

“There is no ‘I’ in team”

Samenwerking in een zorgcentrum te Hellevoetsluis



Student: Marleen Hak
Rubenssingel 83
2902 GV CAPELLE A/D IJSSEL

Studentnummer: 259570

E-mail: marleenhak@hotmail.com

Datum: april 2009

Begeleider: Anne Marie Weggelaar

Meelezer: Jeroen van Wijngaarden

Voorwoord

Deze scriptie is ter afsluiting van mijn studie Beleid Management Gezondheidszorg, Master Zorgmanagement. De studie zit erop. Wat een goed gevoel geeft dat! Het is me gelukt om mijn studie succesvol af te ronden. Soms zakte de moed mij in de schoenen, maar gelukkig waren daar altijd de mensen om mij heen die mij bij stonden met raad en daad.

Dit is een goed moment om deze mensen te bedanken. Allereerst wil ik mijn ouders bedanken, zij zijn altijd in mij blijven geloven en zeker op de momenten dat het allemaal tegenzat waren zij er altijd voor mij. Ook wil ik Leonie heel erg bedanken voor haar hulp bij het structureren van mijn scriptie. Charlotte bedankt voor je hulp bij het voorbereiden van mijn verdediging.

Ik wil ook mijn afstudeerbegeleidster Anne Marie Weggelaar bedanken. Door haar kritische kijk op mijn scriptie en opbouwende kritiek en tips heb ik mijn scriptie steeds kunnen aanpassen en verbeteren.

De respondenten van dit onderzoek wil ik hartelijk danken voor de medewerking, hierdoor is dit onderzoek mede geslaagd.

Marleen Hak

April 2009

Samenvatting

Voor u ligt een kwalitatief onderzoek naar de mening van actoren die gaan samenwerken in een nog te bouwen zorgcentrum in Hellevoetsluis. Doel van het onderzoek was het achterhalen van de redenen van professionals die gaan samenwerken in het zorgcentrum: Wat heeft hun besluitvorming beïnvloed en welke redeneringen liggen ten grondslag aan hun keuzes.

Centrale vraag bij dit onderzoek was: Welke bewuste overwegingen en onbewuste beelden hebben eerstelijns professionals ten aanzien van de samenwerking in het zorgcentrum Hellevoetsluis en op welke wijze beïnvloedt dit hun besluitvorming ten aanzien van samenwerking?

Nieuwe beleidsontwikkelingen ten aanzien van taakdelegatie en managementondersteuning en de wens van patiënten naar een integraal zorgaanbod leiden tot multidisciplinaire zorgcentra. In multidisciplinaire zorgcentra is de organisatie van de huisartsenpraktijk anders dan een aantal jaar geleden gebruikelijk was. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de uitvoering van de avond-, nacht- en weekenddiensten in centrale huisartsenposten. Tevens worden steeds strengere eisen aan de kwaliteit van huisartsenzorg gesteld, zo lijken de huisartsen genoodzaakt hun werkzaamheden een bredere inrichting te geven. Gevolg is dat de solopraktijk als vorm van praktijkvoering niet langer in de meerderheid is. Die balans lijkt om te slaan, tegenwoordig zijn samenwerkingsvormen als duo- praktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra een veelvoorkomend fenomeen. Andere veelgeziene vormen van samenwerking zijn met zogenoemde HIDHA (huisarts in dienst van een huisarts) en als HOED (huisartsen onder een dak).

Door middel van semi- gestructureerde interviews met zeven respondenten die gaan samenwerken in het zorgcentrum Hellevoetsluis is getracht te achterhalen waarom zij voor deze samenwerking hebben gekozen en wat de achterliggende gedachten en beweegredenen waren bij de keuze.

Het blijkt dat de respondenten om uiteenlopende redenen de toekomstige samenwerking aangaan. Ook heersen er uiteenlopende ideeën over de praktische inrichting (teamvorming, takenverdeling en daadwerkelijke inrichting) van zorgcentrum Hellevoetsluis. Een van de belangrijkste conclusies die getrokken kan worden, is dat vooraf met de actoren de visie, missie en het doel van het zorgcentrum helder geformuleerd moet worden. Dit is een voorwaarde om te komen tot een goed functionerend zorgcentrum.

Summary

This is a case study in which is searched for the opinion of actors whom are going to work together in a care centre that has to be build in Hellevoetsluis. Purpose of the study was to get the reasons of the professionals whom are going to work together in the care centre: What influenced their decision-making and which ideas where the base of their choices.

The main question during this case study was: Which conscious choices and unconscious images do first line professionals have over the cooperation in the care centre in Hellevoetsluis and in which way did this affect their decision-making?

New political developments over task delegation and management support and the wish of patients for an integral care system leads to multidisciplinary care centres. In multidisciplinary care centres the organisation of the general practitioners office is different from what a few years back normal was. A clear example is the construction of the evening-, night – and weekend shifts in central general practitioners wards. There are also more strict rules for the quality of the general practitioners way of giving care in the way that the general practitioners are obligated to give their work a broader meaning. The consequence is that practices whit only one general practitioner are losing their majority. The balance seams to go in an other direction, nowadays cooperation forms as duel practices, group practices and healthcare centres are a much more common phenomenon. Other forms of cooperation we see more are the so called HIDHA (a general practitioner who works for an other practitioner) and HOED (general practitioners under one roof).

Through semi –structured interviews whit seven respondents whom are going to work together in the care centre in Hellevoetsluis is tried to get a good perspective of the thoughts and reasons why they choose to work together in the care centre.

It seams that the respondents have all very different reasons why the are going to work together. Also there are different ideas over teambuilding, task delegation and the actual decoration of the care centre in Hellevoetsluis. One of the main conclusions that can be drawn, is that before the actors are really going to work together, the vision, mission and the goal of the health centre must be clearly formulated. This is a term to come to a good functioning health centre.

Inhoudsopgave

Voorwoord	pagina 1
Samenvatting	pagina 2
Summary	pagina 3
Inhoudsopgave	pagina 4 - 5
Hoofdstuk 1 Inleiding	pagina 6
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	pagina 6 - 8
1.2 Maatschappelijke relevantie	pagina 8
1.3 Beschrijving van het zorgcentrum	pagina 8 - 9
1.4 Doelstelling en probleemstelling van het onderzoek	pagina 9
1.5 Wetenschappelijke relevantie	pagina 9 - 10
1.6 Leeswijzer	pagina 10
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	pagina 11
2.1 Samenwerken	pagina 11 - 13
2.2 Teamvorming	pagina 13 - 14
2.3 Professionals	pagina 15
2.4 Het onbewuste	pagina 16 - 17
2.5 Gedrag	pagina 17 - 18
2.6 Attitude	pagina 19 - 20
Hoofdstuk 3 Methodes van onderzoek	pagina 21
3.1 Uitvoering van onderzoek	pagina 21 - 22
3.2 Betrouwbaarheid	pagina 22 - 23
3.3 Validiteit	pagina 23
3.4 Ethische aspecten van onderzoek	pagina 24
Hoofdstuk 4 Resultaten van onderzoek	pagina 25
4.1 Samenwerken	pagina 25 - 26
4.2 Teamvorming	pagina 26 - 27
4.3 Voor – en nadelen van samenwerken	pagina 27 - 28
4.4 Patiënten	pagina 28 - 29

4.5 Invloed op keuzes	pagina 29 - 30
Hoofdstuk 5 Discussie	pagina 31
5.1 Samenwerken	pagina 31 - 32
5.2 Teamvorming	pagina 32 - 33
5.3 Maken van keuzen	pagina 33 - 34
5.4 Gedrag	pagina 34
5.5 Verklaring van keuzen	pagina 34 - 35
5.6 Reflectie op het onderzoek	pagina 35 - 36
Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen	pagina 37
6.1 Conclusie	pagina 37 - 40
6.2 Antwoord op centrale vraag	pagina 40 – 41
6.3 Aanbevelingen	pagina 41 - 42
Literatuurlijst	pagina 43 - 46

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt uiteen gezet wat de aanleiding van het onderzoek was en wordt het onderzoeksobject beschreven. Tevens wordt de maatschappelijke- en wetenschappelijke relevantie beschreven, en tot slot worden de doelstelling, probleemstelling en de deelvragen van het onderzoek uiteen gezet.

1.1. Aanleiding van het onderzoek

In Hellevoetsluis een plaats in Zuid-Holland, is een aantal huisartsen bezig met het opzetten van een zorgcentrum. Dit omdat tegenwoordig meer vraag naar multidisciplinaire zorg is en zij graag aan deze vraag willen voldoen.

De huisartsenzorg in Nederland vormt een onderdeel van de eerstelijns gezondheidszorg: Het is een laagdrempelige en toegankelijke basisvoorziening voor iedereen voor alle denkbare gezondheidsvragen en gezondheidsproblemen. Iedere Nederlander is door middel van de (verplichte) basisverzekering gegarandeerd van deze zorg.

Er zijn verschillende vormen van huisarts(en)praktijken. Veel mensen kennen de huisartsenzorg van het model "praktijk aan huis", de woonsituatie van een huisarts vormde een geheel met zijn praktijkvoorziening. Dit model is zeer herkenbaar en komt daardoor betrouwbaar, persoonlijk en vertrouwd over (Ramler & Raadgers, 2002). Ook bestaan samenwerkingsvormen zoals duo- praktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra al langer, andere vormen zijn 'Huisarts in dienst van een huisarts (HIDHA's)' en 'Huisartsen onder een dak (HOED)'.

Nieuwe beleidsontwikkelingen rond taakdelegatie en managementondersteuning vragen mogelijk om een grootschaliger organisatie van de huisartsenpraktijk dan nu gebruikelijk is. Gevolg is dat de solopraktijk als vorm van praktijkvoering sinds enkele jaren niet langer in de meerderheid is, tegenwoordig zijn het meer groepspraktijken aangezien de groei van het aantal gezondheidscentra zich sinds de jaren negentig niet voortzet. Ook de uitvoering van de avond- nacht- en weekenddiensten in centrale huisartsenposten is hiervan een duidelijk voorbeeld (Nivel, 2005). Daarnaast worden aan de kwaliteit van de huisartsenzorg steeds strengere eisen gesteld, hierdoor worden de huisartsen gedwongen om hun werkzaamheden een bredere inrichting te geven. Dit doen de huisartsen door bijvoorbeeld praktijkondersteuning op een aantal gebieden zoals diabeteszorg, cardiale problemen en longproblemen te geven.

De huisartsen in Nederland werken volgens de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en verschillende protocollen en richtlijnen zoals de NHG (Nederlands Huisarts

Genootschap) – standaarden en CBO (Centraal Begeleiding Orgaan; kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg) – richtlijnen.

Teruggaand in de tijd zie je dat de huisarts als beroep al lang bestaat, maar deze wordt niet gezien als een eigen professie. De huisartsen vormen binnen de artsengroepering geen duidelijk onderscheiden segment, ze worden aangeduid als restgroep zijnde geen specialist. Een specifiek kennisgebied ontbreekt, er is wel een eigen marktpositie aanwijsbaar (Van de Rijdt, 1994). De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) werd in 1945 opgericht, dit is meer een vakbond dan een beroepsorganisatie. In 1956 werd het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) opgericht, hiermee werden de eerste stappen ter afbakening van een eigen domein gezet. Het NHG stelt zich ten doel de inhoudelijke ontwikkeling van het huisartsenvak en speelt als zodanig een belangrijke rol in het professionaliseringsproces. Na diverse bedreigingen voor de pas veroverde positie te hebben gevoeld begint de verandering in de relatie tussen individuele beroepsbeoefenaar en beroepsorganisatie zichtbaar te worden (Van de Rijdt, 1994).

Ook de overheid gaat zich steeds duidelijker als actor begeven op het terrein van de gezondheidszorg. De overheid heeft aandacht voor kostenbeheersing en structuur maar ook voor de inhoud van de zorg. Binnen de LHV en NHG ligt in deze periode het accent op institutionalisering en legitimering van geclaimd domein (Van de Rijdt, 1994).

In de functieomschrijving en het basistakenpakket wordt de centrale positie en generalistische functie van de huisartsgeneeskunde onderstreept. De huisarts is 'poortwachter', hij bewaakt en reguleert de instroom naar de duurdere specialistische zorgvoorzieningen. Vanaf ongeveer 1987 komt de sturing door de overheid steeds meer onder druk te staan. Beoogde beleidsdoelen worden nauwelijks gehaald maar bureaucrativering en verstarring ontstaat. De Commissie Dekker moet nieuwe wegen voor regulering van gezondheidszorg aangeven. In de beleidsnota 'Werken aan zorgvernieuwing' staan de adviezen van de Commissie Dekker in grote lijnen. Dit leidt onder andere tot de introductie van marktwerking en een functiegerichte benadering. Hierdoor wordt het voor alle partijen van groot belang de eigen positie te versterken (Van de Rijdt, 1994).

De in 2006 ingevoerde zorgverzekeringswet zorgt ook voor een verandering in de positie van de huisarts. Deze wet zorgt voor één zorgverzekering voor alle Nederlanders. Hiermee is het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden verdwenen en zijn alle Nederlanders voortaan verplicht een basisverzekering af te sluiten. In die basisverzekering is huisartsenzorg grotendeels mee verzekerd. Mede hierdoor is het van groot belang dat wordt samengewerkt zodat iedereen kwalitatief goede zorg ontvangt, om dit te kunnen bewerkstelligen zijn nieuwe samenwerkingsvormen ontstaan zoals een HOED.

