



SAMENWERKEN ROND ZORG EN WELZIJN BREED BEKEKEN

*Een exploratieve case studie van
samenwerking en haar stimulerende
en remmende factoren in Beernem,
Geraardsbergen, Ninove, en Tongeren*

SAM PLESS & JASMINE BUNTINX



UCLL
HOGESCHOOL

**RESEARCH &
EXPERTISE**

In opdracht van SAAMO
West-Vlaanderen en Limburg

Gefinancierd door Porticus, CERA en Fonds
Dr. Daniël De Coninck

SAAMO

 **PORTICUS**

 **Thuis in de
eerste lijn**
FONDS DR. DANIEL DE CONINCK

 **ce
ra**

Voorwoord

Om te bouwen aan een kwaliteitsvol zorg- en welzijnsbeleid is samenwerking tussen het lokaal bestuur, welzijn en zorg een fundamentele vereiste. Uiteraard is samenwerking met en tussen informele buurtactoren (bewoners, verenigingen, handelaars...) van overeenkomstig belang.

Geen enkele actor, binnen of buiten een buurt, kan op zijn eentje het antwoord bieden om verbinding in buurten te versterken en de kloof met de professionele dienstverlening te overbruggen.

Samenwerking komt evenwel niet vanzelf tot stand. SAAMO ging ruim drie jaar aan de slag met het project 'zorgzame buurten: minder mazen, meer net' in vier pilootgemeenten: Pelt en Hamont-Achel in Limburg, Moorslede en Deerlijk in West-Vlaanderen. Vanuit het belang van partnerschappen in dit project schreef SAAMO een onderzoeksvraag uit: "Wat zijn stimulerende en remmende factoren in de samenwerking van lokale besturen met zorg, welzijn en sociale ondernemers?"

De onderzoeksoopdracht werd toegewezen aan het expertisecentrum Health Innovation van de UCLL Hogeschool. Onderzoekers Sam Pless en Jasmine Buntinx namen de vraag ter harte.

De resultaten van de studie vind je terug in het onderzoeksrapport 'Samenwerking rond zorg en welzijn breed bekeken' alsook het reflectiekader en de doegids 'Meer en beter samenwerken rond zorg en welzijn. Daarnaast is er ook de interviewbundel met negen inspirerende verhalen over vernieuwende samenwerking.

SAAMO West-Vlaanderen & Limburg

Benieuwd naar het reflectiekader en de doegids 'Meer en beter samenwerken rond zorg en welzijn'? Of naar 'Zorg- en welzijnsvernieuwers: negen inspirerende interviews over stimulerende en remmende factoren voor samenwerking'?

Je vindt ze hier: <https://tinyurl.com/SamenZoWel>.

Inhoud

Bevindingen voor praktijk en beleid.....	4
Samenvatting.....	6
Een kwalitatief onderzoeksopzet	6
Bevindingen	7
Inleiding	10
Methodologie	12
Theoretisch kader	14
Samenwerking gedefinieerd.....	14
Binnen welke contexten vinden samenwerkingen plaats?	14
Zorg en welzijn als markt?	15
Samenwerking binnen organisaties	15
Samenwerking in netwerken.....	16
Samenwerken met lokale besturen	17
Samenwerken in ecosystemen.....	18
Bevindingen	19
1. Hoe wordt er samengewerkt rond zorg en welzijn?	20
2. Wat zijn de stimulerende en remmende factoren voor samenwerking?	25
Een dubbele helix van stimulerende factoren	25
Een draaikolk van remmende factoren	28
3. Binnen welke contexten vinden samenwerkingen plaats?	32
Zorg en welzijn als markt?	32
Samenwerking binnen organisaties	32
Samenwerking in netwerken.....	33
Samenwerken met lokale besturen	34
Samenwerken in ecosystemen.....	35
Conclusie	39
Referenties	42
Annex: Een geïntegreerd financieringsmodel voor de eerste lijn	44

Bevindingen voor praktijk en beleid

Er wordt al heel veel samengewerkt rond zorg en welzijn, maar die samenwerking beperkt zich nog te vaak tot doorverwijzen en passief informatie delen. Complexe uitdagingen (vereenzaming, chronische zorg) vereisen meer intensieve samenwerken.

Samenwerking rond zorg en welzijn beperkt zich te vaak nog tot samenwerking tussen 'soortgelijken'. Zorg en welzijn moeten elkaar nog meer vinden, maar ook atypische sectoren (huisvesting, arbeidsmarkt, onderwijs, cultuur, ...) en informele actoren (mantelzorgers, buurtcomités, vrijwilligersinitiatieven, ...). Complexe uitdagingen vereisen namelijk ook een grote diversiteit aan samenwerkingspartners.

Elkaar leren kennen, persoonlijk en professioneel, is de logische eerste stap naar samenwerking. Het aantal respondenten dat aangaf andere actoren simpelweg niet te kennen, maakt dit tot een 'quick win'.

Tegelijk moeten we waarschuwen dat 'quick wins' mogelijk niet bestaan. Er zijn veel structurele hinderpalen die samenwerking in de weg staan (historische, juridische, financiële, organisatorische, praktische). Zeker ook puur tijdsgebrek werd vaak aangehaald als remmende factor, terwijl effectieve en efficiënte samenwerking misschien net wel tijdswinst kan betekenen – vanuit overkoepelende doelen bekeken. Er is alleszins veel werk voor de boeg m.b.t. de randvoorwaarden voor samenwerking (zie ook verder).

Het viel ook nog op dat veel samenwerkingen ontstaan vanuit een ad hoc noodzaak. Zorg en welzijn zijn nog meer reactief dan proactief. Om tot de juiste beweegredenen voor samenwerking te komen, alsook de nodige samenwerkingsintensiteit en -diversiteit te komen, is visieontwikkeling nodig. Geen grote woorden op papier, maar visieontwikkeling als blikverruiming: zorg en welzijn breed leren zien, het overstijgen van de biomedische, psychologische, sociale dan wel taakgerichte focus. Enkel door uitdagingen, vragen, noden zoveel mogelijk in hun volledigheid te leren zien, kan vervolgens werk gemaakt worden van samenwerking die ertoe doet.

Concurrentie blijkt nog een belangrijke rem. Ook al zijn zorg en welzijn overbevraagd, toch spelen gevoelens van concurrentie. Daar kunnen verschillende redenen voor zijn, zoals financiële incentives, historische verzuiling, wantrouwen, ...

De manier waarop zorg en welzijn georganiseerd zijn, bevordert samenwerking eveneens niet. Zorg en welzijn als sectoren, maar ook organisaties, teams, afdelingen, ... daarbinnen, zijn vaak nog eilandjes die los van elkaar werken. Taakgerichte en temporele specialisatie (resp. bvb. 'enkel het biomedische', of 'enkel kinderen tot 18 jaar') leidt soms tot een gebrek aan integraliteit resp. continuïteit (want psychosociale noden zijn ook belangrijk, resp. vragen en noden stoppen niet plots op 18). De organisatie van zorg en welzijn is historisch gegroeid vanuit specialisatie, maar moet herbekeken worden vanuit overkoepelende uitdagingen en doelen met het oog op effectieve en efficiënte samenwerkingen.

