de huisartsen. Het draagt bij aan effectieve en efficiënte dienstverlening vanuit de sectoren zorg en welzijn in Amsterdam Noord. Integrale samenwerking in BSiN is het middel om bepaalde doelen te bereiken: een betere gezondheid en kwaliteit van leven, een betere ervaring van de behandeling door de patiënt of inwoner tegen beheersbare kosten (BSiN, 2018). Daarmee is dit onderzoek ook op niveau van Amsterdam Noord en haar inwoners maatschappelijk relevant.

1.4 Leeswijzer

Dit onderzoek bestaat uit zes hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk, waar deze leeswijzer de afsluiting van is, is het probleem uiteengezet en de context daarvan beschreven. Daarnaast is toegelicht wat dit onderzoek relevant maakt, zowel voor de wetenschap, als de bestuurskunde, als de maatschappij. Dan is in het tweede hoofdstuk aandacht voor het theoretisch kader. De besproken theorieën vormen de lens waardoor het samenwerkingsvraagstuk van de te onderzoeken casus bestudeert wordt. Hier is aandacht voor bestuurskundige en veranderkundige literatuur. Hoofdstuk twee eindigt met de kernconcepten die voortvloeien uit de besproken literatuur, weergegeven in het theoretisch model. In hoofdstuk drie worden de kernconcepten geoperationaliseerd en de gemaakte keuzes gemotiveerd. Verder is in hoofdstuk drie aandacht voor het onderzoeksdesign, alsmede de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. In hoofdstuk vijf wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste resultaten die antwoord geven

op de drie deelvragen. Hierna volgt de conclusie in hoofdstuk zes. In dit hoofdstuk wordt allereerst antwoord gegeven op de drie deelvragen. Vervolgens wordt kernachtig antwoord gegeven op de hoofdvraag, waarna het hoofdstuk eindigt met de introductie van een empirisch model. Hierin worden theoretische en empirische bevindingen geïntegreerd en kort samengevat weergegeven. In het afsluitende hoofdstuk worden de resultaten geëvalueerd. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de theoretische reflectie, waarbij ook suggesties voor vervolgonderzoek worden besproken, en de methodologische reflectie. In bijlage A is een uitgebreide casusomschrijving van BSiN terug te vinden, in bijlage B de topiclijst voor de interviews en in bijlage C de codeboom.

2 Samenwerking in perspectief

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt opzoek gegaan naar een antwoord op de eerste deelvraag: *“Welke factoren hebben volgens de literatuur invloed op de bereidheid van huisartsen om samen te werken in een regio?”* Het antwoord op deze vraag, in de vorm van verschillende wetenschappelijke inzichten, is de lens waardoor de casus van BSiN wordt bekeken. Allereerst wordt in paragraaf 2.2 ingezoomd op het New Public Governance (NPG). Dit is het paradigma op besturen wat beschouwd wordt als reactie op de tekortkomingen van NPM. Samenwerking is het centrale thema. Daaropvolgend wordt in paragraaf 2.3 het model van Ansell en Gash (2007) over netwerksamenwerking besproken. Het model is in overeenstemming met NPG en vormt een substantieel onderdeel van dit onderzoek. Hier is aandacht voor een divers palet aan kritische factoren die participatie van actoren en succesvolle samenwerking bepalen, opgedeeld in start-, institutionele- en procesfactoren. Aansluitend helpen inzichten uit verandermanagement om een samenwerkingsvraagstuk op een andere manier te bekijken. Het theoretisch kader wordt geïntegreerd met een conclusie over de belangrijkste inzichten en een theoretisch model met de kernconcepten van dit onderzoek.

2.2 De roep om samenwerking in het publieke domein

Zoals gebleken is in de introductie liggen twee hoofdoorzaken ten grondslag aan de roep om meer samenwerking in de publieke dienstverlening:

- de multi-dimensionaliteit, dynamiek en onvoorspelbaarheid en onbegrensde van de maatschappelijke vraagstukken vragen om geïntegreerde dienstverlening over de grenzen van organisaties en sectoren heen;
- de eisen en het ongeduld van media en publiek, mede veroorzaakt door de tekortkomingen van NPM, zorgen voor een toenemende druk op de publieke dienstverlening

Dan restte nog de vraag waarom samenwerking onvoldoende (effectief) tot stand is gekomen. Dat heeft te maken met NPM en haar tekortkomingen. NPM als besturingsmechanisme volstaat niet. De betrokken actoren werken vaak te aanbodgericht en zijn gefixeerd op hun eigen koker en output, en versterken daardoor de roep om samenwerking.

Bovenstaande factoren vormen de aanleiding voor een nieuw paradigma op besturen dat zich de afgelopen twee decennia heeft ontwikkeld: het New Public Governance (NPG). Ook wel aangeduid als Digital-Era Governance. De casus van dit onderzoek illustreert hoe de principes van NPG in de praktijk zichtbaar zijn. Dat maakt het interessant om deze stroming nu verder uit te lichten.

New Public Governance

Dunleavy et al. (2006) schreef in het wetenschappelijk debat als eerste over de NPG-stroming. In dit kader spreken ze zelfs over de 'dood' van NPM en juichen de nieuwe stroming toe met terminologie als 'lang leven NPG'. Vier thema's staan centraal binnen NPG:

- De re-integratie van publieke onderdelen en diensten als reactie op de gefragmenteerde en verkokerde publieke dienstverlening. Door samenwerking en het bundelen van kennis, middelen en informatie kan betere productie en coördinatie worden gerealiseerd (Dunleavy et al., 2006; Klijn & van Twist, 2007).
- Een holistische benadering die vraag- ofwel cliëntgericht is. Dit betekent een andere relatie met de burger ten opzichte van NPM. Behoeften van burgers worden als uitgangspunt genomen bij de vorming en uitvoering van beleid. Het versimpelen van de relaties tussen agentschappen en cliënten en korte communicatielijnen zijn hier onderdeel van.
- De inzet en het verder ontwikkelen van ICT spelen een centrale rol binnen NPG. De toenemende digitalisering en connectiviteit in de maatschappij vragen om een prominentere rol van ICT binnen de publieke dienstverlening. Digitale processen en stromen functioneren niet meer als ondersteunende of aanvullende processen. Ze vormen het fundament voor de publieke dienstverlening. Bovendien moeten digitale processen en daaraan gekoppelde diensten makkelijk toegankelijk zijn voor de burger. Idealiter via één centraal toegangspunt. Door technologie optimaal te benutten kan de burger beter bediend worden. Een voorbeeld is de mogelijkheid om vergunningsaanvragen online in te dienen.
- De uitkomsten van publieke dienstverlening zijn gericht op het creëren van publieke waarden, oftewel het collectieve beeld van wat de samenleving ziet als waardevol. En dat zo tot stand komt op een wijze die legitiem is en vertrouwen wekt bij de samenleving. Zoals besproken ligt de aanpak van maatschappelijke uitdagingen en de effecten ervan onder een vergrootglas. Bovendien staat de legitimiteit van de betrokken partijen onder druk. Dat zorgt ervoor dat diezelfde aanpak en daaruit voortvloeiende diensten (resultaten) zich richten op diensten 'die er echt toe doen', in de zin dat ze daadwerkelijk van toegevoegde waarde zijn, door behoeften van burgers of bepaalde doelgroepen zichtbaar te bevredigen.

Samenwerking in netwerken als centraal thema

Hoewel NPG als tegengeluid op NPM wordt beschouwd, zien we NPM-principes terugkomen in het nieuwe gedachtegoed. Bijvoorbeeld de nadruk op het vergroten van de efficiëntie en de uitbesteding van taken door nieuwe vormen van aanbesteding. Het integreren van activiteiten kan zo innovatie- en schaalvoordelen opleveren (Klijn & van Twist, 2007). NPG wordt echter gedomineerd door andere assumpties en houdt verband met organisatorische sociologische, *governance* en netwerk theorieën. In deze literatuur treffen we andere ideeën aan over de besturing en organisatie van de publieke dienstverlening. Meer horizontale vormen

van samenwerking zorgen voor de bundeling van kennis, middelen en informatie waar door betere coördinatie en diensten worden geleverd (Osborne, 2007). Doordat activiteiten elkaar versterken, is het geheel meer dan de som van de afzonderlijke delen.

Dergelijke samenwerking vindt steeds vaker plaats in de context van netwerken. Van Delden (2009, p.18) definieert een netwerk als een stabiel patroon van actoren. Geen van de actoren heeft centrale macht waar de andere actoren van afhankelijk zijn of hen eenduidig kan sturen. De kenmerken van de samenwerking die plaatsvindt in netwerken omschrijft hij als volgt:

- heeft als doel bepaalde maatschappelijke opgaven of problemen aan te pakken;
- gericht op een effectievere uitvoering door professionals om het collectief probleemoplossend vermogen te vergroten;
- waarbij veelvuldig kennis moet worden uitgewisseld tussen gelijkwaardige partners;
- kennis, middelen en/of risico's worden gedeeld;
- tussen ten minste drie organisaties.

Hoewel de kenmerken door Van Delden (2009) omvattend geformuleerd zijn, kan de (context van de) definitie van samenwerken in het licht van dit onderzoek nog verder verduidelijkt worden. Zo is de rol van de overheid de afgelopen twee decennia meer en meer verschoven van een soeverein bestuurscentrum naar een meer regisserende medespeler (Klijn & van Twist, 2007). Om flexibel in te kunnen spelen op complexe, maatschappelijke problemen fungeren lokale overheden noodzakelijkerwijs steeds vaker complementaire samenwerkingspartner. Een bijkomend punt is dat ook niet-overheidsorganen, zoals private partijen, betrokken zijn. In het geval van BSiN is zorgverzekeraar Zilveren Kruis zelfs de initiatiefnemer van het programma (van Genabeek et al., 2015).

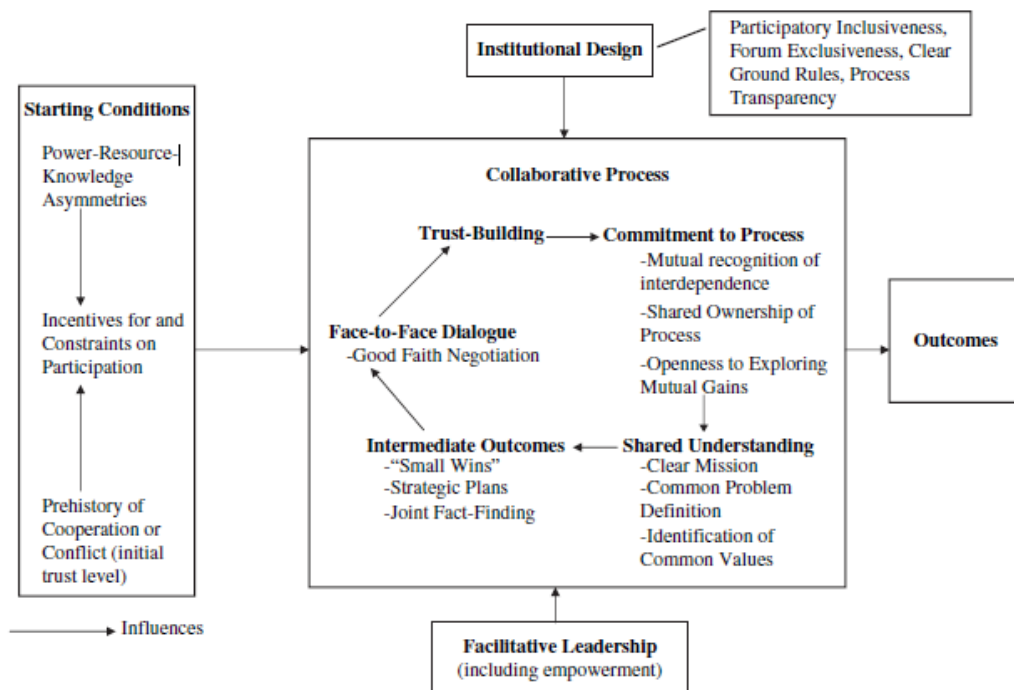
Verder vormen de samenwerkingsprocessen in een publieke dienstverlening vaak een 'keten'. De schakels in een keten slaan terug op de opeenvolgende en afgestemde diensten of deelprocessen van verschillende organisaties (Osborne & Brown, 2011). Deze organisaties zijn zelfstandig maar tegelijkertijd in meer of mindere mate afhankelijk van elkaar omdat hun processen vaak in elkaar verweven zijn. Op deze manier hebben meerdere partijen een bijdrage in het verwezenlijken van het gemeenschappelijke netwerkdoel: de aanpak van een maatschappelijk probleem.

2.3 Bepalende factoren voor succesvolle samenwerking

Netwerksamenwerking is een Nederlands woord. In Engelstalige bestuurskundige literatuur wordt netwerksamenwerking *collaborative governance* genoemd. De *collaborative governance*-theorie van Ansell en Gash (2007) staat centraal in dit onderzoek en is toegespitst op samenwerkingsverbanden tussen publieke en private instellingen in een formeel besluitvormingsproces gericht op het bereiken

van consensus over beleidsprogramma's en de implementatie en managing daarvan (Ansell & Gash, 2007, p.544). Door de nadruk op samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor besluitvorming en uitvoering van zowel publieke als private partijen, sluit de definitie aan op de eerdere formulering van samenwerking van Van Delden (2009, p.18).

De meta-analyse van Ansell en Gash (2007) uit zich in een omvattend model met een brede empirische basis getuige de 137 geanalyseerde cases, met zowel negatieve als positieve bevindingen (zie figuur 1). Het model bevat factoren die de bereidheid van actoren tot samenwerking beïnvloeden, en de gewenste uitkomsten van een samenwerkingsproces vergemakkelijken of ontmoedigen. Bovendien kan het model handvaten bieden bij een haperende samenwerking door richting te geven bij het identificeren van de belangrijkste kansen en risico's. Dit uitgangspunt komt overeen met de onderzoeksvraag van dit onderzoek, hetgeen de keuze om het samenwerkingsmodel centraal te stellen kracht bij zet. De keuze heeft ook te maken met het diverse palet aan factoren, dat met name geschikt is voor situaties die voortdurende samenwerking vereisen over een langere periode (Ansell & Gash, 2007, p.560). BSiN heeft deze kenmerken. Dit onderzoek kijkt naar de factoren die de bereidheid tot samenwerking beïnvloeden. Daarom ligt de focus in de komende paragrafen vooral op de startcondities en het institutionele ontwerp.



Figuur 1. Het samenwerkingsmodel van Ansell en Gash (2007)

Startcondities (*Starting Conditions*)

De eerste groep factoren gaan over de uitgangshouding van het samenwerkingsproces. De startcondities bestaan uit: gelijkwaardigheid inzake middelen en machten, stimulansen om te participeren en eerdere ervaring met conflict of samenwerking.

- Gelijkwaardigheid van actoren inzake middelen en macht. Indien op dit gebied sprake is van grote ongelijkheid, kunnen relatief zwakkere actoren niet op een betekenisvolle en waardige manier participeren in de samenwerking, hetgeen de steun voor de resultaten ervan in een later stadium kan frustreren. Om hier op in te spelen is het belangrijk dat aandacht besteed wordt aan de vertegenwoordiging en versterking van minder goed georganiseerde en zwakkere belangen.
- De stimulansen om te participeren in het samenwerkingsverband. Omdat participatie in een samenwerkingsverband in veel gevallen op vrijwillige basis is, is het belangrijk dat actoren hiervoor genoeg interne stimulansen hebben. Het niet in staat zijn om zelfstandig de eigen doelen te bereiken is hier een voorbeeld van. Gevoelens van solidariteit, wederzijdse afhankelijkheid of gemeenschappelijke waarden kunnen ook de bereidheid om te participeren in een gemeenschappelijk samenwerkingsproces stimuleren.
- Eerdere ervaringen met conflict of samenwerking. Een belangrijke determinant is de voorgeschiedenis die actoren met elkaar hebben. Langdurige, goede ervaringen leiden ertoe dat er wederzijds vertrouwen ontstaat tussen partners. Dat bevordert samenwerking. Daarentegen is een geschiedenis van conflict en tegenstelling een voedingsbodem voor wantrouwen en zal daarmee de samenwerking bemoeilijken. Het is echter niet zo dat in conflictsituaties samenwerking onmogelijk is. In het geval dat actoren elkaar toch nodig hebben om gezamenlijke doelen te realiseren, zoals bij het vorige punt, en bereid zijn zich in te zetten voor conflict regulerende mechanismes, kan een samenwerkingsverband succesvolle uitkomsten hebben.

Institutionele vormgeving (*Institutional Design*)

De institutionele vormgeving van de samenwerking is het kader van basisregels, procedures en afspraken waarbinnen actoren samen tot besluitvorming komen. Dit kader van beginselen en basisregels voor samenwerking is cruciaal voor de legitimiteit van het samenwerkingsproces (Ansell & Gash, 2007, p.555). De institutionele vormgeving bestaat uit drie factoren: participatieve inclusiviteit, exclusiviteit van het samenwerkingsverband en helderheid in regels en verwachtingen.

- Gemeenschappelijkheid van besluitvorming is belangrijk. Daarvoor is brede inclusie van deelnemers vereist. Het niet includeren van (kritische) relevante partijen ondermijnt de legitimiteit van een samenwerkingsverband en de effectiviteit van de besluitvorming. Actoren die zich niet of minder betrokken voelen zijn minder geëngageerd aan het samenwerkingsproces. In een later stadium kan dit de uitvoering van een besluit alsnog belemmeren. Dat betekent

dat ook kritische actoren die het proces kunnen tegenwerken, toch actief moeten worden aangespoord om mee te doen. Zulke pogingen worden als belangrijk beschouwd. Dit onderzoek naar manieren om huisartsen meer te betrekken is daar een voorbeeld van.

- Behalve inclusief, dient het verband waarbinnen het samenwerkingsproces zich afspeelt, ook exclusief te zijn. Exclusiviteit verwijst naar de aanwezigheid van maar één samenwerkingsverband en agenda. Actoren hebben zo geen prikkel om een alternatieve route te kiezen. Bijvoorbeeld wanneer ze uitgesloten worden of de oplossingsrichting niet optimaal is. Op deze manier kunnen belanghebbenden niet afwijken naar andere besluitvormingsplatforms om hun gezamenlijke doelen te realiseren.
- Ook transparantie in het proces, over regels en verwachtingen, is een bepalende factor voor succesvolle samenwerking. Het legitimeert het proces en kan vertrouwen doen groeien. Bij te nemen besluiten stimuleren leiders actoren om de mogelijkheden voor win-win situaties dan wel compromissen te verkennen. De geanalyseerde cases laten echter zien dat actoren doorgaans sceptisch zijn tegenover het samenwerkingsproces. Aangezien er vaak maar langzaam progressie wordt geboekt, liggen irritaties en frustraties op de loer. De legitimiteit van het proces hangt gedeeltelijk af van de perceptie van belanghebbenden dat ze eerlijk behandeld worden. Transparantie in het proces over lopende zaken en consequent toegepaste regels maken een eerlijk en open proces expliciet, scheppen heldere verwachtingen en maken inzichtelijk dat er niet sprake is van achterkamertjespolitiek.

Faciliterend leiderschap (*Facilitative Leadership*)

De volgende determinant heeft betrekking op formeel leiderschap in samenwerkingsverbanden.

- Faciliterend leiderschap wordt beschouwd als een onmisbare factor om actoren in beweging te krijgen. Oftewel: ze om de tafel te krijgen en vervolgens langs verschillende barrières van het samenwerkingsproces te loodsen. Het functioneren van een leider kan in het bijzonder verschil maken als samenwerking geen vanzelfsprekendheid is. Dan is een krachtige leider nodig die het nodige respect afdwingt en het vertrouwen weet te winnen dat nodig is om reserves ten aanzien van de samenwerking aan de kant te zetten.

Het samenwerkingsproces (*The Collaborative Proces*)

De startcondities, institutionele vormgeving en leiderschap hebben invloed op het verloop en de resultaten van gemeenschappelijke besluitvormingsprocessen. De auteurs benadrukken dat een samenwerkingsproces in de praktijk eerder cyclisch dan lineair verloopt. Het samenwerkingsproces bestaat uit vier elementen: face-to-face communicatie, betrokkenheid, gedeeld begrip en korte-termijn winsten.

- Face-to-face communicatie is meer dan een middel voor onderhandeling: het is de kern van het proces. Spanningen zijn eerder regel dan uitzondering in een netwerk, waardoor het belangrijk is dat energie wordt gestoken in de kwaliteit van persoonlijke contacten.

- Betrokkenheid van leden wordt onderschreven als een kritische procesvariabele. Het betekent de toewijding aan het proces met de overtuiging dat samenwerking de beste manier is om de gewenste doelstellingen van het verband te realiseren.
- Gedeeld begrip. Het is belangrijk dat er tussen actoren gedeeld begrip wordt ontwikkeld over wat ze gezamenlijk willen en kunnen bereiken en wat daar voor nodig is. Bijvoorbeeld in de vorm van een missie en visie, gedeelde waarden of probleemdefinitie.
- Korte-termijn winsten. Effectieve samenwerking is eerder het geval wanneer (een aantal) te behalen doelen relatief concreet en realistisch zijn en korte termijn winsten kunnen produceren. Actief stil staan bij deze korte-termijn winsten, hoe klein ze ook zijn, helpt om conflicten naar de achtergrond te laten verdwijnen.

Vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid als extra procesfactoren

Op de kwaliteit van het samenwerkingsproces zijn twee extra factoren van kracht: (opbouwen van) vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid.

- Samenwerken is meer dan onderhandelen. Samenwerken gaat ook over (het opbouwen van) vertrouwen. Vertrouwen wordt gedefinieerd als een sterk geloof in iemands oprechtheid en eerlijkheid (Ansell & Gash, 2007, p.562). Leiders zouden tijd moeten vrijmaken voor het opbouwen van vertrouwen tussen actoren. Zeker als actoren een moeizame geschiedenis met elkaar hebben. Als deze tijd, energie en kosten niet opgebracht kunnen worden, heeft een samenwerkingsverband geen grote kans van slagen.
- Wederzijdse afhankelijkheid wordt gedefinieerd als het nodig hebben van anderen – individuen, een organisatie of organisaties – om een doel te bereiken. Dit kan zijn: een eigen doel, andermans doel of een gezamenlijk doel. In samenwerking wordt vaak een gezamenlijk doel nagestreefd. Dit is het paradigma van 'wij'. Het wordt omschreven als "het wij kunnen samenwerken en onze krachten bundelen om iets beter tot stand te brengen" (Ansell & Gash, 2007, p.563).

Situaties met weinig vertrouwen tussen actoren zijn verre van wenselijk, maar kunnen nog steeds resultaten opleveren als wederzijdse afhankelijkheid wordt erkend. Andersom is lastiger: waar onderlinge afhankelijkheid zwakker is, zal het moeilijk zijn om effectief vertrouwen op te bouwen. Er zijn blijkbaar alternatieve wegen om betere resultaten te boeken. Zowel vertrouwen als afhankelijkheid zijn deels twee endogene factoren: ze worden op een negatieve of positieve manier gevormd door het samenwerkingsproces zelf (Ansell & Gash, 2007). Vanuit dit oogpunt is het mogelijk dat actoren die besluiten samen te werken, zichzelf in eerste instantie niet als afhankelijk van elkaar zien. Gaandeweg het proces kunnen bijvoorbeeld korte-termijn winsten zorgen voor meer vertrouwen en een nieuwe kijk op de relatie, waardoor wederzijdse afhankelijkheid ineens wel erkend wordt.

Spanningen eerder regel dan uitzondering

De meta-analyse van Ansell en Gash (2007) toont aan: kiezen voor samenwerking staat niet gelijk aan kiezen voor de gemakkelijkste weg. Door het gebruiken van cases met zowel 'succesvolle' als 'stroef' verlopen samenwerkingsprocessen, gaat de theorie verder dan een functionele beschrijving en kwalitatieve analyse van *best practices* – een conceptuele zwakheid van veel (innovatieve) samenwerkingsverbanden (de Vries et al., 2016). Het idee dat netwerksamenwerking een normatief goed is, iets wat per definitie 'goed' is, wordt ook ontkracht (Osborne & Brown, 2011).

Ondanks dat (lokale) overheden over de bevoegdheden beschikken om samenwerking en de inrichting daarvan aan te sturen - met zaken als vergunningsverlening, regelgeving of financiële middelen - acteren zij in een netwerk op hetzelfde niveau als de andere actoren. Dit maakt (lokale) overheden afdoende sterk om beleidsvorming en uitvoering naar hun hand te zetten. Autonome actoren in een netwerk hebben immers de mogelijkheid om zich af te sluiten van de netwerkprocessen en sturing van buitenaf te negeren. De casus van BSiN illustreert in de praktijk hoe een autonome actor (de huisartsen) niet participeert zoals gewenst.

Het model van Ansell en Gash (2007) kan helpen om een omvattende analyse te maken van wat zich afspeelt in de praktijk van BSiN, omdat het voorbij gaat aan het idee van een 'goede' of 'slechte' samenwerking. Het biedt organisaties in een samenwerkingsverband handvaten om te reflecteren op de eigen activiteiten en processen. Door aandacht te vragen voor het belang van gemeenschappelijke besluitvorming, de organisatie ervan en de rol van leiderschap kan deze theorie meer inzicht verschaffen in de onderliggende mechanismes en patronen relaties die (bereidheid) samenwerking bevorderen dan wel belemmeren. Er bestaat vooraf weinig hiërarchie tussen de factoren. Dat maakt dat voorafgaand aan de analyse elke invalshoek relevant is om te belichten. Blijkbaar is in netwerksamenwerking sprake van multicausaliteit. Basiscondities zijn van belang, maar kunnen door toedoen van het samenwerkingsproces weer veranderen. Zo kunnen ook andere condities elkaar constant beïnvloeden.

2.4 Een veranderkundig perspectief op samenwerking

Zoals besproken zetten Ansell en Gash (2007) in hun model een aantal startcondities uiteen die de mate waarin actoren participeren grotendeels bepalen. Aangezien enkele huisartsen uit Amsterdam Noord bereid is om samen te werken, is het interessant om de startcondities nog verder uit te diepen om te kunnen onderzoeken welke factoren participatie kunnen bevorderen of belemmeren. Inzichten uit verandermanagement lenen zich om deze verdiepingsslag te maken. 'Veranderbereid' is het belangrijkste concept dat geïntroduceerd wordt. Kortgezegd omvat veranderbereidheid een positieve gedragsintentie die aanzet tot een actieve houding tegenover een organisatieverandering (Metselaar et al., 2011, p.65). BSiN bestempelt zichzelf, en zo onderschrijft ook TNO in haar conclusies, als

een innovatief programma (van Genabeek et al., 2015). Meedoen aan het samenwerkingsverband betekent dat huisartsen anders moeten gaan werken. Oftewel: iets of zichzelf moeten veranderen. Daarover meer in deze paragraaf.