Huisartsen lijken door bovenstaande ontwikkelingen steeds meer te willen samenwerken, om zo de kwaliteit van zorg te waarborgen en de zorg toegankelijker maken. De huisartsen in Hellevoetsluis denken dit te kunnen bereiken door middel van het opzetten van een zorgcentrum waarin diverse professionals onder een dak gaan samenwerken. Wanneer diverse professionals onder één dak samenwerken, hoeven patiënten minder te reizen. Bijvoorbeeld als een patiënt bij de huisarts is geweest en een recept meekrijgt voor medicijnen haalt de patiënt deze gelijk op bij de apotheek die ook in het zorgcentrum komt te zitten. Tevens zijn er ideeën om de zorg toegankelijker te maken voor bijvoorbeeld oudere mensen door middel van het inzetten van een taxidienst. Bovendien kunnen zij op deze manier kosten besparen omdat zij voorzieningen delen.

Deze ontwikkelingen sluiten aan bij het huidige standpunt van de beroepsgroep, vastgelegd in de toekomstvisie van LHV en NHG, namelijk; 'huisartsenzorg is 24-uurs zorg, de beroepsgroep is verantwoordelijk voor de organisatie van deze zorg.' (Van Wijck, 2006).

1.2. Maatschappelijke relevantie

Zoals hierboven beschreven gaan de overheid en patiënten steeds meer eisen en verwachtingen stellen aan de gezondheidszorg. Het functioneren van deze zorg beoordelen overheid en patiënten dan ook steeds kritischer. Van professionals wordt daarom verlangd dat zij maatschappelijke verantwoording afleggen. Aan de kwaliteit van de zorg worden dus ook steeds strengere eisen gesteld, hierdoor worden de professionals gedwongen om hun werkzaamheden een bredere inrichting te geven. Voor huisartsen is van belang dat een versterking van de poortwachters- en regiefunctie ontstaat. Daarnaast is tegenwoordig meer vraag naar multidisciplinaire zorg. De huisartsen denken dit te kunnen bereiken door middel van het opzetten van een zorgcentrum waarin diverse professionals onder een dak gaan samenwerken. Dit onderzoek kan relevante inzichten opleveren van aspecten en factoren waarmee rekening dient te worden gehouden bij het opzetten van een zorgcentrum.

1.3. Beschrijving van het zorgcentrum

Het zorgcentrum in Hellevoetsluis krijgt de vorm van een A-HOED, dat wil zeggen een apotheek en huisartsen onder één dak. Daarnaast gaan fysiotherapeuten, verloskundigen, thuiszorg en de huisartsenpost in het zorgcentrum werken. Tevens vestigt een laboratorium van het ziekenhuis zich in het zorgcentrum. Het zijn verschillende eerstelijns zorgaanbieders onder één dak. In de toekomst is het eventueel mogelijk het zorgcentrum uit te breiden met medisch specialisten die op locatie spreekuur kunnen houden. De bedoeling van het zorgcentrum is dat alle eerstelijns zorg onder één dak te krijgen is, zodat de toegankelijkheid voor de patiënt wordt vergroot, het zorgproces wordt versneld en de zorgverlening beter wordt afgestemd.

In het zorgcentrum komen verschillende professionals te werken die gezamenlijk de zorg zullen gaan aanbieden. Deze professionals moeten gaan samenwerken, de vooronderstelling is dat zij verschillende opvattingen en redeneringen hebben over de manier waarop de zorg kan worden aangeboden.

De vragen die hieruit voortkomen zijn: Hoe kunnen de professionals samenwerken? Op welke manier ontstaan redeneringen over de toekomstige samenwerking in het zorgcentrum?

1.4. Doelstelling en probleemstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om uit te zoeken welke overwegingen eerstelijns professionals hebben die gaan samenwerken in het zorgcentrum. Daarnaast wat de invloed is van deze overwegingen op de besluitvorming tot samenwerking en het tot stand komen van samenwerking. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke factoren en tussen bewuste en onbewuste processen bij het nemen van besluiten.

Probleemstelling:

Welke bewuste overwegingen en onbewuste beelden hebben eerstelijns professionals ten aanzien van de samenwerking in het zorgcentrum Hellevoetsluis en op welke wijze beïnvloedt dit hun besluitvorming ten aanzien van samenwerking?

Deelvragen

- Hoe kan samenwerken worden beschreven en hoe kan dit worden verklaard?
- Wat is de invloed van persoonlijke kwaliteiten, eigenschappen en communicatieve vaardigheden op het samenwerken?
- Welke factoren beïnvloeden het (onbewuste) denken en gedrag van professionals?
- Welke aspecten spelen een rol in de besluitvorming van professionals tot samenwerking in het zorgcentrum Hellevoetsluis?
- Wat is de motivatie van professionals om te willen samenwerken in het zorgcentrum?
- Welke kansen en bedreigingen verwachten de professionals ten aanzien van de samenwerking?

1.5. Wetenschappelijke relevantie

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is dat ik een relatief onbekend terrein ga onderzoeken. Aangezien nog niet in veel onderzoeken gekeken is naar onbewuste factoren die van invloed zijn op samenwerking.

Daarom wordt in dit onderzoek ingegaan op de wijze waarop professionals komen tot keuzes en wat voor twijfels of belemmeringen zich voor doen bij de voorgenomen samenwerkingsvraagstukken. Door dit te onderzoeken worden aanbevelingen gedaan over de wijze waarop men tot samenwerking komt.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk twee wordt de gebruikte literatuur beschreven, hierin wordt uiteengezet wat samenwerking is en hoe dit tot stand kan komen. Ook komt naar voren wat professionals zijn en welke soorten professionals je kunt onderscheiden en hoe men tot keuzes kan komen en hoe gedrag kan ontstaan. In hoofdstuk drie wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en hoe de betrouwbaarheid en validiteit van onderzoek is gewaarborgd. Tevens wordt uiteengezet wat de ethische aspecten van dit onderzoek zijn geweest. In hoofdstuk vier worden de resultaten uit de interviews beschreven. Hoofdstuk vijf is het hoofdstuk waarin de literatuur gekoppeld wordt aan de resultaten en gereflecteerd wordt op het onderzoek. In hoofdstuk zes worden de deelvragen beantwoord en uiteindelijk wordt er een antwoord gegeven op de centrale vraag. Tot slot worden beleidsaanbevelingen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de gevonden literatuur behandeld. Hierbij staan de volgende vragen centraal, namelijk: Wat is samenwerken? Wat zijn professionals, hoe komen zij tot keuzes en hoe komen deze keuzes tot stand? Tot slot wordt beschreven wat gedrag is en waar dit uit bestaat.

2.1 Samenwerken

Er bestaan verschillende zienswijzen over het fenomeen 'samenwerken'. Van Dijk en Werpstra (2005) menen dat samenwerken een competentie is waarin je in jouw gedrag laat zien dat je het stimulerend vermogen hebt om met anderen te werken aan een gemeenschappelijk doel, waarbij je de kennis hebt om te leren van je eigen en van andermans kwaliteiten. In het begin kan samenwerken in een groep moeilijk zijn, omdat diverse factoren een rol spelen om goed te kunnen samenwerken, namelijk; persoonlijke kwaliteiten, eigenschappen, communicatieve vaardigheden, verantwoordelijkheden en je effectiviteit van handelen. Toch is een goede samenwerking van groot belang, zodat interactie met collega's via informeren, onderhandelen, besluiten nemen en omgaan met conflicten kan bestaan.

Belangrijk is bij samenwerken binnen een groep dat de inhoud en de activiteiten zodanig op elkaar afgestemd zijn, dat zo effectief en efficiënt mogelijk het einddoel wordt gerealiseerd (Van Dijk en Werpstra, 2005). Greve en Vrakking (1983) vatten theorieën voor de verklaring van het ontstaan en voortbestaan van samenwerking in drie modellen. Deze modellen trachten samenwerking te verklaren vanuit drie verschillende motieven:

- Winstmotief; door ruil en coalitievorming kunnen alle partijen directe eigen voordelen behalen die anders niet of tegen meer kosten haalbaar zouden zijn, voordelen zijn voor ieder in gelijke mate aanwezig en direct te zien, daardoor staan partijen in een gelijkwaardige positie ten opzichte van elkaar.
- Afhankelijkheidsmotief; de ene partij heeft voor de ander noodzakelijke hulpbronnen, posities zijn daarom niet gelijk, niet samenwerken, kan voor de ene partij tot schade leiden, waardoor ook de macht ongelijk is verdeeld.
- Normatieve motief; partijen werken samen om een waardevol geacht collectief goed te bereiken, de directe voordelen zijn voor ieder afzonderlijk gering.

Greve en Vrakking (1983) vullen Van Dijk en Werpstra (2005) aan. Beide gaan zij ervan uit dat je tijdens samenwerken met anderen kan werken aan een gemeenschappelijk doel, waarbij je kunt leren of gebruik maken van een ieder zijn kwaliteiten. Het verschil is dat Greve en Vrakking (1983) het verwoorden in motieven en Van Dijk en Werpstra (2005) hebben het over factoren die een rol spelen.

In dit onderzoek worden de volgende motieven onderscheiden: winstmotief, afhankelijkheidsmotief, normatieve motief en de persoonlijke factoren, namelijk; persoonlijke kwaliteiten, eigenschappen, communicatieve vaardigheden, verantwoordelijkheden en effectiviteit van handelen van de actor die van invloed zijn op het samenwerken.

Voorondersteld wordt dat in het zorgcentrum de samenwerking vanuit alle drie de motieven van Greve en Vrakking (1983) kan worden gezien. Onderzocht dient te worden hoe de motieven naar voren komen in de redeneringen over het zorgcentrum. Aangezien de professionals in het zorgcentrum een gezamenlijk doel na gaan streven is het van groot belang dat zij een team gaan vormen. Hoe dit mogelijk is wordt hieronder beschreven.

Er bestaan verschillende opvattingen over groepen en groepsvorming. Remmerswaal (2001) beschrijft diverse vormen van groepen. De professionals die samen een groep vormen binnen het zorgcentrum, zijn een subgroep van een groter geheel (Pagès). Zoals Remmerswaal (2001) beschrijft gaat Pagès ervan uit dat iedere groep een subgroep is van een grotere omringende groep en in uiterste vorm zelfs van de gehele mensheid. Onder een groep wordt meestal verstaan een verzameling personen met een identieke eigenschap, bijvoorbeeld; een gezamenlijk doel of gemeenschappelijke waarden. Homans (1966) verstaat onder een groep een aantal personen die over een bepaalde periode genomen regelmatig contact met elkaar heeft, waarbij de groep klein genoeg moet zijn om elk groepslid in staat te stellen rechtstreeks met elk ander groepslid in relatie te treden.

Bij een andere opvatting over groepen en groepsvorming staan de betrekkingen tussen de individuen centraal via de begrippen *interactie* en *wederzijdse betrokkenheid*. Met *interactie* wordt bedoeld dat het proces van actie en reactie meer voorkomt tussen de groepsleden dan met personen buiten de groep. Met *wederzijdse betrokkenheid* wordt een gebeurtenis bedoeld die invloed heeft op één groepslid of op een subgroep en tegelijkertijd ook op alle groepsleden een weerslag heeft (Remmerswaal, 2001: 92-93). Pagès bekritiseert deze beide opvattingen omdat deze vanuit het individu vertrekken, waardoor de groep tot een verschijnsel wordt dat men moet verklaren. Voor Pagès is de groep geen afgeleid verschijnsel. Men moet niet van de samenstellende elementen uitgaan, om het geheel te verklaren, maar juist omgekeerd: vanuit het geheel terugredeneren naar de samenstellende elementen (Remmerswaal, 2001: 93).

Ik sluit mij aan bij Pagès definitie van een groep. Hij ziet namelijk elke groep als onderdeel van een groter geheel, een groep is meer dan de optelsom van de afzonderlijk individuen.

Dit is ook het geval in het zorgcentrum waar de verschillende huisartsen als het ware een subgroep zijn van het zorgcentrum (wat het grotere geheel is), net als de andere professionals die gaan werken in het zorgcentrum. Het is van groot belang dat een groep ook als team kan functioneren, dit wordt in de volgende paragraaf verder uiteen gezet.

2.2. Teamvorming

Veel verschillende definities van een team kom je tegen in de literatuur. De World Health Organisation definieert team als "two or more people working interdependently towards a common goal" (WHO, 2007). Katzenbach en Smith (1993: 45) definiëren het als "a small number of people with complementary skills who are committed to a common purpose, and approach for which they hold themselves mutually accountable". De definitie van Brill (1976:22) komt overeen met de definitie van Katzenbach en Smith, zijn definitie van een team is: "a group of people each of whom possess particular expertise; each of whom is responsible for making individual decisions; who together hold a common purpose; who meet together to communicate, collaborate and consolidate knowledge, from which plans are made, actions determined and future decisions influenced".

Beide definities spreken van een gezamenlijk doel en van individuen met allemaal hun eigen expertise/ talent. Brill gaat daarin een stap verder en koppelt dit aan besluitvorming. Ik sluit mij aan bij Brill's definitie van een team, gezien de volledigheid van zijn definitie. Besluitvorming en de aspecten die daarbij een rol spelen worden namelijk ook meegenomen in dit onderzoek naar de samenwerking in een zorgcentrum.