Helaas loopt het mis bij sommige huidige reorganisaties. Netwerken en 'structuren' springen uit de grond, maar overlappen vaak qua doel, samenstelling en werkingsgebied – met als gevolg een overaanbod aan afstemming en vergaderingen tussen vaak dezelfde partners. Ook hier is een integrale blik belangrijk op de overkoepelende uitdagingen en doelen, om van daaruit een beperkt aantal doelgerichte netwerken te creëren die zoveel mogelijk op zichzelf kunnen functioneren. In plaats van 'taakgerichte' netwerken zijn doelgerichte interprofessionele netwerken rond enkele (zorgzame) buurten mogelijk een valabele toekomstoptie. Zo is het aantal actoren relatief beperkt, leert men elkaar makkelijker kennen en is het makkelijker samenwerken.

Zo komen we uit bij het ecosysteembegrip. Een buurt of eerstelijnszone is een divers en dynamisch ecosysteem, met vele actoren, waarvan niet iedereen ervoor gewonnen zal zijn om bijvoorbeeld samen te werken in een interprofessioneel netwerk rond een aantal buurten. Het is dan zoeken naar een 'coalition of the willing' die dat wel wil, want opleggen van bovenaf leidt dan niet tot gedragen samenwerking. Als samenwerking het waard is, zal het na verloop vanzelf wel overtuigen. Zowel de lokale als hogere overheden hebben echter wel een rol te spelen in het creëren van een context – het versterken van stimulerende factoren en het verwijderen of verminderen van remmende factoren.

Samenvatting

Hoe wordt vandaag samengewerkt rond zorg en welzijn in steden en gemeenten? Is het nog vooral zaak van zorg- en welzijnsprofessionals, organisaties en lokale besturen? Of wordt de verbinding met informele actoren zoals buurtcomités en andere 'sectoren' zoals onderwijs, arbeidsmarkt en huisvesting ook al gelegd? Wat zijn de stimulerende en remmende factoren om samen te werken?

Voorgaande vragen probeerden we te beantwoorden in dit onderzoek. De vragen zijn breed en verkennend, maar tegelijk ook diepgaand. Breed en verkennend: we wilden onze blik ruim houden en stonden open voor alle mogelijke actoren en samenwerkingen rond zorg en welzijn. Diepgaand: tegelijk wilden we die samenwerkingen (of het gebrek eraan) goed begrijpen, de linken leggen tussen achterliggende factoren. We kozen dan ook voor een kwalitatief onderzoeksopzet.

Een kwalitatief onderzoeksopzet

Kwalitatief onderzoek richt zich vooral op 'hoe'- en 'waarom'-vragen. De antwoorden op die vragen laten zich niet eenvoudig in cijfers vangen. Ze vragen letterlijk om tekst en uitleg. We gingen op zoek naar een aantal locaties waarvan we vermoedden dat er goede voorbeelden van samenwerking te vinden zouden zijn, en die verschilden op basis van een beperkt aantal achtergrondfactoren (stad versus gemeente, vergrijzende versus verjongende bevolking).

Door beperkte middelen is het locatietype 'verjongende gemeente' niet in het onderzoek opgenomen. We konden wel aan de slag gaan in een vergrijzende gemeente (Beernem), een vergrijzende stad (Tongeren) en twee verjongende steden (Geraardsbergen en Ninove). Een woord van dank is op zijn plaats aan de lokale partners die deze samenwerking mogelijk maakten: het gemeentebestuur van Beernem, het Sociale Huis in Tongeren en eerstelijnszone Dender-Zuid. Het partnerschap met de eerstelijnszone verklaart meteen ook waarom Geraardsbergen (volledig) en Ninove (deels) meegenomen werden in het onderzoek. Daarover zo meteen meer.

We verzamelden op een aantal manieren informatie over de samenwerkingen in de gemeente en steden. Ten eerste deden we opzoekingswerk om een eerste begrip te krijgen van welke actoren aanwezig zijn in elke locatie. Ten tweede stuurden we een vragenlijst uit om een breed beeld te krijgen van wie (niet) met elkaar samenwerkt, en waarom. Ten derde nodigden we actoren uit voor interviews om diepgaandere antwoorden te krijgen op onze vragen. Met deze getrapte aanpak hoopten we stap voor stap een beter blik te krijgen op de samenwerkingen rond zorg en welzijn, alsook hun stimulerende en remmende factoren.

Let op: het doel was niet om een representatief beeld te krijgen, maar om zoveel mogelijk diverse situaties, ervaringen en meningen te horen. We wilden dus niet alle actoren spreken, maar vooral zoveel mogelijk *verschillende*: buurtcomités, socio-culturele verenigingen, zelfstandige zorg- en welzijnsprofessionals, professionals uit kleine en grote praktijken en organisaties, medewerkers van lokale besturen, scholen, ... In grote mate is dat gelukt, maar we merken dat het moeilijker was om zelfstandige professionals te laten deelnemen en dat het aantal niet-professionele actoren beperkt is. We hebben hier dan ook bijkomende inspanningen voor gedaan, maar het blijft een aandachtspunt voor toekomstig onderzoek.

We ontwikkelden beschrijvende tabellen op basis van de enquête en deden een thematische analyse van de verkregen informatie. We interpreteerden en groepeerden de informatie aan de hand van een aantal theorieën en concepten. Die theorieën en concepten komen in het volgende deel aan bod, bij de bespreking van de bevindingen.

Bevindingen

Wie werkt met wie samen? Het lijkt erop dat zelfstandige zorgprofessionals die deelnamen aan dit onderzoek vooral nog met andere actoren uit de klassieke zorgsector samenwerken. 65% van hun samenwerkingen bevinden zich in de zorgsector, 11% in de welzijnssector, 8% met lokale besturen, 13% met andere sectoren en 4% met informele actoren. Als we naar andere respondenten kijken, zijn de samenwerkingen iets (zorgorganisaties) tot veel (welzijn, lokaal bestuur, andere) gelijkmatiger verdeeld over de verschillende actorengroepen. Tabel 1 geeft een overzicht, maar zoals gezegd: het doel van dit onderzoek was niet representativiteit. Deze cijfers mogen dan ook niet veralgemeend worden.

Actorengroepen	Zorg	Welzijn	Lokaal bestuur	Andere sectoren	Informele actoren
<i>Respondenten</i>					
<i>Zelfstandige zorgprofessionals</i>	65	11	8	13	4
<i>Zorgorganisaties</i>	46	20	11	12	11
<i>Welzijnsorganisaties</i>	30	31	12	15	12
<i>Lokaal bestuur</i>	26	31	13	15	16
<i>Andere organisaties</i>	20	38	21	13	8

Hoe wordt er samengewerkt? Deze vraag splitsten we op in een aantal deelvragen, die ook samengebracht worden in Tabel 2: met welke finaliteit wordt samengewerkt? Hoe frequent? Hoe wordt de samenwerking geëvalueerd? Hoe wenst men dat de samenwerking in de toekomst evolueert? Op een totaal van 1130 geïdentificeerde samenwerkingen in de vragenlijst beperkte 63% zich tot doorverwijzen en informatiedeling als finaliteit. Het afstemmen van en samenwerken voor activiteiten beperkte zich respectievelijk tot 14 en 23%. 72% van de samenwerkingen speelde zich maandelijks of minder af. 58% werd (zeer) goed geëvalueerd. De gewenste evolutie voor 57% van de samenwerkingen laat zich samenvatten als "Wij willen meer of beter samenwerken met actor X."