Verandermanagement biedt een aanvullend perspectief

In hun review over verandermanagement literatuur stellen Kuipers et al. (2014) dat onderzoek zich in het vervolg meer moet richten op het verbinden van verschillende theoretische invalshoeken om meer begrip te krijgen van complexe veranderingsprocessen in de publieke sector. In dit onderzoek worden de reeds gepresenteerde theorieën over bestuurlijke samenwerking in netwerkorganisaties, die uit gaan van meer institutionele en politieke factoren, gecombineerd met inzichten uit verandermanagement. Theorieën uit verandermanagement hebben aandacht voor verwachtingen en houdingen (van individuele actoren) vanuit een organisatiepsychologisch perspectief. Onder meer de besproken karakteristieken van publieke vraagstukken, het veelvoud aan betrokken actoren en de doorgaans stroeve samenwerkingsprocessen maken het publieke domein complex. Deze complexiteit maakt het relevant om beide onderzoeksvelden te gebruiken om het praktijkprobleem in de casus van BSiN te onderzoeken.

Het onderzoeksveld van verandermanagement kent verschillende stromingen met hun eigen aannames en veronderstellingen. Er is een stroming wetenschappers, zoals Kotter (1995, 1996), die een leidergerichte, top-down focus op verandering hanteren. De nadruk ligt op de strategische aard van de leider zelf, inclusief het creëren van inspirerende visies. Een aanpak die in veel casussen succesvol is gebleken. Veelal casussen met organisaties gestructureerd op basis van meer hiërarchische principes – zoals bij NPM. In het wetenschappelijk debat is er ook kritiek op deze stroming. De hiërarchische benadering heeft weinig oog voor het individu en werkt weerstand in de hand. Onderzoekers suggereren zelfs dat deze benadering in de regel succesvolle implementatie van een verandertraject in de weg staat (Higgs & Rowland, 2011; White, 2000).

Daarentegen is er ook een *bottom-up* stroming die de ‘volgers’ van de leider(s) als uitgangspunt neemt. De twee paden sluiten elkaar niet uit en kruisen elkaar veelvuldig. De casus van het onderzoek maakt het echter interessant om theorieën uit deze tweede stroming uit te diepen. Veranderingen moeten uiteindelijk niet worden geïmplementeerd door de bedenkers maar de ontvangers ervan. Greep krijgen op hun motivatie om organisatorische veranderingen al dan niet te ondersteunen, biedt zeer praktische inzichten in hoe een verandering het best kan worden begeleid.

Veranderbereidheid als basis voor succesvolle verandering

Het concept veranderbereidheid leent zich om vanuit de *bottom-up* stroming naar verandering te kijken. Om een verandering op succesvolle wijze te implementeren is het van belang om zicht te hebben op de veranderbereidheid van medewerkers. In dit onderzoek zijn de entiteiten niet medewerkers maar individuele actoren in de samenwerking. Daarom wordt in het vervolg de aanduiding (individuele) actor

in plaats van medewerker gebruikt. Metselaar et al. (2011) definiëren de term als volgt:

Een positieve gedragsintentie van een medewerker ten aanzien van de invoering van een verandering in de structuur, cultuur of werkwijze van een organisatie of afdeling, resulterend in een inspanning van de kant van de medewerker om het veranderproces actief te ondersteunen. (Metselaar et al., 2011, p.65)

Wat duidelijk naar voren komt in de definitie is het gedrag en perspectief van degenen die worden geacht te veranderen: de actoren. De casus van BSiN heeft namelijk betrekking op vrijgevestigde huisartsen, oftewel individuen binnen een netwerk van actoren. Bovendien benoemen Metselaar et al. (2011) expliciet de term 'positieve gedragsintentie' in hun definitie. De voordelen van de focus op positiviteit met het creëren van bereidheid tot verandering, in plaats van te wachten op het verminderen van weerstand, worden in meerdere onderzoeken onderstreept (Armenakis, Harris & Mossholder, 1993; Armenakis & Harris, 2009; Metselaar et al., 2011). Door in een vroeg stadium aandacht te hebben voor actoren in de samenwerking en hen te begeleiden, voelen actoren zich gehoord en betrokken. Dat versterkt de veranderbereidheid. Het tegenovergestelde leidt tot een negatieve houding tegenover de verandering en bemoeilijkt de implementatie.

Veranderbereidheid heeft ook een ander effect. Het frame van gebruikte woorden maakt verschil. Terminologie met een positieve connotatie in de communicatie richting actoren, zoals veranderbereidheid, creëert meer draagvlak en heeft een positieve uitwerking op de implementatie van een verandering (Elving, 2015; Lewis, 2006), ook in een publieke context (Blackburn, 2014). Taal is immers niet een neutraal middel om gedachten of inhoud mee uit te wisselen. De gekozen woorden sturen de perceptie van actoren (Terlouw & van Twist, 2014). Woorden als 'bereidheid' wekken, in tegenstelling tot termen als 'weerstand', energie op, hebben een positieve connotatie en bieden perspectief. Daarmee 'maakt' het een andere wereld.

Factoren die van invloed zijn op veranderbereidheid

Armenakis en Harris (2009) geven met hun model op individueel niveau een gedetailleerd overzicht van vijf componenten die bijdragen aan het creëren en versterken van de bereidheid van actoren om de verandering te ondergaan. Deze vijf componenten omvatten:

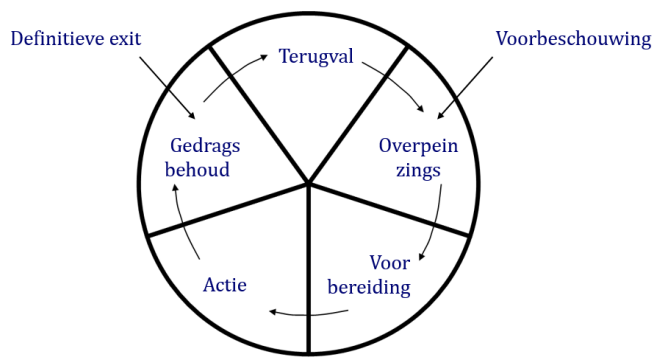
- Discrepancie (*Discrepancy*): heeft betrekking op de overtuiging van de actoren dat de verandering de oplossing is voor de problematiek. Anders gezegd: gevoel van de noodzaak van een verandering.
- Geschiktheid (*Appropriateness*): heeft betrekking op de overtuiging van de actor dat de voorgestelde wijziging de juiste optie is voor de gegeven situatie. De verandering moet als het ware toegeëigend worden.

- Werkzaamheid (*Efficacy*): heeft betrekking op de overtuiging van de actor in eigen kunnen om een bijdrage te leveren aan een succesvolle implementatie van de verandering.
- Management ondersteuning (*Principal support*): heeft betrekking op de mate waarin betrokken leiders en managers de verandering op een consistente wijze dragen en voorbeeldgedrag vertonen.
- Persoonlijk voordeel (*Valence*): heeft betrekking op de overtuiging van hoe heilzaam de verandering zal zijn voor een actor persoonlijk. In welke mate is de verandering goed voor henzelf. Bijvoorbeeld in termen van ontwikkelmogelijkheden of beter werkzaamheden kunnen uitvoeren.

De theorie van Armenakis en Harris (2009) is gericht op de context van individuele organisaties, maar kent veel overlap met de basisconditie 'stimulansen om mee te doen aan de samenwerking' uit het model van Ansell en Gash (2007). De vijf componenten voegen op het microniveau van gedrag en vaardigheden extra scherpste toe aan de uitwerking van Ansell en Gash (2007). Discrepantie, geschiktheid, werkzaamheid en persoonlijk voordeel zijn allemaal stimulansen die een positieve gedragsintentie kunnen bewerkstelligen en actoren doen besluiten om te participeren in een samenwerkingsverband. Daarom worden de concepten die invloed hebben op veranderbereidheid (Armenakis & Harris, 2009) en 'stimulansen om mee te doen aan de samenwerking' (Ansell & Gash, 2007) in dit onderzoek samengevoegd.

Verschillende fasen in veranderbereidheid

De intensiteit van veranderbereidheid kan variëren. In hun model *Stages of Change* onderscheiden Prochaska en Norcross (2002) vijf fasen in veranderbereidheid (zie figuur 2). Het model begint met een voorbeschouwingsfase (*precontemplation*) waarin de actor zich niet met de verandering wil bezighouden en daardoor de verandering niet steunt. De volgende fase is de zogeheten overpeinzingsfase (*contemplation*). In deze fase is een ambivalente houding tegenover de verandering te constateren. Voor- en nadelen van de verandering worden tegen elkaar afgewogen, hetgeen resulteert in het al dan niet ondersteunen van de verandering. Hierna volgt de voorbereidingsfase (*determination*). In deze fase heeft de persoon een omslag gemaakt door de verandering te ondersteunen. Hij of zij gaat experimenteren met de (on)mogelijkheden. Daaropvolgend omvat de actiefase (*action*) een periode waarin de persoon nieuw gedrag vertoont gericht op de verandering. De laatste fase wordt bereikt wanneer de persoon over een periode van zes maanden het nieuwe gedrag laat zien. Deze fase wordt aangeduid als gedragsbehoudfase (*maintenance*). In elke genoemde fase kan een terugval plaatsvinden (*relapse*).



Figuur 2. Stages of Change (Prochaska & Norcross, 2002)

De rol van change agents bij het creëren van veranderbereidheid

Veranderbereidheid blijkt een belangrijke determinant te zijn voor succesvolle organisatieverandering. Wanneer actoren zich door een verandering vervreemd voelen van de netwerkorganisatie, zullen zij zich in mindere mate inzetten voor de realisatie van de verandering (Armenakis & Harris, 2009; Tummers, Bekkers, & Steijn, 2009). De conclusies van Kickert (2010) en Van Grandia et al. (2013) laten zien dat *change agents* in Nederlandse publieke organisaties een belangrijke rol kunnen spelen bij het creëren van veranderbereidheid. *Change agents* zijn een coalitie van mensen die (in)formeel dienen als ‘kartrekker’ van een verandering. Tijdens de verandering zijn zij belegd met het uitdragen van de verandering en het motiveren van anderen. Dat kan in een formele vorm. In dat geval worden bepaalde personen doelbewust gevraagd voor de rol van change agent.

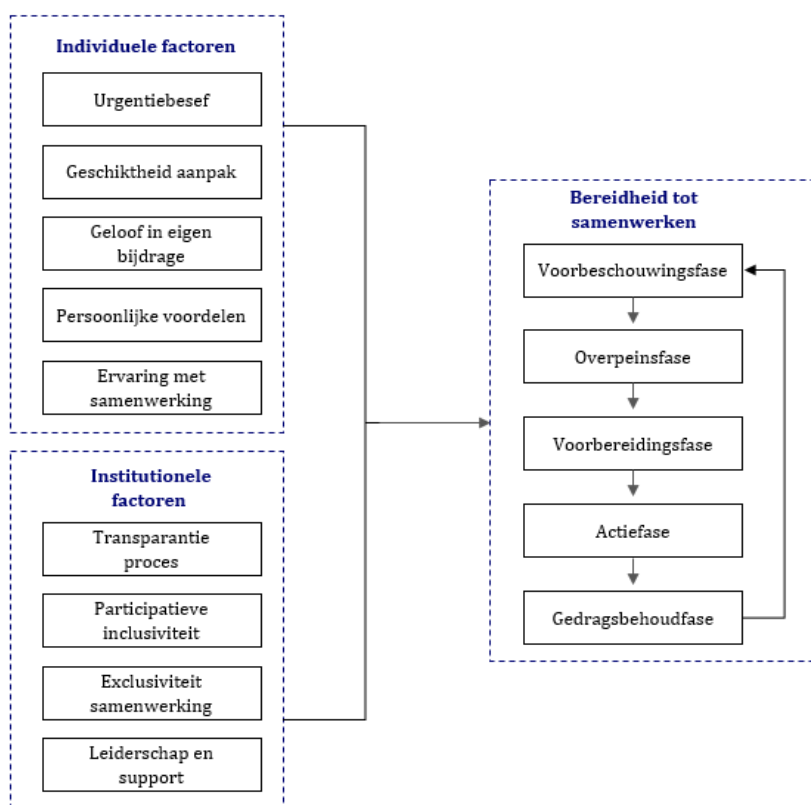
De conclusies van Grandia et al. (2013) en Van der Voet (2014) wijzen ook uit dat *change agents* niet altijd formeel benoemd hoeven te zijn. Soms dienen zich tijdens een veranderproces mensen aan die op organische en natuurlijke wijze de rol naar zich toe trekken. Bijvoorbeeld uit een gevoel van verantwoordelijkheid richting de organisatie. *Change agents* kunnen personen uit alle lagen van een (netwerk)organisatie zijn. De desbetreffende personen hoeven geen formele leidinggevende rol te vervullen.

Naast veranderbereidheid is ook het concept van *change agents* een verrijking op de inzichten van Ansell en Gash (2007). Zij hebben het in hun model uitsluitend over formele leiderschapsrollen, terwijl ook in samenwerkingsverbanden actoren zonder hiërarchische leiderschapsrol zich kunnen aandienen als kartrekker, anderen motiveren en daarmee veranderbereidheid creëren. Bijvoorbeeld professionals die gedreven worden door de inhoud van het vraagstuk. Daarom worden de besproken concepten die met formeel leiderschap te maken hebben - ‘faciliterend leiderschap’ en ‘management support’ - samengevoegd met ‘*change agents*’ – met zijn aandacht voor informeel leiderschap.

2.5 Conclusie en theoretisch model

In het theoretisch kader is getracht om verschillende perspectieven te presenteren om een complex, publiek samenwerkingsvraagstuk op een omvattende manier te analyseren. Hiermee is antwoord gegeven op de eerste deelvraag: *“Welke factoren hebben volgens de literatuur invloed op de bereidheid van huisartsen om samen te werken in een regio?”* Vanuit verschillende perspectieven kan naar samenwerking gekeken worden. In de eerste plaats vloeien een aantal factoren voort uit een onderzoeksveld dat zich richt op samenwerkingsverbanden in het publieke domein. In overeenstemming met het NPG-paradigma leent het model van Ansell en Gash (2007) zich om op samenwerkingsverbanden te reflecteren. Door aandacht te vragen voor basis-, institutionele- en procesfactoren en de koppeling daartussen, kan het model meer inzicht verschaffen in de onderliggende mechanismes en patronen die samenwerking bevorderen dan wel belemmeren tussen verschillende actoren. De wetenschappelijke literatuur laat zien dat samenwerking in het publieke domein weliswaar toeneemt, maar het niet kiezen voor de gemakkelijkste weg is.

In de tweede plaats biedt een nieuw, innovatief samenwerkingsverband als een verandering benaderen, kansen om op een ander niveau te kijken en aanvullende inzichten op te doen (Kuipers et al., 2014). Het veld van verandermanagement kent een bottom-up stroming die de nadruk legt op ervaringen, verwachtingen en overtuigingen van individuele actoren met een inhoudelijke focus op microniveau, in plaats van meer procesmatige factoren op mesoniveau zoals Ansell en Gash (2007). Meer in het bijzonder geeft de stroming inzicht in de houding en motivaties van de degenen die de verandering dienen te ondergaan helpt ze om hen in beweging te krijgen richting het gewenste gedrag. In dit kader zijn de concepten ‘veranderbereid’ en ‘*change agents*’ geïntroduceerd. Deze concepten voegen scherpte toe aan variabelen uit het model van Ansell en Gash (2007) die gebruikt gaan worden in dit onderzoek.



Figuur 3. Theoretisch model (eigen archief)

Toelichting theoretisch model

De kernconcepten uit de besproken literatuur komen samen in het bovenstaande theoretische model (figuur 3). Het model stelt het perspectief van de huisarts (de professional) als potentiële deelnemer van het samenwerkingsverband centraal. Door het samenbrengen van twee theoretische modellen is besloten om een duidelijk onderscheid aan te brengen in de verschillende type relaties. Daarom is het theoretisch model onderverdeeld in individuele- en institutionele factoren, die ook factoren op individueel- en institutioneel niveau genoemd kunnen worden. De samenkomst van modellen vraagt ook om een grondige uitleg en onderbouwing van gemaakte keuzes.

Op individueel niveau worden vijf factoren onderscheiden die invloed hebben op de bereidheid om samen te werken. Allereerst veronderstelt de studie van Armenakis en Harris (2009) dat er een relatie is tussen de componenten en veranderbereidheid. Zoals besproken kan een samenwerking vragen om een verandering voor potentiële deelnemers. De theorie van Armenakis en Harris (2009) kent veel overlap met de basisconditie ‘stimulansen om mee te doen aan de samenwerking’ uit het model van Ansell en Gash (2007). Beide concepten richten zich op het niveau van een individu. De vijf componenten voegen op het microniveau van houding en gedrag extra scherpte toe aan de uitwerking van

Ansell en Gash (2007). 'Urgentiebesef', 'geschiktheid aanpak', 'geloof in eigen bijdrage' en 'persoonlijk voordeel'² zijn allemaal stimulansen die een positieve gedragsintentie kunnen bewerkstelligen en actoren doen besluiten om te participeren in een samenwerkingsverband. Daarom worden de factoren die leiden tot 'veranderbereidheid' en 'stimulansen om mee te doen aan de samenwerking' in dit onderzoek samengevoegd tot 'individuele factoren'. Zo wordt 'gelijkwaardigheid inzake middelen en macht' (Ansell & Gash, 2007) in de conceptualisering ondergebracht bij 'geloof in eigen bijdrage'. Beide variabelen hebben aandacht voor kennis en middelen. Door het samenvoegen is aandacht voor de individuele actor, maar ook voor de manier waarop datzelfde individu zich verhoudt tot anderen in termen van gelijkwaardigheid. Geloof in de eigen bijdrage ebt immers weg, als blijkt dat anderen substantieel meer kennis en middelen hebben (Ansell & Gash, 2007).

Enkel de factor 'ervaring met eerdere samenwerking' uit model van Ansell en Gash (2007) is met de theorie van Armenakis en Harris (2009) niet ondervangen. De literatuur veronderstelt dat ervaring met samenwerking niet zozeer betrekking heeft op het samenwerkingsverband in kwestie, maar gaat over de ervaring van een potentiële deelnemer (individueel niveau) met andere samenwerkingen waarin geparticipeerd werd en/of wordt. De ervaring heeft betrekking op gepercipieerde kwaliteit van (eerdere) samenwerkingen en de hoeveelheid aan andere verbanden waar de potentiële deelnemer een rol van betekenis in speelt.

Hoewel in het model van Ansell en Gash (2007) transparantie van het proces, participatieve inclusiviteit, exclusiviteit van een samenwerkingsverband (samen institutionele vormgeving) in het model enkel op het samenwerkingsproces van invloed lijkt te zijn, laten diverse studies die ze onderzocht hebben zien dat de factoren die daar onder vallen ook stimulansen kunnen zijn om samen te werken (Murdock et al. 2005; Plummer & Fitzgibbon 2004; Power et al. 2000). Daarom is in het theoretisch model een relatie weergegeven tussen de institutionele vormgeving en de bereidheid tot samenwerking. Door de grote overlap met 'management support' uit het model van Armenakis en Harris (2009) is de factor 'faciliterend leiderschap' samengevoegd tot 'leiderschap en support', waarbij ook aandacht is voor informeel leiderschap.

Verwachtingen

De verwachting is dat zowel individuele als institutionele factoren invloed hebben op de veranderbereidheid, in dit onderzoek geformuleerd als bereidheid tot samenwerken, van de huisarts als professional. Als deze factoren minder goed vormgegeven zijn of minder aanwezig zijn, dan is de bereidheid tot samenwerking naar verwachting kleiner. De intensiteit van de bereidheid tot samenwerken kan variëren. Op basis van de theorie is de verwachting dat aan hoe meer individuele en institutionele factoren positief gepercipieerd worden, des te verder een

² Voor de leesbaarheid zijn sommige variabelen uit het model van Armenakis en Harris (2009) niet letterlijk vertaald uit het Engels en anders geformuleerd.

potentiële deelnemer zit in het fasemodel van Prochaska en Norcross (2002). Er wordt dan immers aan meer factoren voldaan die kritiek geacht worden voor de bereidheid tot samenwerking. Idealiter gaat een positieve intentie tegenover de verandering over in een actieve houding (voorbereidingsfase) en uiteindelijk in het gewenste gedrag (actiefase en gedragsbehoudfase). In de te onderzoeken casus betreft het gewenste gedrag participatie in het samenwerkingsproces. Uitgaande van de theorie wordt verondersteld dat mogelijk niet wordt voldaan aan alle factoren. Dat zou betekenen dat huisartsen over het algemeen in de overpeinsfase of zelfs in de voorbeschouwingsfase zitten. In de volgende hoofdstukken wordt besproken in hoeverre deze verwachtingen terug gekomen zijn in de praktijk. Op basis van de literatuur dringt zich vooraf geen hiërarchie op tussen de verschillende variabelen. Bij samenwerking in het publieke domein is sprake van multicausaliteit, waardoor het relevant is om elke variabele uitvoerig te belichten in het onderzoek (Ansell & Gash, 2007).

3 Methodologische verantwoording

3.1 Inleiding

De methodische verantwoording is de schakel tussen theorie en empirie. Dit hoofdstuk begint met een paragraaf (3.2) over het onderzoeksdesign waarin beargumenteerd waarom gekozen is voor een kwalitatieve onderzoeksmethoden. Deze paragraaf bevat ook een verslag van de onderzoekshandelingen en onderbouwing van gemaakte keuzes, bijvoorbeeld ten aanzien van het selecteren en benaderen van respondenten. Vervolgens wordt in paragraaf 3.3 een overzicht gegeven van de te onderzoeken variabelen met bijbehorende definities, indicatoren en waarden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een sectie over de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (paragraaf 3.4).

3.2 Onderzoeksdesign

Motivatie onderzoeksdesign

Een kwalitatief onderzoeksdesign is gekozen om data te verzamelen en te analyseren. Een design met interviews als belangrijkste methodiek legt, anders dan een kwantitatief design, de focus op het blootleggen van de betekenis die individuele respondenten (huisartsen) geven aan gebeurtenissen en activiteiten gerelateerd aan de onderzoekscasus (Toshkov, 2016). Hieraan ten grondslag ligt de hoofdvraag die toegespitst is op het vergaren van een gedetailleerd overzicht van (gedeelde) ervaringen en verwachtingen van de huisartsen uit Amsterdam Noord ten aanzien van BSiN. Inclusief het verklaren waarom de verschillende typen factoren belemmerend of motiverend werken en hoe factoren zich tot elkaar verhouden.

Onderzoeksmethoden

De eerste methode die is ingezet betreft *close reading*. Naast de verdieping in wetenschappelijke literatuur resulterend in de aanleiding en het theoretisch kader, is de reeds aanwezige documentatie en kennis over BSiN in verschillende (beleids)documenten bestudeerd. Onderdeel daarvan waren onderzoeken van TNO ten aanzien van BSiN. De effectmeting (van Dam et al., 2017) en procesevaluatie (van Genabeek et al., 2015) zijn hier voorbeelden van. Zo werd duidelijk hoe BSiN geplaatst kan worden in de bredere context van Amsterdam Noord en de hoe het samenwerkingsverband zich verhoudt tot andere projecten in het stadsdeel. Ook diende de documenten ter kennisgeving van eerdere acties van BSiN in relatie tot huisartsen. Om het beeld van BSiN en haar dynamiek zo scherp mogelijk te krijgen, zijn projectdagen van BSiN bijgewoond. Tijdens de bijeenkomsten gingen projectleden van deelnemende organisaties met elkaar in gesprek over de koers van BSiN, de ontwikkelingen in de diverse projecten en de samenhang daartussen.

De belangrijkste onderzoeksmethodiek voor dataverzameling betrof het afnemen van interviews. De interviews hadden een semigestructureerd karakter. Dit houdt

in dat voorafgaande aan de interviews een leidraad met open vragen was opgesteld (zie bijlage B) op basis van het theoretisch model, maar de deelnemer tijdens het gesprek vrij was om zijn of haar eigen verhaal te vertellen (Toshkov, 2016). Door de ruimte voor eigen inbreng van de respondenten, zijn nieuwe inzichten opgedaan die met de inbreng (van nieuwe) theoretische noties hebben geleid tot een empirisch model (zie paragraaf 5.7).

Respondenten selecteren en benaderen

Hoewel huisartsen een belangrijke rol spelen in de eerstelijnszorg en in potentie bij BSiN, wordt in het algemeen toenadering tot deze beroepsgroep als lastig ervaren. Onder meer de besproken onderzoeken van TNO wijzen dat uit. Op een aantal huisartsen na die actieve een rol hebben (gespeeld) in samenwerkingen of op andere manieren betrokken zijn in Amsterdam Noord, is deze observatie ook bevestigd in dit onderzoek. Het werven van respondenten bleek een stroef en tijdrovend proces te zijn. Het eerste stadium betrof het in kaart brengen van de huisartsen die gevestigd zijn in Amsterdam Noord. Op het internet, bijvoorbeeld de website van de gemeente Amsterdam, bestaat geen actueel overzicht van huisartsen in dit stadsdeel. Enkele projectleden die ook intensief betrokken zijn in het zorg- en welzijnsdomein in Amsterdam Noord bij respectievelijk Elaa en het BovenIJ ziekenhuis boden uitkomst in het aanleveren van contactgegevens.

Het tweede stadium omvatte het selecteren en benaderen van respondenten. De onderzoekspopulatie betrof elke huisarts die werkzaam is in Amsterdam Noord, zowel de vrijevestigde huisartsen als huisartsen die geclusterd zijn in gezondheidscentra. Uit de potentiële onderzoekspopulatie is aselect een steekproef getrokken. Dit betekent dat per wijk de eerste persoon op de lijst is geselecteerd, vervolgens de vierde, hierna de zevende, enzovoorts. Telkens werden twee personen overgeslagen. Op deze manier zijn de verschillende wijken van Amsterdam Noord gerepresenteerd en had iedere huisarts uit het stadsdeel een gelijke kans gehad om een bijdrage te leveren aan het onderzoek.

Het benaderen van huisartsen was een lastige opgave. Toenadering via de e-mail bleek in de regel weinig respons op te leveren. Vaak werd een verzoek tot een interview geweigerd of pas na een aantal contactmomenten geaccepteerd. Daarom is ook naar andere manieren gezocht om bereidwillige huisartsen te selecteren en te benaderen. Persoonlijk contact via de telefoon of tijdens conferenties georganiseerd voor huisartsen uit Amsterdam (Noord) werkte doorgaans beter in de zoektocht naar bereidwillige huisartsen in Amsterdam Noord. Na het afnemen van interviews bleken huisartsen vaak bereid om in hun netwerk bij andere huisartsen mijn verzoek tot een interview uit te zetten. In sommige gevallen bleek dit een waardevolle toegangspoort te zijn. Het belang en effect van persoonlijk contact - een determinant voor een succesvol samenwerkingsproces (Ansell & Gash, 2007) - leek hier ook in de praktijk van het interviewproces zichtbaar.

Uiteindelijk zijn 13 huisartsen van de circa 40 in Amsterdam Noord (GGD Amsterdam, 2018) geïnterviewd in de maanden mei, juni en juli van 2018. Twee

huisartsen uit de onderzoekspopulatie participeren passief in BSiN. De overige huisartsen namen op het moment van het interview niet deel in de samenwerking.

Functie	Vestigingswijk	Hoeveelheid
Huisarts	Banne Buiksloot	1
Huisarts	Buikslotermeer	1
Huisarts	Elzenhagen	1
Huisarts	Kadoelen	1
Huisarts	Noordelijke IJ-over	1
Huisarts	Tuindorp Nieuwendam	2
Huisarts	Tuindorp Oostzaan	2
Huisarts	Volewijck	2
Huisarts	Waterland en Waterlandpleinbuurt	2

Tabel 1. Overzicht vestigingswijken van deelnemende huisartsen (eigen archief)

Daaropvolgend is met vier projectleden van BSiN gereflecteerd op de bevindingen van de huisartsen. Met hen is verkend welke oplossingsrichtingen in welke vorm haalbaar zijn om door te voeren in de praktijk. Op deze manier wordt de praktische meerwaarde van dit onderzoek vergroot.