Een aantal kenmerken waaraan een team moet voldoen kunnen worden opgesteld, namelijk (Mickan en Rodger, 2000):

- 1) een kleine hoeveelheid beheersbare deelnemers
- 2) welke het recht hebben om talent en expertise te mixen met elkaar
- 3) welke allemaal hetzelfde doel nastreven
- 4) met specifieke en haalbare doelen waar zij gezamenlijk verantwoordelijk voor zijn
- 5) welke regelmatig communiceren, problemen oplossen, beslissingen nemen en conflicten managen
- 6) terwijl zij een gezamenlijk systeem hebben op economisch, administratief en sociaal functioneringsgebied.

Als een groep zoals in de vorige paragraaf beschreven voldoet aan de kenmerken hierboven, kan van een groep een team worden gevormd en kan men spreken van samenwerken.

Om een groep zich tot een team te laten ontwikkelen kunnen verschillende fases worden doorlopen (Van Dijk en Werpstra, 2005):

- 1) Erkenning; fase waarin vragen gericht op erkenning en erbij horen worden gesteld.
- 2) Positionering; fase waarin vragen gericht op het innemen van een positie ten opzichte van andere groepsleden die tegelijkertijd de machtstructuur in de groep aangeven worden gesteld.
- 3) Stabilisering; in deze fase lijkt de positie van ieder groepslid duidelijk te worden.
- 4) Stagenering; de sfeer raakt gespannen en ontevreden.
- 5) Uitbarsting; de groepsleden uiten nu hun irritaties en oordelen en zeggen elkaar de waarheid.
- 6) Verbetering; lucht lijkt geklaard. De groepsstructuur is veranderd.
- 7) Samenwerking; iedereen is opener en komt beter uit voor zijn mening.
- 8) Scheiding; in deze laatste fase worden de puntjes op de i gezet. Dit is nog hard werken en iedereen blikt terug op het voltrokken proces.

Deze fasen hoeven elkaar niet op te volgen en iedere groep ontwikkelt zich op zijn eigen manier tot een team. In dit onderzoek gaat het om professionals, zij vormen een groep die samen een team moeten gaan vormen.

De boven beschreven fasen kunnen worden doorlopen bij de vorming van een team. Remmerswaal (2001) beschrijft ook hoe een team gevormd kan worden. Hij beschrijft de voorfase, oriëntatiefase, machtsfase, affectiefase, de fase van de autonome groep en de afsluitingsfase. De fasen die hij beschrijft, komen overeen met de bovengenoemde fasen, Remmerswaal gaat echter meer uit van de groepsleden die je moet motiveren en ondersteunen. Verondersteld kan worden dat bepaalde fasen zich meer dan wel minder zullen voordoen in de vorming tot een team. Zeker wanneer professionals met een eigen autonomie zich tot een team moeten vormen. Professionele autonomie betreft niet alleen de aan de professie gebonden vrijheid om zijn eigen diagnostische en therapeutisch traject, zijn eigen gedragscode en onderlinge toetsingscriteria vast te stellen, maar ook de vrijheid om zijn eigen opleidingscriteria te bepalen (Hulst, E & I Tiems 1999). Dit kan dus voor diversiteit zorgen in de wijze waarop de fasen worden doorlopen en of ze überhaupt worden doorlopen. Motivatie en ondersteuning van groepsleden is tijdens het vormgeven van het zorgcentrum van groot belang, zodat de professionele autonomie niet in het geding komt. En de professionele autonomie het teamvormingsproces niet in de weg zal staan. Onderzocht dient te worden wat voor soort professionals gaan werken in het zorgcentrum. In de volgende paragraaf wordt beschreven wat voor soort professionals er zijn en hoe zij zich kenmerken.

2.3 Professionals

Professioneel werken kent verschillende kenmerken:

- De diensten van de professional worden aangeboden aan een cliënt/ patiënt. Noodzakelijk voor de professional is het werken vanuit een houding van dienstbaarheid aan een cliënt (Wet Big art. goed hulpverlenerschap).
- Het werk wordt met grote zelfstandigheid uitgevoerd; er zijn weinig instructies, professionals zijn eigenwijs, hebben hun eigen autonomie.
- Het is niet of nauwelijks routinematig werk en kan daarom niet makkelijk procedureel worden vastgelegd. Het gaat om het oplossen van unieke problemen. Het is innovatief werk en niet standaardiseerbaar.
- De werkomstandigheden zijn dynamisch, uitdagend en vaak belastend. Het werk is moeilijk te overzien en te plannen (Weggeman, 1997).

Weggeman (1997) onderscheidt I- en R-professionals. Een Improviserende professional produceert continu nieuwe informatie op basis van creativiteit en improvisatietalent. Een Routinematig werkende professional streeft naar nog meer vakmanschap en past daardoor routinematig een bepaalde vaardigheid op een zeldzaam hoog niveau toe. Huisartsen kenmerken zich door routinematig werken. Een huisarts ziet veel verschillende mensen met verschillende ziektebeelden die een gepaste wijze van behandeling behoren te krijgen. Aangezien een huisarts regelmatig dezelfde soort klachten tegenkomt kan hij routinematig werken waardoor hij meer vakmanschap krijgt. Maar een huisarts bezit ook improvisatietalent omdat hij moet kunnen inspelen op de klachten van de patiënt en het omgaan met de klachten van de patiënt. Iedere patiënt is anders, waardoor het werk vernieuwend blijft en niet standaardiseerbaar. Concluderend is de huisarts een combinatie van beide soorten professionals.

In het vormgeven van het zorgcentrum komen de bovenbeschreven kenmerken naar voren. Voorondersteld wordt dat deze kenmerken van invloed zijn op het vormen van een team en de vormgeving van de samenwerking. Onderzocht dient te worden op welke wijze deze kenmerken op elkaar worden afgestemd en welke invloed dit heeft op het einddoel: het zorgcentrum.

Elke professional heeft bepaalde motieven voor het maken van een keuze. In een zorgcentrum is het van belang dat alle neuzen dezelfde kant op staan, mede om de continuïteit van zorg aan de patiënt te waarborgen. Daarom is het belangrijk om erachter te komen waarop keuzes worden gebaseerd en welke verwachtingen er leven over de samenwerking tussen de verschillende professionals. In de volgende paragraaf wordt dit uiteengezet.

2.4 Het onbewuste

Zoals in de vorige paragraaf werd beschreven worden keuzes gemaakt vanuit bepaalde motieven. Keuzes worden bewust gemaakt maar komen vaak voort uit het onbewuste. Teruggaand in de tijd kijkend naar het onbewuste komen we bij Freud en Descartes. Descartes beweerde dat hij precies wist welke hersengedeelte gerelateerd waren aan het bewustzijn. Volgens hem was het bewustzijn iets wat niet in de hersenen zat het was iets onstoffelijks. Maar de pijnappelklier in de hersenen was volgens hem het stoffelijke orgaan dat informatie van het bewustzijn ontving. De klier fungeert als een soort antenne. Dijksterhuis (2007) stelt dat theorieën waarin beweerd wordt dat het bewustzijn in de hersenen zit, niet kloppen. Het bewustzijn kan niet op één specifieke plek gezocht worden. Filosofen zoals Locke en Leibniz hadden hun eigen mening over het bewustzijn. Centraal in de gedachten van de filosofen staat dat zij van mening zijn dat bewustzijnservaringen tot op zekere hoogte samenhangen met wat er daarvoor en daarna gebeurt. De mening van Leibniz en Locke over het onbewuste vult de mening van Descartes aan, aangezien zij ook geloven dat het onbewuste niet in de hersenen zit maar het iets is dat zich daar buiten afspeelt (Dijksterhuis, 2007).

Het denken over het onbewuste is sinds Freud ingrijpend veranderd. Zijn visie op het onbewuste was nogal onwetenschappelijk (Dijksterhuis, 2007: 36). Freud concludeerde dat het fout is om te beweren dat het bewustzijn alles kent wat in de geest plaatsvindt. Dit kan gewoonweg niet omdat in ons brein veel processen zich afspelen en de capaciteit van het bewustzijn klein is. Freud vond ook dat termen die we met ons bewustzijn associeerden, zoals ideeën en doelen, moesten gebruiken om het onbewuste te bestuderen. Deze termen die verwijzen naar hogere cognitieve processen, moeten niet voorbehouden zijn aan het bewustzijn, omdat we ook onbewust doelen en ideeën hebben. Zijn ideeën zijn niet meer van de huidige tijd maar waren destijds vooruitstrevend. Daarom spreekt Dijksterhuis ook van het moderne onbewuste, hij beschrijft het onbewuste als "een geheel van alle psychologische processen waarvan we ons niet bewust zijn, maar die ons gedrag of gedachten of emoties wel beïnvloeden". Deze definitie wordt tegenwoordig veel gebruikt (Dijksterhuis, 2007).

Het onbewuste heeft een grote rol. Het onbewuste kan veel informatie in korte tijd verwerken, meer dan bewustzijn kan. Dijksterhuis is van mening dat er drie manieren zijn om te kiezen. De eerste manier is een snelle keuze hierbij wordt niet of nauwelijks nagedacht. De tweede manier is de onbewuste manier; je neemt de informatie die belangrijk is in je op en je slaapt er vervolgens een nachtje over, voelt het nog steeds goed na het nachtje slapen dan kies je hiervoor. De derde manier is de bewuste manier; je neemt de informatie in je op en gaat vervolgens aandachtig alles analyseren en vervolgens neem je een goed afgewogen keuze (Dijksterhuis, 2007).

Gladwell beschrijft intuïtie als de kracht van denken zonder erbij na te denken. Het is iets puur rationeels hoewel het razendsnel en onbewust gebeurt. Dit is vergelijkbaar met de eerste manier om te kiezen van Dijksterhuis. Gladwell beziet het proces van besluitvorming van verschillende kanten en hij laat zien dat de snelle beslissing veel ingewikkelder is dan wordt gedacht (Gladwell, 2007). Sitskoorn beschrijft dat de algemene hersenstructuur door onze genen wordt vastgelegd maar we moeten ook beseffen dat niet alle verbindingen in het brein veroorzaakt en verklaard kunnen worden door onze genen. Hersenen zijn meer dan alleen een reflectie van genen, het is ook de combinatie van omgeving, gedrag en genen die je hersenen vormen. Alles wat je doet en meemaakt, oefent ieder dag weer zijn invloed uit op je hersenen. Alle individuele structuren in je hersenen vormen samen met hun verbindingen onderling en de communicatie die via deze verbindingen verloopt, je bewegingen, je waarneming, je denken en je voelen. Onbewuste processen bepalen de belangrijkste dingen in ons leven en dat van de mensen om ons heen. Het veroorzaakt dus gedrag (Sitskoorn, 2006). De vraag die nu rijst is hoe gedrag tot stand komt?

2.5 Gedrag

Volgens Brug et al (2007) leren mensen gedrag aan volgens leertheorieën wanneer aan een bepaalde stimulus een beloning wordt gekoppeld. Nieuw gedrag wordt aangeleerd door zelf een beloning te ervaren als we het gedrag uitvoeren, maar ook door bij anderen te zien dat hun gedrag wordt beloond. Verschillende leertheorieën verklaren waardoor het aanleren van gedrag plaatsvindt. Voorbeelden zijn: de Klassieke Conditioneringstheorie (Pavlov), de Operante Conditioneringstheorie en de Sociaal–Cognitieve theorie.

De Klassieke Conditioneringstheorie stelt dat gedrag is aangeleerd en ontstaat door de koppeling van een ongeconditioneerde stimulus aan een geconditioneerde stimulus. Bijvoorbeeld scholieren die zodra de pauze bel rinkelt op school, gevoel van honger en dorst krijgen.

De Operante Conditioneringstheorie stelt dat gedrag ook kan ontstaan door het belonen van gewenste response. Zo leren kleine kinderen dat ze door bepaald gedrag te vertonen een beloning kunnen krijgen, bijvoorbeeld als ze lief zijn krijgen ze snoep.

De Sociaal–Cognitieve theorie werd ontwikkeld door de sociaal- psycholoog Bandura als een verder uitwerking van zijn Sociale Leertheorie. Volgens de Sociaal–Cognitieve theorie wordt gedrag in vergaande mate bepaald door de verwachtingen die men van bepaald gedrag heeft. Verschillende aspecten spelen een rol zoals; verwachtingen over de consequenties in de sociale en fysieke omgeving, verwachtingen over de consequenties van persoonlijke acties en verwachtingen over of men in staat is een bepaalde actie uit te voeren (Brug et al, 2007:90).

Bandura benadrukt dat gedrag dynamisch is, en dat gedrag het gevolg is van de continue interacties en beïnvloeding tussen aspecten van de omgeving, de persoon en het gedrag van de personen. Mensen kunnen volgens Bandura leren doordat zij zelf het gedrag uitvoeren en de consequenties ervan zien maar ook door andere te observeren. Mensen kenmerken zich doordat zij zichzelf doelen stellen en strategieën hanteren om die doelen te bereiken, zoals zichzelf belonen, door oplossingen voor problemen te zoeken die zich op doen op weg naar het doel (Brug et al, 2007:91). Volgens de Sociaal- Cognitieve theorie ontstaat gedrag dus niet alleen door directe beloningsmechanismen, maar kan gedrag ook ontstaan door indirecte beloningsmechanismen zoals het waarnemen van gedrag van andere dat beloond wordt, en het imiteren van dit (beloond) gedrag. Gesteld kan worden dat we nieuw gedrag kunnen aanleren door zelf een beloning te ervaren als we het gedrag uitvoeren, maar ook door bij anderen te zien dat hun gedrag beloond wordt (Burg et al, 2007: 77).