Let op (1): het totaal aantal geïdentificeerde samenwerkingen verschilt per vraag, doordat respondenten vaak afhaken tijdens het invullen van een vragenlijst. Let op (2): zoals al herhaalt, deze cijfers mogen niet veralgemeend worden. Ze geven enkel een beeld van de diversiteit aan geïdentificeerde samenwerkingen.

Finaliteit	#	%	Frequentie	#	%	Evaluatie verloop	#	%	Gewenste evolutie	#	%
<i>Doorverwijzen</i>	396	35	<i>Dagelijks</i>	103	11	<i>Zeer goed</i>	120	13	<i>Meer</i>	351	35
<i>Informatiedeling</i>	316	28	<i>Wekelijks</i>	164	17	<i>Goed</i>	416	45	<i>Beter</i>	222	22
<i>Afstemming</i>	153	14	<i>Maandelijks</i>	248	26	<i>Neutraal</i>	361	39	<i>Hetzelfde</i>	422	42
<i>Activiteiten</i>	265	23	<i>Minder</i>	441	46	<i>Slecht</i>	28	3	<i>Minder</i>	0	0
Totaal	1130	100		956	100		925	100		995	100

Welke soorten samenwerkingen komen voor? Nu komt het centrale, kwalitatieve luik van dit onderzoek. In een professionele context zien we nog veel ad hoc samenwerkingen die zich beperken

tot doorverwijzen en eerder passief. Denk aan het typische beeld van zorg- en welzijnsactoren die elk op hun eigen eilandje opereren, ook al zien ze dezelfde personen met bepaalde noden: “working apart together.” Er zijn ook vele samenwerking waarin actief afgestemd worden. Denk aan sommige buurtcomités, verenigingen, multidisciplinaire centra, praktijken en netwerken. Na het afstemmen kan elke partner in de samenwerking altijd nog wel zijn eigen ding doen. Dat staat in contrast met samenwerkingen waarin echt samen activiteiten uitgevoerd worden. Let op: we doen deze vaststellingen zonder waardeoordeel. Elke situatie moet afzonderlijk beoordeeld worden om te weten of een bepaalde samenwerkingsvorm geschikt om bepaalde doelen te bereiken.

Belangrijk hierin is de samenwerkingscontext. Speelt een samenwerking zich af onder burgers, in een marktcontext, binnen een organisatie of in een netwerk? De relaties en dynamieken zullen heel verschillend zijn naargelang die context en, vooral, hoe die vormgegeven is. We zien nog veel samenwerkingen die ‘functioneel’ en ‘hiërarchisch’ georganiseerd zijn, waarin een iemand, een werkgroep of een afdeling de communicatie voor zijn rekening neemt, nog een ander de activiteiten, een derde de coördinatie van het geheel, ...

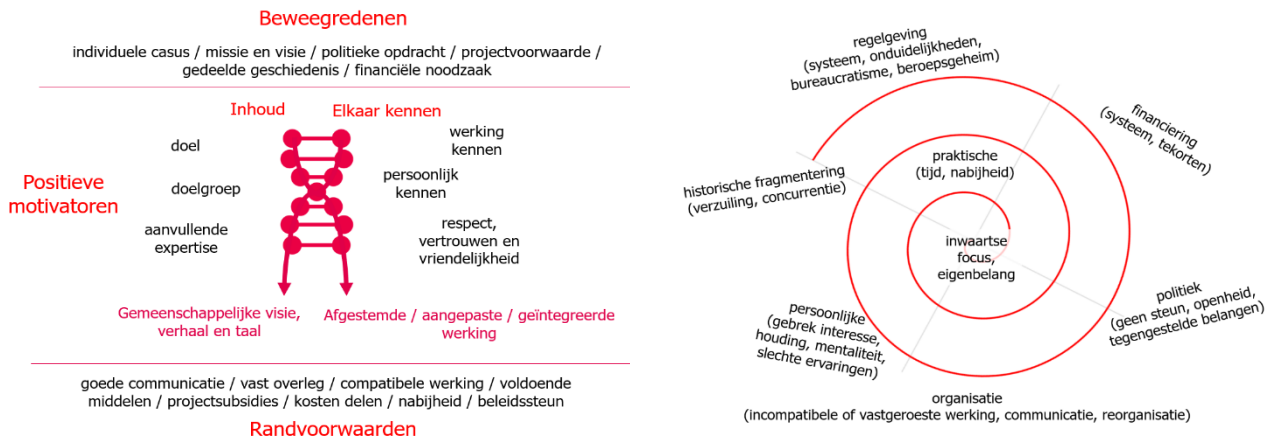
Die opsplitsing leidt tot problemen wanneer die deeltaken heel erg afhankelijk zijn van elkaar. Al die personen/werkgroepen/afdelingen gaan dan heel intens met elkaar moeten afstemmen, veel vergaderen, om de overkoepelende taak gedaan te krijgen. En belangrijk: blijktbaar zijn het toch nog regelmatig hiërarchisch leidinggevenden en coördinatoren die meer samenwerking tegenhouden. Wanneer deeltaken afhankelijk zijn van elkaar worden ze beter niet opgesplitst per functie en hiërarchisch gecoördineerd, maar gegroepeerd in een ‘multifunctioneel’ team dat intens samenwerkt en zelf beslissingen kan nemen.

Tegenwoordig maakt bijna iedereen ook wel deel uit van een netwerk. Om de zoveel tijd is er een netwerkvergadering om een stand van zaken te geven, maar soms lijkt het netwerk wat stuurloos of vooral gedreven door routine. Waarom komen we ook alweer samen? Is er überhaupt een gedeelde netwerkdoel? Is dat doel nog duidelijk voor iedereen? Is iedereen aan boord die nodig is, en geen overbodige partijen? Wordt de nodige middelen samengebracht en wordt er samengewerkt, of enkel informatie gedeeld en afgestemd? Vertrouwen alle netwerkpartners elkaar voldoende om samen beslissingen te nemen en er echt samen voor te gaan? Een of meer van die issues dwarsbomen vaak de goede werking van een netwerk.

Maar eigenlijk spelen samenwerkingen zich altijd af in een nog veel complexere context. Nooit zomaar tussen personen, binnen een organisatie/vereniging/praktijk/comité of in een netwerk. Om die complexe context te benoemen, gebruiken we in dit onderzoek het woord ‘ecosysteem’. Een ecosysteem bestaat uit actoren, hun relaties en de omstandigheden waarin ze al dan niet samenwerken. Denk aan een buurt of aan een eerstelijnszone. De samenwerking in het buurtcomité of de zorgraad is slechts een element binnen een context met vele verschillende actoren die geen deel uitmaken van die specifieke samenwerking, maar toch rechtstreeks of onrechtstreeks betrokkene zijn, en die bovendien een veelheid aan onderlinge relaties kunnen onderhouden. Om bij de voorbeelden te blijven: is er al een positieve geschiedenis van samenwerking in de buurt of in de eerstelijnszone? Dan zal samenwerken nu wellicht ook makkelijk gaan binnen het ecosysteem.

De stimulerende en remmende factoren, die de omstandigheden vormen binnen een ecosysteem, vatten we samen in twee figuren. Een dubbele helix van stimulerende factoren en een draaikolk van remmende factoren. De dubbele helix bundelt de drijfveren om een samenwerking aan te gaan, de positieve motivatoren om tot samenwerking te komen en de randvoorwaarden voor samenwerking. De draaikolk laat de vaak aan elkaar verbonden factoren zien die samenwerking remmen dan wel volledig tegenhouden. Er zijn ontelbare factoren die een rol kunnen spelen, en die op ontelbare

manieren met elkaar verbonden kunnen zijn. Deze figuren zijn een poging om mogelijke verbindingen zichtbaar te maken. In deze samenvatting gaan we niet dieper in op de figuren zelf.