Functie BSiN	Reguliere organisatie en functie	Hoeveelheid
Projectlid – casemanager TC&M	Doras - casemanager ³	1
Projectlid – contactpersoon eerstelijnszorg (o.a. huisartsen)	Elaa – senior adviseur eerstelijnszorg (o.a. huisartsen)	1
Projectlid – projectleider ouderenzorg	BovenIJ ziekenhuis -internist	1
Projectlid – projectleider ouderenzorg	BovenIJ ziekenhuis – programmamanager integrale zorg	1

Tabel 2. Overzicht deelnemende projectleden van BSiN (eigen archief)

Dataverwerking en data-analyse

Het verwerken van de interviews bestond allereerst uit het volledig transcriberen van audio-bestanden. Daarna zijn de transcripten gecodeerd. Coderen is een middel om data te organiseren (Boeije, 2014). Het type coderen was een mengvorm tussen deductief en inductief coderen. Enerzijds waren codes en

³ Voor TC&M bestaan de wijkteams van BSiN uit casemanagers van verschillende deelnemende organisatie met een dubbelfunctie. Ze voeren casemanagement uit als het reguliere werk voor de eigen organisatie. (BSiN, 2018)

categorieën vooraf bepaald op basis van theorie. Anderzijds bood het semigestructureerde van de interviews ruimte om ook buiten de kaders van de vastgestelde variabelen te handelen. Dit heeft ertoe geleid dat uit de data zelf nieuwe codes en uiteindelijk variabelen zijn ontstaan die visueel zijn weergegeven in het empirische model (zie paragraaf 5.7). Voor het coderen diende het programma ATLAS.ti.

Ten slotte bestond het codeerproces uit twee fasen (Boeije, 2014). De eerste fase betrof het open coderen van de data. De antwoorden van de respondenten werden zo open mogelijk en zoveel mogelijk zonder interpretaties (op basis van theorie) geduid. De tweede stap in het open coderen was het toekennen van labels op basis van theorie. De tweede fase was gericht op axiaal coderen. Op basis van de open codering codes nogmaals beoordelen en mogelijk herorganiseren van categorieën die overlaptten. Ook zijn in deze fase nieuwe variabelen vastgesteld, zoals factoren gerelateerd aan de beroepsgroep. Daarnaast konden zo hoofd- en sub codes onderscheiden worden, resulterend in een codeboom (zie bijlage C).

3.3 Operationele definities

Operationaliseren is het meetbaar maken van concepten. Concepten worden uiteengezet en gemeten aan de hand van waarden die de variabele kan aannemen, ook wel aangeduid als indicatoren (Toshkov, 2016). Hieronder een overzicht van de concepten met hun indicatoren en waarden, afkomstig uit het theoretisch model.

Definiëring concept	Indicatoren	Waarden
Bereidheid tot samenwerking (Afhankelijke variabele) “Een positieve gedragsintentie van een medewerker ten aanzien van de invoering van een verandering in de structuur, cultuur of werkwijze van een organisatie of afdeling, resulterend in een inspanning van de kant van de medewerker om het veranderproces actief te ondersteunen” (Metselaar et al., 2011, p.65).	(Onafhankelijke variabelen) Ervaring met samenwerking Urgentiebesef Geschiktheid aanpak Geloof in eigen bijdrage Persoonlijk voordeel Transparantie proces Participatieve inclusiviteit Exclusiviteit samenwerking Leiderschap en support	Voorbeschouwingsfase, overpeinzingsfase, voorbereidingsfase, actiefase of gedragsbehoudfase (Prochaska & Norcross, 2002)
Ervaring met samenwerking “De ervaring van samenwerkingsverbanden in het hier en nu en uit het verleden” (Ansell & Gash, 2007, p.553).	Mate waarin samenwerkingsverbanden (in het verleden) tot succes hebben geleid. Mate waarin samenwerkingsverbanden (in het verleden) tot conflict hebben geleid. Mate waarin de potentiële deelnemer participeert in andere samenwerkingsverbanden.	Veel, gematigd of geen conflict Veel, gematigd of geen succes Veel, gematigde of geen participatie in andere samenwerkingsverbanden

Urgentiebesef “De overtuiging dat een verandering noodzakelijk is om het probleem op te lossen” (Armenakis & Harris, 2009, p.129).	Mate waarin het probleem dat het samenwerkingsverband wil aanpakken erkend wordt.	Veel, gematigde of geen erkenning
	Mate waarin een verandering noodzakelijk wordt geacht om het probleem dat het samenwerkingsverband wil aanpakken te verhelpen.	Heel, gematigd of niet noodzakelijk
Geschiktheid aanpak “De overtuiging dat de aanpak van de verandering de juiste is” (Armenakis & Harris, 2009, p.129).	Mate waarin overeenstemming is over de aanpak op hoofdlijnen (gestelde doelen, de acties en activiteiten om die doelen te halen en de organisatiestructuur)	Veel, gematigde of geen overeenstemming
	Mate waarin de processtappen en rollen concreet zijn.	Heel, gematigd of niet concreet
Geloof in eigen bijdrage “De overtuiging in eigen kunnen om een bijdrage te leveren aan een succesvolle implementatie van de verandering” (Armenakis & Harris, 2009, p.129). “Gelijkwaardigheid van actoren inzake kennis, middelen en macht” (Ansell & Gash, 2007, p.551).	Mate van aanwezige kennis en middelen.	Veel, gematigde of geen kennis en middelen
	Mate van gelijkwaardigheid van actoren inzake middelen en macht.	Heel, gematigd of niet gelijkwaardig
Persoonlijk voordeel “Aantrekkelijkheid van de verandering die gebaseerd is op de gepercipieerde gevolgen van de van de verandering” (Armenakis & Harris, 2009, p.129).	Mate waarin de vernieuwing relatief voordeel heeft voor de deelnemer. Bijvoorbeeld gemak, professionele ontwikkeling, tijdwinst of verhoging werkplezier.	Veel, gematigd of geen voordeel
	Mate waarin de verandering een meerwaarde heeft voor de patiënt ten opzichte van de oude situatie, zoals betere kwaliteit van zorg of zorgkostenreductie.	Veel, gematigd of geen meerwaarde
Transparantie proces “Open en actieve communicatie over hetgeen zich afspeelt binnen de samenwerking” (Ansell & Gash, 2007, p.557).	Mate waarin actoren open zijn en elkaar actief berichten over lopende zaken en ontwikkelingen.	Heel, gematigd of niet op en actieve berichtgeving
	Mate waarin de organisatie openheid van zaken geeft over lopende zaken en ontwikkelingen.	Veel, gematigde of weinig openheid van zaken
Participatieve inclusiviteit “Een breed deelnemersveld voor samenwerking waarin alle belanghebbenden betrokken zijn die worden beïnvloed door of zich zorgen maken over het aan te pakken probleem, inclusief kritische of lastige actoren” (Ansell & Gash, 2007, p.556).	Mate waarin afdoende partijen uit het veld deelnemen aan de samenwerking om de gemeenschappelijke doelen te behalen.	Heel, gematigd of niet inclusief
	Mate waarin (potentiële) actoren een eerlijke kans op deelname krijgen of gehad hebben.	Heel, gematigd of niet eerlijk

Exclusiviteit samenwerking “De aanwezigheid van één ingekaderd samenwerkingsverband en agenda voor een gedefinieerde groep actoren in een bepaald gebied” (Ansell & Gash, 2007, p.556).	Mate waarin het samenwerkingsverband exclusief is ten opzichte van andere organisaties en samenwerkingsverbanden. Mate waarin het de propositie helder en afgebakend is.	Heel, gematigd of niet exclusief Heel, gematigd of niet helder en afgebakend
Leiderschap en support Definitie formeel leiders: “Actieve inzet en steun van formeel leiders in het veranderproces” (Armenakis & Harris, 2009, p.129). Definitie informeel leiders (<i>change agents</i>) – oftewel collega’s of andere actoren: “Prime movers’ die verandering creëren en zich tijdens het proces aandienen door actieve inzet en steun van de verandering en door anderen te motiveren” (Kickert et al., 2010, p.7).	Mate waarin formeel leiders voorbeeldgedrag vertonen, betrokkenheid tonen en anderen motiveren. Mate waarin informeel leiders voorbeeldgedrag vertonen, betrokkenheid tonen en anderen motiveren.	Veel, gematigde of geen betrokkenheid, voorbeeldgedrag en motivatie Veel, gematigde of geen betrokkenheid, voorbeeldgedrag en motivatie

Tabel 3. Overzicht operationele definities

3.4 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van een onderzoek verwijst naar de constantheid van de meting (Toshkov, 2016). Idealiter levert herhaling van de meting dezelfde waardebeoordeling van een variabele op. Betrouwbaarheid gaat gepaard met een volledig en accuraat verslag van onderzoekshandelingen en onderbouwing van gemaakte keuzes. Hiertoe is in paragraaf 3.2 verslag gedaan.

Verder hangt de betrouwbaarheid samen met de grootte van de steekproef. In totaal zijn 13 huisartsen van de 40 in Amsterdam Noord geïnterviewd. Hoewel een redelijk deel van de populatie betrokken is in het onderzoek, is er toch sprake van een relatief kleine steekproef. Dit werkt niet bevorderend voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Een kleine steekproef verkleint namelijk de kans op een omvattende weerspiegeling van de realiteit (Toshkov, 2016). Bovendien zorgt (enige) bekendheid met een fenomeen ervoor dat mensen sneller instemmen met deelname aan een onderzoek. Daardoor is het aannemelijk dat huisartsen met (enige) kennis van BSiN eerder ‘ja’ hebben gezegd tegen een interview. Daardoor is er mogelijk sprake van een *selection bias*.

Het waarborgen van de betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek gaat hand in hand met het bewustzijn van en inspelen op verschillende soorten *biassen*: (onbewuste) vooroordelen of vooringenomenheden (Toshkov, 2016). *Biassen* kunnen zowel betrekking hebben op het onderzoek en onderzoeker als op de respondenten. In de eerste plaats is rekening gehouden met de *confirmation bias*. Deze bias komt voor wanneer de onderzoeker de vergaarde data interpreteert op

een manier die niet correspondeert met de betekenis die respondenten geven aan het onderzoeksobject (Toshkov, 2016). De onderzoeker neigt (on)bewust naar een interpretatie die zijn of haar hypotheses bevestigen. In dit onderzoek is dat zoveel mogelijk voorkomen door interviews aan de hand van audio-bestanden volledig te transcriberen. Het gevolg is dat transparantie in het onderzoek geboden is, evenals een link naar de analyse, bijvoorbeeld door het gebruik van citaten. De geboden transparantie maakt het onderzoek grotendeels controleerbaar en dat komt de betrouwbaarheid ten goede.

Een tweede bias die kan optreden is de *leading questions bias*. In dat geval worden respondenten een bepaalde richting in geduwd met suggestieve vragen (Toshkov, 2016). Meestal is er dan een antwoord verwerkt in de vraag. Om hier op in te spelen is een visuele topiclijst met zoveel mogelijk open vragen opgesteld, zonder daarbij de onderzoeksvraag uit het oog te verliezen (zie bijlage B). De vragen zijn afgeleid van geoperationaliseerde, theoretisch onderbouwde concepten en indicatoren. Dit maakt dat de vragen te herleiden zijn en het mogelijk om het onderzoek te repliceren, hetgeen de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komt. Overigens zijn de concepten uit het theoretisch kader op een concretere manier geformuleerd in het theoretisch model. Zo is bijvoorbeeld gekozen voor de variabele 'geloof in eigen kunnen' in plaats van 'werkzaamheid'.

Verder gaat de *social desirability bias* over mogelijk sociaal wenselijke antwoorden van de respondenten (Toshkov, 2016). De bias is enerzijds voorkomen door de interviews te anonimiseren en dat expliciet aan te geven voor aanvang van een interview. Anderzijds verkleint hun eigen, onafhankelijke positie de bias, zo bleek uit de interviews met huisartsen. Het gaat om een beroepsgroep waarvan het gros zelfstandig ondernemer is met een eigen praktijk. Dat maakt dat zij met hun primaire proces - en het draaien van hun 'productie', oftewel de levensvatbaarheid van hun onderneming - niet afhankelijk zijn van BSiN. In dat opzicht hebben huisartsen geen belang bij zaken als sociaal wenselijk antwoorden. Bovendien is het in de aanpak van meervoudige problematiek van patiënten juist nuttig om kritische antwoorden te geven, bijvoorbeeld over belemmerende factoren in de samenwerking. Met dergelijke antwoorden kan het onderzoek namelijk tegemoet komen aan de wensen en behoeften van huisartsen.

3.5 Validiteit

Validiteit gaat over de geldigheid van het onderzoek. Een meting is valide als de gemeten waarde van de variabele correspondeert met de werkelijke waarde van die variabele bij het onderzoekselement (Toshkov, 2016). Een onderzoek kan intern en extern valide zijn. Interne validiteit houdt in dat gemeten wordt wat de onderzoeksvraag voorschrijft en wordt verschaft door een goede, theoretische onderbouwing van gebruikte methode (Toshkov, 2016). In dit onderzoek heeft theorie gezorgd voor het leggen een relatie tussen enerzijds individuele- en institutionele factoren en anderzijds bereidheid tot samenwerken, weergegeven in het theoretisch model. Daarbij hangt interne validiteit samen met de kwaliteit van

de operationalisering. Dit is bewerkstelligd door reeds gevalideerde theorieën en concepten – zoals het samenwerkingsmodel van Ansell en Gash (2007) - te gebruiken met soortgelijke (hoofd)vragen, en deze vervolgens grotendeels op dezelfde manier te operationaliseren en te verwerken in interviewvragen.

Externe validiteit gaat over de mate waarin de conclusies te generaliseren zijn naar de gehele populatie, in dit geval van huisartsen in Amsterdam Noord (Toshkov, 2016). Een representatieve steekproef bevordert externe validiteit. Randomisatie van respondenten – en variatie creëren in de vestigingswijken – is wenselijk voor een representatieve steekproef voor Amsterdam Noord als stadsdeel (Toshkov, 2016). Ondanks de uitdagingen in het selecteren en benaderen van respondenten, is het gelukt om een gevarieerde groep huisartsen te spreken wat betreft vestigingswijk en werkervaring (zie ook tabel 1 paragraaf 3.2).

3.6 Conclusie

Een kwalitatief onderzoeksdesign is gekozen om data te verzamelen en te analyseren. Een design met interviews als belangrijkste methodiek legt, anders dan een kwantitatief design, de focus op het blootleggen van de betekenis die individuele respondenten geven aan gebeurtenissen en activiteiten gerelateerd aan het onderzoeksobject (Toshkov, 2016). Deze kenmerken sluiten aan bij het doel van het onderzoek gericht op inzichtelijk maken van ervaringen en verwachtingen van huisartsen in samenwerking met BSiN. Vervolgens zijn de zeven variabelen onderverdeeld in individuele- en institutionele factoren (als onafhankelijke variabelen) geoperationaliseerd. Datzelfde geldt voor 'bereidheid tot samenwerking' (als afhankelijke variabele).

Uiteindelijk zijn 13 huisartsen van de 40 in Amsterdam Noord geïnterviewd. Daarbij is met projectleden van BSiN geflecteerd op de bevindingen van huisartsen. Met hen is verkend welke oplossingsrichtingen in welke vorm haalbaar zijn om door te voeren in de praktijk. In het licht van het onderzoeksdesign zijn in de afsluitende paragrafen 3.4 en 3.5 keuzes op het gebied van betrouwbaarheid en validiteit beschreven.

4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de verzamelde data. De tweede deelvraag over de mate waarin uit de literatuur afgeleide factoren samen hangen met de bereidheid tot samenwerken, en welke aanvullende factoren uit de empirie kunnen worden afgeleid, wordt in drie paragrafen (4.2, 4.3 en 4.4) beantwoord. De uit de literatuur afgeleide factoren zijn opgedeeld in individuele factoren (paragraaf 4.2) en institutionele factoren (paragraaf 4.3). Per factor wordt per indicator een overzicht gegeven van de beleving en gebeurtenissen van huisartsen, soms geïllustreerd met een citaat van een huisarts. Het beschrijven van een factor wordt gecompliceerd met een concluderende zin over de invloed van de desbetreffende factor op de bereidheid tot samenwerken van huisartsen.

Daarnaast is de theorie op sommige onderdelen behulpzaam en informatief gebleken. Op andere onderdelen zijn empirische bevindingen niet vanuit de theorie te verklaren. Daarom is in paragraaf 4.4 ruimte voor aanvullende factoren die afgeleid zijn uit de empirie. Vervolgens wordt in paragraaf 4.5 antwoord gegeven op de derde deelvraag over de verklaring die ten grondslag ligt aan de bereidheid tot samenwerken en factoren die de bereidheid tot samenwerken kunnen versterken. Het hoofdstuk eindigt in paragraaf 4.6 met een tabel waarin de besproken resultaten worden samengevat.

4.2 Individuele factoren en bereidheid tot samenwerken

4.2.1 Inleiding

Paragraaf 4.2 staat in het teken van het beantwoorden van de eerste deel van de tweede deelvraag: *“In welke mate hangen de uit de literatuur afgeleide factoren in de praktijk daadwerkelijk samen met de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke aanvullende factoren kunnen de uit de empirie worden afgeleid?”* Daarvoor zijn de volgende individuele factoren onderzocht: de startconditie ‘ervaring met samenwerking’ (Ansell & Gash, 2007) en veranderkundige factoren ‘urgentiebesef’, ‘geschiktheid aanpak’, ‘geloof in eigen bijdrage’ en ‘persoonlijk voordeel’ (Armenakis & Harris, 2009).

Ervaring met samenwerking

Met de variabele ‘ervaring met samenwerking’ wordt ingezoomd op de gepercipieerde kwaliteit van samenwerkingsverbanden waar aan deelgenomen wordt of werd. Volgens de deelnemende huisartsen kan samenwerking plaatsvinden op basis van twee vormen: ad-hoc of structureel. Ad-hoc samenwerking omvat (acuut) overleg met professionals van individuele instellingen, zoals thuiszorg of maatschappelijk werk, over de aanpak van

individuele patiënten. Het merendeel van de huisartsen gaf aan dat zulke organisaties vaak in hun gebouw of straat gevestigd zitten. De korte afstand verlaagt de drempel om contact te zoeken. Op basis van jaren lange ad-hoc samenwerking hebben professionals een relatie met elkaar opgebouwd. Indien de situatie van een patiënt vraagt om adequaat handelen, geven huisartsen aan hun netwerk te kunnen raadplegen.

Structurele samenwerking betreft periodiek overleg met andere huisartsen. Vrijwel alle huisartsen nemen deel aan tenminste één verband: een zogeheten huisartsengroep. In een huisartsengroep regelen gemiddeld zes huisartsen samen organisatie-, waarneem- en nascholingsactiviteiten. De ene huisartsengroep is actiever dan de andere. Zo zijn er huisartsengroepen die zelf integrale vormen van samenwerking organiseren door periodiek thuiszorg- en maatschappelijk werk organisaties uit te nodigen om casussen te bespreken. Soms wordt een professional van een maatschappelijk werk- of thuiszorgorganisatie uitgenodigd om individuele casussen te bespreken of voorlichting te geven. Naast het regelen van praktische zaken, beschouwen huisartsen de face-to-face communicatie tijdens de bijeenkomsten als het meest waardevol. Het volgende citaat onderbouwt deze beschouwing:

Persoonlijk contact en elkaar zien zijn de basis voor samenwerking en brengt mooie voordelen. Als je elkaar alleen maar aan de telefoon spreekt dan zijn de verhoudingen toch scherper. Het is bevorderlijk om elkaar soms in de ogen te kijken. Dan krijgt een persoon of organisatie een gezicht en is het meer wij in plaats van hij-zij. Dan zie dat het ook maar een normaal persoon is die zijn best doet. Als je zo'n persoon dan op een ander moment belt dan is de bereidwilligheid om je te helpen groter. (Respondent 3, huisarts)

Het citaat laat zien hoe face-to-face communicatie de persoon achter een naam of organisatie een 'gezicht' geeft, vertrouwen werkt en daarmee een positief effect heeft op de relatie tussen mensen. Partijen blijven elkaar opzoeken. Wanneer steeds met dezelfde organisaties wordt samengewerkt, vormt deze club mensen een steeds hechtere groep. Zo raken samenwerkingspatronen steeds verder ingesleten. Volgens huisartsen kan persoonlijk contact in de vorm van face-to-face communicatie ook in een eerder stadium dan het samenwerkingsproces al waardevol zijn. Samenwerkingsverbanden die actief investeren in persoonlijk contact, bijvoorbeeld door langs te komen in de praktijk, hebben meer kans om huisartsen bereidwillig te krijgen.

Hoewel structurele samenwerking voor huisartsen dergelijke voordelen kan opleveren, zijn huisartsen de afgelopen jaren huiverig geworden voor initiatieven die net als BSiN op structurele basis integrale samenwerking willen aangaan met huisartsen. Dit heeft alles te maken met ervaringen uit het verleden. Huisartsen geven aan dat eerdere samenwerkingsverbanden niet perse tot conflict hebben geleid, maar te vaak door gebrekkige organisatie en communicatie na één of twee

jaar gestrand zijn. Het gaat om samenwerkingen waar door menig huisarts tijd en moeite in is gestoken. Dit heeft tot frustratie geleid. Bovendien worden de meeste huisartsen jaarlijks meerdere keren benaderd om te deel nemen aan samenwerkingsverbanden en overleg, waardoor ze 'verandermoe' en 'samenwerkingmoe' zijn. Het gaat vaak om top-down geïnitieerde initiatieven. Overheden, gemeentes of zorgverzekeraars willen samenwerken met huisartsen. Dat heeft vaak te maken met hun eerder genoemde positie in het zorglandschap. De probleemdefinitie wordt vaak herkend, maar de oplossingsrichtingen roepen doorgaans weerstand op. Daarmee is 'ervaring met samenwerking' een factor die negatief effect heeft op de 'bereidheid tot samenwerking' zoals beoogt door BSiN

Urgentiebesef

In de eerste plaats gaat 'urgentiebesef' over de mate waarin het probleem dat het samenwerkingsverband wil aanpakken erkend wordt. Het probleem waar BSiN op in wil spelen, en eveneens de aanleiding vormt van het ontstaan van het samenwerkingsverband, is tweedelig. Enerzijds betreft het probleem de grote en groeiende zorgvraag van inwoners van Amsterdam Noord (Chorus et al., 2014). Ten opzichte van de rest van Amsterdam wonen er relatief meer mensen met een lage sociaaleconomische status en kwetsbare ouderen (van Genabeek et al., 2015). Van deze populatie is bekend dat zij meer gebruik maken van dienstverlening uit het zorg- en welzijnsdomein. Ook in preventief opzicht hoopt BSiN de bijdrage te leveren aan het verlagen van de (toekomstige) zorgvraag. Anderzijds is er voor de potentiële doelgroep van BSiN vaak geen passend zorgprogramma om hun problemen op te lossen. De onvoldoende effectiviteit in de afstemming en integrale aanpak vanuit zorg- en welzijnsdienstverlening wordt hier als oorzaak voor aangewezen (van Genabeek et al., 2015).

In de interviews werd door alle huisartsen het probleem over de grote en groeiende zorgvraag herkend. Hoewel de laatste jaren steeds meer jonge, hoogopgeleide mensen hun weg weten te vinden naar het stadsdeel, kenmerkt het gebied zich (nog steeds) door een hoge mate van armoede, criminaliteit en mensen met psychische en chronische ziektebeelden (van Genabeek et al., 2015). De kenmerken van de populatie zijn merkbaar in de spreekkamer van huisartsen. Aan de ene kant maakt de complexe populatie het werk uitdagend en leuk. Aan de andere kant zorgt het ook voor grote (tijds)druk op de patiëntenzorg. Spreekuren zijn vrijwel altijd volgeboekt en consultaties worden vaak overschreden. In een consult van tien minuten moet inzichtelijk zijn wat er speelt en vereiste verslaglegging gedaan worden. Dat proces wordt bemoeilijkt door lastige communicatie onder invloed van zaken als: vergeetachtige ouderen, taalbarrières en weinig zelfreflectie. Daarbovenop geven huisartsen aan dat politieke beslissingen de zorgvraag hebben vergroot. Zo is in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) besloten om ouderen langer thuis te laten wonen. Dat betekent dat er minder zorgvoorzieningen zijn en de vele hulpbehoevende ouderen vaker naar de huisarts gaan, aldus de het grootste deel van de huisartsen.

Huisartsen zien dat de problematiek waar de inwoners van Amsterdam Noord mee kampen in veel gevallen het medische domein overstijgt en meerdere levensdomeinen raakt. Zo hebben kwetsbare of chronisch zieke ouderen doorgaans behoefte aan welzijn gerelateerde voorzieningen en programma's (met andere ouderen), terwijl mensen in de schulden met stress te maken krijgen omdat ze hun hoofd (en dat van hun gezin) maar net of niet boven water kunnen houden. Stress resulteert dan vaak in medische klachten. Het volgende citaat onderschrijft deze bevinding:

Waar wij tegenaan lopen is dat heel veel mensen ziektelast ervaren zonder dat ze ziekte hebben. Mensen hun daadkracht wordt overschreden, met rugpijn, hoofdpijn of buikpijn tot gevolg. Daar hebben we heel veel mee te maken. Dat is waar we tegenaan lopen in allerlei vormen en variaties die je kunt bedenken. Het vormt het grootste deel van onze workload.
(Respondent 6, huisarts)

In navolging van de (groeierende) zorgvraag herkennen huisartsen zich ook in de problemen over de aanpak ervan. De aanpak wordt als ineffectief beschouwd. Huisartsen geven aan dat (netwerk)organisaties zoals het Leefkringhuis, Samen Doen en Veilig Thuis langs elkaar heen werken. Bovendien ontbreekt het aan een centraal loket voor integrale zorg en welzijn waar huisartsen met vragen terecht kunnen. BSiN heeft wel degelijk een integraal karakter en een centraal nummer. Daaruit kan opgemaakt worden dat huisartsen slecht op de hoogte zijn van wat BSiN en haar programmalijnen inhouden.

In de tweede plaats heeft 'urgentiebesef' betrekking op de mate waarin een verandering noodzakelijk wordt geacht om de problemen verhelpen. In deze context betreft de verandering BSiN en haar programmalijnen om integrale zorg te leveren. De grote druk op de patiëntenzorg maakt dat veel huisartsen regelmatig het gevoel hebben niet de zorg- en/of welzijnstrajecten te kunnen bieden of adviseren die ze nodig achten. Daarom wordt integrale samenwerking door een groot deel van de huisartsen noodzakelijk geacht om tot praktische oplossingen te komen voor niet-medische problemen van patiënten. 'Urgentiebesef' is onder de streep een factor die een positief effect heeft op de bereidheid tot samenwerken.