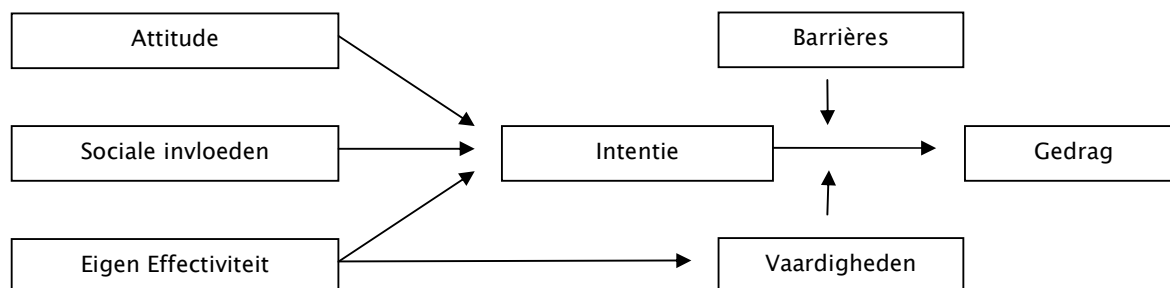
Gedrag wordt veroorzaakt door intrinsieke of extrinsieke factoren. Intrinsieke factoren, zijn factoren die vanuit iemands eigen wil of drang ontstaan en die niet of nauwelijks beïnvloedbaar zijn, vergelijkbaar met het onbewuste zoals in paragraaf 1.3 beschreven. Extrinsieke factoren zijn factoren van buitenaf die iemand beïnvloeden bepaald gedrag te vertonen. Gedrag is dan het gevolg van de continue interacties en beïnvloeding tussen aspecten van de omgeving, de persoon en het gedrag van de personen, zoals hierboven in de Sociaal- Cognitieve theorie ook beschreven wordt (Geen 1995).

Alle drie de theorieën veronderstellen dat aangeleerd gedrag in oorsprong is ontstaan door een reactie op een stimulus. Soms zijn de reacties tamelijk onbewust (weet niet dat je op een prikkel reageert) en niet – intentioneel (zonder duidelijke bedoeling om een bepaalde handeling uit te voeren). Deze reacties worden automatisch genoemd.

Voor het zorgcentrum verwacht ik dat de professionals (naast de automatische reacties, die elk individu vertoont) veelal automatisch gedrag vormen volgens de Sociaal- Cognitieve theorie, de andere theorieën laat ik buiten beschouwing. De professionals in het zorgcentrum vormen een team dat een gemeenschappelijk doel nastreeft. Individuele successen zijn ook collectieve successen, dus ik verwacht dat het succes van een collega stimulerend kan werken voor de andere professionals. Dit kan mogelijk hetzelfde succesvolle gedrag teweeg brengen bij deze andere professionals. Daarnaast zal in het zorgcentrum sprake zijn van voortdurende interactie tussen, huisartsen en patiënten. In dit onderzoek wil ik uitvinden of bovenstaande aannames correct zijn. Is het inderdaad zo dat de huisartsen successen van individuele collega's stimulerend vinden? Welke invloed heeft dit op hun gedrag? Welke invloed heeft dit op hun keuzes en ideeën?

2.6 Attitude

Hierboven wordt gedrag uitgelegd en verschillende theorieën over gedrag. Naast dat een stimulus een bepaald gedrag kan beïnvloeden of creëren, speelt attitude ook een rol bij het tot stand komen van gedrag. Brug et al (2007) beschrijft dat de attitude een houding van iemand weerspiegelt ten aanzien van bepaalde onderwerpen. Baron & Byrne (2000) geven de volgende definitie: "attitudes zijn evaluaties van diverse aspecten van de sociale wereld/ omgeving" (Baron & Byane 2000). Attitudes zijn redelijk stabiel over de tijd en geven richting aan gedrag, net als gedrag richting geeft aan attitudes. Mensen kunnen een bepaalde attitude hebben over bepaald gedrag. Attitudes worden gevormd mede op basis van eerdere leerervaringen en overige ervaringen. Ze zijn niet altijd gebaseerd op logisch verstandelijke overwegingen, maar ook op diepgewortelde gewoonten en niet – rationele overtuigingen (Brug et al, 2007:81). Het lijkt of attitudes zowel door het bewuste als het onbewuste worden gevormd. Daarnaast speelt iemands sociale omgeving een rol in de totstandkoming van gedrag, zoals te zien is in de figuur hieronder.



Figuur 1. Schematische weergave van het ASE-model (De Vries et al., 1988).

Het ASE-model is in Nederland ontwikkeld door De Vries et al, 1988. Het model betekent Attitude, Sociale invloed en Eigen effectiviteitverwachting. Het model gaat net als de Sociaal-Cognitieve theorie ook uit van de sociale invloed, de houding (attitude) van een persoon en de verwachting over de eigen effectiviteit. Het ASE-model onderscheidt drie soorten sociale invloeden namelijk; subjectieve normen, sociale steun of sociale druk en modellering of voorbeeldgedrag (Brug et al, 2007:93). Dit kan gezien worden als een model om de persoonlijke factoren, eigenschappen, communicatieve vaardigheden en verantwoordelijkheden plus de effectiviteit van handelen van de actoren zoals Van Dijk en Wapstra (2005) beschreven te achterhalen. De motieven die Greve en Vrakking (1983) benoemen om samenwerking te verklaren, namelijk het winstmotief, afhankelijkheidsmotief en het normatieve motief worden in het ASE – model teruggevonden in het blokje intentie.

Juist omdat bij het zorgcentrum grote sociale belangen meespelen, lijkt het voor de hand te liggen dat het gedrag van de huisartsen in sterke mate wordt bepaald door deze sociale invloeden.

Bepaalde modellen kunnen gedrag verklaren, enkele voorbeelden hiervan zijn in paragraaf 1.4 beschreven, namelijk; de Sociaal-Cognitieve theorie, de Klassieke Conditioneringstheorie, de Operante Conditioneringstheorie en het hierboven beschreven ASE-Model. In dit onderzoek zal de nadruk liggen op de Sociaal-Cognitieve theorie en het ASE-Model. Beide modellen lijken het meest aan te sluiten bij het uitgaan van de invloed die de omgeving kan hebben op gedrag, en dit draagt ook bij aan de keuzes die iemand maakt.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Hoe de interne en externe betrouwbaarheid gewaarborgd is. Ook wordt er behandeld hoe de interne en externe validiteit van het onderzoek gewaarborgd is.

3.1 Uitvoering onderzoek

Om tot antwoorden op de deelvragen te komen, is een 'case study' uitgevoerd. '... in which the researcher explores in depth a program, an event, an activity, a process, or one or more individuals' (Cresswell, 2003:15). Om diepgaandere informatie te verkrijgen heb ik face-to-face interviews gehouden met de verschillende professionals die werkzaam zullen zijn in het nieuwe zorgcentrum. Ik heb zeven professionals die gaan werken in het zorgcentrum geïnterviewd. Omdat nog niet geheel vaststaat welke overige professionals daadwerkelijk in het zorgcentrum gaan werken, heb ik mij beperkt tot de professionals die toegezegd hebben te participeren in het zorgcentrum. Professionals die wel interesse hadden, maar niet kiezen voor participatie worden buiten beschouwing gelaten.

Voordat de interviews gehouden werden, heb ik een interviewprotocol opgesteld op basis van het theoretisch kader. Dit protocol bevatte de interviewvragen aan de hand waarvan ik met de verschillende respondenten in gesprek ben gegaan. Het protocol heb ik aangepast naar aanleiding van de antwoorden op de vragen, zodat ik tijdens de interviews meer diepgang kon krijgen. De informatie die ik op bovenstaande manieren heb verkregen, heb ik vervolgens geanalyseerd. De interviews heb ik letterlijk uitgewerkt en gecodeerd op termen zoals samenwerken, voordeel en nadeel, taakverdeling, verantwoordelijkheid, patiëntbelang, teamvorming, autonomie, ASE – model en continuïteit van zorg.

Het doel wat ik voor ogen heb gehouden, is erachter te komen waarom een professional wil gaan samenwerken in het zorgcentrum en hoe hij tot deze keuze is gekomen. 'Case study involves a detailed description of the setting or individuals, followed by analysis of the data for themes or issues' (Stake 1995; Wolcott 1994 in Creswell 2003:191). Bij de analyse van de data heb ik gebruik gemaakt van een aangepast stappenplan naar Creswell (Creswell 2003:191-195):

1. Organiseren en voorbereiden – in deze fase heb ik de interviews en fieldnotes uitgewerkt en vervolgens geordend. De interviews zijn op band opgenomen waarna ik ze letterlijk heb uitgewerkt.
2. Lees de data globaal om een globaal beeld te vormen – in deze fase heb ik de data gelezen om een idee te krijgen van de betekenis ervan.
3. Start gedetailleerde analyse met behulp van een coderingsproces – in deze fase heb ik de data in categorieën geordend en deze categorieën heb ik gelabeld met

behulp van termen, zoals: samenwerken, motivatie, verwachting, voor- en nadelen, besluitvorming, invloed op keuzen, attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit.

4. Bedenk hoe de beschrijvingen en thema's gepresenteerd zullen worden in de scriptie (hoofdstuk resultaten) – in deze fase werd een opzet van de scriptie (hoofdstuk resultaten) gemaakt. Daar werd gedurende het hele onderzoek en vooropzet al aan gewerkt, onderdelen uit het projectvoorstel zijn ook meegenomen in de uiteindelijke scriptie. In deze fase werd als het ware de vraagstelling beantwoord en zijn aanbevelingen gedaan.
5. Interpreteer de data – in deze fase is de koppeling gemaakt tussen de gevonden literatuur en de data die ik heb verzameld door middel van de gedane interviews.

De opzet was om gedurende het uitvoeren van dit stappenplan tot antwoorden te komen op mijn deelvragen, om uiteindelijk aan de hand van die antwoorden de probleemstelling te beantwoorden.

Ieder onderzoek moet voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria: interne en externe betrouwbaarheid, en interne en externe validiteit. Het onderzoeksontwerp en de uitvoering van het onderzoek moeten steeds aan deze eisen voldoen (Segers & Hutjes 1999).

3.2 Betrouwbaarheid

De mate van betrouwbaarheid is afhankelijk van de aan- of afwezigheid van toevallige of onsystematische vertekeningen. Aangezien ik de dochter ben van één van de huisartsen weet ik dat dit ertoe kan leiden dat de huisartsen niet geheel open zijn tijdens hun interview. Daarom heb ik mij voorgesteld als Marleen Hak en niet de dochter van, gedurende het onderzoek heb ik mijn vader niet mee laten lezen en heb ik niets verteld over de uitkomsten van de interviews. Op deze manier wordt het onderzoek betrouwbaar en kunnen de huisartsen hun mening uiten in vertrouwen. Ik heb dit opgenomen in mijn interviewprotocol en gezorgd dat uitspraken en resultaten die beschreven worden in de scriptie niet herleidbaar zijn tot één van de respondenten.

De interne betrouwbaarheid is de mate van waarborging van gegevens binnen het onderzoekstraject. Het onderzoek moet consistent zijn in beargumentering, in het gebruik van methode, in theoretische begrippen en ten slotte in de wijze waarop de analyse heeft plaatsgevonden (Segers & Hutjes 1999). De interne betrouwbaarheid heb ik gewaarborgd door:

- Voortdurend de context van de interviews en de personen af te zetten tegen wat gezegd werd. Gedurende de interviews en de uitwerking hiervan heb ik achtergrond en functie van de respondent voortdurend in ogenschouw gehouden.

- De resultaten heb ik teruggekoppeld naar de respondenten, om erachter te komen of ik de antwoorden op mijn vragen goed heb geïnterpreteerd.

De externe betrouwbaarheid heb ik gewaarborgd door:

- De herhaalbaarheid zo groot mogelijk te maken. Dit heb ik gedaan door middel van een goed basis interview protocol. Vanuit deze basis zijn alle interviews opgesteld, met eventuele aanvullingen en weglatingen van vragen.
- Het onderzoek heb ik zo transparant mogelijk opgezet. Dit heb ik gedaan door mezelf voor te stellen, allereerst bij het maken van de afspraak voor het interview en vervolgens voorafgaand aan het gesprek. Tevens heb ik voorafgaand aan het gesprek uitgelegd wat het doel van mijn onderzoek was en hoe het onderzoek wordt uitgevoerd.

3.3 Validiteit

De interne validiteit heeft betrekking op de vraag of je meet wat je wilt weten en op de vraag of je weet wat je wilt meten. De argumentatie en de redeneringen die in het onderzoek worden gebruikt moeten overeenkomen met de verkregen informatie uit het onderzoek.

Hieronder volgen enkele procedures en ideeën die ik gedurende het onderzoek heb gebruikt om de plausibiliteit en geldigheid van mijn onderzoek te ondersteunen (Segers & Hutjes 1999):

- De onderzoeksopzet heb ik nauwgezet gevolgd.
- Gedane interviews heb ik letterlijk uitgewerkt.
- In de beschouwing heb ik zowel de goede punten als de verbeterpunten van het onderzoek vermeld.