Afsluitend willen we nog de rol van de lokale besturen en eerstelijnszones in zo'n ecosysteem aanstippen. Beide hebben een opdracht met betrekking tot het stimuleren van samenwerking rond zorg en welzijn. Ten eerste is rolverheldering nodig: wat doet het lokale bestuur? Wat doet de eerstelijnszone? Op die vragen moet wat ons betreft geen standaardantwoord voor iedereen geformuleerd worden. Maar het is wel belangrijk dat daar bij stil gestaan wordt en dat er antwoorden op maat geformuleerd worden naargelang de samenstelling en omstandigheden in een specifiek ecosysteem. In een ecosysteem met een lokaal bestuur dat sterke expertise in zorg en welzijn opgebouwd heeft doorheen de jaren, zullen de antwoorden op bovenstaande vragen wellicht anders zijn dan in een ecosysteem met een – op dit vlak – minder ervaren, vermogend, ... lokaal bestuur.

Ten tweede werd tijdens het onderzoek duidelijk dat de invulling van de regierol door lokale besturen heel erg kan verschillen. Sommige lokale besturen zijn eerder directief en top-down. Samenhangend daarmee werd ook de focus op korte-termijnresultaten vaak aangehaald: in plaats van naar de echte noden te kijken, lijkt soms het belang meer centraal te staan van succesverhalen creëren met het oog op de volgende verkiezingen. Tot slot leidt ook de dubbele pet van lokale besturen soms tot problemen. Het lokale bestuur heeft een regieopdracht en biedt zelf zorg- en welzijnsvoorzieningen aan. In sommige overlegsituaties is het lokale bestuur dan zowel regisseur als partner in het overleg. Ook daar zijn een goede afbakening en duidelijke afspraken nodig.

Inleiding

Jaak (67) is geboren en getogen in Gemeentegem. Zijn buurt is de Leefhoek, een wat armere wijk, waar recent echter een aantal gebouwen opgefleurd werden. Plots swingden de huizenprijzen de pan uit. Ook Jaaks huisbaas dreigt sinds kort met een prijsverhoging. Jaak zag al al zijn vrienden uit de buurt verhuizen omwille van deze reden. Valt, na zijn sociaal netwerk, nu ook nog het dak boven zijn hoofd weg? Zijn huisarts raadt Jaak aan om bij het OCMW aan te kloppen. Maar die doorverwijzing valt in dovemansoren. Het OCMW hoort bij de gemeente, en die heeft zich niet te moeien in Jaak z'n hebben en houden. Die gemeente heeft net alle problemen veroorzaakt door de vastgoedontwikkeling in de Leefhoek te stimuleren... Nochtans zou Jaak gebaat kunnen zijn met wat financiële ondersteuning. Hij heeft er zelfs recht op. Maar de doorverwijzing van de huisarts wordt niet opgevolgd en Jaak, die houdt zich sterk, maar kwijnt eigenlijk steeds verder weg in eenzaamheid, in de buurt die daarvoor altijd zijn warme thuis was.

Sofia (42) uit Stederen heeft een heel ander verhaal. Ze is sinds anderhalf jaar thuis met een chronische aandoening. Ze doet er álles aan om steeds de best mogelijke behandeling te krijgen voor elke nieuwe nood die opduikt. Maar Sofia botst stilaan tegen haar limieten. Ze botst tegen haar limieten doordat ze te vaak tegen de limieten van het Belgische en Vlaamse zorgsysteem gebotst is. Op zich wordt ze door elke professional die ze tegenkomt zo goed mogelijk verder geholpen: het zijn stuk voor stuk zéér capabele mensen met een groot hart. Maar die professionals lijken élkkaar meestal te mislopen, soms verkeerd te verstaan en – uitiem – niet genoeg tijd te hebben om echt samen stil te staan rond het geheel van Sofia's noden. Het zijn experts binnen hun expertise, die echter nog onvoldoende samenwerken om de nodige puzzelstukjes, op het juiste moment, in elkaar te klikken om preventief of soms, in complexe situaties, zelfs reactief de meest geschikte zorg te bieden. Sofia krijgt telkens maar deeloplossingen aangereikt, die op zichzelf eigenlijk geen omvattend antwoord vormen. Ze voelt zich daardoor van het kastje naar de muur gestuurd. Van hot naar her. Van Pontius naar Pilatus. Van jut naar jaar. Of, zoals ze bij haar in Stederen zeggen, van pier naar pol. Stilaan verliest ze het geloof dat ze ooit echt geholpen gaat worden. De kans op een relatief zorgeloos leven lijkt haar door de vingers te glippen, en ze is nog zo jong.

Driss (36) is zelfstandig kinesist in Stederen. Hij is een van die professionals die hun best doen voor Sofia. Driss is een 'idealist' en volgde geaccrediteerde bijscholingen en workshops over integrale zorg, positieve gezondheid en interdisciplinair samenwerken, maar net als Sofia botst hij op muren. Niet iedereen is even samenwerkings-minded, soms zijn er concurrentiële belangen, en vaak is er gewoonweg geen tijd. 'Samenwerken' is een kernwoord in de basisopleidingen gezondheidszorg en welzijn, en staat bovenaan in missie- en visieverklaringen van overheden en zorg- en welzijnsorganisaties. Maar het staat niet of nauwelijks in de nomenclatuur. Het wordt niet bevorderd door de onduidelijkheden die er soms zijn rond beroepsgeheim en het delen van informatie. Sinds GDPR lijkt info delen zelfs nog moeilijker. Er zijn te veel structurele hinderpalen die samenwerking in de weg zitten, waardoor Driss niet anders kan dan een meer pragmatische houding aanneemt: ik voer mijn stukje van de puzzel zo goed mogelijk uit, en vertrouw erop dat mijn collega's met andere expertises hetzelfde doen. Doorverwijzen en informatie delen zijn dan de meest gebruikelijke vormen van 'samenwerken'. Verder lijkt het zaak te vertrouwen in een soort van onzichtbare hand die personen met noden op het juiste moment bij het juiste aanbod brengt. Of van het kastje naar de muur? Van hot naar her, van ...

Danira (23) is net afgestudeerd als maatschappelijk werker. Ze start als buurtwerker in de Leefhoek in Gemeentegem. Danira staat op het kruispunt tussen welzijn en zorg. Voor veel mensen zijn welzijns- en zorgnoden namelijk verweven met elkaar. Dat is sowieso al complex,

en al zeker voor mensen in een kwetsbare positie. Mensen in kansarmoede, met een chronische ziekte, met beperkte geletterdheid, ... Die mensen vinden vaak gewoon hun weg niet in de zorg. Het gezondheidszorgsysteem is simpelweg onvoldoende voorzien op hun omstandigheden. Er zijn te veel mazen in het net. Danira gaat mee op zoek naar mogelijkheden om daar iets aan te doen. Ze helpt mensen met heel concrete vragen, maar werkt ook mee aan projecten die de mazen in het net helpen dichten. Zoals het buurtgerichte netwerk dat ze mee ondersteunt in de Leefhoek. Het gemeentebestuur voorziet buurtbudgetten en logistieke ondersteuning voor initiatieven die de buurt zelf wil organiseren, om de samenhang in de buurt te versterken samen met inwoners, vrijwilligers en verenigingen, maar ook professionals en organisaties uit de buurt.