Geschiktheid aanpak

'Geschiktheid aanpak' gaat allereerst over de mate waarin overeenstemming is over de gehanteerde aanpak op *hoofdlijnen*. De aanpak op hoofdlijnen is geoperationaliseerd als de gestelde doelen, de acties en activiteiten om die doelen te halen en de organisatiestructuur. Het doel van BSiN is om aantoonbaar betere zelfredzaamheid, gezondheid en maatschappelijke participatie te realiseren, tegen beheersbare kosten, bij inwoners (preventief) en patiënten (repressief) uit het stadsdeel. Het programma bestaat uit drie lijnen: kwetsbare ouderen, mensen met armoedeproblematiek en mensen met problemen op meerdere levensdomeinen (met het traject TC&M). Voor alle programmalijnen geldt dat zorg en welzijn georganiseerd worden met de wensen en behoeften van inwoners en patiënten als

uitgangspunt. De verschillende programmalijnen hebben dezelfde hogere doelen, maar verschillen in organisatiestructuur en uitvoering en daarmee de manier van samenwerken (zie bijlage A voor een uitgebreide toelichting).

In de interviews bleken huisartsen een beperkt beeld te hebben van de aanpak op hoofdlijnen. Vrijwel alle huisartsen zijn niet op de hoogte van wat BSiN exact inhoudt en associëren BSiN met de programmalijn waar het programma lange tijd uitsluitend uit bestond: bestrijding van multi-problematiek (T&CM). Ook de Krijtmoenalliantie (de overkoepelende netwerkorganisatie) verward met BSiN (het samenwerkingsverband dat voortvloeide uit de KMA, met dezelfde deelnemers en een apart programma met drie pijlers) en andersom. Om deze verwarring in dit onderzoek te voorkomen, is bewust gekozen om uitsluitend de term 'BSiN' te gebruiken. In de interviews waren de huisartsen, na tekst en uitleg over de KMA en BSiN, van mening dat de aanpak aansluit op de problemen in Amsterdam Noord. Huisartsen vinden dat de aanpak op hoofdlijnen potentie heeft om impact te maken op het stadsdeel.

De variabele 'geschiktheid aanpak' omvat ook de mate waarin de processtappen en rolomschrijvingen concreet zijn. In de interviews bleek het grootste deel van de huisartsen weinig bekend met de uitwerking van de aanpak van BSiN. Een voorbeeld daarvan is dat een groot deel van de huisartsen de website niet kent. De website zou wel duidelijkheid kunnen scheppen in het concreet maken van BSiN en haar aanpak. Het deel van de huisartsen dat de website wel kent ervaart deze echter als rommelig en weinig pragmatisch. Zo bestaat de hoofdpagina uit een overzicht van elf projecten die allemaal onder de vlag van BSiN varen. Huisartsen geven aan dat onvoldoende duidelijk is wat de projecten precies betekenen voor hen als huisarts. Zo staan per project wel de deelnemers genoteerd, maar wordt verder geen tekst en uitleg gegeven over hun rol en de processtappen waaruit een project bestaat.

Ook de manier waarop projecten met elkaar samenhangen spreekt niet tot verbeelding. Zoals besproken ervaren huisartsen een hoge mate van tijdsdruk op de patiëntenzorg en hechten ze veel waarde aan concrete, pragmatische informatie. In de waan van de dag en drukte die daarbij komt kijken hebben huisartsen vaak niet (meer) helder voor ogen wat een (netwerk)organisatie precies inhoudt. Zeker als het gaat om afspraken over patiënten of een verwijzing naar T&CM, moet een korte blik op de website volstaan om scherp te krijgen of de aanpak nuttig is voor de patiënt en wat van hen verwacht wordt. Informatie over de volgende vragen zou helpen:

- Wat is het doel van de organisatie, programmalijn of project?
- Wat zijn de processtappen voor de verschillende actoren om daar te komen?
- Hoe kunnen organisaties meedoen?
- Op welke wijze wordt gecommuniceerd en informatie gedeeld?

Volgens de huisartsen ontbreken dergelijke concrete processtappen en rolomschrijvingen op de website. Daarnaast zorgt ook het aanmeldformulier van T&CM voor onduidelijkheden:

Aanduidingen als ‘gezinsrelaties’ zijn te weinig *to the point*. Wat is de vraag precies? Uit hoeveel leden een gezin bestaat? Net als bij veel andere invulvelden zijn de vragen niet eenduidig, waardoor onduidelijk is wat precies aan informatie van ons verwacht wordt en wat niet. Wanneer heb ik voldoende ingevuld? (Respondent 4, huisarts)

Bovenstaand citaat legt bloot hoe de onduidelijk uitgewerkte processtappen en rolomschrijvingen de bereidheid van huisartsen om samen te werken negatief beïnvloedt. De geschiktheid van de aanpak is uiteindelijk een factor die de bereidheid tot samenwerken belemmert.

Geloof in eigen bijdrage

Om te beginnen houdt de variabele ‘geloof in eigen bijdrage’ verband met de mate van aanwezige middelen, kennis en ervaring van huisartsen. Wat betreft middelen is tijd een schaars middel gebleken. Zoals vaker opgemerkt geven huisartsen aan dat de kernactiviteiten van hun werk (informatie ophalen, behandeling en verslaglegging, ofwel patiëntenzorg), dusdanig veel tijd in beslag nemen, dat weinig tijd overblijft voor andere aangelegenheden zoals (BSiN-)activiteiten.

Wat betreft kennis geven huisartsen aan onvoldoende kennis te hebben om een bijdrage te leveren aan de programmalijn voor multi-problematiek. De kennis over de gehele situatie en de verschillende levensdomeinen van een patiënt is niet toereikend. Daar is de informatie-uitwisseling tussen instellingen omtrent patiënten te summier voor, de medewerking van een patiënt onvoldoende of de tijd in consulten te beperkt. Door het uitgebreide uitvraagscript van T&CM hebben huisartsen echter wel het gevoel op de hoogte te moeten zijn van de gehele situatie van een patiënt. Deze gepercipieerde verwachtingen schrikken af en zorgen ervoor dat huisartsen niet terugkeren op de website. Op deze manier verdwijnt BSiN van het netvlies.

Wat betreft ervaring geeft het grootste deel van de huisartsen aan weinig ervaring te hebben met de projectmatige manier van werken die komt kijken bij de pijlers voor kwetsbare ouderen en armoedebestrijding. Als onderdeel van een netwerk specificeren huisartsen samen met actoren doelen en onderzoeken ze oplossingsrichtingen. Dit gebeurt vanuit een ingekaderd tijdspad. Het is een manier van werken die op afstand staat van hun eigen werkwijze gericht op de inhoud gericht op het behandelen van patiënten in de spreekkamer. De onbekendheid lijkt een zekere mate van wantrouwen te creëren. Samenwerkingsinitiatieven moeten dicht bij hun behoeften en pragmatische manier van werken liggen om bereidwilligheid bij huisartsen te creëren, want “er wordt niet zomaar tijd vrij gemaakt voor een ideëel doel” (Respondent 5, huisarts). Concluderend hebben huisartsen onvoldoende geloof in eigen bijdrage om een volwaardige bijdrage aan

BSiN te leveren. Daarmee heeft de factor een negatieve invloed op de bereidheid tot samenwerken.

Persoonlijk voordeel

‘Persoonlijk voordeel’ is geoperationaliseerd als de mate waarin de vernieuwing voordeel oplevert voor de deelnemer. We hebben gezien dat tijd een schaars middel is voor huisartsen. Mede daardoor geven huisartsen aan onvoldoende zicht te hebben op de ontwikkelingen en mogelijkheden in het zorg- en welzijnslandschap. BSiN heeft wel deze kennis en mogelijkheden door het diverse palet aan organisaties die al langere tijd samenwerken. Het voordeel van een samenwerking met BSiN kan een verlaging van de werklast en verhoging van de arbeidssatisfactie zijn. Hoewel de huisartsen bovenstaande voordelen beamen, betekent dat niet dat ze opwegen tegen de waargenomen nadelen. Deelnemen aan projecten over ouderenzorg of armoedebestrijding, of een verwijzing naar voor mensen met multi-problematiek, moet veel expliciete voordelen opleveren om huisartsen hun tijd te laten investeren.

Veel huisartsen benadrukken dat veranderingen, zoals samenwerking in BSiN en de bijkomende activiteiten, makkelijk in te passen moeten zijn in hun eigen primaire proces. Patiënten verwijzen, inclusief overleg en afspraken met andere partijen, vormt een substantieel onderdeel van het primaire proces van huisartsen. Daarom willen huisartsen dat het verwijzen snel en soepel verloopt. Anders blijft er volgens hen nog minder tijd over om patiënten te behandelen. Normaliter verwijzen huisartsen patiënten door via het digitale platform Zorgdomein. Zorgdomein wordt als veilig beschouwd, heeft een register met alle hulpverleners en is een routine die verweven is in de dagelijkse praktijk. Voor de programmalijn met T&CM gaat samenwerking vaak over het verwijzen van patiënten inclusief het maken van afspraken over voorzieningen en zorgtrajecten. Het gevolg is dat niet via Zorgdomein, maar via een alternatieve weg verwezen moet worden. Buiten het feit dat veel huisartsen een alternatieve website voor verwijzen uit veiligheidsoverwegingen niet vertrouwen, vormt deze alternatieve manier van verwijzen een administratieve last. Het kost de huisarts extra administratieve handelingen op een website die al als onduidelijk en overzichtelijk wordt ervaren. Extra handelingen leiden tot meer ‘ballast’ bij een beroepsgroep die al enorme tijdsdruk voelt. Dit heeft een negatieve uitwerking op de bereidheid tot samenwerking van de huisartsen.

De andere indicator die verbonden is aan ‘persoonlijk voordeel’ is de mate waarin de verandering een meerwaarde heeft voor de klant aan wie een dienst of product wordt geleverd. In deze casus betreft de ‘klant’ de inwoner of patiënt van Amsterdam Noord. De meerwaarde voor patiënten, bijvoorbeeld in de vorm van betere kwaliteit van zorgtrajecten of gezondheid, wordt niet gezien met het aangaan van een samenwerking met BSiN ten opzichte van hun bestaande netwerken, samenwerkingspartners en manieren van verwijzen. Huisartsen geven aan het als hun verantwoordelijkheid te zien om in samenspraak met de patiënt het juiste traject te kiezen. Ze willen zeker weten dat een patiënt goed terecht komt.

Die zekerheid voelen ze niet bij BSiN. Hieraan ten grondslag ligt de onscherpe propositie van BSiN ten opzichte van andere initiatieven. De 'wirwar' aan verschillende samenwerkingsverbanden en initiatieven van zorg en welzijn in Amsterdam (Noord) zaaien verwarring. De onduidelijke uitwerking van de aanpak wordt ook als factor aangedragen. Per saldo wordt er te weinig persoonlijk voordeel ervaren, waardoor de factor negatieve invloed heeft op de bereidheid tot samenwerking.

4.2.2 Deelconclusie

In paragraaf 4.2 stond het eerste deel van de tweede deelvraag centraal, specifiek gericht op individuele factoren: *"In welke mate hangen de uit de literatuur afgeleide factoren in de praktijk daadwerkelijk samen met de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke aanvullende factoren kunnen de uit de empirie worden afgeleid?"*

Het grote urgentiebesef en de geschiktheid van de aanpak op *hoofddlijnen* dat BSiN wordt door huisartsen gezien als een samenwerkingsverband met de potentie om er aan deel te nemen. Alle huisartsen erkennen in grote mate de problematiek over de zorgvraag en de ineffectieve aanpak daarvan. Ook wordt verondersteld dat verandering in termen van integrale samenwerking nodig is om de problemen het hoofd te kunnen bieden. Daarnaast werken ze op structurele basis in meer of mindere mate samen met andere huisartsen en professionals uit het veld, vaak in de vorm van een huisartsengroep, en zien daar doorgaans meerwaarde in. Face-to-face communicatie heeft veel positieve impact en kan ook in een eerder stadium van samenwerking waardevol zijn. Onder de gewenste voorwaarden is samenwerking met huisartsen dus mogelijk.

Tegelijkertijd geldt voor de andere drie individuele factoren dat ze in verschillende mate negatieve impact hebben op de bereidheid tot samenwerking van huisartsen. Ten eerste leiden eerdere ervaringen met samenwerking tot de complexe context waarin samenwerking tot stand moet komen. Alle huisartsen werken op structurele basis in meer of mindere mate samen met andere huisartsen. Ondanks de voordelen, hebben andere onsuccesvolle ervaringen uit het verleden geleid tot een voedingsbodem van wantrouwen en een defensieve houding tegenover samenwerking. Samenwerking als moeizaam en stug fenomeen blijkt in het algemeen een diepgewortelde overtuiging van huisartsen. Daarom moeten samenwerkingsinitiatieven in Amsterdam Noord bij voorbaat een extra stap zetten en expliciete meerwaarde kunnen voorleggen om huisartsen bereidwillig te krijgen.

Ten tweede zijn huisartsen over het algemeen van mening te weinig op de hoogte te zijn over de situatie van een persoon (kennis) en te weinig tijd (middel) te hebben om een volwaardige bijdrage te leveren aan het samenwerkingsverband. Bij 'geloof in eigen bijdrage' bleken er ook geen ongelijke machtsverhoudingen tussen actoren ten grondslag te liggen aan de schaarste in middelen. Ten derde

worden de gevolgen van BSiN door huisartsen als professional niet als persoonlijk voordelig ervaren. De incongruentie van de werkwijze van BSiN met het eigen primaire proces wordt als een grote ballast gezien. Daarbij zien huisartsen voor hun patiënt geen meerwaarde in BSiN in vergelijking tot bestaande netwerken en samenwerkingspartners. De onscherpe propositie van BSiN ten opzichte van andere initiatieven wordt als belangrijkste reden aangedragen. De ‘wirwar’ aan verschillende samenwerkingsverbanden en initiatieven van zorg en welzijn in Amsterdam (Noord) zaaien verwarring. De onduidelijke uitwerking van de aanpak wordt ook veelvuldig genoemd. Wat BSiN concreet in de praktijk inhoudt is onduidelijk. Bovendien communiceert de website niet de juiste informatie voor potentiële deelnemers, waardoor het onduidelijk is voor huisartsen hoe ze kunnen meedoen in projecten of verwijzen naar T&CM.

4.3 Institutionele factoren en bereidheid tot samenwerken

4.3.1 Inleiding

Paragraaf 4.3 staat eveneens in het teken van het beantwoorden van het eerste deel van de tweede deelvraag: *“In welke mate hangen de uit de literatuur afgeleide factoren in de praktijk daadwerkelijk samen met de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke aanvullende factoren kunnen de uit de empirie worden afgeleid?”* Daarvoor zijn, naast de reeds besproken individuele factoren, de volgende institutionele factoren onderzocht: ‘transparantie proces’, ‘participatieve inclusiviteit’, ‘exclusiviteit samenwerkingsverband’ en ‘leiderschap en support’.

Transparantie proces

De variabele ‘transparantie proces’ gaat over de mate waarin actoren open zijn en elkaar actief berichten over lopende zaken. Aangezien weinig huisartsen samenwerking met BSiN zijn aangegaan, is maar tot op zekere hoogte iets te zeggen over de transparantie in het proces. De huisartsen die een enkele keer naar het traject van T&CM hebben verwezen, ervaren het ontbreken van een terugkoppeling naar aanleiding van een verwijzing als belemmerend. De andere huisartsen zien een terugkoppeling als een voorwaarde voor samenwerking over verwijzingen van patiënten. Met een terugkoppeling wordt bedoeld dat huisartsen in een project of na een verwijzing naar T&CM schriftelijk bericht worden over de aanpak, betrokken professionals en de resultaten.

Om een drietal redenen hechten huisartsen waarde aan de transparantie die zulke berichtgeving biedt. Ten eerste zien huisartsen de meerwaarde die verwijzing oplevert voor hun patiënt. Ten tweede wordt een terugkoppeling nodig geacht voor de eigen informatievoorziening. Huisartsen geven aan door een terugkoppeling meer zicht te hebben op de situatie van hun patiënt, de professionals die betrokken zijn en de hulp die al geboden is. Op deze manier werken betrokken partijen niet langs elkaar heen. Ten slotte geven huisartsen aan met een terugkoppeling een

stok achter de deur te hebben. In het volgende citaat legt een respondent uit wat hij bedoelt met 'een stok achter de deur':

Ik wil eigenlijk altijd terug kunnen zien wat ik gedaan heb. Bijvoorbeeld als een patiënt zes weken later zegt: "je hebt XXX doorgegeven en dat klopt niet". Dat komt regelmatig voor hier in Amsterdam Noord. Ik heb een redelijk geheugen, maar weet vaak niet meer precies hoe ik het geformuleerd had. Dus dan wil ik het kunnen terugzien. Dan kan ik kijken wat er mogelijk is fout gegaan is en of dat aan mij is toe te rekenen. Als stok achter de deur voor mezelf. Het is een defensief denken, maar je wilt vastleggen wat je doet voor je eigen informatievoorziening. (Respondent 5, huisarts)

Het citaat laat zien hoe huisartsen door ervaringen uit het verleden waarden als 'veiligheid' en 'zelfbescherming' belangrijk vinden.

'Transparantie proces' haakt eveneens in op de mate waarin de organisatie openheid van zaken geeft over lopende zaken en ontwikkelingen. Buiten de terugkoppeling over individuele patiënten om, ervaren huisartsen weinig openheid van zaken over de ontwikkelingen binnen BSiN. Enkele huisartsen hebben een symposium bijgewoond waar ook over BSiN werd gesproken, maar het merendeel heeft de afgelopen jaren geen berichten over BSiN gezien of ontvangen. Bijvoorbeeld in de vorm van een korte nieuwsbrief. Concluderend heeft de factor 'transparantie proces' een negatieve uitwerking op de bereidheid tot samenwerking.

Participatieve inclusiviteit

'Participatieve inclusiviteit' houdt in dat afdoende partijen uit het veld deelnemen aan de samenwerking om de gemeenschappelijke doelen te behalen. In de eerste plaats geven huisartsen gezamenlijk aan dat BSiN en haar programmalijnen geen 'gezicht' hebben. Daarmee wordt bedoeld dat het voor de huisartsen onduidelijk is welke mensen van welke organisaties deelnemen aan het samenwerkingsverband. Daaropvolgend is in interviews besproken welke partijen allemaal samenwerken in BSiN. Over het algemeen zijn de huisartsen van mening dat afdoende partijen uit het veld betrokken zijn om de beoogde doel van BSiN te realiseren.

Verder gaat 'participatieve inclusiviteit' gepaard met de mate waarin (potentiële) actoren het gevoel hebben een eerlijke kans op deelname te krijgen of te hebben gehad. Bijna alle huisartsen vertellen dat ze geen expliciete uitnodiging om samen te werken hebben ontvangen, bijvoorbeeld in de vorm van een projectlid met een toelichting over BSiN via de telefoon of in de huisartsenpraktijk. Het uitblijven van een uitnodiging wordt opgevat als een teken van distantie en weinig betrokkenheid. Daarmee heeft de factor 'participatieve inclusiviteit' een negatieve invloed op de bereidheid tot samenwerken.

Exclusiviteit samenwerking

‘Exclusiviteit samenwerking’ houdt verband met de mate waarin het samenwerkingsverband in kwestie exclusief is. In Amsterdam Noord is BSiN de enige speler die integrale zorg aanbiedt. Samen Doen is een initiatief van de gemeente dat ook integrale zorg aanbiedt in Amsterdam Noord, maar specifiek voor mensen onder de achttien jaar. In de rest Amsterdam is integrale zorg echter weer anders georganiseerd. Samen Doen is daar voor alle leeftijden het platform voor mensen met multi-problematiek.

Hoewel de positie van BSiN in Amsterdam Noord qua aanbod van zorg en ondersteuning exclusief is, wordt die positie niet zo ervaren door de huisartsen. Dat heeft alles te maken met de tweede indicator die verbonden is aan ‘exclusiviteit samenwerking’. Oftewel: de mate waarin de propositie afgebakend is ten opzichte van andere organisaties en samenwerkingsverbanden. Bij ‘ervaring met samenwerking’ is besproken dat er veel afkomt op huisartsen. Huisartsen krijgen jaarlijks meerdere verzoeken tot samenwerking, en geven aan door de bomen het bos niet meer te zien. Het zorglandschap wordt als ‘versnipperd’ ervaren. Huisartsen hebben het gevoel dat verschillende initiatieven - zoals het Leefkringhuis, Samen Doen, Veilig Thuis - langs elkaar werken. De gepercipieerde onoverzichtelijk en onsamenhangende ‘wirwar’ aan initiatieven, organisaties en veranderingen heeft een negatieve impact op de bereidheid tot samenwerking. Het volgende citaat onderschrijft deze bevinding:

Wat is het verschil tussen Beter Samen in Noord en Samen Doen? Volgens mij is de een meer voor gezinnen en speelt bij de ander kind veiligheid een rol. Als je twee projecten hebt die zo op elkaar lijken, waar moet ik nou precies zijn? Het is ingewikkeld voor ons. Als je twee dingen hebt, dan schrikt dat af en doe je geen van beide. Ik weet het niet zeker, dus laat maar zitten. Er zijn dan andere wegen en dingen waar mensen dan toch meer bekend mee zijn. Rechtstreekse verwijzing naar bijvoorbeeld Doras of ouderzorg. Ook al weet je soms dat daar niet alle zorg geleverd kan worden die nodig is. (Respondent 1, huisarts)

De onduidelijke propositie schrikt huisartsen dus af. Daardoor zoeken ze samenwerking met bekende, individuele zorg- of welzijnsorganisaties met eenvoudige interventies. Ook als deze samenwerking onvoldoende passend is en maar een deel van het probleem kan oplossen. Concluderend heeft de factor ‘exclusiviteit samenwerking’ een sterke negatieve invloed op de bereidheid tot samenwerken.

Leiderschap en support

‘Leiderschap en support’ gaat aan de ene kant over de mate waarin *formeel* leiders en informeel leiders (*change agents*) betrokkenheid tonen, initiatief nemen en anderen motiveren. Hoewel een leider vooral in de interne organisatie processen kan verbeteren en mensen motiveren, kan een leider naar buiten toe ook dingen

teweegbrengen door potentiële deelnemers te benaderen. Voor de huisartsen is het als buitenstaanders überhaupt onduidelijk wie betrokken zijn bij BSiN, laat staan dat zij zicht hebben op de leider en zijn gedragingen.

Aan de andere kant heeft de variabele betrekking op de mate waarin *informeel* leiders en informeel leiders betrokkenheid tonen, initiatief nemen en anderen motiveren. Het gaat om collega huisartsen of andere actoren die proberen (potentiële) deelnemers in beweging te krijgen. Verschillende huisartsen geven aan dat enkele huisartsen nadrukkelijk de verbinding met welzijn zoeken. Zij benaderen andere huisartsen actief om mee te doen. Hun ambities zorgen voor variëteit in waarden van de eerdere genoemde factoren gerelateerd aan de beroepsgroep van de huisarts: 'drijfveren', 'gezamenlijke vereniging' en 'aard van het werk'. Volgens huisartsen staat BSiN te weinig op de radar van huisartsen om dergelijke kartrekkers te hebben in het veld. Afsluitend heeft de factor 'leiderschap en support' een licht negatief effect op de bereidheid tot samenwerking.

4.3.2 Deelconclusie

In paragraaf 4.3 stond eerste deel van de tweede deelvraag centraal, specifiek gericht op institutionele factoren: *"In welke mate hangen de uit de literatuur afgeleide factoren in de praktijk daadwerkelijk samen met de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke aanvullende factoren kunnen de uit de empirie worden afgeleid?"*

De vier gemeten institutionele factoren hebben in meer of mindere mate een negatieve impact op de bereidheid tot samenwerking. Exclusiviteit van de samenwerking heeft een duidelijk negatief effect op de bereidheid tot samenwerken. BSiN wordt niet als exclusief ervaren. De propositie is in de ogen van de huisartsen niet afgebakend. Hieraan ten grondslag ligt de gepercipieerde onoverzichtelijk en onsamenhangende 'wirwar' aan initiatieven, organisaties en veranderingen omtrent welzijn en zorg in Amsterdam (Noord). Dit is eerder al opgemerkt bij eerdere ervaringen met samenwerking. Transparantie in het proces houdt ook duidelijk negatief verband met de bereidheid tot samenwerking. Tussen BSiN en haar (potentiële) deelnemers is weinig openheid van zaken en actieve berichtgeving. Vooral het ontbreken van een periodieke terugkoppeling ten aanzien van individuele patiënten weegt zwaar in negatief opzicht. Daarnaast worden brede ontwikkelingen in de organisatie weinig gedeeld met de huisartsen.

Ook participatieve inclusiviteit is een factor die, weliswaar in mindere mate dan 'exclusiviteit samenwerking' en 'transparantie proces', een negatieve invloed heeft op de bereidheid tot samenwerking. Huisartsen bleken voorafgaand aan de interviews weinig zicht te hebben op het deelnemersveld van BSiN. Datzelfde geldt voor de verschillende programmalijnen en projecten van BSiN. Deze grote onbekendheid met BSiN, inclusief het uitblijven van een uitnodiging, leidt ertoe dat veel huisartsen hun patiënten niet toevertrouwen aan BSiN. Dat uit zich bijvoorbeeld in het niet doorverwijzen van patiënten naar TC&M. De laatste factor

op institutioneel niveau gaat over leiderschap en support. Voor de huisartsen is het als buitenstaanders überhaupt onduidelijk wie betrokken zijn bij BSiN, laat staan dat zij zicht hebben op de leider en zijn gedragingen. Ook zijn er geen actoren uit het veld die informeel leiderschap tonen en zich als kartrekker van BSiN aandienen, er zijn geen *change agents* te ontdekken.

4.4 Aanvullende factoren en bereidheid tot samenwerken

4.4.1 Inleiding

De voorgaande paragrafen over de resultaten waren verwacht op basis van literatuur uit het theoretisch kader. Op deze onderdelen is de theorie behulpzaam en informatief gebleken. Op andere onderdelen zijn empirische bevindingen niet vanuit de theorie te verklaren. Samenwerking in de publieke dienstverlening vindt plaats in een context. In deze paragraaf is er ruimte voor aanvullende factoren die gaan over de context van dit onderzoek, gevat in de volgende factoren: 'drijfveren', 'gezamenlijke vereniging', 'aard van het werk', 'taakopvatting' en 'vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid'.

Drijfveren

In de interviews kwam naar voren dat huisartsen er factoren zijn die gerelateerd zijn aan hun beroepsgroep, en waarvan de mate en uiteindelijke invloed op de bereidheid tot samenwerken per individuele huisarts varieert. Deze factoren hebben een negatief effect op de relatie tussen enerzijds de individuele- en institutionele factoren, en anderzijds de bereidheid tot samenwerking. Ten eerste gaat patiëntenzorg in de regel voor andere 'tijdrovende' activiteiten zoals samenwerking. Daar zijn twee redenen voor aan te wijzen. Huisartsen zijn inhoudelijk gedreven professionals. Ze hebben hun vak gekozen om mensen beter te maken. Daarom besteden ze hun tijd liever aan patiënten dan aan samenwerken. Daarnaast zijn huisartsen vanuit economisch oogpunt ook zelfstandig ondernemers die simpelweg patiënten moeten behandelen om de levensvatbaarheid en continuïteit van hun organisatie te kunnen garanderen. Er zijn echter ook een paar huisartsen in Amsterdam Noord die actief sturen op meer samenwerking met het zorg- en welzijnsdomein. Daaruit blijkt dat aanwezigheid en uiting van de drijfveren per individuele huisarts kan verschillen.