De externe validiteit is de mate van generaliseerbaarheid van de resultaten van onderzoek naar de gehele populatie. Daarnaast is het van belang de afwegingen te maken of de uitspraken die de onderzoeker doet in zijn onderzoek verantwoord zijn, en of de onderzoeker daadwerkelijk antwoord geeft op de door hem opgestelde onderzoeksvragen (Segers & Hutjes 1999).

De externe validiteit heb ik gewaarborgd door:

- Steeds gedurende het onderzoek heb ik geëvalueerd, waar nodig aanpassingen gemaakt en het interviewprotocol aangepast dan wel bijgewerkt.

3.4 Ethische aspecten van onderzoek

Ethische aspecten van onderzoek komen terug in alle facetten van het onderzoek, zowel bij de data verzameling als bij de interpretatie van de verzamelde data. De deelname aan het onderzoek was geheel vrijwillig.

Nadat ik mij had voorgesteld tijdens het interview, heb ik kort uitgelegd wat het onderzoek inhield en wat het doel was, zodat het nog duidelijker was waar de respondenten aan mee werkten. De anonimiteit is gewaarborgd door de respondenten niet met hun naam te noemen maar met letters. De uitgewerkte interviews waren geheel anoniem en in de verschillende interviews is niet gesproken over de antwoorden van de andere respondenten. Tijdens het schrijven is regelmatig nog contact geweest met de respondenten zodat het zeker was dat de antwoorden goed zijn geanalyseerd.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken die uit het empirisch onderzoek naar voren zijn gekomen.

4.1 Samenwerken

Uit de interviews blijkt dat alle geïnterviewde verschillende ideeën hebben over de toekomstige samenwerking. Als belangrijkste punt om te gaan samenwerken kwam naar voren uit de interviews het klantbelang. Elke respondent was het eens dat de snelheid van zorg en de efficiëntie van zorgverlening of beter genoemd de kwaliteit van zorg voor de patiënt het belangrijkste is. De verschillen kunnen worden onderverdeeld in de volgende termen namelijk: verantwoordelijkheid, kostenaspect, marktpositie, rol van de overheid en taken. De verantwoordelijkheid is verdeeld daardoor kunnen de professionals makkelijker nascholen en een vrije dag nemen omdat het centrum dan niet dicht hoeft aangezien de collega's wel werken. Op deze momenten is het mogelijk om de verantwoordelijkheid over te dragen aan een collega. De professionals blijven verantwoordelijk voor hun eigen patiënten maar samen delen zij de verantwoordelijkheid voor de efficiëntie en snelheid van zorg. Tenzij de professional of maatschap enkel de ruimte huurt dan wordt er niet echt samengewerkt maar kunnen zij wel gebruik maken van elkaars expertise.

“Een echte samenwerking zal er niet komen tussen ons, ik heb mijn eigen maatschap maar de contacten met mijn collega's die niet in mijn maatschap zitten wil ik wel benutten” (respondent G).

Doordat zij gaan samenwerken onder één dak kunnen de kosten gedrukt worden zo ontstaat 'overhead'. De 'overhead' is minder, de professionals draaien namelijk gezamenlijk op voor de abonnementskosten van bijvoorbeeld de telefoon en gas & licht, maar één soort briefpapier is nodig en minder personeel dan er nu bij elkaar opgeteld in de solopraktijken werkt. Door de samenwerking versterken zij ook hun marktpositie, de professionals werken onder één dak met elkaar maar ook met andere zorgverleners zoals bijvoorbeeld fysiotherapeuten en verloskundigen. Zo worden zij aantrekkelijker om naar toe te gaan omdat het eventuele zorgtraject wat een patiënt moet af leggen zo goed als zeker onder hetzelfde dak en mogelijk zelfs op dezelfde dag kan worden afgelegd. De rol van de overheid was ook een punt wat naar voren kwam in de interviews, hier waren verschillende ideeën over, de een voelde zich namelijk gedwongen terwijl een ander juist aangeeft gesteund te worden door de overheid.

“de overheid is niet sturend, zij zullen nooit een solo praktijk verbieden” (respondent D).

Als laatste term wordt taken genoemd, het is duidelijk dat er verschillende ideeën bestaan over de wijze van uitvoering van taken, dit omdat er verschillende ideeën zijn hoe de toekomstige samenwerking gezien wordt. Het kan gezien worden als de vorm van een maatschap waarin iedereen zijn eigen taak heeft met de zorg van de patiënt voorop, tevens ziet hij ook de mogelijkheid dat er diversificatie in taken komt, dat de één bijvoorbeeld meer de management kant op gaat en de ander bijvoorbeeld meer kleine chirurgische ingrepen uitvoert. Op die manier kan iedereen zijn taak goed uitoefenen en ook zijn eigen ambities uitoefenen. Ook wordt de term ketenzorg genoemd, hiermee wordt bedoeld dat een ieder zijn eigen taak heeft, en alles direct bij elkaar zit waardoor de zorgverlening makkelijker wordt. Op deze manier hopen zij de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen en waar nodig te verbeteren.

“zodat iedereen zijn hobby's kan uitvoeren binnen de zorg en dat je samen de kar trekt”
(respondent C).

Zoals hierboven al beschreven wordt zijn er nogal wat verschillende ideeën over de taken en de wijze waarop de samenwerking wordt vormgegeven. In de vorm van een maatschap met eigen verantwoordelijkheid dan wel ketenzorg. Het belangrijkste wat alle respondenten vinden is dat iedere professional verantwoordelijk is en blijft voor zijn eigen daden en beslissingen.

4.2 Teamvorming

De meningen van de respondenten over hoe zij in het zorgcentrum Hellevoetsluis in het team moeten en gaan samenwerken, lopen erg uiteen. Dit omdat de motivatie om in het team te gaan werken zo verschillend is bij de professionals zoals in de vorige paragraaf reeds uiteen is gezet. Tevens hebben de professionals nog nooit in een soortgelijk teamverband samengewerkt, enkel hebben zij de diensten verdeeld en voor elkaar waargenomen in vakanties. Opvallend is dat sommige professionals verwachten om hun eigen patiënten te 'houden' en andere professionals juist de insteek hebben om met elkaar de totale populatie van patiënten/ cliënten 'te verdelen'.

“voor alle klachten hoef je niet altijd dezelfde dokter te hebben voor oorspijn maakt het mij bijvoorbeeld niet uit welke dokter ik krijg maar....., dus ik denk dat je een systeem moet hebben waarin de eerste aanspreekbaar is, en dat je dat wil je ook de afspraak kunt maken bij die dokter, dus dat je de keus krijgt van je kan woensdag bij je eigen dokter of als haast hebt kan je vanmiddag al bij die terecht, wat wil je? Keus bij de patiënt, past ook wel in deze tijd” (Respondent C).

Pas als ze samen in het pand zitten weet je echt of en hoe het team gevormd wordt. Dan wordt duidelijk hoe een ieder functioneert binnen de muren van het zorgcentrum en of de samenwerking daadwerkelijk een succes wordt.

"Of wij met z'n allen een team worden? De tijd zal het moeten leren" (respondent F).

4.3 Voor - en nadelen van samenwerken

De toekomstige samenwerking in het zorgcentrum heeft voordelen maar helaas ook nadelen. Een pand een locatie heeft als voordeel het veiligheidsaspect, gedeelde kosten aspect en personeel wat gedeeld wordt. De overhead is minder, je draait namelijk gezamenlijk op voor de abonnementskosten van bijvoorbeeld de telefoon en gas & licht, je hebt maar één soort briefpapier nodig, minder personeel dan er nu bij elkaar opgeteld in de solopraktijken werkt. Door het werken onder één dak ook gelijk een plek is om FTO's (farmacotherapie overleg, overleg van artsen en apothekers als nascholing) te beleggen. Doordat de professionals een pand + locatie delen kunnen overleggen over bijvoorbeeld de wijze van behandeling. Op die manier kunnen zij hun kennis delen, er is bijvoorbeeld één huisarts gespecialiseerd in 'reizigerszorg'. Als je in een soortgelijk samenwerkingsverband zit ben je niet meer alleen verantwoordelijk voor je praktijk; elke huisarts heeft zijn eigen patiënten daar is hij verantwoordelijk voor en elke huisarts is verantwoordelijk voor zijn daden en beslissingen maar door de samenwerking zitten de patiënten nooit zonder zorg mocht hun arts om wat voor reden dan ook afwezig zijn Dit wordt als een groot voordeel gezien.

"Groot voordeel is dat we kunnen overleggen, je kunt als het ware een second opinion vragen aan je collega.... En je kunt makkelijker een dag vrij nemen of gaan nascholen omdat je weet dat de zorg voor de patiënt er sowieso zal zijn omdat je collega's wel die dag werken" (respondent D).

Als nadeel wordt gezien dat zij een stuk van hun zeggenschap kwijt raken, en je moet meer gaan delen en dit kan problemen met zich mee brengen. Ze raken een stuk(je) van hun professionele autonomie kwijt. Terwijl ze juist allemaal graag zelfstandig willen blijven binnen het zorgcentrum, alleen er zal rekening moeten worden gehouden met de andere professionals. Alle huisartsen die gaan werken in het zorgcentrum nemen impliciet de keuze om hun eigen patiënten te houden. Deze keuze wordt gemaakt omdat zij op deze manier het voor de patiënten zo makkelijk mogelijk hopen te maken. En de continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd. Alleen de maatschap die zijn intrek in het zorgcentrum neemt heeft al de struc-

tuur waarin de patiënten verschillende artsen zien per bezoek, deze wisseling van artsen vindt alleen plaats binnen de maatschap.

“door de samenwerking raken we wel onze autonomie voor een deel kwijt, terwijl de meeste van ons juist daarom ervoor gekozen hebben om huisarts te worden voor de zelfstandigheid” (respondent E).

In het zorgcentrum zal een back office en een front office voor de assistentes zijn, het probleem is de hoeveelheid assistentes die dadelijk werkzaam zullen werken. Zij zijn gehecht aan 'hun' arts waar ze al jaren mee samen werken maar ze moeten ook gaan werken voor de andere artsen. De assistentes zijn ook bang dat een deel van hun zelfstandigheid wordt afgenomen die zij nu hebben bij de arts waarvoor zij werken. De respondenten hebben in een algemeen overleg gebrainstormd over dit mogelijke probleem en zij willen dit zien te voorkomen door teambuilding, uitgebreide kennismaking en een evaluatieproces.

“hoe erg vanuit de werkgever wie het daar dan ook is, gezegd wordt je moet dit doen dat doen en dan wordt je ineens daarin gezet hier hebben ze een zekere vorm van vrijheid, hebben niet zoveel zin om voor andere huisartsen te werken, willen het gewoon niet, denk dat het heel moeilijk is voor een assistente om voor verschillende huisartsen te werken” (respondent B).

Zoals aan het begin van de paragraaf beschreven wordt brengt het werken op één locatie en in één pand een stuk veiligheid met zich mee. Toch worden hierin problemen gezien met het zicht op de openstelling in de avonduren. De vraag die reist, is of de benodigde veiligheidsmaatregelen zoals afgesloten ruimtes en gepantserd glas getroffen kunnen worden binnen het pand.

“Goed plan, is natuurlijk onzin om op verschillende plekken te zitten, vindt het mooi dat daar de dienstapotheek daar komt, daar hebben wij natuurlijk hele nauwe samenwerking mee... alles in een pand is prima, ook voor de bevolking is dat prima, je weet precies waar je heen moet” (respondent A).

4.4 Patiënten

Groot voordeel van de samenwerking in het zorgcentrum voor de patiënten is de continuïteit van zorg, dit houdt in dat zij makkelijker kunnen doorstromen naar andere professionals als zij specifieke zorg nodig hebben aan de hand van de gestelde diagnose. Een ding dat zeker is, is dat de patiënten aan de samenwerking moeten wennen, daar dit inherent is aan veran-

dering. Daarom wordt zo goed mogelijk op de wens van de patiënt/ cliënt ingespeeld. Zij zullen een systeem gaan ontwikkelen waarin de patiënt centraal staat, hij mag zelf aangeven of hij direct geholpen wil worden maar dan door een andere arts dan zijn eigen huisarts of dat hij liever later een afspraak wil bij zijn eigen huisarts. Dus niet het systeem van inplannen daar waar plek is. Zij gaan de keus bij de patiënt leggen. Het is dus mogelijk dat een patiënt van een arts geholpen wordt door zijn collega. De patiënten staan op naam van hun huisarts en deze declareert de behandeling ongeacht welke arts deze heeft gedaan, zij werken dus met 'gesloten beurzen'.

"voor alle klachten hoef je niet altijd dezelfde dokter te hebben voor oorspijn maakt het mij bijvoorbeeld niet uit welke dokter ik krijg maar....., dus ik denk dat je een systeem moet hebben waarin de eerste aanspreekbaar is, en dat je dat wil je ook de afspraak kunt maken bij die dokter, dus dat je de keus krijgt van je kan woensdag bij je eigen dokter of als haast hebt kan je vanmiddag al bij die terecht, wat wil je? Keus bij de patiënt, past ook wel in deze tijd" (Respondent C).

Opvallend is dat de jonge garde hier anders in staat dan de 'oudere' langer zittende garde. Zij verwachten namelijk wel dat de patiënt zijn eigen arts houdt voor welke aandoening dan ook, een patiënt ziet alleen een andere arts wanneer de eigen arts dat nodig acht. De verwachting is namelijk dat als je de keuze bij de patiënt gaat leggen kan het zijn dat de ene arts het druk heeft en de andere niet, omdat hij geliefder is bij de patiënten. Maar dat is de bedoeling niet van dit zorgcentrum.