Bovenstaande zijn maar enkele van de verhalen die recht uit gemeenten en steden in Vlaanderen gegrepen zijn. Personen met noden, mantelzorgers, professionals, organisaties, de overheid, vrijwilligers, verenigingen van binnen en buiten zorg en welzijn: allemaal hebben ze een rol te spelen. En idealiter spelen ze samen. Om voor meer en betere zorg en welzijn te gaan, is en blijft 'samenwerking' een sleutelwoord. Het eerste doel van dit onderzoek is daarom om exploratief in kaart te brengen hoe er vandaag samenwerkt wordt rond zorg en welzijn, met aandacht voor alle mogelijke betrokken actoren en de verschillende betekenissen die het containerbegrip 'samenwerking' omvat.

Het belang van samenwerking is niet nieuw. Het is een nagel waar al lang op geklopt wordt, maar die weigert in het hout te verdwijnen, ook al ziet het merendeel van de betrokken actoren wel de potentiële meerwaarde van samenwerking. Er moeten dus heel wat hinderpalen zijn. Wetten en praktische bezwaren, maar wellicht ook onder andere inhoudelijke, historische, culturele, ... remmende factoren. Een aantal van die hinderpalen zijn genoegzaam bekend, andere blijven meer verborgen.

Het is natuurlijk niet allemaal kommer en kwel, integendeel. Er zijn vele prachtige voorbeelden van samenwerking in zorg en welzijn. Professionals en niet-professionals, organisaties en verenigingen, buurten werken op sommige plaatsen al actief samen rond zorg en welzijn. Ook daar verloopt de samenwerking evenwel niet zonder slag of stoot. Maar de stimulansen om samen te werken wonnen het wel van de hinderpalen. Ook die stimulerende factoren, en het samenspel met de remmende, is essentieel om samenwerking rond zorg en welzijn beter te begrijpen. Beide soorten factoren in kaart brengen is dan ook het tweede doel van dit onderzoek.

Samengevat delft voorliggend onderzoek dus zoveel mogelijk van die stimulerende en remmende factoren op. Het doet dit door (1) een heel open blik te hanteren op alle mogelijke actoren en vormen van samenwerking rond zorg en welzijn in steden en gemeenten, en door (2) kwalitatief-wetenschappelijk te werk te gaan (zie: 'Methodologie').

Dit rapport bestaat uit de volgende onderdelen: 'Methodologie', 'Bevindingen en theoretische kadering' en 'Conclusie en discussie'. We kiezen voor deze atypische opbouw, waarin bevindingen en theoretische kadering meteen aan elkaar gekoppeld worden, omdat dit de data-analyse beter reflecteert, zoals toegelicht in de methodologie, en het rapport toegankelijker te maken.

Een laatste paragraaf om nog een mogelijke verwachting correct te stellen. Lezers zijn wellicht op zoek naar 'oplossingen' om meer en beter samen te werken. De bevindingen en theoretische kadering in dit rapport geven alvast veel stof tot nadenken. In dit rapport gaan we echter nog niet over tot het beschrijven van mogelijkheden om met bepaalde pijnpunten aan de slag te gaan. Die denk- en doe-oefening maken we, na het schrijven van dit rapport, samen met de betrokken steden en gemeenten, en zal aanleiding geven tot een tweede rapport.

Methodologie

De onderzoeksvragen die we in dit rapport willen beantwoorden zijn de volgende:

- Hoe wordt samengewerkt rond zorg en welzijn in steden en gemeenten?
- Wat zijn de stimulerende en remmende factoren om samen te werken?

De doelen van dit onderzoek zijn om samenwerkingen rond zorg en welzijn in steden en gemeenten (breed bekeken) en de stimulerende en remmende factoren voor samenwerking in kaart te brengen. De meest geschikte methode om deze vragen te beantwoorden, is een exploratief kwalitatief onderzoeksoptzet. Het zijn namelijk onderzoeksdoelen die vragen om buiten de eerder betreden onderzoekspaden te treden (exploratief) en om diepgang en rijke beschrijvingen (kwalitatief).

Kwalitatief onderzoek tracht om een zo groot mogelijke diversiteit aan ervaringen, meningen, observaties, ... aan het licht te brengen. Het duikt in de diepte, is vaak exploratief en gaat dus op zoek naar de diversiteit aan factoren die verbonden is aan een bepaald fenomeen. Met andere woorden, kwalitatief onderzoek kan helpen om achterliggende factoren en verbanden bloot te leggen, die bijvoorbeeld verklaren waarom samenwerking (niet) werkt in bepaalde omstandigheden.

Maar dat is meteen ook de limiet van kwalitatief onderzoek. Het doet uitspraken over factoren en verbanden *in bepaalde omstandigheden*. Terwijl kwantitatief onderzoek eerder veralgemenende uitspraken probeert te doen. Deze hele andere doelstelling heeft belangrijke implicaties voor hoe en hoeveel data verzameld wordt in kwalitatief onderzoek, voor hoe die data geanalyseerd wordt, en voor de mate waarin uitspraken gebaseerd op kwalitatief onderzoek veralgemeenbaar zijn. Kwalitatieve uitspraken zijn namelijk niet volkomen on-veralgemeenbaar - een veelgehoorde misvatting. Ze zijn namelijk wel veralgemeenbaar, maar enkel voor zover omstandigheden hetzelfde zijn. In dit geval: de omstandigheden waarbinnen samenwerkingen rond zorg en welzijn in steden en gemeenten vorm krijgen.

Vervolgens viel de keuze op een zogenaamde 'meest verschillende' casestudie (Seawright & Gerring, 2008). Het doel is om een aantal cases (steden en gemeenten) te bestuderen die weliswaar goed uitgerust zijn qua zorg- en welzijnsaanbod en een positieve samenwerkingsdynamiek lijken te hebben (zodat er zeker positieve vormen van samenwerking te bestuderen zouden zijn), maar die verschillen qua demografisch profiel (vergrijzend vs. vergroenend) en context (stedelijk vs. gemeentelijk). Met de beschikbare middelen werd op basis van de BELFIUS-typologie van steden en gemeenten gekozen voor een goed uitgeruste, vergrijzende stad (Tongeren), een goed uitgeruste, vergroenende stad (Geraardsbergen) en een vergrijzende landelijke gemeente (Beernem). Op basis van bestaande ervaringen en contacten lijkt in deze drie locaties een positieve samenwerkingsdynamiek te spelen. Een vergroenende landelijke gemeente ontbreekt dus om de vergelijking compleet te maken. Maar met de keuze voor een vergrijzende landelijke gemeente hopen we een voor veel gemeenten herkenbare casus te selecteren. Net geen 10% van de Vlaamse gemeenten is namelijk een vergrijzende landelijke gemeente. 3,6% van de Vlaamse gemeenten valt onder de categorie 'Goeduitgeruste gemeenten en kleine steden met vergrijzende bevolking'. 4,3% situeert zich binnen de categorie 'Goeduitgeruste gemeenten en kleine steden met toenemend aantal jongeren'. Vervolgonderzoek kan zich richten op andere types gemeenten en steden, bvb. de vergrijzende woongemeenten (die ook bijna 10% van de Vlaamse gemeenten uitmaken). Gezien eerstelijnszone Dender-Zuid de lokale partner was met betrekking tot Geraardsbergen, includeerden we ook Ninove in de enquête. Ninove valt eveneens onder de categorie 'goed uitgeruste, vergroenende stad'.