Gezamenlijke vereniging

Ten tweede zijn huisartsen slechts in beperkte mate met elkaar verenigd. Daardoor is er geen gemeenschappelijk aanspreekpunt voor partijen uit het veld. Amsterdam Noord kent weinig gezondheidscentra waarbij meerdere huisartsen onder dezelfde vlag varen, zoals wel het geval bij de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra. Een voordeel van een gezondheidscentra is dat een grote groep huisartsen relatief makkelijk te bereiken is, waardoor bijvoorbeeld afspraken over samenwerking sneller gemaakt zijn. Voor de rest telt Amsterdam Noord 35 huisartsenpraktijken. Contact leggen met deze 'kleine eilandjes' is überhaupt een lastige opgave. Laat staan afspraken maken over samenwerking en daar een blijvende dialoog voor tot

stand brengen, aldus de huisartsen zelf. Zelfs bevlogen huisartsen, die bestuurlijk actief waren of zelf een initiatief op poten wilden zetten, liepen in samenwerking met huisartsen tegen deze barrières aan. Het volgende citaat geeft context bij deze uitspraak:

Het is moeilijk om een evenwicht te vinden in patiëntenzorg en voldoende overleg met het veld. Eigenlijk zou je meer moeten overleggen. We weten wel dat er zo'n project is in Noord, maar we zijn volgens mij als huisartsen in wezen kleine bedrijfjes. Je kunt niet één huisarts aanspreken van: nou jullie als huisartsen, wie vertegenwoordigd jullie? We hebben zijn wel allemaal lid van de Amsterdamse huisartsenvereniging, onderdeel van de Kring Amsterdam. Daar wordt wel mee gesproken, maar dan is het nog best lastig om dan ook het veld er daadwerkelijk bij te betrekken. (Respondent 5, huisarts)

Uit de constatering dat er ook huisartsen zijn die actief sturen op samenwerking, blijkt dat de mate waarin deze factor speelt en invloed heeft op bereidheid tot samenwerken per individuele huisarts sterk kan variëren. Niet elke huisarts laat zich echter op dezelfde manier vangen door deze belemmerende factor.

Aard van het werk

Ten derde is van oudsher de aard van het werk van huisartsen solistisch en druk: "daar zijn voor de ene patiënt, met druk om naar de volgende te gaan" (Respondent 11, huisarts). Huisartsen worden opgeleid tot solidair werkende professionals die ingrijpende beslissingen moeten kunnen nemen. Zij worden als enige afgerekend op die beslissingen. Dat maakt huisartsen ergens ook eigenwijs, en daardoor moeilijk te overtuigen voor samenwerkingsaangelegenheden. Dat er ook huisartsen zijn die meedoen aan dit onderzoek en tevens actief sturen op samenwerking, laat zien dat de aard van het werk niet bij elke huisarts dezelfde uitwerking heeft.

Taakopvatting

Buiten de factoren 'drijfveren', 'gezamenlijke vereniging' en 'aard van het werk' om, viel op dat huisartsen verschillen in de manier waarop zij de essentie van hun 'taak' als huisarts opvatten. 'Taakopvatting' is, net als de voorgaande drie factoren, een modererende variabele die van invloed is op de relatie tussen de onafhankelijke variabelen en afhankelijke variabele. Ook deze factor is niet ondervangen in het theoretisch kader. Sommige huisartsen interpreteren hun taak vooral medisch: "daar zijn we immers voor opgeleid" (Respondent 10, huisarts). Alleen een passieve rol in integrale samenwerkingsverbanden behoort onder de juiste voorwaarden en in beperkte mate tot de mogelijkheden. Het grootste deel van de huisartsen is echter van mening dat medische problemen niet los gezien kunnen worden sociale problematiek. Daarom vinden zij dat in samenwerking tussen zorg en welzijn een rol voor hen als huisarts is weggelegd. Dit betekent echter niet dat zij per definitie bereid zijn om samen te werken.

Vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid

Ansell en Gash (2007) onderscheiden met 'vertrouwen' en 'wederzijdse afhankelijkheid' twee afzonderlijke factoren die van kracht zijn op samenwerkingsverbanden. De context van dit onderzoek - Amsterdam Noord in combinatie met de in het stadsdeel gevestigde huisartsen - bleek een complexe situatie op te leveren waar samenwerking in tot stand moet komen. Enerzijds heeft dat te maken met factoren die samenhangen met de beroepsgroep: de patiëntenzorg (het primaire proces) die in de regel voor samenwerking gaat, huisartsen die als kleine 'eilandjes' lastig te bereiken zijn en de solistische en drukke aard van het werk. Anderzijds houdt dat verband met eerdere samenwerking die over het algemeen als ineffectief en inefficiënt wordt ervaren.

'Drijfveren', 'gezamenlijke vereniging', 'aard van het werk', 'taakopvatting' en 'ervaring met eerdere samenwerking' zijn aanvullende en individuele factoren die zich buiten BSiN om ontwikkelen of ontwikkeld hebben. Daarmee heeft BSiN geen directe invloed op deze factoren. Toch resulteert het in een moeizame beginsituatie voor samenwerking met weinig vertrouwen in de samenwerking(spartners). Ook leiden de factoren tot weinig erkenning van wederzijdse afhankelijkheid en saamhorigheid. Voor doelbereiking van de eigen organisatie - primair het helpen van mensen en economische continuïteit - hebben huisartsen namelijk weinig samenwerking nodig. Voor het aanpakken van sociale problematiek wel. Huisartsen ervaren echter bekende, alternatieve wegen om resultaten te boeken voor mensen met sociale problematiek.

Er lijkt een voedingsbodem van wantrouwen tegenover (integrale) samenwerking en een gering gevoel van wederzijdse afhankelijkheid en saamhorigheid te zijn ontstaan onder huisartsen. Deze diepgewortelde overtuigingen en (voor)oordelen tegenover samenwerken leiden tot een sceptische manier van kijken. Deze manier van kijken lijkt te ervoor te zorgen dat zaken omtrent samenwerking over het algemeen sceptisch geïnterpreteerd worden of dat alleen de negatieve zaken opvallen. Hun bestaande overtuigingen en (voor)oordelen worden zo gevoed en versterkt. In de discussie wordt dieper ingegaan op deze bevindingen.

4.4.2 Deelconclusie

In paragraaf 4.4 was er ruimte voor een aantal aanvullende factoren die voortvloeien uit de context van de onderzochte case. 'Taakopvatting' is daarvan de enige factor die een positieve uitwerking heeft op de relatie tussen enerzijds de individuele- en institutionele factoren, en anderzijds bereidheid tot samenwerking. Huisartsen verschillen in de manier waarop ze hun 'taak' als huisarts opvatten. Het grootste deel van de huisartsen is van mening dat in samenwerking tussen zorg en welzijn een rol voor hen als huisarts is weggelegd. Dit betekent echter niet dat zij per definitie bereid zijn om samen te werken.

Verder kwam in de interviews naar voren dat een aantal factoren samenhangen met beroepsgroep 'huisartsen', die eveneens niet te verklaren zijn vanuit de theorie, maar de uitwerking ervan wel per individuele huisarts varieert. Deze drie factoren hebben, in tegenstelling tot 'taakopvatting', als modererende variabele een negatieve relatie met bereidheid tot samenwerking. Ten eerste gaat bij veel huisartsen patiëntenzorg (het primaire proces) in de regel voor andere 'tijdrovende' activiteiten zoals samenwerking. Huisartsen vinden patiënten behandelen doorgaans belangrijker dan samenwerken. Daarbij moeten ze vanuit economisch oogpunt de continuïteit van hun onderneming waarborgen. Er zijn echter ook enkele huisartsen in Amsterdam Noord die actief sturen op meer samenwerking met het zorg- en welzijnsdomein. Ten tweede kent Amsterdam Noord veel huisartsen met een eigen praktijk. Contact leggen met deze 'kleine eilandjes' is überhaupt een lastige opgave, laat staan afspraken maken over samenwerking en daar een blijvende dialoog voor tot stand brengen. Niet elke huisarts laat zich echter op dezelfde manier vangen door deze beperkende factor. Ten slotte is van oudsher de aard van het werk van huisartsen solistisch en druk. Dat er ook huisartsen zijn die meedoen aan dit onderzoek en teven actief sturen op samenwerking, laat zien dat de aard van het werk niet bij elke huisarts dezelfde uitwerking heeft.

De laatste aanvullende factor gaat over het wantrouwen en geringe gevoel van wederzijdse afhankelijkheid wat over het algemeen heerst onder huisartsen in Amsterdam Noord. Oorzaken hiervan zijn de hierboven genoemde aanvullende factoren en teleurstellende ervaringen uit het verleden met samenwerking. Ansell en Gash (2007) benadrukken vooral dat een zwak gevoel van onderlinge afhankelijkheid een negatieve impact heeft op de bereidheid om samen te werken. Waar onderlinge afhankelijkheid zwakker is, zal het moeilijk zijn om effectief vertrouwen op te bouwen.

Er lijkt een voedingsbodem van wantrouwen tegenover (integrale) samenwerking en een gering gevoel van wederzijdse afhankelijkheid en saamhorigheid te zijn ontstaan onder huisartsen. De vraag is nu hoe samenwerkingsinitiatieven met goede trouw de barrières voor samenwerking (van wantrouwen en wederzijdse onafhankelijkheid) kunnen wegnemen. In de komende paragrafen wordt onder andere een antwoord gezocht op deze vraag.

4.5 Factoren die bereidheid tot samenwerken verklaren en versterken

4.5.1 Inleiding

Paragraaf 4.5 staat in het teken van het beantwoorden de derde deelvraag: *“Welke verklaring ligt ten grondslag aan de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke maatregelen kunnen deze samenwerking versterken?”* Hiertoe wordt in paragraaf 4.5.2 aan het hand van de theorie van Prochaska en Norcross (2002) stil gestaan bij het verklaren van de bereidheid tot samenwerken. Vervolgens wordt in paragraaf 4.5.3 geflecteerd op

factoren waar winst te behalen is en die de bereidheid tot samenwerken kunnen vergroten.

4.5.2 Bereidheid tot samenwerken verklaart

In de voorgaande paragrafen hebben de theoretische modellen van Ansell en Gash (2007) en Armenakis en Harris (2009), aangevuld met factoren uit de empirie, geholpen om de belangrijkste uitdagingen te identificeren voor samenwerking tussen huisartsen en de actoren van BSiN. Een vraag die rest is wat deze bevindingen betekenen voor de fase van bereidheid tot samenwerking (of veranderbereidheid) waar de huisartsen zich over het algemeen in bevinden. De verwachting, besproken in de toelichting op het theoretisch model in paragraaf 2.6, was dat huisartsen zich in de voorbeschouwingsfase (niet bezighouden met de verandering) of overpeinzingsfase (voor- en nadelen tegen elkaar afwegen) uit het model van Prochaska en Norcross (2002) zouden bevinden.

De verwachting uit het theoretisch kader blijkt op basis van de gemeten factoren waarheid te zijn. Het grootste deel van de huisartsen in Amsterdam Noord was ten tijde van het onderzoek onder de aanwezige condities onderzoek niet bereid om samen te werken met BSiN. Negen van de elf gemeten factoren hebben een negatieve invloed op de bereidheid tot samenwerken. Dat resulteert, zoals van te voren verwacht op basis van de theorie, erin dat huisartsen zich in de beginfasen van veranderbereidheid bevinden. Voor ongeveer de helft van de huisartsen is BSiN een onbekend en onduidelijk samenwerkingsverband (voorbeschouwingsfase van veranderbereidheid). Voor de overige huisartsen geldt dat zij BSiN niet steunen door de overhand van negatief gepercipieerde factoren (overpeinzingsfase van veranderbereidheid).

De wensen en behoeften van huisartsen, als degenen die geacht worden hun gedrag en werkwijze te veranderen, zijn door BSiN onvoldoende meegenomen om hen bereidwillig te krijgen voor samenwerken – ondanks de factoren waar BSiN als samenwerkingsverband weinig invloed op heeft. Daarbij moeten worden benadrukt dat huisartsen zelf ook een pro-actievere rol kunnen spelen in (het vormgeven van) integrale samenwerking zoals BSiN beoogt. Ze onderkennen immers de urgentie van de problemen in Amsterdam Noord en de aanpak ervan. Het mes snijdt aan twee kanten.

In de komende paragraaf wordt een eerste aanzet gegeven voor de aanbevelingen door oplossingsrichtingen voor betere samenwerking uiteen te zetten. Betere samenwerking betekent tenminste de voorbereidingsfase uit het model van Prochaska en Norcross (2002) 'bereiken'. In deze fase hebben huisartsen een omslag gemaakt door de verandering te ondersteunen. Hij of zij gaat experimenteren met de (on)mogelijkheden. In deze paragraaf is naast het verhaal van huisartsen, ook aandacht voor de visie van projectleden van BSiN. Met hen is gereflecteerd op de oplossingsrichtingen die huisartsen aanwijzen om de bereidheid tot samenwerken te versterken. De paragraaf is op dezelfde manier

ingedeeld als de vorige paragrafen: individuele factoren, institutionele factoren en aanvullende factoren.

4.5.3 Factoren die bereidheid tot samenwerken versterken

Individuele factoren en bereidheid tot samenwerken

Op een aantal individuele factoren is winst te behalen in het versterken van de bereidheid tot samenwerken. Allereerst is het ongelukkige en moeizame samenwerkingsverleden een factor buiten de invloed van BSiN om. Wel hebben de uitkomsten aangetoond welke elementen in bestaande samenwerkingsverbanden waardevol zijn. Huisartsen wijzen face-to-face communicatie als belangrijkste opbrengst. Face-to-face communicatie geeft de persoon achter een naam of organisatie een 'gezicht', wekt vertrouwen en heeft daarmee een positief effect op de relatie tussen mensen. Partijen blijven elkaar namelijk opzoeken. Wanneer steeds met dezelfde organisaties wordt samengewerkt, vormt deze club mensen een steeds hechtere groep. Zo raken samenwerkingspatronen steeds verder ingesleten. Dit is zou een wenselijke situatie zijn voor BSiN.

Volgens projectenleden heeft BSiN te weinig menselijke capaciteiten om alle 40 huisartsen periodiek langs te gaan. Naast hun BSiN-werkzaamheden hebben zij immers nog werkzaamheden voor de organisatie waar ze in dienst zijn. De voorgestelde oplossingsrichting om meer te investeren in de relatie met huisartsen en daarbij aansluiting te zoeken bij stabiele samenwerkingsverbanden waar huisartsen aan deelnemen, wordt wel als waardevol gezien door de projectleden. Ze benadrukken echter dat er al veel energie en tijd gestoken is om huisartsen meer te betrekken. Dit onderzoek komt ook voort uit die behoefte. De projectenleden geven aan dat huisartsen wel allerlei wensen en behoeften hebben, maar zelf niets initiëren op het gebied van (integrale) samenwerking. Dat zorgt voor de nodige frustratie.

Daarnaast liggen er kansen in de manier waarop de aanpak van BSiN is uitgewerkt in termen van concrete en pragmatische processtappen en rolomschrijvingen. Volgens huisartsen speelt de website daar een negatieve rol in. Dat komt door de wirwar aan projecten en de onoverzichtelijkheid die dat met zich meebrengt. De voorgestelde oplossingsrichting is om een duidelijkere categorisatie van projecten en samenhang daartussen aan te brengen, evenals concretere rolomschrijvingen. De website is namelijk min of meer het visitekaartje van een organisatie. Vaak wordt daar de eerste indruk gewekt en dus de eerste kans voor een positief dan wel negatief oordeel. Duidelijkheid over wat wel en niet verwacht wordt, bijvoorbeeld tegenover de gewenste informatie bij een verwijzing naar TC&M, kan ook helpen om huisartsen bereidwilliger te krijgen. De projectleden beamen de onduidelijkheid die de website kan veroorzaken en staan daardoor positief tegenover concrete aanbevelingen.

Verder kan er ingezet worden op het verder ontwikkelen van ICT. In het samenwerkingstijdperk functioneren digitale processen en stromen niet meer als

ondersteunende of aanvullende processen. Ze vormen het fundament voor de publieke dienstverlening (Dunleavy et al., 2006). Deze theoretische notie zien we terug in dit onderzoek. Volgens huisartsen vormt het digitale doorverwijzen een substantieel onderdeel van hun primaire proces. BSiN zal zich moeten aanpassen aan de digitale systemen van huisartsen om een belangrijke prikkel voor samenwerking te creëren. De projectleden geven aan dat vanuit het bestuur deze oplossingsrichting al in gang is gezet.

Institutionele factoren en bereidheid tot samenwerken

Wat betreft institutionele factoren is winst te behalen in de transparantie in het proces en de exclusiviteit van BSiN ten opzichte van andere samenwerkingsverbanden. Beide factoren gaan in de kern over communicatie. Actievere berichtgeving richting huisartsen zou veel verschil maken. Enerzijds berichtgeving in de vorm van een terugkoppeling over de behandeling van individuele patiënten. Anderzijds berichtgeving in de vorm van nieuwsbrieven over bredere ontwikkelingen en specifieke cases. BSiN wordt zo meer bekend en blijft op die manier blijvend op de radar van huisartsen.

Ook liggen er kansen in de communicatie naar huisartsen in termen van de afbakening van de propositie. Nu is het voor veel huisartsen onduidelijk waar BSiN precies voor staat en waar ze in verschillen ten opzichte van andere samenwerkingsverbanden. Een duidelijkere *branding* kan dus helpen om de bereidheid van huisartsen om samen te werken te versterken. Dat betekent dat BSiN zou kunnen denken aan een slogan die de doelen en ambities van BSiN kernachtig samenvat. Op een manier die onderscheidend is in het zorg- en welzijnsdomein in Amsterdam (Noord). Op het gebied van institutionele factoren worden beide oplossingsrichtingen door projectleden van BSiN als nuttig beschouwd.

Aanvullende factoren en bereidheid tot samenwerken

Op het gebied van aanvullende factoren is gebleken dat huisartsen inhoudelijk gedreven professionals zijn. De bereidheid tot samenwerken zou versterkt kunnen worden door weg te blijven van beleidsmatige jargon, zoals 'workflows', en inhoudelijk de verbinding te zoeken met cases van inwoners en patiënten, en zo in te spelen op de drijfveren van huisartsen. Verder is de vraag hoe samenwerkingsinitiatieven vanuit goede trouw de barrières voor samenwerking (van wantrouwen en wederzijdse onafhankelijkheid) kunnen ombuigen. Voor een antwoord op deze vraag doet de theorie een eerste aanzet. Ansell en Gash (2007) benadrukken ook dat het gaat om endogene factoren: ze worden op een negatieve of positieve manier gevormd door het samenwerkingsproces zelf. Interventies kunnen ervoor zorgen dat actoren later (in het proces) een andere kijk op de relatie en het samenwerkingsverband krijgen. De aanbevelingen richten zich daarom voor een deel op het opbouwen van vertrouwen en het vergroten van het gevoel van wederzijdse afhankelijkheid. Daarom wordt in het hoofdstuk met aanbevelingen uitgebreid stilgestaan bij mogelijkheden om vertrouwen op te

bouwen en het wij-gevoel te versterken. De eerder genoemde aanbeveling om meer te investeren in face-to-face contact is hier een voorbeeld van.

4.5.4 Deelconclusie

In paragraaf 4.5 stond de derde deelvraag centraal: *“Welke verklaring ligt ten grondslag aan de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke maatregelen kunnen deze samenwerking versterken?”* Kijkend naar de gemeten factoren bleken de verwachtingen op basis van het theoretisch model terug te zien in de praktijk. Voor een deel van de gesproken huisartsen is BSiN een onbekend en onduidelijk samenwerkingsverband (voorbeschouwingsfase). Voor de overige huisartsen geldt dat zij BSiN niet steunen door de overhand van negatief gepercipieerde factoren (overpeinzingsfase). Bij de individuele factoren ‘ervaring met samenwerking’, ‘geschiktheid aanpak’ en ‘persoonlijk voordeel’ is grote winst te behalen. Datzelfde geldt voor de institutionele factoren ‘transparantie proces’ en ‘exclusiviteit samenwerking’. Beide factoren gaan in de kern over communicatie. Aanvullende factoren zijn moeilijker te beïnvloeden. Wel kunnen aanbevelingen zich richten op het opbouwen van vertrouwen en het versterken van het gevoel van wederzijdse afhankelijkheid. Het verbeteren van de factoren kan de huisartsen in de richting van de voorbereidingsfase uit het model van Prochaska en Norcross (2002) begeleiden. Dat zou betekenen dat huisartsen deelnemen aan het samenwerkingsproces.

4.6 Conclusie

De resultaten zijn samengevat in de onderstaande tabel. Om te beginnen start tabel 4, weergegeven op de volgende pagina, met een overzicht van de gemeten factoren met aansluitend een overzicht van de indicatoren. In de volgende kolom ‘empirische waarden’ worden de waarden zoals gemeten weergegeven. Het effect van een factor op de bereidheid tot samenwerking wordt in de laatste kolom weergegeven. Deze relatie is beoordeeld op basis van een 5 punts schaal, waarbij (-) staat voor heel negatief en (++) voor heel positief. Het kan zo zijn dat de ene indicator van een factor positief is beoordeeld en de andere indicator negatief, maar per saldo de desbetreffende factor toch (heel) negatief samenhangt met de individuele- of institutionele factor. Dat heeft logischerwijs te maken met de zwaarte die huisartsen toekennen aan de indicatoren die horen bij de factoren.

Factor	Indicatoren	Empirische waarden	Relatie met bereidheid tot samenwerken
Ervaring met samenwerking	Mate waarin samenwerkingsverbanden (in het verleden) tot succes hebben geleid.	<i>Gematigd</i> conflict	Negatief (--)
	Mate waarin samenwerkingsverbanden (in het verleden) tot conflict hebben geleid.	<i>Geen</i> succes	
	Mate waarin de potentiële deelnemer participeert in andere samenwerkingsverbanden.	<i>Gematigde</i> participatie in andere samenwerkingsverbanden	
Urgentiebesef	Mate waarin het probleem dat het samenwerkingsverband wil aanpakken erkend wordt.	<i>Veel</i> erkenning	Positief (++)
	Mate waarin een verandering noodzakelijk wordt geacht om het probleem dat het samenwerkingsverband wil aanpakken te verhelpen.	<i>Heel</i> noodzakelijk	
Geschiktheid aanpak	Mate waarin overeenstemming is over de aanpak op hoofdlijnen.	<i>Gematigde</i> overeenstemming	Negatief (-)
	Mate waarin de processtappen en rollen concreet zijn.	<i>Niet</i> concreet	
Geloof in eigen bijdrage	Mate van reeds aanwezige kennis en middelen	<i>Gematigde</i> kennis en middelen	Negatief (-)
	Mate van gelijkwaardigheid van actoren inzake middelen en macht.	<i>Heel</i> gelijkwaardig	
Persoonlijk voordeel	Mate waarin de vernieuwing relatief voordeel heeft voor de deelnemer.	<i>Gematigd</i> voordeel	Negatief (-)
	Mate waarin de verandering een meerwaarde heeft voor de patiënt ten opzichte van de oude situatie	<i>Geen</i> meerwaarde	
Transparantie proces	Mate waarin actoren open zijn en elkaar actief berichten over ontwikkelingen en lopende zaken.	<i>Geen</i> openheid en actieve berichtgeving	Negatief (--)
	Mate waarin de organisatie openheid van zaken geeft over ontwikkelingen en lopende zaken.	<i>Gematigde</i> openheid	
Participatieve inclusiviteit	Mate waarin afdoende partijen uit het veld deelnemen aan de samenwerking om de gemeenschappelijke doelen te behalen.	<i>Heel</i> afdoende	Negatief (-)
	Mate waarin (potentiële) actoren een eerlijke kans op deelname krijgen of gehad hebben.	<i>Gematigde</i> eerlijkheid	

Exclusiviteit samenwerking	Mate waarin het samenwerkingsverband exclusief is ten opzichte van andere organisaties en samenwerkingsverbanden.	<i>Niet</i> uniek	Negatief (--)
	Mate waarin het de propositie helder en afgebakend is.	<i>Niet</i> afgebakend	
Leiderschap en support	Mate waarin <i>formeel</i> leiders betrokkenheid tonen, initiatief nemen en anderen motiveren.	<i>Geen</i> zichtbare betrokkenheid, initiatief en motivatie	Negatief (-)
	Mate waarin <i>informeel</i> leiders betrokkenheid tonen, initiatief nemen en anderen motiveren.	<i>Gematigde</i> zichtbare betrokkenheid, initiatief en motivatie	
Drijfveren*			Negatief (-)
Gezamenlijke vereniging*			Negatief (--)
Aard van het werk*			Negatief (--)
Taakopvatting*			Positief (+)
Vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid*			Negatief (--)

Tabel 4. Overzicht van gemeten factoren in relatie tot bereidheid tot samenwerking

**= Factor is een aanvullende factoren uit de empirie, buiten de theorie om. Daarom is de factor niet geoperationaliseerd en is het weergegeven verband een inschatting.*

5 Conclusie

5.1 Inleiding

De conclusie brengt alle informatie uit eerdere hoofdstukken bij elkaar. In dit hoofdstuk wordt allereerst antwoord gegeven op de drie deelvragen, waarbij het antwoord op de eerste twee deelvragen twee keer (par 5.2 en 5.3) geïntegreerd is in één paragraaf. Vervolgens wordt kernachtig antwoord gegeven op de hoofdvraag. Het hoofdstuk eindigt met de introductie van een empirisch model. Hierin worden theoretische en empirische bevindingen geïntegreerd en kort samengevat weergegeven.

5.2 Individuele factoren en bereidheid tot samenwerken

De eerste deelvraag in dit onderzoek luidt: *“Welke factoren hebben volgens de literatuur invloed op de bereidheid van huisartsen om samen te werken in een regio?”* Daarvoor zijn de in de eerste plaats een aantal individuele factoren gevonden: de startconditie ‘ervaring met samenwerking’ (Ansell & Gash, 2007) en veranderkundige factoren ‘urgentiebesef’, ‘geschiktheid aanpak’, ‘geloof in eigen bijdrage’ en ‘persoonlijk voordeel’ (Armenakis & Harris, 2009). Als deze factoren minder goed vormgegeven zijn of minder aanwezig zijn, dan is de bereidheid tot samenwerking naar verwachting kleiner.

De tweede deelvraag haakt in op de eerste deelvraag door een koppeling te maken tussen de in de literatuur gevonden factoren en de werkzaamheid van deze factoren in praktijk: *“In welke mate hangen de uit de literatuur afgeleide factoren in de praktijk daadwerkelijk samen met de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke aanvullende factoren kunnen de uit de empirie worden afgeleid?”* Het grote urgentiebesef en de geschiktheid van de aanpak op *hoofdpijnen* maken dat BSiN door huisartsen wordt gezien als een samenwerkingsverband met de potentie om er aan deel te nemen. Daarnaast werken huisartsen op structurele basis in meer of mindere mate samen met collega huisartsen, vaak in de vorm van een huisartsengroep, en zien daar doorgaans meerwaarde in. De face-to-face communicatie helpt om vertrouwen op te bouwen en patronen van samenwerking in te slijpen. Dit onderzoek laat, anders dan de theorie van Ansell & Gash (2007) doet vermoeden, zien hoe face-to-face communicatie ook in een eerder stadium van waarde kan zijn. Nog voor daadwerkelijke deelname aan het samenwerkingsproces kan face-to-face communicatie zorgen voor meer bekendheid, oftewel een ‘gezicht’ achter een naam of organisatie. Daardoor wordt vertrouwen tussen huisartsen opgebouwd en hun bereidheid om samen te werken versterkt.