"je bent nog wel huisarts maar je wordt een huisarts in dienst van het centrum. Nemen onze eigen patiënten mee en doen zoals we het gewend waren...." (respondent B).

4.5 Invloed op keuzen

Hetgeen wat het meeste van invloed was bij de keuze om te gaan samenwerken in het zorgcentrum is voor elke zorgverlener anders omdat het allemaal andere individuen zijn met een ander toekomst beeld. Elke professional heeft een attitude, sociale invloed en een idee over zijn eigen effectiviteit. Dit kan worden teruggevoerd naar het ASE model. Attitude: uit de interviews blijkt dat elke professional er positief tegenover staat anders gaan ze überhaupt al niet samenwerken in het zorgcentrum, zij hebben één gezamenlijk doel namelijk de patiënt zo snel mogelijk en zo efficiënt mogelijk helpen, kwaliteit van zorg staat voorop.

"je bent nog wel huisarts maar je wordt een huisarts in dienst van het centrum. Nemen onze eigen patiënten mee en doen zoals we het gewend waren...." (respondent B).

Sociale invloed; is de invloed die door mensen om je heen wordt uitgeoefend dit hoeft niet bewust te gaan zo blijkt ook uit de interviews. Een professional geeft aan dat hij wil gaan samenwerken omdat zij vrouw ook in de zorg werkt als het ware oefent zij hierdoor invloed uit op zijn keuze. In het nieuwe zorgcentrum gaat een respondent alleen ruimte huren omdat hij wordt gedwongen door de gemeente om te verkassen aangezien op zijn huidige locatie niet genoeg parkeerruimte is, dit kan ook worden gezien als sociale invloed, mede omdat de omwonende ook inspraak hebben gehad. Nog een punt wat opvalt, is dat enkele respondenten zich verplicht voelen naar de collega's toe om te gaan samenwerken in het zorgcentrum. Doordat zij al meedoen en op dit moment de diensten en waarnemingen worden verdeeld onderling kunnen zij niet achterblijven.

Tot slot de eigen effectiviteit hieronder wordt verstaan of de professional zichzelf ziet werken in het zorgcentrum of anders gezien ziet werken als solist. Het is opvallend dat de jongere garde zichzelf niet als solist ziet werken en deze juist willen samenwerken terwijl de oudere zich juist prettig voelen als solist. Zij hebben hun eigen setting, hierin zouden ze op de oude voet verder kunnen gaan maar om met de tijd mee te gaan willen ze toch gaan samenwerken in het zorgcentrum. Allemaal hebben de professionals een duidelijk toekomstperspectief met als doel de kwaliteit van zorg voor de patiënt te waarborgen dan wel te verbeteren wat zij gaan doen in het zorgcentrum.

".....met een aantal artsen heb je de bulk patiënten om het veilig te houden en het is goedkoper dan in het ziekenhuis, de overheid ziet dat natuurlijk wel zitten, als jullie dat voor minder gaan doen, worden zij er wijzer van en wij worden er wijzer van dat kan je alleen gaan doen als je goed samenwerkt" (respondent C).

Een van de professionals verwacht dat hij door te gaan samenwerken in het zorgcentrum een monopoliepositie kan verwerven doordat hij verzekerd is van een continue patiëntenstroom naar zijn 'winkel'. Opvallend is dat elke professional het wel ziet zitten om te gaan samenwerken in het zorgcentrum en zij ook verwachten dat zij het kunnen, door middel van overleg en mogelijkheid tot doorverwijzen naar collega's wordt de zorgverlening multidisciplinair. Maar uit de interviews komt ook naar voren kwam dat het erg moeilijk is om tot een goede samenwerking te komen onder huisartsen omdat ze allen erg gehecht zijn aan hun eigen setting en manier van werken.

"Huisartsen zijn van die familieboertjes, willen dat lekker zo houden, dat is moeilijk hoe ga je dat veranderen" (respondent C).

Hoofdstuk 5 Discussie

In dit hoofdstuk wordt besproken hoe de literatuur gerelateerd is aan de resultaten en wat daarbij opgevallen is, en tot slot wordt een reflectie gegeven op het onderzoek.

5.1. Samenwerken

Van Dijk en Werpstra (2005) geven als definitie: "samenwerken is een competentie waarin je jouw gedrag laat zien en dat je het stimulerend vermogen hebt om met anderen te werken aan een gemeenschappelijk doel, waarbij je de kennis hebt om te leren van je eigen en van ander mans kwaliteiten". Verschillende motivaties kunnen goed naast elkaar bestaan omdat ze elkaar niet in de weg zitten, het zijn namelijk motieven die niet in elkaar verstrengeld zijn. Uit de interviews komt naar voren dat een professional gaat samenwerken in het zorgcentrum om zijn praktijk goed over te doen aan zijn opvolger. De opvolger wil graag samenwerken omdat hij niet als solist wil werken hij wil de verantwoordelijkheid kunnen delen. Alle professionals hebben een gezamenlijk doel namelijk de kwaliteit van zorg voor de patiënt waarborgen en waar nodig verbeteren. Competenties van professionals zijn verschillend zoals blijkt uit de interviews namelijk één van de professionals is gespecialiseerd in reizigerszorg en een ander in kleine chirurgische ingrepen. Door de samenwerking in het zorgcentrum kunnen zij zich hierin nog verder specialiseren en kunnen de collega's leren van de expertise van deze collega's. Van Dijk en Werpstra (2005) noemen ook een aantal factoren die van belang zijn om tot een goede samenwerking te komen. Zoals persoonlijke kwaliteiten, eigenschappen en communicatieve vaardigheden. Uit de interviews komt naar voren dat alle respondenten verwachten dat iedere professional zijn eigen taak zal hebben in het zorgcentrum, en dat ieder zich kan specialiseren zodat hij zijn persoonlijke kwaliteiten kan uitbouwen zoals hierboven ook beschreven is. Tevens is interactie met collega's via informeren, onderhandelen, besluiten nemen en omgaan met conflicten van belang. Het is belangrijk dat de inhoud en activiteiten zodanig afgestemd worden dat zo effectief en efficiënt mogelijk het einddoel wordt gerealiseerd (Van Dijk en Werpstra, 2005). De verwachtingen die de respondenten hebben is dat er zeker overleg zal plaats vinden over bepaalde cases, er zal interactie zijn tussen collega's maar dit is niet zo expliciet verteld. Wat wel naar voren kwam is dat ze een overlegmoment willen invoeren waarin zij bij elkaar komen en kunnen bespreken hoe de samenwerking verloopt en wat veranderd moet worden. Dit is erg belangrijk om tot een goed gezamenlijk doel en samenwerkingsverband te komen

Greve en Vrakking (1983) hebben drie modellen waarin wordt geprobeerd de theorieën voor de verklaring van het ontstaan en voortbestaan van samenwerking uit te leggen. Het winstmotief, afhankelijkheidsmotief en normatieve motief. In het zorgcentrum komen alle drie de motieven tot uiting, dit blijkt uit de interviews. Een respondent heeft duidelijk het winstmotief

voor ogen daar hij vooral vanwege de kostenbesparing wil gaan samenwerken, maar ook omdat hij door te gaan samenwerken door overleg en personeeldeeling zijn eigen voordelen kan behalen. Het winstmotief betekent namelijk dat ze door ruil en coalitievorming direct hun eigen voordelen behalen die anders niet haalbaar zouden zijn. Het afhankelijkheidsmotief is dat de ene partij voor de ander noodzakelijke hulpbronnen heeft. Dit is het geval voor de respondent die zijn huidige praktijkvoering binnenkort niet meer op de betreffende locatie mag uitvoeren, hij is dus de partij die de noodzakelijke hulpbron (een locatie waar wel voldoende parkeergelegenheid is en geen omwonende die klagen) nodig heeft. De andere respondenten zien het niet als een probleem daar er voldoende ruimte beschikbaar is in het zorgcentrum en doordat de respondent zijn intrek neemt in het zorgcentrum biedt het ook perspectieven voor de andere respondenten aangezien nog een professional met wie kennis gedeeld kan worden. Het normatieve motief houdt in dat partijen samenwerken om een waardevol geacht collectief goed te bereiken, dit doen alle professionals die werkzaam zijn in het zorgcentrum daar zijn allemaal streven naar een kwalitatief goede en snelle zorgverlening aan de patiënt.

Door middel van samenwerking worden de professionals ook een groep. Remmerswaal (2001) beschrijft vormen van groepen. De huisartsen die samen werken binnen het zorgcentrum vormen een groep, zij zijn een subgroep van een groter geheel. Binnen het zorgcentrum gaan namelijk meerdere professionals van verschillende disciplines samenwerken. De definitie van een groep: een verzameling personen met een of andere identieke eigenschap: een gezamenlijk doel of gemeenschappelijk waarden. De gehele groep professionals die in het zorgcentrum werken hebben zeker één gezamenlijk doel namelijk de best mogelijke zorg leveren aan de patiënt. De identieke eigenschap die zij allemaal hebben is dat zij eerste lijn hulpverleners zijn. De interactie die zij hebben zal het meest tussen collega's van dezelfde discipline zijn, waardoor ze naar mijn mening een subgroep vormen binnen een grotere groep. Door overleg kunnen zij komen tot gezamenlijke behandelplannen dan wel het beste behandelplan voor de patiënt. Het is van groot belang dat de groep een team gaat vormen ter bevordering van de kwaliteit van zorg dit wordt in de volgende paragraaf uiteengezet.

5.2. Teamvorming

Van Dijk en Werpstra (2005) beschrijven fasen die doorlopen moeten worden om van een groep een team te maken. In het zorgcentrum zal dit ook moeten gebeuren. Er zijn acht fasen, namelijk: erkenning, positionering, stabilisering, stagnering, uitbarsting, verbetering, samenwerking en scheiding. Wat duidelijk naar voren komt is dat samenwerking nooit stil staat, je kunt de acht fasen doorlopen maar daarmee is het niet klaar, het is als het waren een cirkel. Aangezien het zorgcentrum nog in zijn kinderschoenen staat zitten zij in de eerste fase, waarin gericht vragen worden gesteld om erbij te horen. Op dit moment zijn ze nog

steeds opzoek naar professionals van verschillende disciplines om in het zorgcentrum te gaan werken. Zodra dit duidelijk is kunnen ze door naar de volgende fase. Zoals Weggeman beschrijft zijn er twee soorten professionals, I en R professionals. In het zorgcentrum zullen beide soorten werkzaam zijn. Aangezien verschillende professionals gaan werken en deze van verschillende disciplines zijn, de een zal vooral improviserend werken en de ander routine matig en de volgende is een combinatie van beide. Ondertussen hebben meerdere professionals van verschillende disciplines dan wel dezelfde disciplines toegezegd te gaan samenwerken in het zorgcentrum, hierdoor komen zij in de volgende fase de positioneringfase waarin vragen gericht op het innemen van een positie ten opzichte van andere groepsleden die tegelijkertijd de machtsstructuur in de groep aangeven worden gesteld. Hierbij kan gedacht worden aan de positie van de apotheek ten opzichte van de huisartsen, de apotheker heeft heel veel macht, hierdoor kan hij monopolist worden in Hellevoetsluis. Dit zal niet van invloed zijn op de samenwerking tussen de verschillende disciplines. Tevens is van invloed op samenwerken in het zorgcentrum de wijze waarop de professionals tot de keuze zijn gekomen om te gaan samenwerken, in de volgende paragraaf wordt uiteengezet hoe keuzen gemaakt worden en wat daarop van invloed is.

5.3. Maken van keuzen

In het boek van Dijksterhuis (2007) komt naar voren dat keuzes worden gemaakt vanuit bepaalde motieven, zij worden vaak bewust gemaakt maar komen voort uit het onbewuste. Hij is van mening dat het onbewuste niet in de hersenen zit maar iets is wat daarbuiten afspeelt. Het onbewuste heeft een zeer grote rol, het kan veel informatie in korte tijd verwerken. Volgens Dijksterhuis (2007) zijn er drie manieren om te kiezen. Een snelle keuze waar niet of nauwelijks wordt nagedacht, de onbewuste manier waarbij je de informatie die belangrijk is in je opneemt en je een nachtje erover slaapt en vervolgens als het goed blijft voelen de keuze maakt. De derde manier is de bewuste manier waarbij je de informatie in je opneemt en je vervolgens gaat analyseren en uiteindelijk een goed overwogen keuze maakt. De professionals werken nu al samen doordat zij diensten en waarnemingen onderling verdelen. Op een gegeven moment kwam ter sprake dat zij eigenlijk allen opzoek waren naar een geschikte locatie om een multidisciplinair zorgcentrum neer te zetten. Vervolgens zijn zij gaan brainstormen over bijvoorbeeld de locatie en de vorm. Voor zichzelf hebben zij de voor en nadelen op een rij gezet en hebben zij gekeken naar hun verwachtingen van de samenwerking en daarop gebaseerd hebben zij hun keuzen gemaakt. Een van de respondenten geeft duidelijk aan dat hij gaat samenwerken in het zorgcentrum omdat hij zich verplicht voelt naar zijn collega's toe, hij is dus loyaal naar zijn collega's toe. Dit zou geplaatst kunnen worden binnen de sociaal – cognitieve theorie, aangezien volgens deze theorie het gedrag wordt bepaald door verwachtingen. Bij deze verwachtingen spelen verschillende aspecten een rol zoals,

verwachtingen over de consequenties in de sociale en fysieke omgeving, verwachtingen over de consequenties van persoonlijke acties en verwachtingen over of men in staat is een bepaalde actie uit te voeren (Brug et al, 2007). Bij de andere respondenten is dit ook wel het geval zij verwachten allemaal dat zij in staat zijn om de actie uit te voeren om te gaan samenwerken maar weten niet wat hen echt te wachten staat het is allemaal nieuw, ook al hebben sommige al een soort van samenwerkingsverband. Ook verwachten zij dat privé en werk duidelijker gescheiden wordt doordat de praktijk niet meer aan huis is, dit zorgt voor rust.