De dataverzameling vond plaats in twee stappen. Eerst werd een online enquête verspreid binnen de deelnemende steden en gemeente, via de contacten van de lokale besturen, het sociaal huis en/of de

eerstelijnszone. De online enquête laat toe om breed te bevragen bij informele en professionele actoren die te maken hebben met zorg en welzijn, en een overzicht te krijgen van wie met elkaar samenwerkt, hoe ze samenwerken en wat de stimulerende en remmende factoren daarin zijn. 87 respondenten vulden in de enquête in (Beernem: 31, Geraardsbergen en Ninove: 27, Tongeren: 29). In elke stad of gemeente werd de enquête ingevuld door een variëteit aan respondenten met betrekking tot sector (zorg, welzijn, lokaal bestuur, andere sectoren, informele actoren), indien van toepassing, organisatie/verenigingsgrootte (gemeten in aantal werknemers en aantal geholpen personen/patiënten/cliënten) en scope van de actor (buurt, gemeente/stad, regio, provincie, of groter).

De tweede stap van de dataverzameling bestaat uit het afnemen van diepte-interviews. Opnieuw werden via de partners oproepen en uitnodigingen verspreid naar een zo breed mogelijk veld aan actoren. Deze fase loopt nog door tot het einde van het onderzoek, wanneer dit rapport gefinaliseerd wordt. Er werden 35 interviews afgenomen. Respondenten zijn zelfstandige, vrijwilliger, of vertegenwoordigen hun organisatie, vereniging of lokale bestuur. Er werd een topic lijst met mogelijke onderwerpen en vragen opgesteld op basis van een aantal bestaande theoretische kader en concepten (samenwerking, organisatie-, netwerk- en ecosysteemtheorie). Als de respondent de enquête reeds invulde, werden die antwoorden gebruikt om verdiepende vragen te stellen. Als de respondent de enquête niet ingevuld had, startte het interview meer inleidend.

Het aantal zelfstandigen dat deelnam, is beperkt, maar krijgt onze blijvende aandacht, ook in de analyse van de data en kadering vanuit literatuur (bijvoorbeeld het rapport 'Interdisciplinaire samenwerking tussen zelfstandige zorgverstrekkers in de eerstelijnsgezondheidszorg' van Sels et al., 2017, voor de Federatie Vrije Beroepen). De ondervertegenwoordiging van zelfstandige professionals buiten beschouwing gelaten, lijkt het punt van datasaturatie of –verzadiging wel bereikt. Dat wil zeggen: er komen nog maar weinig aanvullende inzichten naar boven uit nieuwe interviews, terwijl eerdere inzichten bevestigd worden.

De data-analyse is voornamelijk een thematische analyse, die gestuurd wordt door de reeds genoemde theoretische kaders en concepten (samenwerking, organisatie-, netwerk- en ecosysteemtheorie). De informatie uit de enquêtes en interviews wordt samengenomen en conceptueel bekeken, geïnterpreteerd, geordend en kritisch geëvalueerd. Die kritische evaluatie gaat trouwens in twee richtingen: ook de theorieën en concepten worden onder de loep genomen, genuanceerd en aangevuld. Daarom kozen we er ook voor de bevindingen en hun theoretische kadering samen te nemen in het volgende onderdeel van dit rapport. Behalve een thematische analyse werden ook beschrijvende tabellen opgesteld op basis van de enquête. Gezien de kleine steekproef in de beperkte selectie van steden en gemeenten mogen deze evenwel niet veralgemeend worden.

Theoretisch kader

In dit onderdeel stellen we kort de concepten en theorieën voor die gebruikt werden om naar samenwerking te kijken.

Samenwerking gedefinieerd

‘Samenwerking’ is de activiteit die plaatsvindt wanneer twee of meer actoren middelen samenbrengen om een doel te bereiken. We gebruiken bewust de termen ‘activiteiten’ en ‘actoren’ zodat samenwerken niet enkel in de professionele sfeer van producten, diensten, professionals en organisaties gesitueerd wordt. Vrijwilligers, mantelzorgers, burens, vrienden, ... die samen gespreksavonden, naastenzorg, een buurtbarbecue, ... organiseren, werken ook samen.

De definitie is heel breed. Daarom is het zinvol om op zoek te gaan naar enkele kenmerken om verschillende vormen van samenwerking te differentiëren: finaliteit, niveau en schaal van samenwerking. De kenmerken werden overgenomen van Goeminne et al. (2013) en Vanderstraeten et al. (2012), behalve het minder relevante ‘plaats’, en werden ook aangepast qua terminologie en reikwijdte aan de grotere variëteit aan actoren (professioneel én informeel) en de context van zorg en welzijn die dit onderzoek kenmerkt.

De **finaliteit van samenwerking** duidt op het beoogde doel van de samenwerking. Die doelen worden in de literatuur samengevat in drie categorieën: overleg, coördinatie en collaboratie. Met het oog op de gebruikelijke vormen van samenwerking in zorg en welzijn, hanteert dit onderzoek de volgende termen en voegen we ‘doorverwijzing’ toe:

- Doorverwijzing
- Informatiedeling (≈ overleg)
- Het actief afstemmen van activiteiten op elkaar (≈ coördinatie)
- Het samen opzetten van activiteiten (≈ collaboratie)

Het **niveau van samenwerking** differentieert tussen het strategische niveau, het tactische of structurele, en het operationele niveau.

- Samenwerking op het strategische niveau houdt in dat twee of meer actoren ‘high level’ bekijken of ze samen bepaalde doelstellingen kunnen bereiken, oude of nieuwe, en hoe.
- Samenwerking op het structurele niveau verwijst ernaar dat de organisatie van activiteiten (‘werkmethoden’) door de verschillende actoren op elkaar afgestemd wordt.
- Samenwerking op het operationele niveau betekent dat er samengewerkt wordt in de uitvoering van activiteiten.

De **schaal van samenwerking** kan binnenlokaal, lokaal of bovenlokaal zijn. In dit onderzoek werd binnenlokaal vertaald naar ‘een deel van de gemeente/stad’, lokaal naar ‘de gemeente/stad als geheel’ en bovenlokaal naar ‘een regio binnen de provincie van de gemeente’, ‘de provincie als geheel’ of nog anders.

Het eerste kenmerk – finaliteit van samenwerking – werd uitvoerig bevestigd in de enquête. Het volgende onderdeel bevat de neerslag daarvan. De twee andere kenmerken kwamen in de interviews aan bod, die verder in dit rapport besproken worden besproken worden.

Binnen welke contexten vinden samenwerkingen plaats?

Thompson et al. (1991) identificeren markten, organisaties en netwerken als de contexten waarbinnen samenwerking vorm krijgt in hun boek ‘Markets, Hierarchies and Networks: The Coordination of Social Life’. Samenwerking vindt plaats in een marktlogica, binnen de context van een

organisatie (maar evengoed verenigingen en burgerinitiatieven) of netwerk, of – zo voegen we toe in dit rapport – binnen een minder strak gedefinieerd ‘ecosysteem’ (een buurt, gemeente/stad, eerstelijnszone, ...), waarin ook de potentiële rol van de overheid benadrukt moet worden. Zoals reeds aangestipt doorkruisen de verschillende logica’s elkaar in realiteit bovendien vaak, en wordt samengewerkt in contexten die gekenmerkt worden door zowel markt-, organisatie-, netwerk- als ecosysteemelementen.