Tegelijkertijd doen de andere factoren op individueel niveau in verschillende mate afbreuk aan de bereidheid van huisartsen om samen te werken. Ten eerste leiden de eerdere ervaring met samenwerking tot de moeizame beginsituatie voor samenwerking. De moeizame en weinig succesvolle ervaringen uit het verleden

hebben geleid tot een hoge mate van wantrouwen en weinig gevoel van wederzijdse afhankelijkheid, en daarmee *the skeptical frame of mind* waar Ansell en Gash (2007, p.557) over spreken. Bij deze factor bevestigt de empirie de theorie. Deze moeizame startconditie bemoeilijkt samenwerking tussen BSiN en huisartsen. Ten tweede zijn huisartsen van mening te weinig op de hoogte te zijn van de situatie van een patiënt (kennis) en te weinig tijd (middel) te hebben om een volwaardige bijdrage te leveren aan het samenwerkingsverband. Ten derde worden de gevolgen van BSiN niet als persoonlijk voordelig ervaren, redenerend als professional. Ten vierde is onder huisartsen te weinig duidelijk wat BSiN en haar aanpak concreet inhoudt.

‘Urgentiebesef’, ‘geschiktheid aanpak’, ‘geloof in eigen bijdrage’ en ‘persoonlijk voordeel’ uit het model van Armenakis en Harris (2009) vormden vier van de vijf van de individuele factoren in dit onderzoek – naast ervaring met samenwerking. Een kanttekening is dat de aanpak op hoofdlijnen positief wordt ervaren, maar de gehele factor toch negatief samenhangt met de bereidheid tot samenwerken. Daarmee worden alle componenten uit het model negatief gepercipieerd. Volgens de uitkomsten van het onderzoek van Armenakis en Harris (2009) zou dit moeten leiden tot weinig veranderbereidheid van de actoren (in dit onderzoek geformuleerd als bereidheid tot samenwerken). Hoewel in dit onderzoek ook andere factoren zijn meegenomen om de bereidheid tot samenwerking te meten, kan wel worden gesteld dat de theorie bevestigd is en dat factoren op individueel niveau van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerken. Dit zegt ook iets over de eerder genoemde fasen van veranderbereidheid uit het model van Prochaska en Norcross (2002). De gemeten individuele factoren hebben invloed op intensiteit van veranderbereidheid. Er wordt aan weinig factoren voldaan die kritiek geacht worden voor de bereidheid tot samenwerking. Op basis van de individuele factoren bevinden huisartsen zich in de voorbeschouwingsfase – ze houden zich niet bezig met de verandering – of overpeinzingsfase – er worden te veel barrières voor samenwerking ervaren.

5.3 Institutionele factoren en bereidheid tot samenwerken

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag zijn, naast de hierboven besproken individuele factoren, de volgende institutionele factoren onderzocht: ‘transparantie proces’, ‘participatieve inclusiviteit’, ‘exclusiviteit samenwerkingsverband’ (Armenakis & Harris, 2009) en ‘leiderschap en support’ (Ansell & Gash, 2007; Armenakis & Harris, 2009). Als deze factoren minder goed vormgegeven zijn of minder aanwezig zijn, dan is de bereidheid tot samenwerking naar verwachting kleiner.

Net zoals in de vorige paragraaf beschreven haakt ook hier de tweede deelvraag in op de eerste door een koppeling te maken tussen de in de literatuur gevonden factoren en de werkzaamheid van deze factoren in praktijk, maar nu met de focus op institutionele factoren. De vier institutionele factoren zijn afkomstig uit het model van Ansell en Gash (2007), en hebben in verschillende mate een negatieve

impact op de bereidheid tot samenwerking. Ten eerste wordt het samenwerkingsverband niet als exclusief ervaren, waarmee de factor duidelijk negatief verband houdt met de bereidheid tot samenwerken. Ten tweede houdt het weinig transparante proces duidelijk negatief verband met de bereidheid tot samenwerking. Ten derde is 'participatieve inclusiviteit' een factor die, weliswaar in mindere mate dan 'exclusiviteit samenwerking' en 'transparantie proces', een negatieve invloed heeft op de bereidheid tot samenwerking. De laatste factor op institutioneel niveau gaat over leiderschap en support. Er is geen vorm van formeel leiderschap zichtbaar. Daarnaast zouden *change agents* volgens de theorie een waardevolle inzet kunnen zin om men betrokken te krijgen. In dit onderzoek is echter geen vorm van informeel leiderschap zichtbaar. Daarom wordt hier in de discussie verder op ingegaan.

Volgens de conclusies van Ansell en Gash (2007) zou een zwak kader van basisregels, procedures en afspraken waarbinnen samenwerking tot stand moet komen bereidheid tot samenwerking weinig kans van slagen geven of zelfs niet van de grond laten komen. De theorie is bevestigd in dit onderzoek. Daarnaast versterken de in het algemeen negatief gemeten institutionele factoren de bevinding over de fase van veranderbereidheid waar huisartsen zich in bevinden. De bereidheid tot samenwerken van huisartsen is laag omdat de individuele en institutionele factoren minder goed vormgegeven of minder aanwezig zijn. Dat resulteert erin dat huisartsen in de voorbeschouwingsfase of overpeinzingsfase van veranderbereidheid zitten uit het model van Prochaska en Norcross (2002). Gelijktijdig bieden deze factoren, conform wat de theorie veronderstelt, houvast om de belangrijkste uitdagingen te identificeren waarop ingezet kan worden om de samenwerking met huisartsen te versterken.

5.4 Aanvullende factoren en bereidheid tot samenwerken

De theoretische modellen van Ansell en Gash (2007) en Armenakis en Harris (2009) lieten geen ruimte om te reflecteren op de kenmerken of eigenschappen van actoren. Daarom heeft dit onderzoek, om het antwoord op deelvraag twee te complementeren, een aantal aanvullende factoren opgeleverd die niet te verklaren zijn vanuit de literatuur. 'Taakopvatting' is daarvan de enige factor die een positieve uitwerking heeft op de relatie tussen enerzijds de individuele- en institutionele factoren, en anderzijds bereidheid tot samenwerking. Het grootste deel van de huisartsen is van mening dat in de samenwerking tussen het zorg- en welzijnsdomein een rol voor hen als huisarts is weggelegd. Dit betekent echter niet dat zij per definitie bereid zijn om samen te werken.

Verder kwam in de interviews naar voren dat een aantal factoren samenhangen met de beroepsgroep van huisartsen, die eveneens niet te verklaren zijn vanuit de theorie, maar wel per individuele factor kan variëren. Deze drie factoren hebben, in tegenstelling tot de 'taakopvatting', als modererende variabelen een negatieve relatie met bereidheid tot samenwerking. Ten eerste gaat patiëntenzorg (het primaire proces) in de regel voor andere 'tijdrovende' activiteiten zoals

samenwerking. Er zijn echter ook een paar huisartsen in Amsterdam Noord die actief sturen op meer samenwerking met het zorg- en welzijnsdomein. Ten tweede kent Amsterdam Noord veel huisartsen met een eigen praktijk, waardoor contact leggen en onderhouden lastig is. Niet elke huisarts laat zich echter op dezelfde manier vangen door deze beperkende factor. Ten slotte is van oudsher de aard van het werk van huisartsen solistisch en druk. Huisartsen zijn opgeleid om zelfstandig beslissingen te maken waar ze als enige op afgerekend worden. Dit maakt ze over het algemeen tamelijk eigenwijs en moeilijk te overtuigen. Dat er ook huisartsen zijn die meedoen aan dit onderzoek en teven actief sturen op samenwerking, laat zien dat de aard van het werk niet bij elke huisarts dezelfde uitwerking heeft.

De laatste aanvullende factor gaat over het wantrouwen en geringe gevoel van wederzijdse afhankelijkheid wat over het algemeen heerst onder de huisartsen. Ansell en Gash (2007) benadrukken vooral dat een zwak gevoel van onderlinge afhankelijkheid een negatieve impact heeft op de bereidheid om samen te werken. Waar onderlinge afhankelijkheid zwakker is, zal het moeilijk zijn om effectief vertrouwen op te bouwen. De theorie wordt op dit punt bevestigd. Tegelijkertijd wijken de bevindingen ook af van de theorie. Ansell en Gash (2007, p.562-563) hebben de keuze gemaakt om vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid niet op te nemen in hun model. De factoren zouden moeilijk te vatten zijn in variabelen en in het model. In dit onderzoek wordt invloed van 'vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid' op de relatie tussen de individuele- en institutionele factoren en bereidheid tot samenwerken echter als dermate groot beschouwd, dat de keuze is gemaakt om de factor wel op te nemen in het empirisch model.

5.5 Factoren die bereidheid tot samenwerken verklaren en versterken

De derde deelvraag in dit onderzoek luidt: *"Welke verklaring ligt ten grondslag aan de bereidheid van huisartsen om samen te werken in het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord, en welke maatregelen kunnen deze samenwerking versterken?"* Voor ongeveer de helft van de huisartsen is BSiN een onbekend en onduidelijk samenwerkingsverband (voorbeschouwingsfase van veranderbereidheid). Voor de overige huisartsen geldt dat zij BSiN niet steunen door de overhand van negatief gepercipieerde factoren (overpeinzingsfase van veranderbereidheid). De wensen en behoeften van huisartsen, als degenen die geacht worden hun gedrag en werkwijze te veranderen, zijn door BSiN onvoldoende meegenomen om hen bereidwillig te krijgen voor samenwerken – ondanks de factoren waar BSiN als samenwerkingsverband weinig invloed op heeft. Daarbij moeten worden benadrukt dat huisartsen zelf ook een pro-actievere rol kunnen spelen in (het vormgeven van) integrale samenwerking zoals BSiN beoogt. Ze onderkennen immers de urgentie van de problemen in Amsterdam Noord en de aanpak ervan. Het mes snijdt aan twee kanten.

De vraag is nu hoe samenwerkingsinitiatieven met goede trouw de barrières voor samenwerking kunnen wegnemen. Al deze aanvullende factoren zijn moeilijker te beïnvloeden dan de besproken individuele en institutionele factoren. Wel kunnen

aanbevelingen zich richten op het opbouwen van vertrouwen en het versterken van het gevoel van wederzijdse afhankelijkheid. Bij de individuele factoren 'ervaring met samenwerking', 'geschiktheid aanpak' en 'persoonlijk voordeel' is veel winst te halen. Datzelfde geldt voor de institutionele factoren 'transparantie proces' en 'exclusiviteit samenwerking'. Het versterken van deze factoren kan de huisartsen richting de voorbereidingsfase uit het model van Prochaska en Norcross (2002) begeleiden. Dat zou betekenen dat huisartsen deelnemen aan het samenwerkingsproces. De theorie van Prochaska en Norcross (2002) is in die zin bevestigd dat veranderbereidheid (of bereidheid tot samenwerking) kan variëren.

5.6 Beantwoording hoofdvraag

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal stond luidt: *“Welke factoren hebben invloed op de bereidheid van huisartsen om samen te werken met het samenwerkingsverband Beter Samen in Noord en op welke manieren kan de bereidheid versterkt worden?”*

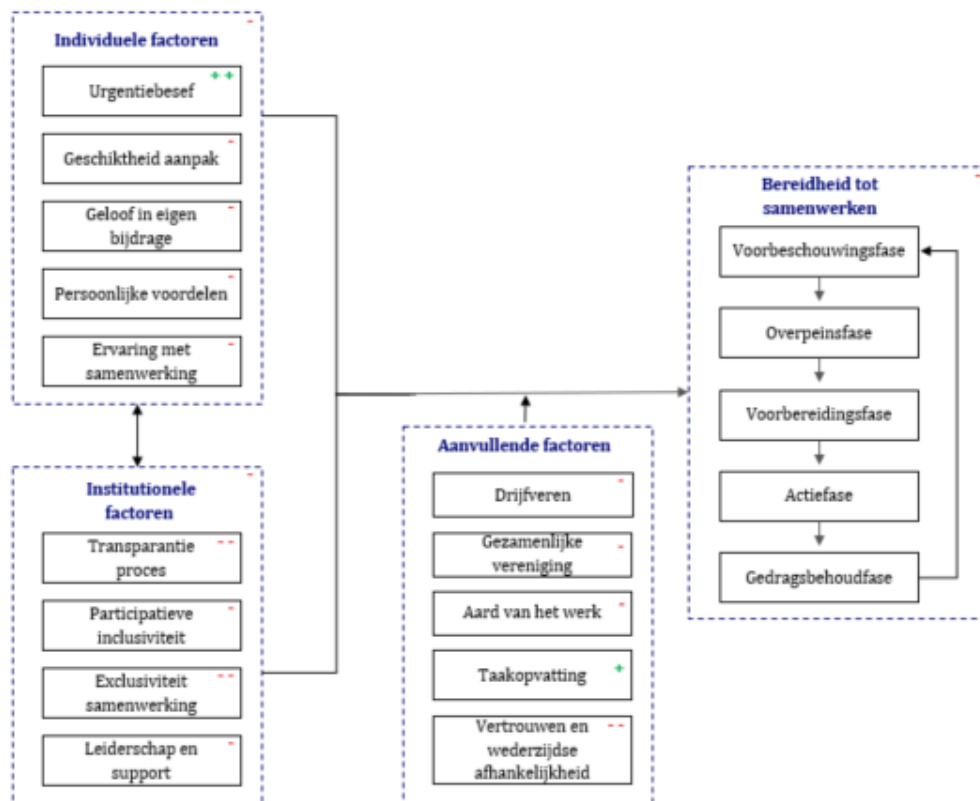
Uit de resultaten bleek het grootste deel van de huisartsen in Amsterdam Noord ten tijde van het onderzoek, onder de aanwezige condities, niet bereid om samen te werken met BSiN. Negen van de elf gemeten factoren hebben een negatieve invloed op de bereidheid tot samenwerken. Dat resulteert, zoals van te voren verwacht op basis van de theorie, erin dat huisartsen zich in de beginfasen van veranderbereidheid bevinden. Voor ongeveer de helft van de huisartsen is BSiN een onbekend en onduidelijk samenwerkingsverband (voorbeschouwingsfase van veranderbereidheid). Voor de overige huisartsen geldt dat zij BSiN niet steunen door de overhand van negatief gepercipieerde factoren (overpeinzingsfase van veranderbereidheid). Daarmee is de verwachting op basis van het theoretisch model blijkt waarheid te zijn: als individuele- en institutionele factoren minder goed vormgegeven zijn of minder aanwezig zijn, dan is de bereidheid tot samenwerking naar verwachting kleiner.

Twee van de elf gemeten factoren hebben een positieve relatie met de bereidheid tot samenwerken. Vooral de positief bevonden individuele factor 'urgentiebesef' maakt BSiN voor huisartsen een samenwerkingsverband met potentie om er aan deel te nemen. Daartegenover houden individuele factoren 'ervaring met samenwerking', 'geschiktheid aanpak' en 'persoonlijk voordeel' negatief verband met de bereidheid tot samenwerken. Datzelfde geldt voor de aanvullende factoren die uit de empirie afkomstig zijn, alsmede de institutionele factoren 'transparantie proces' en 'exclusiviteit samenwerking'.

Tegelijkertijd liggen in de gemeten factoren ook de kansen om de samenwerking met huisartsen te versterken. Dus juist wanneer hierop ingespeeld wordt, kan de bereidheid tot samenwerken versterkt worden. Veel van deze factoren zijn gerelateerd aan het 'instituut BSiN'. Dat betekent dat ze te beïnvloeden zijn door de leden die plaatsnemen in het bestuur en in het projectteam van BSiN.

Daarnaast leverde dit onderzoek een aantal aanvullende factoren op, aangeduid als aanvullende factoren, die niet vanuit het theoretisch kader geduid konden worden. Aanvullende factoren 'drijfveren', 'gezamenlijke vereniging' en 'aard van het werk' hebben betrekking op de beroepsgroep, en hangen die negatief samenhangen met de bereidheid tot samenwerken. Daarentegen heeft de factor 'taakopvatting' positieve impact. Verder is 'vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid' ook een aanvullende factor die speelde in dit onderzoek. Al deze aanvullende factoren zijn moeilijker te beïnvloeden dan de besproken individuele en institutionele factoren.

5.7 Empirisch model



Figuur 4. Empirisch model (eigen archief)

Toelichting empirisch model

Het bovenstaande empirisch model brengt theoretische en empirische relaties samen (figuur 4). De verschillende op de theorie gebaseerde individuele- en institutionele factoren hebben in verschillende mate een positieve of negatieve invloed op de bereidheid tot samenwerken. Zoals besproken beïnvloeden en versterken diverse individuele- en institutionele factoren elkaar. Over de invloed zijn geen harde uitspraken, want de relaties zijn niet gemeten. Daarom is een pijl weergegeven die de wederzijdse relatie laat zien tussen de individuele- en institutionele factoren. Daarnaast heeft het onderzoek een aantal extra bevindingen opgeleverd, aangeduid als aanvullende factoren. Deze aanvullende factoren hebben invloed op de relatie tussen enerzijds de individuele- en

institutionele factoren en anderzijds de bereidheid tot samenwerken. Uiteindelijk was het grootste deel van de huisartsen in Amsterdam Noord onder de aanwezige condities ten tijde van het onderzoek niet bereid om samen te werken met BSiN. Voor ongeveer de helft van de huisartsen is BSiN een onbekend en onduidelijk samenwerkingsverband (voorbeschouwingsfase). Voor de overige huisartsen geldt dat zij BSiN niet steunen door de overhand van negatief gepercipieerde factoren (overpeinzingsfase).

6 Discussie

6.1 Inleiding

Naast een beschrijving en analyse van de resultaten, dienen de resultaten ook geëvalueerd te worden. In dit hoofdstuk is daar ruimte voor. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de theoretische reflectie, waar ook suggesties voor vervolgonderzoek worden besproken, en de methodologische reflectie.

6.2 Theoretische reflectie

De in het theoretisch kader gesuggereerde relatie tussen enerzijds individuele- en institutionele factoren en anderzijds bereidheid tot samenwerken is in dit onderzoek op veel punten bevestigd. De theorieën van Ansell en Gash (2007) en Armenakis en Harris (2009) veronderstellen dat er op voorhand geen hiërarchie bestaat tussen de factoren uit hun modellen. Daarom zijn alle individuele- en institutionele factoren even uitvoerig gemeten. Toch heeft dit onderzoek een aantal aanvullende factoren en opvallende bevindingen opgeleverd die een nieuw perspectief bieden op de onderzochte relatie uit dit onderzoek.

Reflectie op individuele factoren

Van de individuele factoren leverde de factoren ‘ervaring met samenwerking’ en ‘urgentiebesef’ opvallende bevindingen op. De ervaring met (eerdere) samenwerking heeft een sterke invloed en zorgt zelfs voor wantrouwen en weinig gevoel van onderlinge saamhorigheid en afhankelijkheid. Een dergelijke voorgeschiedenis betekent echter niet automatisch dat nieuwe samenwerkingsinitiatieven geen kans van slagen hebben (Ansell & Gash, 2007). Wel toonde het onderzoek van Ansell en Gash (2007) aan dat een gering gevoel van wederzijdse afhankelijkheid én moeizame ervaringen met samenwerking de perceptie van potentiële deelnemers dusdanig kan beïnvloeden, dat samenwerking moeilijk van de grond komt. Ander bestuurskundig onderzoek bevestigt deze conclusies (Ansell, 2003; Kozuch & Sienkiewicz-Małyjurek, 2016). Hoewel ‘wederzijdse afhankelijkheid’ gedefinieerd maar niet gemeten is, lijkt de bevinding zichtbaar in de onderzochte casus. Voor vervolgonderzoek is het aan te raden om in onderzoek naar samenwerking en bereidheid daartoe de rol van wederzijdse afhankelijkheid en saamhorigheid tussen actoren expliciet mee te nemen.

Een andere interessante bevinding houdt ook verband met de voorgeschiedenis van actoren. Huisartsen ervaren productieve samenwerking in de vorm van een huisartsengroep, en plukken daar de vruchten van, maar staan over het algemeen onwelwillend tegenover andere vormen van samenwerking. Bijvoorbeeld integrale samenwerking zoals beoogt door BSiN. Een mogelijke verklaring is te vinden in de literatuur over *groupthink*. Deze theorie veronderstelt dat er nadelen kunnen kleven aan partijen die over een langere periode samenwerken (Henningsen, Henningsen, Eden, & Cruz, 2006). Samenwerkende partijen – zoals huisartsen en professionals in huisartsengroepen – kunnen te veel op elkaar gericht raken,

waardoor kansen worden gemist om andere samenwerkingen aan te gaan of kennis uit te wisselen. *Group think* ontstaat wanneer er binnen deze kringen te weinig ruimte is voor een kritisch tegengeluid en kritiek van buiten gemakkelijk wordt gepareerd. Op deze manier ontstaat een 'wij-tegen-zij' mentaliteit. De theorie is niet eerder in verband gebracht met bestuurskundige literatuur over samenwerkingsvraagstukken. Voor onderzoekers die zich bezighouden met publieke samenwerkingsvraagstukken en de bereidwilligheid van actoren om samen te werken is aan te bevelen om *group think* als factor mee te nemen in relatie tot eerdere ervaring met samenwerking.

De factor 'urgentiebesef' levert ook opvallende inzichten op. Ondanks het hoge urgentiebesef onder huisartsen waren zij ten tijde van het onderzoek onder de huidige condities niet bereid om samen te werken. Veranderkundige literatuur suggereert dat urgentiebesef wel kan aanzetten tot ander gedrag, maar niet een noodzakelijke voorwaarde is voor succesvolle verandering in maatschappelijke organisaties (Boonstra, van Es, van Twist, Vermaak, de Bruijn & Burger, 2017). In het verlengde daarvan bieden inzichten van Boonstra et al. (2017) een mogelijke verklaring. Zij stellen dat in tijden van problemen en onzekerheid, zoals het geval is in Amsterdam Noord, mensen een toenemende behoefte hebben om ergens bij te horen. Volgens hem draait het in een dergelijke context om een *sense of belonging*, en niet zozeer een *sense of urgency*. Het gaat om het creëren van een organisatie waarin mensen een gevoel hebben erbij te horen – het eerder genoemde gevoel van 'wij' – en een zinvolle bijdrage te kunnen leveren. Het gevoel van wederzijdse afhankelijkheid en saamhorigheid is hierboven besproken. Dit gevoel is onder huisartsen in lage mate aanwezig en daardoor wordt er mogelijk ondanks het gevoel van urgentie nog steeds niet tot samenwerking overgegaan. Een zinvolle bijdrage leveren haakt deels in op de gemeten individuele factor 'persoonlijk voordeel'. Deze factor gaat over de toegevoegde waarde die huisartsen bij deelname aan de samenwerking denken te hebben, zowel voor de patiënt als hunzelf als professional.

Het is dan ook aan te bevelen om, als toevoeging op de individuele- en institutionele factoren, onderzoek te doen naar de relatie tussen van *sense of belonging* en de bereidheid tot samenwerken of veranderbereidheid. In het kader van verandermanagement in de publieke sector deed Christiansen (2006) onderzoek naar *sense of belonging*. De conclusies wezen uit dat zingeving en een gevoel van saamhorigheid belangrijk zijn voor een succesvolle organisatieverandering. Er is echter geen onderzoek naar het verband met bereidheid tot samenwerken of veranderbereidheid. Daarom de uitnodiging aan academici om onderzoek te doen naar deze kennisleemte, en de bijdrage die (potentiële) samenwerkende actoren denken te leven in termen van zingeving en saamhorigheid mee te nemen als factoren.

Reflectie op institutionele factoren

Van de institutionele factoren springen de factoren 'exclusiviteit samenwerking' en 'leiderschap' uit het oog. Exclusiviteit van de samenwerking heeft een sterke

negatieve uitwerking op de bereidheid tot samenwerken. De exclusieve positie in het zorg- en welzijnslandschap in Amsterdam Noord is er, maar een heldere en afgebakende propositie en communicatie daarvan richting de huisarts als potentiële deelnemer niet. De vraag is waar dat door komt. Een mogelijke verklaring is te vinden in de marketing literatuur over de waarde van een propositie (Ballantyne & Varey, 2006; Frow & Payne, 2011). Een heldere propositie duidt de waarde aan van een product of dienst van een organisatie. Bovendien laat het zien waarin een product of dienst zich onderscheidt ten opzichte van haar concurrenten. Een onduidelijke propositie kan daarentegen averechts werken. Een overweldigend aanbod van producten of diensten die (ogenschijnlijk) weinig van elkaar verschillen kan bij afnemers dusdanig veel verwarring en stress opleveren dat dit hun handelen beïnvloedt. Afnemers vallen dan vaak terug op de dienst of het product dat bekend is, en daarmee vertrouwd en veilig voelt. De inzichten uit de (neuro)psychologie over marketing zijn een mogelijke verklaring voor de 'wirwar' aan zorg- en welzijnssamenwerkingen die huisartsen ervaren, waarbij voor hen onduidelijk is wie waar voor staat en verantwoordelijk voor is. Deze onduidelijkheid zorgt ervoor dat huisartsen samenwerking zoeken met bekende, individuele zorg of welzijnsorganisaties met enkelvoudige interventies. Ook als deze samenwerking onvoldoende passend is en maar een deelt van het probleem kan oplossen.

Leiderschap is een uitschieter omdat de meting opmerkelijk weinig informatie opleverde. Voor huisartsen was er geen vorm van (in)formeel leiderschap zichtbaar. Op het eerste oog misschien een vreemde constatering gezien de prominente rol die leiderschap krijgt toebedeeld in de bestuurskundige literatuur over *collaborative governance* (Ansell & Gash, 2007; Emerson, Nabatchi & Balogh, 2012; Thomson & Perry, 2006). In het zorg- en welzijnsdomein blijkt het echter een bekend fenomeen dat zelfstandige professionals zich weinig aantrekken van een netwerkmanager en leiderschap in het netwerk. De kenmerken van het netwerk als samenwerkingsvorm maken eenduidige aansturing of leiderschap complex (Huxham & Vangen, 2013). Een verklaring voor de geringe invloed van leiderschap kan liggen in de autonome positie van de zelfstandig professional in relatie tot het vrijblijvende karakter van een netwerk. De formele positie is niet gebonden aan het netwerk. Netwerkmanagers of leiders beschikken vaak niet over de formele bevoegdheid om maatregelen te nemen wanneer actoren zich afsluiten van de netwerkprocessen en sturing van buitenaf (gedeeltelijk) negeren. Een andere verklaring is dat zelfstandig professionals gevoelig moeten zijn voor sturingssignalen om leiderschap een rol te laten spelen (Huxham & Vangen, 2013). Bij onzekerheid, tegenslagen of botsende visies in netwerken durven actoren zich gesloten op te stellen of hebben zij de neiging om zich af te sluiten. Zij merken sturingssignalen dan niet op of verzetten zich ertegen. Deze verklaring is denkbaar gezien de solistische en drukke aard van het werk van huisartsen.