5.4. Gedrag

Zoals hierboven beschreven is gedrag van invloed op keuzen. Gedrag wordt veroorzaakt door intrinsieke of extrinsieke factoren. Intrinsieke factoren zijn factoren die vanuit iemands eigen wil of drang ontstaan en die zijn niet of nauwelijks beïnvloedbaar. Bij de keuze die de respondenten maken om te gaan samenwerken in het zorgcentrum speelt dit zeker een grote rol. Dit blijkt eruit dat één respondent duidelijk aangeeft dat hij dit altijd al heeft gewild en een andere respondent doet dit ook van uit zijn eigen wil omdat hij binnenkort zal stoppen en zijn praktijk goed wil overdoen aan zijn opvolger. Extrinsieke factoren zijn factoren van buitenaf die iemand beïnvloeden bepaald gedrag te vertonen. Dit speelt ook een rol aangezien een respondent aan geeft dat hij zich gedwongen voelt door de overheid om mee te doen en hij zich verplicht voelt naar zijn collega's toe. Iemands attitude speelt tevens een rol bij gedrag en dus bij keuzen maken. Burg et al (2007) geeft aan dat de attitude een houding van iemand weerspiegelt ten aanzien van bepaalde onderwerpen. Dit komt in de interviews naar voren in de voor en nadelen die de respondenten aangeven. Allemaal geven ze aan dat in een soortgelijk samenwerkingsverband je niet meer alleen verantwoordelijk bent voor je praktijk, je bent gezamenlijk verantwoordelijk voor het welzijn van de patiënten. Ze vinden het wel een nadeel dat ze hun eigen identiteit kwijtraken die ze in de solo praktijk heel duidelijk wel hebben. Wat ook werd genoemd is het economische voordeel wat de samenwerking in het zorgcentrum met zich meebrengt daar zij de kosten voor zoals bijvoorbeeld gas en licht kunnen delen. Voor – en nadelen zij van invloed op keuzen, hoe keuzen verklaard kunnen worden wordt in de volgende paragraaf uiteengezet.

5.5. Verklaring van keuzen

Het ASE- model dat De Vries et al (1988) heeft ontwikkeld kan worden gebruikt om de keuzen te verklaren en te kijken wat de respondenten heeft beïnvloed tijdens het maken van de keuze. Het ondervangt namelijk de attitude zoals hierboven beschreven, sociale invloeden en de eigen effectiviteit. Deze drie factoren zijn van invloed op de intentie om bepaald gedrag te gaan vertonen. In de interviews is dit niet als zodanig besproken maar komt wel naar

voren dat voor één respondent van grote invloed is, is het meegaan met de tijd, de huidige tijd is namelijk steeds meer bezig met zorgcentrums en de solo praktijken verdwijnen steeds verder uit het straatbeeld, ook al verwachten zij allereerst als solist onder één dak te werken, en vervolgens steeds verder tot elkaar te groeien waardoor zij uiteindelijk een team zullen vormen.

De professionals hebben allemaal hetzelfde doel voor ogen namelijk zo goed mogelijke zorg verlenen aan de patiënt mede hierdoor geven ze allemaal aan dat het van groot belang is om te zorgen dat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. De continuïteit van zorg kan worden onderverdeeld in continuïteit in tijd, plaats en persoon (Harteloh en Casparie, 1994). In het zorgcentrum kan gestreefd worden naar alle typen van continuïteit. Continuïteit van tijd betekent dat gestreefd wordt naar ononderbroken zorg die geen overlap vertoont, dit kan gerealiseerd worden in het zorgcentrum doordat ze 'onderling' kunnen doorsturen. Continuïteit van plaats verwijst naar de locatie waar zorg verleend wordt, dit is afhankelijk van het probleem/ziekte wat iemand heeft maar over het algemeen zal de zorg allemaal op dezelfde plaats kunnen worden verleend, mits de patiënt door moet naar het ziekenhuis. Continuïteit in persoon duidt op de zorg die door een hulpverlener wordt geleverd, in het zorgcentrum kan hiervoor gezorgd worden door patiënten die al eens bij een bepaalde arts zijn geweest, wederom bij die arts in te plannen als ze voor controle komen.

5.6. Reflectie op het onderzoek

De bedoeling was dat ik meerdere professionals van de verschillende disciplines die werkzaam zullen zijn in het zorgcentrum zou interviewen, helaas is dit niet gelukt. Ik heb uiteindelijk zeven professionals geïnterviewd, over het algemeen van dezelfde discipline, waardoor het een redelijk eenzijdig onderzoek is geworden. Dit onderzoek kan dan ook niet gezien worden als representatief voor samenwerken in een zorgcentrum, omdat er in een zorgcentrum meerdere professionals werken met allemaal hun eigen manieren en redenen waarom zij een keuze maken. Maar dit kan juist ook als voordeel worden gezien omdat je zo meer inzicht krijgt in dezelfde beroepsgroep duidelijke verschillen zijn en daar kunnen dan conclusies uit getrokken worden. Dat het niet representatief is heeft er ook mee te maken dat het onderzoek in een erg vroeg stadium van samenwerken is gedaan, waardoor nog niet alle professionals die werkzaam zullen zijn in het zorgcentrum bekend waren en deze dus niet benaderbaar waren.

Een dergelijk onderzoek zou ik in het vervolg anders aanpakken. Om een representatiever onderzoek te krijgen zou ik ook observeren tijdens de bijeenkomsten met de bouwarchitect zodat ik meer inzicht kan krijgen in de vorm van het zorgcentrum en tijdens de bijeenkomsten

sten waarin de professionals overleggen met collega's over de toekomstige samenwerking en de indeling van het gebouw. Tevens zou ik proberen om professionals te interviewen die wel zijn gevraagd maar uiteindelijk niet gaan samenwerken, op die manier kan je duidelijker krijgen welke afwegingen er worden gemaakt en waarom. Ook zou ik proberen om te vergelijken met een ander zorgcentrum wat daar de problemen en juist de goede punten waren.

Vervolgonderzoek kan gedaan worden in een later stadium van de samenwerking dus bijvoorbeeld in de eerste maanden dat het zorgcentrum open is, dan kan er gekeken worden naar de verwachtingen die de respondenten hadden of deze ook zijn uitgekomen en waar de problemen ontstaan. Dan zijn ook meer professionals benaderbaar. Ik zou aanraden om in het vervolgonderzoek als eerst vragenlijsten te laten invullen door alle professionals die werkzaam zijn in het zorgcentrum, vervolgens deze te analyseren en aan de hand van de analyses interviews af te nemen. Zo ontstaat er nog meer inzicht.

Hoofdstuk 6 Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal naar aanleiding van de resultaten, gecombineerd met de bevindingen uit de literatuur, een conclusie weergegeven worden. In deze conclusie zal antwoord worden gegeven op de centrale vraag van dit onderzoek. Vraagstelling bij dit onderzoek was: *Welke bewuste overwegingen en onbewuste beelden hebben eerstelijns professionals ten aanzien van de samenwerking in het zorgcentrum Hellevoetsluis en op welke wijze beïnvloedt dit hun besluitvorming en gedrag ten aanzien van samenwerking?*

Allereerst zullen de deelvragen beantwoord worden, vervolgens wordt antwoord gegeven op de centrale vraag en tot slot worden er enkele aanbevelingen gedaan.

6.1 Conclusie

6.1.1 Deelvraag 1: Hoe kan samenwerken worden beschreven en hoe kan dit worden verklaard?

Samenwerken is een competentie waarin je in jouw gedrag laat zien dat je het stimulerend vermogen hebt om met anderen te werken aan een gemeenschappelijk doel, tevens heb je de kennis om te leren van je eigen en van andermans kwaliteiten. Verschillende factoren spelen hierbij een rol zoals persoonlijke kwaliteiten, eigenschappen en communicatieve vaardigheden. Bij samenwerken is het van groot belang dat de inhoud en activiteiten goed op elkaar worden afgestemd dat op een zo'n effectief en efficiënt mogelijke manier het einddoel wordt gerealiseerd. Om dit te kunnen moet er een team zijn binnen het zorgcentrum wat goed samenwerkt. Het is nu nog een groep dat zich zal moeten vormen tot een team, om tot een team te komen worden er verschillende fasen doorlopen. Namelijk *erkenning*: fase waarin alles gericht is op erkenning, *positionering*: in deze fase wordt afgetast wie welke positie inneemt ten opzichte van de andere groepsleden, *stabilisering*: in deze fase wordt duidelijk wie welke positie heeft, *stagnering*: er ontstaan strubbelingen, *uitbarsting*: in deze fase worden de irritaties en oordelen uitgesproken, ze spreken elkaar de waarheid, *verbetering*: de lucht lijkt geklaard, de gehele structuur van de groep is veranderd, *samenwerking*: iedereen is opener en komt meer uit voor zijn mening, tot slot heb je de fase waarin de puntjes op de i worden gezet en waarin wordt teruggeblikt op de processen deze fase is genaamd *scheiding*. Op dit moment bevinden de professionals zich in de positionering fase; zij zijn namelijk nog in overleg wie wat gaat doen en waar in het zorgcentrum. Doorstroming naar de volgende fase is nog niet mogelijk omdat zij nog andere professionals aan het aantrekken zijn om te gaan werken in het zorgcentrum. Wanneer het geheel duidelijk is hoeveel professionals en welke disciplines gaan werken in het zorgcentrum dan kunnen zij doorstromen naar de stabiliseringfase.

6.1.2 Deelvraag 2: In welke mate spelen persoonlijke kwaliteiten, eigenschappen en communicatieve vaardigheden een rol om goed te kunnen samenwerken?

Persoonlijke kwaliteiten, eigenschappen en communicatieve vaardigheden spelen een zeer grote rol om goed te kunnen samenwerken, dit omdat het factoren zijn die een grote rol spelen bij het verkrijgen of hebben van de competentie om te kunnen samenwerken. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld kwaliteit zorgzaamheid of flexibiliteit. Zulke kwaliteiten kleuren je manier van leven en werken. Als je bepaalde kwaliteiten en eigenschappen bezit kan dit zorgen dat je op bepaalde situaties anders reageert dan een ander met andere kwaliteiten en eigenschappen. Bij samenwerken is het van groot belang dat je het stimulerend vermogen hebt om met anderen te kunnen werken aan een gemeenschappelijk doel, en in een samenwerking moet je ook kunnen leren van je eigen kwaliteiten en fouten als van de anderen in de samenwerking. Om dit te kunnen is het belangrijk dat je kunt luisteren naar kritische reacties van je collega's op je gedrag. De professionals bezitten allemaal de competentie om te gaan samenwerken, anders hadden zij niet toegezegd. Of zij daadwerkelijk kunnen samenwerken, wordt pas ontdekt als ze echt werkzaam zijn in het zorgcentrum. Uit de interviews blijkt dat de professionals regelmatig overleg momenten hebben waarin zij communiceren over de toekomstige samenwerking, wat zij verwachten en hoe de verwachtingen uitgevoerd worden. Verschillende professionals hebben allen verschillende kwaliteit, één is gespecialiseerd in reizigerszorg en een ander in klein chirurgische ingrepen. Zij kunnen zich verder gaan specialiseren en de collega's informeren dan wel bijstaan als zij een bepaald ("onbekend") ziektebeeld hebben of een kleine ingreep dienen uit te voeren.

6.1.3 Deelvraag 3: Welke factoren beïnvloeden het (onbewuste) denken en gedrag van professionals?

Het onbewuste kan veel informatie in korte tijd verwerken. Het onbewuste is een geheel van alle psychologische processen waarvan we ons niet bewust zijn, maar die ons gedrag of gedachten of emoties wel beïnvloeden. Drie manieren zijn er om te kiezen, een snelle keuze waarbij nauwelijks wordt nagedacht, de onbewuste manier waarbij je de informatie die jij belangrijk vindt in je op neemt en je er een nachtje over slaapt en dan beslist, de laatste manier is de bewuste manier waarbij je de informatie in je opneemt en je vervolgens gaat analyseren en vervolgens neem je een goed overwogen besluit. Factoren die hierop en op het gedrag van professionals van invloed kunnen zijn, zijn sociale invloeden (hoe andere uit je omgeving erover denken), de eigen attitude (hoe staan zij er tegenover) en de eigen effectiviteit (of zij denken dat ze het zelf kunnen). Deze factoren zitten in het ASE model, en zijn allemaal van invloed op de intuïtie, wat ook van invloed is op de intuïtie van de professionals zijn hun motieven of zij bijvoorbeeld verwachten winst te halen uit de samenwerking. Zoals in 6.1.2 is beschreven hebben je eigen kwaliteiten en eigenschappen ook invloed op je denken

en gedrag. Er moet wel opgelet worden dat de professionals niet doorslaan in hun kwaliteiten waardoor het gedrag vervelend wordt ten opzichte van de andere professionals. Het is van groot belang dat zij zoals hierboven beschreven staat elkaar wel bijstaan waar nodig maar niet elkaar de les gaan lezen omdat zij meer gespecialiseerd zijn. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat er veel factoren van invloed zijn geweest op de keuze van de professionals. Zij hebben laten meewegen wat de familie vindt, de omgeving (één professionals moet namelijk weg op zijn huidige locatie) en overheid (gevoel dat ze gedwongen worden).