Zorg en welzijn als markt?

Een **perfecte markt** bestaat uit vragers en aanbieders, die samen de prijs voor een goed of dienst bepalen (Pearce, 1992). Om van een vrije markt te kunnen spreken, zijn er een aantal basisvoorwaarden waaraan voldaan moet worden:

1. Er moet een groot aantal vragers en een groot aantal aanbieders (zo kan geen enkele individuele vrager of aanbieder de markt verstoren).
2. Alle producten of diensten op de markt zijn volkomen identiek.
3. Vragers en aanbieders hebben beide alle beschikbare informatie.
4. Iedereen kan zonder belemmering vrager of aanbieder zijn.

Zoals al vaker geargumenteed (Arrow, 1963), voldoen zorg en welzijn niet aan die definitie (behalve bepaalde electieve zorg misschien, zoals plastische ingrepen). Het aantal aanbieders is namelijk relatief beperkt, diensten zijn niet identiek, er is net een grote kenniskloof tussen vragers en aanbieders, en niet zomaar iedereen kan aanbieder (en in sommige gevallen zelfs vrager) zijn.

Samenwerking binnen organisaties

Organisaties bundelen personeel en middelen om een bepaald doel te bereiken. Het zijn relatief vaste samenwerkingen, die net daarom bestaan: om samen te werken. Want het vooropgestelde doel kan niet solo bereikt worden. Ook voor niet-professionele organisaties die samenwerken om bepaalde doelen te realiseren (verenigingen, buurtcomités, vriendengroepen, ...) kunnen als organisaties beschouwd worden, waar de werknemer-werkgeverrelatie evenwel ontbreekt.

Waar samenwerking tussen actoren moeilijk is wanneer een marktlogica overheeft, bieden organisaties een stabiele samenwerkingscontext. Dat wil nog altijd niet zeggen dat die samenwerking vlot verloopt natuurlijk. Een belangrijke verklarende factor voor het vlot verlopen van de samenwerking binnen een organisatie, is de organisatiestructuur. Er zijn ontelbaar veel manieren om activiteiten op te delen in taken en vervolgens te alloceren aan werkeenheden en personen. De twee meest tegengestelde zijn de functionele en hiërarchische logica enerzijds, de stroomsgewijze en decentrale logica (de Sitter, 1998). De volgende paragrafen beschrijven de verschillende logica’s.

Een **functionele logica** dicteert dat de activiteiten in zoveel mogelijk deeltaken gesplitst worden, zodat er aan taakspecialisatie gedaan kan worden. Tot op zekere hoogte doet dit denken aan zorg en welzijn, waar (sub)specialisaties vaak apart gehouden worden in verschillende afdelingen of zelfs organisaties (terwijl ze elkaar steeds vaker nodig hebben). Denk aan de typische opdeling in een medisch, paramedisch en verpleegkundig departement – en de specialistische subdepartementen daarbinnen.

Aansluitend bij de functionele logica is **de hiërarchische logica** om specifiek de coördinatie van de deeltaken (en dus specialisatie-afdelingen) op elkaar te regelen. De hiërarchische logica trekt de functionele logica eigenlijk gewoon door met betrekking tot coördinatie: er zijn aparte werkgroepvoerders, afdelingscoördinatoren en een directieteam nodig, die zich elk specialiseren in de coördinatie van hun respectievelijke domein.

Een stroomsgewijze logica betekent dat de activiteiten, die nodig zijn om het organisatiedoel te bereiken, zo weinig mogelijk in taken gesplitst worden – en al zeker niet volgens een logica van taakspecialisatie op deeltaakniveau. Indien mogelijk wordt er een team gecreëerd van professionals die elk hun eigen (multi-)expertise hebben, en die hun gecombineerde expertises inzetten om samen het organisatiedoel te bereiken.

Sommige doelen zijn echter zo groots of complex dat ze activiteiten vereisen die door tientallen personen uitgevoerd moeten worden. Dan is de stroomsgewijze logica om die activiteiten op te delen, niet in deeltaken, maar in netjes afgebakende deelprocessen en ‘deelproces-teams’. In zorg en welzijn zien we de stroomsgewijze logica toegepast worden wanneer een vast team van A tot Z het zorgproces mee begeleidt bijvoorbeeld.

De decentrale logica voor het organiseren van coördinerende taken bestaat eruit dat zowel operationele, structurele als strategische coördinatietaken ‘zo decentraal mogelijk’ gelegd worden, en zoveel mogelijk zonder opsplitsing tussen ‘uitvoerende’ en ‘coördinerende’ functies.

De functionele en stroomsgewijze logica worden in de realiteit echter zelden loepzuiver toegepast. Er zijn **vele mengvormen** van functioneel en stroomsgewijs organiseren. Het gebeurt dat zorgprocessen wel in ‘deelprocessen’ worden opgesplitst, maar dat die deelprocessen eigenlijk zo nauw verweven zijn dat er veel afstemming nodig is tussen de deelproces-teams. Bijvoorbeeld wanneer personen met complexe, chronische condities eerst door team X begeleid worden voor een kortdurende revalidatie met hospitalisatie, vervolgens door team Y ambulant opgevolgd worden in de thuissetting, om daarna team Z als begeleiding te krijgen tijdens een langdurende revalidatie met hospitalisatie. Team X, Y en Z hebben elkaar dan nodig voor het verzekeren van continuïteit in de behandeling en een vlotte informatiedoorstroom, wat allerm minst vanzelfsprekend bij complexe chronische condities. Behalve informatieoverdracht gaat natuurlijk ook over de persoonlijke band tussen de persoon en (het team van) de professionals die telkens doorgeknipt wordt.

Samenwerking in netwerken

Met betrekking tot samenwerkingen worden netwerken typisch gedefinieerd als verzameling van actoren die relaties met elkaar onderhouden (Thorelli, 1986; Borgatti & Foster, 2003). Steeds meer actoren die werken rond zorg en welzijn, professionele en informele, verenigen zich in ‘netwerken’. In deze paragrafen gaan we dieper in op de kenmerken van doelgerichte netwerken, die gericht zijn op samenwerken en het bereiken van een gemeenschappelijk doel.

Net als de organisatietheorie kan het netwerkconcept ook toegepast worden op informele en informeel-professionele samenwerkingen, ook onafhankelijk of het nu toevallige netwerken (serendipitous networks) betreft of doelgerichte netwerken (goal-oriented networks) (Kilduff & Tasia, 2003). Terwijl toevallige netwerken onwillekeurig ontstaan doorheen spontane interacties tussen actoren, bestaan doelgerichte netwerken uit drie of meer actoren die bewust samenwerken om een gemeenschappelijk doel te realiseren (Provan & Kenis, 2008). Ondanks dit onderscheid kunnen de kenmerken van doelgerichte netwerken, die we zo meteen overlopen, natuurlijk ook nagegaan worden in toevallige netwerken.

Dit zijn de vier kenmerken voor een goed functionerend doelgericht netwerk:

- De netwerkpartners hebben **een gemeenschappelijk doel**, waarbij het belangrijk is dat dit een doel is dat de aparte doelen van de netwerkpartners overstijgt. De actoren in het netwerk moeten elkaar nodig hebben.
- Het netwerk bestaat uit **een gedifferentieerde verzameling van actoren**, waarvan elke partner levert een unieke, noodzakelijke bijdrage. Dit kenmerk staat in rechtstreeks verband met de

netwerkgrootte, gemeten in aantal partners: het netwerk moet alle noodzakelijke actoren bevatten, maar tegelijk zo klein mogelijk zijn en overbodige partners uitsluiten om efficiënt te kunnen werken.