Reflectie op aanvullende factoren

Kuipers et al. (2014) benadrukten dat vervolgonderzoek zich moest richten op het combineren van verschillende onderzoeksvelden om complexe publieke

vraagstukken te doorgronden. Dit onderzoek draagt daar aan bij. Verandermanagement is een nuttige aanvulling gebleken op de bestuurskundige literatuur over *collaborative governance* in de zoektocht naar een antwoord op de hoofdvraag. Zowel de individuele factoren als de institutionele factoren die voortvloeiden uit beide onderzoeksvelden waren van invloed. Bovendien bood het kansen om het samenwerkingsvraagstuk op verschillende niveaus – individueel en institutioneel, en meso en micro – te analyseren.

De suggestie voor vervolgonderzoek is dan ook om bestuurskundige literatuur te blijven combineren met literatuur uit verandermanagement. Op deze manier komt er meer inzicht in de relatie tussen individuele- en institutionele factoren en de bereidheid van professionals om samen te werken. Dan kan ook getoetst worden of de extra bevindingen van dit onderzoek liggen aan de context van de casus, of breder gelden voor samenwerkingsverbanden in de publieke sector. Dat zou betekenen dat de implicaties groter zijn en de kennis over factoren die van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerking voor een diverse palet aan organisaties in de publieke dienstverlening bruikbaar zijn.

De meerwaarde van het combineren van verschillende modellen neemt niet weg dat modellen zijn bedoeld om de complexe werkelijkheid te versimpelen. Het gevolg is dat door met een bepaalde theoretische lens naar de praktijk gekeken wordt, waardoor ook bepaalde aspecten buiten het zicht vallen. Kiezen voor een afgebakend theoretisch kader is inherent aan de wetenschap, maar betekent ook dat een kritische reflectie noodzakelijk is. Dit onderzoek leverde een aantal interessante bevindingen op, die gezien kunnen worden als aanvulling op de gehanteerde theorieën en daardoor een bijdrage leveren aan de literatuur op het gebied van *collaborative governance*. In het empirisch model zijn deze bevindingen opgenomen als aanvullende factoren met een modererende relatie. Een reflectie op deze aanvullende factoren is belangrijk voor dit onderzoek en biedt aanknopingspunten voor vervolgonderzoek.

In de eerste plaats zijn ‘drijfveren’, ‘gezamenlijke vereniging’ en ‘aard van het werk’ en ‘taakopvatting’ aanvullende factoren die gaan over eigenschappen van (potentiële) actoren in een samenwerking. De theoretische modellen van Ansell en Gash (2007) en Armenakis en Harris (2009) lieten geen ruimte te reflecteren op deze context gebonden informatie. Armenakis en Harris (2009) zoomen met de factor ‘geloof in eigen bijdrage’ wel in op kennis en vaardigheden die actoren nodig achten om te kunnen veranderen. De theorie schiet echter tekort in informatie over de beroepsgroep en de opvatting die een professional heeft over zijn of haar werk, terwijl deze informatie juist cruciaal is gebleken in het verklaren van de bereidheid van huisartsen om samen te werken.

In onderzoek naar de invoering van vernieuwingen en innovaties in de gezondheidszorg is wel aandacht voor de kenmerken van de zorgverlener als toekomstige gebruiker. Fleuren et al. (2010) hebben op basis van wetenschappelijk onderzoek een checklist van vijftig reeds geoperationaliseerde determinanten

opgesteld die van invloed zijn op innovaties in gezondheidszorgorganisaties. Ze noemen onder meer (over)belasting als een factor die de toe-eigening van een vernieuwing in de weg kan staan. Overbelasting wordt gedefinieerd als de mate waarin de zorgverlener leidt aan werkgerelateerde druk en mogelijk stress die niet veroorzaakt wordt door de verandering (Fleuren et al., 2010, p.2). Ook de mate waarin de verandering past bij de taakopvatting die de zorgverlener heeft over het werk kan de toe-eigening van een verandering belemmeren (Fleuren et al., 2010, p.2). Daarmee zijn de twee aanvullende factoren geduid vanuit de literatuur.

De suggestie voor vervolgonderzoek is om dergelijke kenmerken uit het onderzoek van Fleuren et al. (2010) over de potentiële gebruiker mee te nemen in bestuurskundig onderzoek naar samenwerkingsvraagstukken omtrent innovaties in de publieke dienstverlening. Zulk onderzoek zou een aanvulling zijn op de reeds onderzochte individuele- en institutionele factoren en helpt om een omvattender beeld te vormen van de factoren die van invloed zijn op de bereidheid tot samenwerken van actoren. Met deze inzichten kunnen netwerkorganisaties bij het benaderen van een potentiële samenwerkingspartner rekening houden met of inspelen op hun specifieke kenmerken door voorwaarden te scheppen om hen bereidwillig te krijgen om mee te doen.

In de tweede plaats is 'vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid' ook een aanvullende factor die speelde in dit onderzoek. Er is voor gekozen om ze samen te bespreken, omdat de factoren niet geconceptualiseerd zijn maar wel nauw met elkaar verbonden. De rol van vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid is wel genoemd in het theoretisch kader, maar bleek groter dan op voorhand gedacht op basis van het model van Ansell en Gash (2007), en daarom aanvankelijk niet opgenomen in het theoretisch model en niet gemeten. Toch kwam de factor dusdanig veel ter sprake in interviews met huisartsen, dat is besloten om deze als aanvullende factor op te nemen in dit onderzoek.

Vanuit de literatuur is bekend dat vooral een zwak gevoel van onderlinge afhankelijkheid een negatieve impact heeft op de bereidheid om samen te werken (Ansell & Gash, 2007). Waar onderlinge afhankelijkheid zwakker is, zal het moeilijk zijn om effectief vertrouwen op te bouwen. In dit onderzoek is aangetoond dat het merendeel van de individuele, institutionele en aanvullende factoren negatief samenhangen met de bereidheid tot samenwerken. De negatieve percepties van huisartsen lijken ertoe te leiden dat de beginsituatie van wantrouwen en het gevoel wederzijdse onafhankelijkheid versterkt wordt. Er lijkt een zelfversterkend mechanisme zichtbaar waarin bestaande, diepgewortelde overtuigingen en vooroordelen tegenover integrale samenwerking steeds weer gevoed en versterkt worden door een sceptische manier van kijken. *The skeptical frame of mind* (Ansell & Gash, 2007, p.557) is opgebouwd op basis van teleurstellingen uit het verleden, maar lijkt ook een negatieve wisselwerking te hebben op de manier van kijken naar samenwerking in het hier en nu en in de toekomst.

De beginsituatie van wantrouwen en een gering gevoel van wederzijdse afhankelijkheid is niet expliciet onderzocht, maar had wel invloed op de bereidheid tot samenwerken van huisartsen. In de bestuurskundige literatuur worden wederzijdse afhankelijk en vertrouwen wel aangewezen als belangrijke factoren, maar vaak niet meegenomen in de daadwerkelijke meting of in het model (Ansell & Gash). Naast de eerdere suggestie gericht op de invloed van wederzijdse afhankelijkheid in relatie tot eerdere samenwerking, is aan te raden om ook expliciet de rol van vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid als twee aparte factoren mee te nemen in onderzoek naar samenwerking in de publieke dienstverlening.

6.3 Methodologische reflectie

Hoewel deze studie een aantal veelbelovende vorderingen heeft gemaakt bij het in kaart brengen van de relatie tussen individuele- en institutionele factoren en de bereidheid tot samenwerken, moet worden opgemerkt dat er enkele beperkingen waren in het ontwerp van het onderzoek die de resultaten mogelijk hebben beïnvloed. Om te beginnen zijn er een aantal overwogen en doelbewuste keuzes gemaakt in de operationalisatie. Dat neemt niet weg dat er kanttekeningen te bedenken zijn bij deze keuzes. De theorie van Ansell en Gash (2007) beschrijft stimulansen die van invloed zijn op de bereidheid van een actor om samen te werken. Ze definiëren het concept 'samenwerken' wel, maar niet het stadium of de stap ervoor: 'bereidheid om samen te werken'. Het doel van hun onderzoek was ook niet om bereidheid om samen te werken te verklaren. De theorie had wel voldoende waardevolle variabelen en elementen om de samenwerkingspraktijk van BSiN te kunnen verklaren, maar miste op individueel (of micro)niveau factoren om de praktijk omvattend te kunnen verklaren.

De conceptuele onduidelijkheid is opgelost door de theorie van Armenakis en Harris (2009) te betrekken bij dit onderzoek. Op het eerste oog misschien een ongebruikelijke combinatie. De veranderkundige theorie van Armenakis en Harris (2009) is hoofdzakelijk gebaseerd op data van private organisaties. Private en publieke organisaties verschillen wezenlijk. Publieke organisaties zijn over het algemeen meer ingebed in regels en procedures, en worden als complexer gezien door de externe politieke invloed op beleid en daarmee publieke organisaties (Burke, 2017).

Terugkijkend is de keuze voor twee verschillende theorieën vanuit dit perspectief goed uitgepakt. De bereidheid en de factoren die daarop van invloed zijn verklaarden het wel of niet slagen van samenwerking. Veranderkundige theorieën kunnen dus een verklaring bieden voor het al dan niet participeren van een actor in een samenwerkingsverband. Met veranderkundige theorieën werd extra scherpte toegevoegd aan de stimulansen voor samenwerking die Ansell en Gash (2007) omschreven. Waar de theorie van Armenakis en Harris (2009) uitkomst bood in het identificeren van factoren die van invloed zijn op veranderbereidheid, was de duiding van het concept veranderbereidheid als onafhankelijke variabele summier.

De intensiteit van veranderbereidheid kan namelijk variëren. Daarom is ervoor gekozen om het *Stages of Change* model van Prochaska en Norcross (2002) te introduceren. Met het algemene beeld uit de analyse is gekeken in welke fase van veranderbereidheid huisartsen zich bevinden. Dat bleken in het algemeen twee groepen in twee verschillende fasen te zijn. Het model hielp met het duiden en ophelderen van de complexe samenwerkingspraktijk en gaf richting in het identificeren van de belangrijkste uitdagingen om in de volgende fase te komen.

In de operationalisatie zijn ook kanttekeningen te maken bij de manier van meten. In de interviews zijn huisartsen per factor naar hun beleving gevraagd. Het gevaar daarbij is dat de bevindingen meer gaan over individuele factoren op zichzelf, dan dat ze iets zeggen over de relatie met bereidheid tot samenwerken. Dit is voorkomen door per factor steeds expliciet te vragen hoe de ervaringen en verhalen ten aanzien van een factor zich verhouden tot de bereidheid tot samenwerken, en hoe ze diezelfde bereidheid tot samenwerken bevorderen dan wel belemmeren (zie topiclijst in bijlage B).

Daarnaast is gekozen voor een kwalitatief onderzoeksdesign met interviews als belangrijkste methodiek. Een nadeel van deze methodiek is dat er geen effecten van in de theorie veronderstelde relaties gemeten kunnen worden. Met interviews worden enkel verbanden tussen variabelen blootgelegd. Een kwantitatieve methodiek als de enquête was een nuttige toevoeging geweest om de exacte sterkte van een verband inzichtelijk te maken. Interviews pasten echter beter bij het onderzoeksdoel gericht op het achterhalen van betekenis huisartsen die huisartsen en patronen achterhalen in de verschillende verhalen.

Drie beperkingen in het ontwerp van deze studie waren mogelijk van invloed op de validiteit. De eerste beperking die mogelijk van invloed is op de interne validiteit heeft betrekking op de grootte van de steekproefomvang. In totaal zijn 13 huisartsen van de 40 in Amsterdam Noord geïnterviewd. De vraag is in hoeverre de resultaten representatief zijn voor de gehele populatie. Hoewel daar niet met zekerheid te stellen is, lijken de resultaten representatief. Deze aanname komt voort uit het feit dat, ondanks de variëteit in de vestigingswijken van huisartsen, bij de laatste interviews nauwelijks nieuwe inzichten zijn opgedaan. De laatste interviews bevestigden grotendeels het algemene beeld dat ontstaan was in de interviews daarvoor.

De tweede beperking die mogelijk van invloed is geweest op de interne validiteit richt zich eveneens op de huisartsen. Niet elke huisarts was bereid om mee te werken aan dit onderzoek. Het zou zo kunnen zijn dat de huisartsen die wel deelnamen, in het algemeen positiever zijn tegenover verandering, innovatie en samenwerking. Daardoor kunnen de resultaten mogelijk een rooskleuriger beeld geven dan in de werkelijkheid het geval is. Aan de andere kant lijken de weinig positieve resultaten deze beperking niet te ondersteunen. Het kritische geluid van huisartsen heeft naar alle waarschijnlijkheid te maken met hun onafhankelijke positie. Huisartsen zijn van weinig partijen afhankelijk in het behalen van hun

belangrijkste organisatiedoelen: mensen helpen en economische continuïteit van hun onderneming. Om deze reden lijken sociaal wenselijke antwoorden te zijn vermeden in dit onderzoek.

De derde beperking heeft mogelijk gevolgen voor de externe validiteit. Externe validiteit gaat ook over de mate waarin de resultaten representatief zijn voor andere casussen, oftewel samenwerkingsverbanden in de publieke dienstverlening (in het zorg- en welzijnsdomein). In de onderzochte case is de samenwerking met een specifieke beroepsgroep in een afgebakend gebied onderzocht. Dat heeft onder meer geleid tot een aantal aanvullende factoren en opvallende bevindingen zorgden. Gezien deze specifieke context, en de grootte van de onderzoekspopulatie, is enige voorzichtigheid gewenst met het eventuele generaliseren van de resultaten. De resultaten kunnen met een andere onderzoekspopulatie of een ander gebied anders uitvallen. De bevindingen zijn niet zomaar één op één te kopiëren naar andere samenwerkingen in de publieke dienstverlening (in het zorg- en welzijnsdomein). Wel leverde diezelfde context juist relevante aanknopingspunten op voor vervolgonderzoek.

6.4 Aanbevelingen

6.4.1 Praktische implicaties

Uit dit onderzoek komt ook naar voren dat de wereld van huisartsen en de wereld van samenwerkende actoren twee gescheiden werelden zijn met hun eigen 'taal'. Vooral de huisartsen-wereld heeft zijn eigen werkwijze en eigen tradities die weinig corresponderen met de rest van het veld. Toch bleek in de interviews dat beide werelden de afgelopen jaren naar elkaar toe zijn gegroeid. Deze ontwikkeling lijkt nog steeds gaande en biedt perspectief. Huisartsen zijn steeds meer bezig de vraag achter de vraag te zoeken en bij te dragen aan praktische oplossingen voor niet-medische vragen. Huisartsen zien in hun spreekkamer veel vragen en problemen waar ze zelf niet het antwoord op kunnen geven, maar door samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties aan te gaan wel mee aan de slag kunnen. BSiN is ten tijde van het onderzoek weinig betrokken bij de toenadering van de twee werelden. Huisartsen kiezen vaak voor bekende wegen buiten BSiN om. Samenwerking met individuele instellingen, die bijvoorbeeld worden uitgenodigd in overleggen van huisartsengroepen, krijgt vaak de voorkeur. Zoals gebleken heerst er scepsis tegenover integrale samenwerkingsinitiatieven zoals BSiN. Daarom richten de praktische implicaties zich op de vraag hoe samenwerkingsinitiatief BSiN met goede trouw de barrières in samenwerking met huisartsen kunnen wegnemen. Het uitgangspunt daarbij is de vraag: (hoe) zorgen we er samen voor?

Aanbeveling 1: formuleer een heldere en afgebakende propositie en communiceer die blijvend via verschillende kanalen

In dit onderzoek kwam naar voren dat BSiN een exclusieve positie heeft in het zorg- en welzijnslandschap in Amsterdam Noord. Ze zijn de enige speler die in

verschillende vormen hulp en ondersteuning biedt voor mensen met multi-problematiek. Hulp en ondersteuning die gericht is op het oplossen van de hele puzzel en het betrekken van alle relevante perspectieven – bijvoorbeeld financieel, medisch of psychisch. BSiN wordt echter niet op een dergelijke manier gezien. Huisartsen hebben een beperkt beeld van de uitgangspunten, de doelen en de doelgroep van het samenwerkingsverband. Bovendien is het niet duidelijk hoe het samenwerkingsverband zich verhoudt tot andere samenwerkingsverbanden, zoals het Leefkringhuis, Samen Doen en Veilig Thuis. Een heldere en afgebakende propositie in de vorm van een kort verhaal over wat BSiN exclusief en krachtig maakt en voor wie het bedoelt is, biedt onder andere (potentiële) actoren de kans om scherp(er) in het vizier te krijgen en te houden wat BSiN in essentie betekent. Een logo is al aanwezig, maar een consequent toegepaste huisstijl en *slogan* kunnen daarin ondersteunend werken. Communicatie via verschillende kanalen – zoals nieuwsbrieven over recente ontwikkelingen en behandelde cases, alsmede flyers voor in spreekkamers – kan eveneens helpen om BSiN blijvend op het netvlies van betrokkenen te krijgen en te houden.

Aanbeveling 2: probeer verbinding te zoeken met stabiele samenwerkingsverbanden met een inhoudelijk gedreven aanpak en investeer blijvend in persoonlijke relaties

In dit onderzoek bleken veel huisartsen een eigen praktijk hebben of een praktijk te delen met nog één huisarts. Ook werd duidelijk dat huisartsen in huisartsengroepen de face-to-face communicatie als meerwaarde beschouwen. Voor projectleden van BSiN of casemanagers van BSiN in wijkteams is het praktisch onmogelijk om periodiek alle huisartsenpraktijken in Amsterdam Noord langs te gaan. Dat zou een enorm tijdrovend proces zijn. Gezien de druk op de patiëntenzorg zien weinig huisartsen mogelijkheden om in het kader van samenwerking periodiek in andere overleggen te participeren. Bovendien is er geen gemeenschappelijk georganiseerd aanspreekpunt voor partijen uit het veld. Daarom is de aanbeveling om samenwerking te zoeken met bestaande, grotere samenwerkingsverbanden waar meerdere huisartsen aan deelnemen, zoals huisartsengroepen en de paar gezondheidscentra die Amsterdam Noord kent. Periodiek langsgaan in overleggen zou een optie kunnen zijn.

Daarnaast is duidelijk geworden dat huisartsen inhoudelijk gedreven professionals zijn. Huisartsen worden enthousiast van patiënten helpen. Het is daarom aan te raden om een pragmatische benadering te hanteren door inhoudelijk de verbinding te zoeken met cases van inwoners en patiënten, en zo in te spelen op de drijfveren van huisartsen. Een keer een geholpen patiënt meenemen, een levensechte casus, is daar een voorbeeld van. Probeer daarom weg te blijven van 'beleidsmatig jargon' zoals 'workflows'. Ook is het verstandig om (in de eerste ontmoeting) expliciet te benoemen wat samenwerking met BSiN kan opleveren voor hen als professional - werklast besparing en arbeidssatisfactie - én voor de inwoner of patiënt van Amsterdam Noord als het gezamenlijk belang – zoals meervoudige interventies en dus betere kwaliteit van zorg en zorgkostenreductie. Gemeenschappelijke waarden zijn immers een stimulans om deel te nemen aan

samenwerking (Ansell & Gash, 2007). De face-to-face communicatie, inhoudelijke verbinding en het benadrukken van het gemeenschappelijk belang kunnen ervoor zorgen dat (voor)oordelen en groepsvorming plaatsmaken voor een gevoel van wederzijdse afhankelijkheid, vertrouwen en ingeslepen samenwerkingspatronen. Blijvend investeren in de relatie en persoonlijk contact is belangrijk om vertrouwen verder op te bouwen. Daarbij moet nog een kanttekening geplaatst worden. Samenwerking met alle huisartsen in Amsterdam Noord is een utopie. Een huisarts gaf hierover een treffend voorbeeld in een interview:

Als je een hele goede BBQ organiseert dan krijg je misschien eens per jaar huisartsen bij elkaar. Maar dan nog ben je blij als er 26 zijn van de 40 huisartsen aanwezig zijn. Iedereen bij elkaar krijgen is een utopie. Dat lukt absoluut niet. Als je ook kijkt naar onze huisartsengroep; we hebben een hele hechte club. We komen zes á zeven keer per jaar bij elkaar. We zijn tegelijkertijd ook een zorggroep. De kleinste zorggroep van Nederland. Daarbij is het opkomstpercentage 70 a 80 procent met zes bijeenkomsten per jaar. Dat vind ik heel hoog. (Respondent 5, huisarts)

Aanbeveling 3: creëer een voorwaardenscheppend samenwerkingsklimaat voor huisartsen

In dit onderzoek is gebleken dat huisartsen in (integrale) samenwerking diverse wensen en behoeften hebben, maar volgens projectleden van BSiN zelf op dat gebied niet initiëren. Dit zorgt voor de nodige frustratie. Toch is het aan te bevelen om op sommige punten in een aantal bepalende wensen en behoeften huisartsen tegemoet te komen, en zo prikkels voor samenwerking te creëren. Ten eerste is de aanpak van BSiN weinig concreet en pragmatisch volgens huisartsen. Vooral de website speelt daar in negatieve rol in. Het is aan te raden om wat meer rust en overzicht aan te brengen en de content op de website in te delen op basis van de verschillende doelgroepen: (potentiële) deelnemers – ofwel zorgaanbieders zoals huisartsen - financiers en inwoners. Voor de weergave die huisartsen zien zou de hoofdpagina opgedeeld kunnen worden in drie vlakken, refererend naar de drie programmalijnen van BSiN. Op de pagina van een specifieke programmalijn kan vervolgens een overzicht gegeven worden van de verschillende projecten. Volgens huisartsen is de volgende informatie daarbij van belang:

- Wat is het doel?
- Wat zijn de processtappen voor de verschillende actoren om daar te komen?
- Hoe kunnen organisaties meedoen en hoe ziet hun rol eruit?
- Op welke wijze wordt gecommuniceerd en informatie gedeeld?

Ook het aanmeldformulier van T&CM heeft een kritische doorlichting. Het is belangrijk om expliciet te maken welke informatie verwacht wordt. Het kan helpen om bij een invulveld ook aan te geven welke informatie juist niet relevant is.

Ten tweede benadrukken huisartsen dat veranderingen, zoals samenwerking in BSiN en de bijkomende activiteiten, makkelijk in te passen moeten zijn in hun eigen

primaire proces. Daarom zal BSiN zich moeten aanpassen aan digitale systemen van huisartsen om een belangrijke prikkel voor samenwerking te creëren. De projectleden geven aan dat vanuit het bestuur deze oplossingsrichting al in gang is gezet. Ten derde is aan te raden om, in ieder geval voor de programmalijn voor mensen met multi-problematiek (TC&M), een periodieke terugkoppeling naar betrokken partijen door te voeren. Met een terugkoppeling wordt bedoeld dat huisartsen in een project of na een verwijzing naar T&CM schriftelijk bericht worden over de aanpak, betrokken professionals en eventuele resultaten. Dit is handig voor de eigen informatievoorziening van huisartsen, om geen dingen dubbel te doen, als stok achter de deur en om de meerwaarde te zien voor de gezondheid van hun patiënt.

Aanbeveling 4: formaliseer een coalitie change agents

In dit onderzoek bleek informeel leiderschap in de vorm van *change agents* weinig zichtbaar zijn. Dat neemt niet weg dat *change agents* in de (besproken) veranderkundige literatuur een belangrijke rol toebedeelt krijgen door de bijdrage die zij kunnen leveren in het creëren van veranderbereidheid ofwel bereidheid tot samenwerken. De huisartsen in Amsterdam Noord blijken vaak weinig op de hoogte zijn van BSiN en haar aanpak. Een change agent zou een waardevolle inzet kunnen zijn om BSiN meer bekend te maken en men wel betrokken te krijgen. Kijken hoe en wie van de deelnemende partijen een dergelijke ambassadeursrol kunnen vervullen is daarom aan te raden. Gezien het brose vertrouwen lijkt het wijs om mensen te kiezen die in of dichtbij de wereld van huisartsen werkzaam zijn, zoals de enkele huisartsen die samenwerken met BSiN.

Aanbeveling 5: gebruik dit onderzoek ook als ijkpunt voor verandering

Vanuit het perspectief van de huisartsen is duidelijk geworden dat hun unieke positie maakt dat verschillende partijen, zoals gemeenten of een samenwerkingsverband als BSiN, graag met hen willen samenwerken. Deze verzoeken zijn doorgaans top-down geïnitieerd in de zin dat het verzoek al uitgedacht is en de rol voor hen als huisartsen al grotendeels ingevuld. Met dit onderzoek is geprobeerd daar verandering in te brengen door te luisteren naar de verwachtingen, ervaringen en overtuigingen van huisartsen tegenover (integrale) samenwerking (met BSiN). Het is dan ook aan raden om dit onderzoek als ijkpunt voor verandering te nemen. Door aan huisartsen te communiceren dat serieus geluisterd is naar hun perspectief op samenwerking, de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen te delen, en daarbij op onderbouwde wijze aan te geven welke zaken aangepast geworden én welke niet, voelen huisartsen zich gehoord en dat kan vertrouwen doen opbouwen. Verandering komt niet zelf van de grond, actoren dienen actief begeleid te worden. Daarom is het verstandig om een zekere strategie te hanteren. De visie op veranderen genaamd 'pendelen' kan uitkomst bieden (de Witte, Kuipers, Janssen, 2009). In de kern gaat pendelen om het tot stand brengen van frequente feedback momenten waarin de ingeslagen oplossingsrichtingen besproken worden en waar nodig bijgestuurd. Dat zal soms moeizaam gaan, maar het betrekken van deze kritische beroepsgroep is noodzakelijk met oog op de te realiseren doelen van BSiN.

Referenties

- Ansell, C. (2003). Community embeddedness and collaborative governance in the San Francisco Bay Area. *Social movements and networks: Relational approaches to collective action*, 123-144.
- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571.
- Armenakis, A.A., Harris, S.G. & Mossholder, K.W. (1993) Creating readiness for organizational change. *Human Relations*, 46(6), 1-23.
- Armenakis, A. A., & Harris, S.G. (2009). Reflections: our journey in organizational change research and practice. *Journal of Change Management*, 9(2), 127-142.
- Ballantyne, D., & Varey, R. J. (2006). Creating value-in-use through marketing interaction: the exchange logic of relating, communicating and knowing. *Marketing theory*, 6(3), 335-348.
- Beter Samen in Noord. (2018). *Over Beter Samen in Noord*. Geraadpleegd op 20 t/m 27 mei 2018, van <https://www.betersameninnoord.nl>
- Blackburn, G. (2014). Elements of successful change: The service Tasmania experience to public sector reform. *Australian Journal of Public Administration*, 73(1), 103-114.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Boonstra, J., Es, R. van, Twist, M. van, Vermaak, H., Bruijn, H. de, & Burger, Y. (2017). *Veranderen van maatschappelijke organisaties: praktische concepten en inspirerende praktijkverhalen*. Amsterdam: Business Contact.
- Burke, W. W. (2017). *Organization change: Theory and practice*. Newbury Park: Sage Publications.
- Chorus, A.M.J., Perenboom, R.J.M., Hoffsteller, H. & Stadlander, M.C. (2014). *Indicatie van de zorgvraag in 2030: Prognoses van functioneren en chronische aandoeningen*. TNO: Leiden.
- Dam, L., Van der Zwaan, L. & Genabeek, J. van (2017). *Beter Samen in Noord: Rapportage effectmeting september 2017*. TNO: Leiden.
- Delden, P.J. van (2009). *Samenwerking in de publieke dienstverlening*. Eburon Uitgeverij.
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S., & Tinkler, J. (2006). New public management is dead—long live digital-era governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467-494.
- Elving, W. J. L. (2015). The role of communication in organisational change. *Corporate Communications: An International Journal*, 10(2), 129-138.
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2010). Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. *TSG*, 88(2), 51-54.