6.1.4 Deelvraag 4: Welke aspecten spelen een rol in de besluitvorming van professionals tot samenwerking in het zorgcentrum Hellevoetsluis?

De aspecten waren allemaal erg verschillende omdat het ook allemaal verschillende individuen zijn. De thuissituatie speelt een grote rol, daar de ene respondent dit doet omdat zijn vrouw ook in de zorg werkt en hij niet vijf dagen in de week wil werken en net een kind heeft gekregen waar hij ook van wil kunnen genieten. Een andere respondent werkt nu nog met zijn vrouw samen alleen deze zal dit jaar nog met pensioen gaan waardoor hij geen assistentie meer heeft, dit kan mooi opgelost worden in het zorgcentrum. Wat ook een rol speelt is de loyaliteit naar de collega's toe, zij werken nu al samen, althans verdelen de diensten en vakanties onderling, en door samen te werken in het zorgcentrum wordt dit gelijk ook ondervangen. Kosten zijn ook een aspect die een rol spelen in de besluitvorming voor enkele professionals, zij denken namelijk dat ze door het delen van de kosten van gas, licht en dergelijke goedkoper uit zijn. Voor twee andere respondenten is het aspect van beperkingen in het huidige pand, de ene groeit uit zijn huidige pand en de ander moet uit het huidige pand vertrekken vanwege de ontbrekende faciliteiten welke in het nieuwe zorgcentrum wel aanwezig zijn. De huidige beleidsontwikkelingen rond managementondersteuning en taakdelegatie zijn ook een aspect die een rol spelen om te kiezen voor de samenwerking.

6.1.5 Deelvraag 5: Wat is de motivatie van professionals om te willen samenwerken in het zorgcentrum?

De motivatie van de professionals is erg verschillend. Zich gedwongen voelen door de overheid en verplicht naar je collega's toe staat tegenover het altijd al gewild hebben en de praktijk op een goede manier over laten aan de opvolger. Dit kan worden gezien als het normatieve motief. Een ander motief is de positie die een actor wil krijgen, hij wil namelijk een monopolist worden in zijn lijn van werk, of het voordeel zien van de verminderde kosten maar ook de kans om te kunnen overleggen en het kunnen delen van kennis, dit is het winstmotief. Nog een ander motief is het gedwongen zijn om van werkplek te wisselen omdat de plek waar de praktijk nu gevestigd is niet meer gebruikt mag worden dit kan worden gezien als het afhankelijkheidsmotief, de ene partij heeft voor de ander de noodzakelijke hulpbronnen.

6.1.6 Deelvraag 6: Welke kansen en bedreigingen verwachten de professionals?

Een kans die verwacht wordt is meer mogelijkheden tot overleg over de wijze van behandeling, dus als het ware kennis kunnen delen. De professionals verwachten dat ze hun eigen verantwoordelijkheid behouden ten opzichte van hun patiënten maar zijn ook juist bang dat ze hun autonomie gaan verliezen door de samenwerking en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het doel. Een andere kans is dat de patiënt de zorg kan blijven ontvangen als er een arts afwezig, de continuïteit van zorg dus. Omdat er recent een ander zorgcentrum in Hellevoetsluis is geopend en daar van het personeel negatieve klanken komen zijn enkele respondenten bang dat het personeel dat werkzaam in het zorgcentrum zal zijn er ook niet positief tegenover zal staan, mede omdat zij reeds werkzaam zijn voor een en dezelfde arts en straks ook voor andere artsen moeten werken. In het zorgcentrum komt een front en een back office welke bemand moeten worden, voor het personeel dat nu al werkzaam is in de praktijk van de verschillende artsen zal het een grote verandering zijn wat als bedreiging kan worden gezien. Maar daar in tegen zit er ook een kans in namelijk dat zij door middel van teambuilding en overleg het personeel positief gestemd krijgen. Verwacht wordt dat de overhead gunstig zal zijn in het nieuwe pand omdat de kosten gedeeld gaan worden. De professionals verwachten de kans dat zij een soort kleinschalig ziekenhuis worden daar de professionals kleine ingrepen zoals bijvoorbeeld sterilisatie zelf gaan uitvoeren.

6.2 Antwoord op de centrale vraag

De centrale vraagstelling bij dit onderzoek was: Welke bewuste overwegingen en onbewuste beelden hebben eerstelijns professionals ten aanzien van de samenwerking in het zorgcentrum Hellevoetsluis en op welke wijze beïnvloedt dit hun besluitvorming en gedrag ten aanzien van samenwerking?

De bewuste overwegingen die de professionals hebben zijn, of zij zich in de toekomst in het zorgcentrum zien werken, en hoe zij dit zien, de één heeft het altijd al gewild en de ander doet het enkel uit loyaliteit naar zijn collega's. De onbewuste beelden die zij hebben zijn erg moeilijk te achterhalen daar zij zelf ook niet goed weten dat zij een bepaald beeld hebben, en het is zeer moeilijk te onderzoeken. Factoren die zeker van invloed zijn op het onbewuste zijn de attitude die zij hebben ten opzichte van de samenwerking, sociale invloeden de directe omgeving van de professionals hebben ook ideeën over de samenwerking en tot slot de eigen effectiviteit of zij zichzelf daar zien werken. Dit beïnvloedt hun in de besluitvorming ten aanzien van de samenwerking omdat zij door die invloeden, overwegingen maken en een bepaald beeld hebben over de samenwerking waardoor zij ervoor kiezen om te gaan samenwerken. Alle geïnterviewde professionals staan positief tegenover de samenwerking in het zorgcentrum daar zij allemaal reeds toegezegd hebben om daar te gaan werken, dit be-

invloed hun gedrag ten aanzien van de samenwerking positief, de negatieve ideeën die zij eventueel hadden over de samenwerking wegen op tegen de positieve waardoor zij besloten hebben om het te doen.

6.3 Aanbevelingen

6.3.1 Beleidsaanbevelingen

- Vooraf de visie, missie en het doel van het zorgcentrum bekend maken.
- Meer gezamenlijk overleg plegen om inzicht te verkrijgen in elkaars redenen en wat iedereen verstaat onder samenwerking en wat zij ervan verwachten.
- Één onafhankelijk iemand het initiatief laten nemen, hij is het aanspreekpunt van iedereen die gaat samenwerken (in vertrouwen), hij is geen belanghebbende in de uitkomst en kan laten zien wat de verschillen zijn.
- Regels opstellen waaraan de professionals zich moeten houden in het voortraject van de samenwerking maar ook voor de daadwerkelijke samenwerking, op zo'n manier weten ze wat er van hen wordt verwacht en wat de andere professionals ook behoren te doen.
- Aanstellen van een manager, deze houdt toezicht op de manier van werken, en kan de professionals waar nodig feedback geven. Tevens zal de manager het aanspreekpunt worden voor de eventuele problemen die opkomen, omdat het een onafhankelijk persoon is kan hij makkelijker laten zien waar het fout gaat.
- Daar het allemaal verschillende motieven zijn waarom de professionals gaan samenwerken in het zorgcentrum is het erg moeilijk deze allemaal op één lijn te krijgen, door gestructureerde discussie komen de hoofden meer één kant op, deze discussie dient geleid te worden door een onafhankelijk persoon.
- Het is van groot belang dat de autonome groep besef heeft van de wederzijdse afhankelijkheid en een gevoel van verbondenheid, om dit te kunnen bewerkstelligen zullen zij aandacht moeten besteden aan teambuilding en onderlinge uitwisseling.
- Het personeel behoort te weten wat van hen verwacht gaat worden, daarom is het van belang dat zij duidelijk krijgen hoe en wat zij behoren te gaan doen in het zorgcentrum en wat hun taken zijn. Daarom wil ik aanbevelen om vooraf een duidelijke taakomschrijving op te stellen, die het personeel krijgt voordat zij werkzaam worden in het zorgcentrum.
- Wanneer het zorgcentrum draait is het van groot belang dat feedback momenten en overlegmomenten blijven terugkeren zodat elke professional en personeelslid weet waar hij aan toe is.

6.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Zodra het zorgcentrum is geopend zou ik willen aanbevelen om te gaan observeren hoe de samenwerking verloopt.
- In het vervolg is het ook aan te bevelen om de respondenten die tijdens dit onderzoek zijn geïnterviewd opnieuw te interviewen over hoe zij het vinden gaan, en of hun verwachtingen waarheid zijn geworden.
- Structuur van het onderzoek raad ik aan te veranderen, eerst vragenlijsten afnemen en vervolgens interviews.
- Tevens zou ik aan willen bevelen om de professionals en het personeel dat er dan werkzaam (welke nog niet geïnterviewd zijn) is te interviewen over hoe zij het vinden gaan, en of zij ook verwachtingen hadden.
- Respondenten benaderen die wel gevraagd zijn om te gaan samenwerken in het zorgcentrum maar die ervoor hebben gekozen om dit niet te doen, op die manier wordt duidelijker hoe keuzes worden gemaakt.

Literatuurlijst

- Auer, C. 1994. Leiding geven aan professionals. Management & Organisatie. nummer 3.
- Bargh, J.A. 1997. The automaticity of everyday life. In R.S. Wyer jr.
- Baron R.A & D. Byrne. 2000. *Social Psychology*. Ninth edition. Massachusetts: Needham Heights. [1974].
- Berg, M. 2001. *Kaf en koren van kennismanagement: over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van professionals*.
- Bekker, M.P.M. et al, Samenwerking tussen huisartsen en praktijkverpleegkundigen bij de toegeleiding in de Medische Opvang Asielzoekers: het belang van visie, gedeelde verantwoordelijkheid en het vastleggen van afspraken.
- Brill, N.I. 1976. *Teamwork: Working Together in the Human Services*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Brug,J.,Assema,P. Van & L. Leicher. 2007. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Vijfde geheel gewijzigde druk. Assen: Van Gorichem. [2000]
- Creswell, J.W. 2003. *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methodes Approaches*. Second edition. London: Sage Publications Inc.[2003].
- Dijk, D. Van & T. Wapstra. 2005. *Een Goede Samenwerking. Samenwerken voor succes*. Eerste druk. Utrecht/ Zutphen: ThiemeMeulenhoff. [2005].
- Dijksterhuis, A.P. 2007. *Het slimme onbewuste, denken met gevoel*. Zesde druk. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker. [2007].
- Geen, R.G. 1995. *Human Motivation*. Pacific Grove: Brooks/ Cole. [1995].

- Gladwell. M. 2007. *Intuïtie. De kracht van denken zonder erbij na te denken*. Zevende druk. Amsterdam/ Antwerpen: Uitgeverij Contact. [2005].
- Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie. 1994. *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hulst, E.H. & I. Thiems. 1999. *Het domein van de arts. Beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid*. Maarssen: Elsevier / de Tijdstroom. [1999].
- Katzenbach, J.R. & D.K. Smith. 1993. *The Wisdom of Teams: Creating the High – Performance Organisation*. New York: Harper Business.
- Man de, H. 2006. Bewust organiseren? Organiseren als wisselwerking tussen bewuste en onbewuste processen. *Management & Organisatie*. nummer 6 (nov./dec.): 65-77.
- Mickan, S & S. Rodger. The organisational context for teamwork: Comparing health care and business literature. *Australian Health Review*. Volume 23 no. 1
- Overeenkomst CZ – vrijgevestigde huisarts 2008
- Remmerswaal, J. 2001. *Handboek Groepsdynamica. Een nieuwe inleiding op theorie en praktijk*. Soest: Uitgeverij H. Nelisse BV. [1995].
- Rijdt, A.H.J. van de – van de Ven. 1994. *Huisartsengroepen, groei en grenzen. Een onderzoek naar nieuwe vormen van professionele organisatie*. Proefschrift. Tilburg: University Press. [1994].
- Segers, J. & J. Hutjes (1999). *De gevalstudie*. In: *Segers, J. (1999) Methoden van de maatschappijwetenschappen*. Assen: van Gorcum.
- Sitskoorn, M. 2006. *Het maakbare brein. Gebruik je hersenen en word wie je wilt zijn*. Zestiende druk. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker. [2006].

- Spreeuwenberg, C. 1996. '*Continuïteit in de zorg' zorg voor ons allen*. Medische Contact 51 (10) 309.
- Vries, K. M. F .R. De. 1999. *Worstelen met de demon: over emoties, irrationaliteit en onbewuste processen in mens en organisatie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds. [1992].
- Weggeman, M. 1997. *Kennismanagement. Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum Management.
- WHO
- Wijck, F. van. 2006. *Discussie over de toekomst*. Huisarts. Juli 2006:7 blz 8 – 10.

<http://www.psyonline.nl/hof/pavlov.htm> geraadpleegd op 4 maart 2008.

<http://www.falga.nl/samenwerken%20in%20de%20huisartsenpraktijk.pdf> geraadpleegd op 7 maart 2008.