- Frow, P. & Payne, A. (2011). A stakeholder perspective of the value proposition concept. *European journal of marketing*, 45(1/2), 223-240.
- Genabeek, J. van, Jansen, Y.J.F.M., Rijken, E., Franck, E. & Steenbeek, R. (2015). *Beter Samen in Noord: Rapport procesevaluatie periode januari 2013 tot 1 september 2014*. TNO: Leiden.
- Gemeente Amsterdam. (2018). *Buurten*. Geraadpleegd op 1 juni 2018, van <https://www.amsterdam.nl/buurten/>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Amsterdam. (2018). *Huisartsen*. Geraadpleegd op 28 augustus 2018, van <https://www.socialekaart.amsterdam.nl>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Amsterdam. (2016). *Amsterdamse Gezondheidsmonitor 2016, Gezondheid in beeld: Amsterdam* (GGD Amsterdam, 1-9-2018). Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Grandia, J., Groeneveld, S., Kuipers, B., & Steijn, B. (2014). Sustainable procurement in practice: Explaining the degree of sustainable procurement from an organisational perspective. In F. Decarolis & M. Frey (Eds.) *Public Procurement's Place in the World* (pp. 37-62). Palgrave Macmillan, London.
- Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & Society*, 47(6), 711-739.
- Henningsen, D. D., Henningsen, M. L., Eden, J., & Cruz, M. (2006). Examining the symptoms of groupthink and retrospective sensemaking. *Small Group Research*, 37(1), 36-64.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Kickert, W.J.M. (2010). *Managing emergent and complex change: The case of dutch agencification*. *International Review of Administrative Sciences*, (76)3, 489-515.
- Kuipers, B. S., Higgs, M., Kickert, W., Tummers, L., Grandia, J., & Van der Voet, J. (2014). The management of change in public organizations: A literature review. *Public Administration*, 92(1), 1-20.
- Holland, S., & O'Neill, S. (2006). We had to be there to make sure it was what we wanted: Enabling children's participation in family decision-making through the family group conference. *Childhood*, 13(1), 91-111.
- Hogendorp, J., Boer, A. de & Driesten, G. van (2013). *Huisarts & gemeente: Samen werken in de wijk*. Hoofddorp: Drukkerij Groen.
- Huxham, C., & Vangen, S. (2013). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. Londen: Routledge.
- Lane, J.E. (2000). *New public management*. Londen: Routledge.
- Lewis, L. K. (2006). Advice on communicating during organizational change: The content of popular press books. *Journal of Business Communication*, 43(2), 113-137.
- Kozuch, B., & Sienkiewicz-Małyjurek, K. (2016). Factors of effective inter-organizational collaboration: A framework for public management. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 12(47), 97-115.
- Metselaar, E.E., Cozijnsen, A.J. & Delft van, H.C.P.A. (2011) *Van weerstand naar veranderbereidheid*. Heemstede: Holland Business Publications.

- Murdock, B. S., Wiessner, C., & Sexton, K. (2005). Stakeholder participation in voluntary environmental agreements: Analysis of 10 Project XL case studies. *Science, technology, & Human Values*, 30(2), 223-250.
- Poll, A. & van Leeuwen-den Dekker, P. (2016). *Leefgebiedenwijzer: Versterken van eigen kracht van cliënten*. Utrecht: Movisie.
- Plummer, R., & Fitzgibbon, J. (2004). Co-management of natural resources: a proposed framework. *Environmental Management*, 33(6), 876-885.
- Power, J., McKenna, J., MacLeod, M. J., Cooper, A. J., & Convie, G. (2000). Developing integrated participatory management strategies for Atlantic dune systems in County Donegal, Northwest Ireland. *Ambio*, (29), 143-149.
- Terlouw, P. & Twist, M. van (2014). *Hoe ruikt verandering? Het verstaan van veranderaars*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Thomson, A. M., Perry, J. L., & Miller, T. K. (2009). Conceptualizing and measuring collaboration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(1), 23-56.
- Toshkov, D. (2016). *Research Design in Political Science*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Vermeeren, B. (2014). *HRM Implementation and performance in the public sector* (Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit
- Voet, J. van der, Groeneveld, S., & Kuipers, B. S. (2014). Talking the talk or walking the walk? The leadership of planned and emergent change in a public organization. *Journal of Change Management*, 14(2), 171-191.
- Vries, H. de, Bekkers, V., & Tummers, L. (2016). Innovation in the public sector: A systematic review and future research agenda. *Public Administration*, 94(1), 146-166.
- Williams, A.P. (2015). Exploring conceptualization and operationalization of interorganizational interactions: An empirical study. Dissertatie. Norfolk, VA: Old Dominion University.
- Witte, M., de, Kuipers, B. & Janssen, T. (2009). Verandervermogen van publieke organisaties. In B. Steijn & S. Groeneveld (Eds.), *Strategisch HRM in de publieke sector*. (pp.149-177). Assen: Van Gorcum.

Bijlage A: Casusbeschrijving

6.5 Inleiding

Deze bijlage bevat een uitgebreide casusbeschrijving. Achtereenvolgens is aandacht voor de ontwikkelingen op het gebied van zorg in Amsterdam Noord, het ontstaan van BSiN, de uitgangspunten van BSiN en de rol van huisartsen daarbinnen.

6.6 Amsterdam Noord

Kenmerken van de populatie

Amsterdam Noord is een stadsdeel dat circa 91.500 inwoners telt. Het stadsdeel bestaat uit de volgende wijken: Banne Buiksloot, Buiksloterdijk/ Nieuwendammerdijk, Buikslotermeer, Elzenhagen, IJplein/Vogelbuurt, Kadoelen, Noordelijke IJ-over, Oostzanerwer, Tuindorp Buiksloot, Tuindorp Nieuwendam, Tuindorp Oostzaan, Volewijck, Waterland en Waterlandpleinbuurt (Gemeente Amsterdam, 2018). In deze wijken woont een relatief hoog aantal kwetsbare ouderen en mensen met een lage sociaal- economische status (SES). De lage SES komt tot uitdrukking in een laag inkomen, hoge werkloosheid en meervoudige sociale en gezondheidsproblemen (van Genabeek et al., 2015).

De gezondheidsmonitor van de GGD Amsterdam uit 2016 wijst uit dat de inwoners van Amsterdam Noord een relatief slechte gezondheid hebben in relatie tot de overige stadsdelen. Enkele voorbeelden uit de data van de GGD illustreren het relatief slechte gezondheidsbeeld in Amsterdam Noord (GGD Amsterdam, 2016):

- De tevredenheid over de eigen gezondheid onder inwoners is gemiddeld lager in vergelijking tot de rest van Amsterdam (68 om 71 procent).
- In Amsterdam Noord wonen in verhouding de meeste mensen met twee of meer chronische ziektebeelden (41 procent).
- Het aantal mensen met ernstig psychische stoornissen is gemiddeld hoger dan in de rest van Amsterdam (tien om zeven proven).
- Meer dan 50 procent van de bevolking kampt met overgewicht. Bij 18 procent daarvan gaat het om obesitas.
- Ernstig eenzaam voelt 13 procent van de mensen zich en 35 procent matig eenzaam.
- De werkloosheid is hoog: 14 procent tegenover 11 procent in heel Amsterdam.
- Ook kenmerkt Amsterdam Noord zich door veel armoede. Het zogeheten koopkrachtinkomen van de huishoudens is het op één na laagste van de stad en ligt beduidend lager dan het Nederlandse gemiddelde. Meer dan een vijfde van de huishoudens moet rondkomen van een minimum inkomen.

TNO heeft een prognose gemaakt van de zorgvraag in 2030. Daaruit blijkt onder andere dat het aantal mensen met psychische aandoeningen en gevoelens van eenzaamheid in Amsterdam Noord relatief sterker toeneemt dan in Amsterdam gemiddeld (Chorus et al., 2014).

Geen passende en effectieve aanpak

De beschreven multi-problematiek die zo typerend is voor de mensen met een lage SES, maakt het voor zorg en welzijn moeilijk om een passende en effectieve aanpak uit te voeren. Daarvoor zijn twee oorzaken aan te wijzen. In de eerste plaats is de organisatie van zorg voor mensen met multi-problematiek ingewikkeld. Dat maakt dat het mogelijk is dat een patiënt niet op tijd wordt opgeroepen of vervolgvactiteiten te lang op zich laten wachten. Patiënten raken zo snel gedemotiveerd en beëindigen het traject. In de tweede plaats er veelal sprake van een aantal betrokken professionals. Iedere professional kijkt vanuit zijn eigen expertise en oogpunt – bijvoorbeeld financieel, medisch of psychisch - naar een patiënt. Activiteiten worden onderling weinig afgestemd of werken problemen zelfs in de hand. Het resultaat is dat de patiënt wordt bevestigd in zijn of haar problematiek, zonder dat een integrale duiding van oorzaken en achtergronden de basis vormt voor de in te zetten aanpak en activiteiten. Als een dergelijke situatie zich verder ontwikkelt, bestaat bovendien de kans dat de problemen erger worden. Dat kan ertoe leiden dat de gezondheid en maatschappelijke participatie verder worden geschaad. (van Genabeek et al., 2015)

Multi-problematiek van patiënten vormt ook voor professionals een zekere belasting. De zorg aan deze patiënten gaat hand in hand met periodieke doktersbezoeken, weinig effectiviteit door moeizame afstemming, moeizame en onvoldoende aansluiting bij onderlinge verwijzingen en zorgmijdend gedrag of juist overmatig gebruik van zorg en/of medicijnen. Professionals hebben doorgaans het gevoel dat ze er alleen voor staan en hun ondersteuning tekortschiet. Ze zien weinig perspectief om hun handelen op de ondersteuning te verbeteren. Onder meer doordat individuele zorg of welzijnsorganisaties met enkelvoudige interventies maar een deel van het probleem oplossen. Ook als deze samenwerking onvoldoende passend is en maar een deel van het probleem kan oplossen. (van Genabeek et al., 2015)

Hoge kosten van de gezondheidszorg

Uit onderzoek van zorgverzekeraar Zilveren Kruis en UvA/AMC blijkt dat de kosten van gezondheidszorg in Amsterdam Noord relatief hoog zijn. Deze hoge kosten zijn grotendeels te wijten aan een hoog gebruik van tweedelijnszorg. Daarbij stijgt het gebruik van tweedelijnszorg sinds 2009. Een uitzondering hierop is de wijk Banne-Buiksloot. Onderzoekers van UvA/AMC wijzen naar de gefragmenteerde zorgorganisaties. Vooral in de eerstelijnszorg speelt dit probleem. In Amsterdam Noord zijn veel vrijgevestigde huisartsen werkzaam. Er zijn slechts een aantal gezondheidscentra waar verschillende zorg- en welzijnsorganisaties geclusterd zitten. Door de gefragmenteerde organisatie van de eerstelijnszorg, hebben huisartsen minder mogelijkheden om binnen de eerstelijnszorg door te verwijzen

en doen zij eerder een beroep op de relatief duurdere tweedelijnszorg zoals het ziekenhuis. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis beschouwt BSiN als een middel om de eerstelijnszorg in Amsterdam Noord te versterken en daarmee te komen tot een structurele kostenbeheersing van de gezondheidszorg. (van Genabeek et al., 2015)

6.7 Beter Samen in Noord

Doelstelling en uitgangspunten

De aanleiding voor BSiN zijn de drie bovenstaande punten die Amsterdam Noord vanuit het oogpunt van zorg kenmerken: de grote sociaaleconomische problematiek, het ontbreken van een passende (gezamenlijke) aanpak en de relatief hoge zorgkosten in Amsterdam Noord. BSiN begon in 2008 als een proeftuin voor innovatie van zorg en welzijn in twee wijken in Amsterdam Noord. De missie van BSiN is een aantoonbaar betere zelfredzaamheid, gezondheid en maatschappelijke participatie te realiseren bij inwoners uit het stadsdeel met meervoudige of complexe problemen. BSiN is een samenwerkingsverband (inclusief inhoudelijk programma) dat voortkomt uit de Krijtmolenalliantie (KMA). De KMA is een netwerkorganisatie bestaande uit voornamelijk zorg- en welzijnsaanbieders: Amstelring, Arikin, BovenIJ ziekenhuis, Combiwel, Cordaan, Doras, Evean, Gemeente Amsterdam (afdeling Participatie), Hvoqueride, Leger des Heils, Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra, Stichting Mee en zorgverzekeraar Zilveren Kruis. De gemeente Amsterdam en zorgverzekeraar Zilveren Kruis zijn de voornaamste financiers. BSiN bestaat uit dezelfde partijen als de KMA. De twee aanduidingen zijn in de loop der jaren synoniemen geworden. (BSiN, 2018)

Organisatiestructuur

Het samenwerkingsverband bestaat uit drie verschillende organisatielagen: het bestuur KMA, het dagelijkse bestuur BSiN en de projectgroep BSiN. Ten eerste bestaat het KMA bestuur uit zes bestuursleden van verschillende deelnemende zorg- en welzijnsorganisaties. De KMA-bestuurders zijn eindverantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van de aanpak van BSiN. De bestuurders komen eens per maand samen om de voortgang te bespreken en eventuele knelpunten op te lossen die zich tussen de organisaties aandienen bij de uitvoering van de aanpak. Ten tweede is door de bestuurders uit hun midden een voorzitter, een vicevoorzitter, een penningmeester en penvoerder gekozen. Deze functies omvatten, samen met de secretaris van de KMA, het zogeheten dagelijks bestuur. Zij zijn belegd met het voorbereiden van overleggen van de KMA-bestuurders en regelen de afstemming met Zilveren Kruis. Ten derde bestaat de projectgroep van BSiN uit lijnmanagers en senior (beleids)medewerkers van de deelnemende BSiN partijen. Zij overleggen over de concrete uitwerking van de aanpak en operationele problemen die daarbij komen kijken. In het geval van blijvende problemen, worden deze voorgelegd in het overleg van het KMA bestuur. Daarnaast zijn er nog de verschillende projectteams die vallen onder de verschillende programmalijnen van BSiN.

De programmalijnen vanuit een historisch perspectief

Het samenwerkingsverband bestond in de eerste jaren van haar bestaan uitsluitend uit het programmalijn voor mensen met multi-problematiek. Het daaraan gekoppelde traject wordt Triage & Casemanagement (TC&M) genoemd. TC&M is gebaseerd op de wetenschappelijk getoetste Family Group Conference (FGC) methodiek (Holland & O'Neill, 2006). FGC is een besluitvormingsmodel voor complexe problemen, bijvoorbeeld binnen een familie of leden daarvan.

Bridging the gap between organizations and families

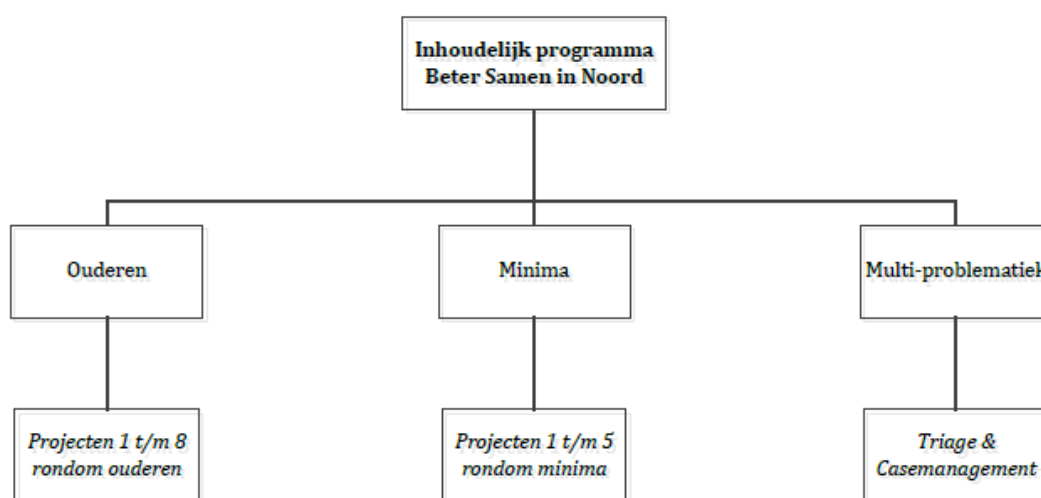


Figuur 5. Uitgangspunten Family Group Conference methodiek (Holland & O'Neill, 2006)

Het model van Holland en O'Neill (2006) uit figuur 5 wordt uitgelegd aan de hand van het TC&M traject. Bij TC&M kan een willekeurig persoon – doorgaans een professional uit het zorg- of welzijnsdomein – een persoon met multi-problematiek aanmelden op een digitaal platform dat fungeert als centraal toegangspunt (BSiN, 2018). Indien die persoon dan daadwerkelijk wordt ingeschat als iemand met problemen in verschillende levensdomeinen, dan komt hij of zij in aanmerking voor casemanagement. Dan wordt er een bijeenkomst georganiseerd met naasten uit zijn of haar sociale kring – zoals familie en vrienden – waarin de behoeften van de patiënt(en) verkend worden. Er wordt een beroep gedaan op de kracht en mogelijkheden van het sociale netwerk om problemen op te lossen die anders door de overheid aangepakt worden. Het mandaat ligt niet bij de overheid en haar wetgeving, maar bij de persoon of personen in kwestie zelf. Een casemanager wordt op de 'case' gezet en fungeert als de toegangspunt naar de professionele wereld. Dit betekent dat instanties worden gemobiliseerd die de behoeften van de specifieke case kunnen dienen vanuit hun eigen expertise en oogpunt – bijvoorbeeld financieel, medisch of psychisch. Op deze manier dragen alle partijen al samenwerkend bij aan het oplossen van het hele probleem. Met deze integrale aanpak zijn er bovendien meer organisaties betrokken, waardoor per saldo meer

uren besteed kunnen worden aan een patiënt dan bij individuele zorg- en welzijnsorganisaties zoals Doras of Cordaan.

In 2015 zijn er nog twee programmalijnen aan BSiN toegevoegd: ouderen met verhoogde kwetsbaarheid en mensen met armoedeproblematiek (zie figuur 6). Anno 2018 is de missie nog hetzelfde als bij de start in 2008. Het samenwerkingsverband richt zich nu echter niet meer alleen op patiënten (repressief), maar ook op de verbetering van de zelfredzaamheid, gezondheid en maatschappelijke participatie van inwoners (preventief). Zodoende probeert BSiN een structurele positie te vergaren in de eerstelijnszorg van Amsterdam Noord (BSiN, 2018).



Figuur 6. Overzicht inhoudelijk programma BSiN (eigen archief)

Ouderen	Minima	Multi-problematiek
1. Zorgbrug integrale geneeskunde	1. Psychische en financiële problemen	Triage & Casemanagement (TC&M)
2. Cardiologische zorgbrug	2. Jongeren in wanbetalersregeling	
3. COPD/Long	3. Geldfit (schulphulp-maatje)	
4. Heupfractuur	4. Samenwerking altra	
5. Electief orthopedisch	5. Health battle	
6. Valpreventie		
7. Integrale acute zorg		
8. Patiënten met diabetes		

Tabel 5. Overzicht projecten van de programmalijnen (BSiN, 2018)

De rol van huisartsen

Dit onderzoek staat niet op zichzelf. In haar effectmeting (van Dam et al., 2017) en procesevaluatie (van Genabeek et al., 2015) concludeerde de Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) dat BSiN op de goede weg is. Toch liggen er in de samenwerking nog de nodige kansen. Bijvoorbeeld de samenwerking met huisartsen uit Amsterdam Noord is niet optimaal. Volgens TNO zijn huisartsen doorgaans slecht op de hoogte van BSiN, participeren ze weinig in projecten en verwijzen hoogst zelden patiënten door (van Genabeek et al., 2015). Het gros van de huisartsen sluit zich af van de netwerkprocessen en lijkt sturing van buitenaf (deels) te negeren. Daarom adviseerde TNO het volgende:

Door middel van publiciteitscampagnes en een gerichte individuele benadering zal KMA de huisartsen ervan moeten overtuigen dat het doorverwijzen van patiënten naar BSiN daadwerkelijk positieve resultaten oplevert. Huisartsen moeten ervan overtuigd worden dat hun patiënten bij BSiN in goede handen zijn. (van Genabeek et al., 2015, p.68)

Ondanks diverse pogingen van projectenleden van BSiN, zijn huisartsen uit Amsterdam Noord anno 2018 nog weinig betrokken bij de activiteiten van BSiN. Daarom is dit onderzoek ook opgezet.

Verschillende samenwerkingsvormen

Samenwerking tussen huisartsen en andere netwerkpartners van BSiN kan verschillende vormen aannemen. De invulling van de samenwerking verschilt per programmalijn. Bij de programmalijnen ouderenzorg en armoedebestrijding kunnen huisartsen meedoen in projecten rondom specifieke thema's. Huisartsen fungeren als actor in een netwerk en kunnen meebeslissen over de uitvoering van de aanpak. Bij de programmalijn voor mensen met multi-problematiek vindt samenwerking plaats in de vorm signalering en overleg over individuele patiënten. Dat kan resulteren in een verwijzing naar Triage & Casemanagement (T&CM), inclusief het maken van afspraken over voorzieningen en zorgtrajecten. De doelgroep van de drie programmalijnen verschilt dus ook. Waar de pijler T&CM zich uitsluitend richt op patiënten (bestrijden van problemen), richten de pijlers ouderenzorg en armoedebestrijding zich ook op inwoners (preventief: het voorkomen van problemen). Daarnaast kan samenwerking ook plaatsvinden op bestuurlijk niveau. Huisartsen kunnen deelnemen aan de organisatie en zodoende helpen inspelen op maatschappelijke en lokale trends, het delen van ambities en oplossingsrichtingen. (BSiN, 2018)

Bijlage B: Topiclijst interviews

Factor	Vragen	Relatie met bereidheid tot samenwerken
Ervaring met samenwerking	– Wat voor ervaring heeft u met samenwerking? – In welke mate hebben samenwerkingsverbanden (in het verleden) tot succes geleid? – In welke mate hebben samenwerkingsverbanden (in het verleden) tot conflict geleid? – Aan welke samenwerkingsverbanden neemt u momenteel deel?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?
Urgentiebesef	– In hoeverre herkent u de problemen die BSiN wil aanpakken? – In hoeverre acht u een verandering noodzakelijk om de problemen te verhelpen die BSiN wil aanpakken?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?
Geschiktheid aanpak	– In hoeverre vindt u de aanpak van BSiN op hoofdlijnen geschikt? Dus: de gestelde doelen en de acties en activiteiten om die doelen te halen en de organisatiestructuur. – In hoeverre vindt u de aanpak van BSiN concreet uitgewerkt in BSiN in termen van processtappen en rolomschrijvingen? In hoeverre zijn verwachtingen helder?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?
Geloof in eigen bijdrage	– In hoeverre bent u van mening voldoende kennis en middelen te hebben om een waardige bijdrage aan BSiN te leveren? – In hoeverre vindt u dat middelen en macht gelijkwaardig verdeeld zijn onder deelnemende partijen?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?
Persoonlijk voordeel	– In hoeverre bent u van mening dat BSiN voordelig is? Bijvoorbeeld op het gebied van gemak, professionele ontwikkeling, tijdwinst of verhoging werkplezier. – In hoeverre vindt u dat BSiN meerwaarde oplevert voor uw patiënten?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?
Transparantie proces	– In hoeverre vindt u dat deelnemende partijen open zijn en elkaar actief berichten over lopende zaken en ontwikkelingen? – In hoeverre bent u van mening dat de organisatie openheid van zaken geeft over lopende zaken en ontwikkelingen?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?

Participatieve inclusiviteit	— In hoeverre vindt u dat er voldoende partijen uit het veld betrokken bij BSiN om de gemeenschappelijke doelen te behalen? — In hoeverre bent u van mening dat (potentiële) actoren een eerlijke kans hebben (gehad) om deel te nemen aan BSiN?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?
Exclusiviteit samenwerking	— In hoeverre vindt u het samenwerkingsverband exclusief ten opzichte van andere organisaties en samenwerkingsverbanden in Amsterdam (Noord)? — Hoe kijkt u aan tegen de afbakening van de propositie van BSiN?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?
Leiderschap en support	— In hoeverre vindt u dat formeel leiders en bestuurders voorbeeldgedrag vertonen, betrokkenheid tonen en anderen motiveren? — In hoeverre vindt u dat (in)formeel leiders (collega's en professionals uit het veld) voorbeeldgedrag vertonen, betrokkenheid tonen en anderen motiveren?	Hoe verhoudt dit zich tot uw bereidheid tot samenwerken? Werkt het bevorderend of belemmerend?
Factoren die bereidheid tot samenwerken kunnen versterken?	— Welke genoemde of andere factoren zijn voor u cruciaal in samenwerking met BSiN? — Wat zijn de belangrijkste aanbevelingen die u wilt doen en waarom?	

Bijlage C: Codeboom

Code groepen	Codes	Bijbehorende factor
Individuele factoren	– Succes met samenwerking – Conflict met samenwerking – Huidige deelname aan andere samenwerkingsverbanden	Ervaring met samenwerking
	– Erkenning problemen – Verandering noodzakelijk	Urgentiebesef
	– Overeenstemming over aanpak – Processtappen en rolomschrijvingen	Geschiktheid aanpak
	– Aanwezige kennis en middelen – Gelijkwaardigheid actoren	Geloof in eigen bijdrage
	– Voordelen huisarts – Meerwaarde patiënt	Persoonlijk voordeel
Institutionele factoren	– Berichtgeving tussen deelnemers – Openheid over zaken en ontwikkelingen	Transparantie proces
	– Afdoende partijen – Eerlijke kans op deelname	Participatieve inclusiviteit
	– Afbakening propositie – Exclusiviteit tov andere samenwerkingen	Exclusiviteit samenwerking
	– Gedrag leider – Gedrag informeel leiders	Leiderschap en support
	– Gedreven vanuit de inhoud (patiënten helpen) – Voorrang primaire proces (financieel oogpunt)	Drijfveren
Aanvullende factoren	– Kleine eilandjes – Geen gemeenschappelijk aanspreekpunt	Gezamenlijke vereniging
	– Solistische en drukke aard van werk	Aard van het werk
	– Taakopvatting	Taakopvatting
	– Vertrouwen en wantrouwen – Gevoel wederzijdse afhankelijkheid en saamhorigheid	Vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid
	– Ervaring met samenwerking – Urgentiebesef – Geschiktheid aanpak – Geloof in eigen bijdrage – Persoonlijk voordeel – Transparantie proces	

-
- Participatieve inclusiviteit
 - Exclusiviteit samenwerking
 - Leiderschap en support
 - Drijfveren
 - Gezamenlijke vereniging
 - Aard van het werk
 - Taakopvatting
 - Vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid
-