- Het netwerk moet **geïntegreerd** zijn, dat wil zeggen: de partners moeten ook effectief (en intensief) samenwerken met betrekking tot het gemeenschappelijke doel. Intensief samenwerken betekent: het delen en koppelen van informatie, middelen, activiteiten en expertise.

Dit netwerkkenmerk kunnen we aanvullen met wat we al bespraken: zijn de activiteiten, noodzakelijk om het gemeenschappelijke doel te bereiken, volgens een functionele of stroomsgewijze tussen en binnen de partners opgesplitst en gealloceerd?

- Het netwerk heeft nood aan **een op maat gesneden 'besturingssysteem'**. Gedeelde besluitvorming, waarbij alle partners samen strategische, structurele en operationele beslissingen maken, werkt het best wanneer het netwerk een helder en werkelijk gedeeld gemeenschappelijk doel heeft, het aantal partners beperkt is en die partners elkaar vertrouwen. Wanneer die elementen ontbreken en/of gedeelde besluitvorming niet blijkt te werken, is volgens de literatuur een meer gecentraliseerd besturingssysteem nodig. Wanneer één netwerkpartner door alle partners voldoende vertrouwd wordt, kan deze partner de besturing in handen nemen ('besturing door een leidende organisatie'). Ontbreekt het gezamenlijke vertrouwen in zelfs maar een partner, dan rest de keuze om samen een organisatie of orgaan op te richten waarin beslissingen over en coördinatie van het netwerk plaatsvindt.

Ook dit netwerkkenmerk kan aangevuld worden met eerder besproken concepten. Volgen de coördinerende activiteiten van de partners een hiërarchische of decentrale logica? Als de strategische beslissingsbevoegdheid bij veel partners in het netwerk gecentraliseerd zit bij de directeur/coördinator/trekker van die partner, zal het wellicht relatief gemakkelijk zijn om een gemeenschappelijk strategisch doel te bepalen. Maar mogelijk is het dan moeilijker om de operationele werkingen op elkaar af te stemmen of zelfs (deels) te integreren dan wanneer de partner decentraal coördineert en uitvoerende professionals dus zelf mee vorm kunnen geven aan strategische en structurele beslissingen.

Samenwerken met lokale besturen

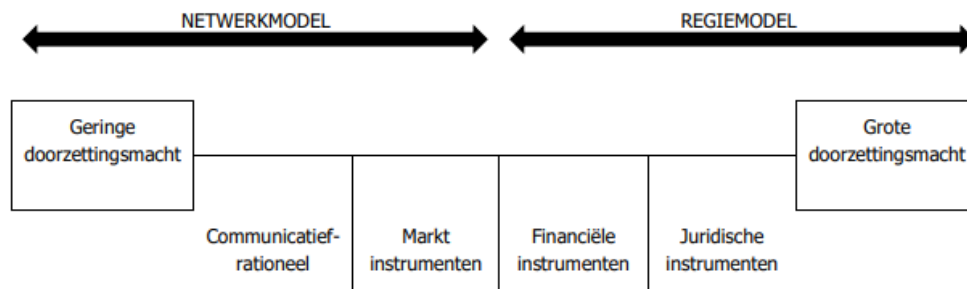
De regisseursrol van het lokale bestuur is verankerd in het decreet Lokaal Sociaal Beleid. Op strategisch niveau moet het lokale bestuur tot een gedragen, integraal en inclusief sociaal meerjarenplan, in samenwerking met lokale actoren en de bevolking. Op structureel niveau gaat het om het afstemmen van vraag en aanbod van de lokale publieke en private hulp- en dienstverlening, waarbij een complementair aanbod ontwikkeld wordt dat afgestemd is op de lokale noden.

Pröpper et al. (2004) ontwikkelden een overzicht van regiecomponenten en -activiteiten, en een typologie van de regisseursrol van lokale besturen. De regiecomponenten en bijhorende activiteiten zijn de volgende:

- **Overzicht over de situatie:** alle actoren bevragen
- **Verantwoording afleggen tegenover het geheel:** betrokkenheid tonen bij het geheel van zorg en welzijn, en het handelen in die context verantwoorden
- **Gemeenschappelijke beleidslijnen uitzetten:** visievorming stimuleren ten aanzien van het geheel, tegenstrijdige doelen of belangen bespreekbaar maken, beleidsplannen opmaken, monitoren en bijsturen
- **Samenwerking organiseren:** actoren mobiliseren, enthousiasmeren, inspireren, aan elkaar koppelen, toezicht houden op samenwerkingsprocessen en resultaten (en terugkoppelen)

In een publicatie uit 2011 onderscheidt de Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten de instrumenten die een lokaal bestuur kan inzetten, waarbij de hoeveelheid 'doorzettingsmacht' vanuit het lokale bestuur verschilt. Van weinig naar veel doorzettingsmacht: communicatief-rationele instrumenten (praat met elkaar), marktinstrumenten (laat concurrentie spelen), financiële instrumenten (geef financiële incentives) en juridische instrumenten (leg verplichtingen op).

Figuur 2 Onderscheid tussen regie en coördinatie volgens VVSG (2011)



Bron: VWSG (2011, p. 13)

Samenwerken in ecosystemen

Onderzoek naar zorg en welzijn focust traditioneel op zorg- en welzijnsprofessionals, -organisaties of zorg en welzijn als 'sector'. Maar eigenlijk overstijgen zorg en welzijn de klassieke sectoren (ook huisvesting, arbeidsmarkt, onderwijs, ... zijn relevant) en moet dus breder gekeken worden dan naar enkel professionals, organisaties en sectoren.

De term 'ecosysteem' komt oorspronkelijk uit de ecologie en wordt, om naar samenwerking te kijken, eerder metaforisch gebruikt. Binnen de ecologie staat de term voor een natuurlijk systeem van organismen, hun omgeving, en de wisselwerking tussen beide. Organisatie-onderzoekers gebruiken de term als metafoor voor complexe groeperingen van diverse actoren binnen een bepaalde omgeving, die gekenmerkt wordt door specifieke socioculturele, spatiale, economische, ... condities (Dessers & Mohr, 2019).

Wat we in dit onderzoek gedaan hebben, is met een open blik kijken naar de verschillende soorten actoren, samenwerkingen, samenwerkingscontexten en omgevingscondities (stimulerende en remmende factoren) om zoveel mogelijk van het ecosysteem in kaart te brengen.

Bevindingen

In dit onderdeel worden de bevindingen uit het onderzoek gekaderd met inzichten uit relevante literatuur en uit een aantal theoretische kaders gebundeld. Zo beantwoorden een aantal vragen. Ten eerste de hoofdvragen van dit onderzoek:

- Hoe wordt er samengewerkt rond zorg en welzijn in steden en gemeenten?
- Wat zijn de stimulerende en remmende factoren voor samenwerking?

Vervolgens stellen we twee bijkomende vragen, die nodig zijn om een beter begrip van samenwerking te realiseren:

- Hoe kunnen we verschillende samenwerkingsstypes tussen personen beter onderscheiden?
- Binnen welke contexten vinden samenwerking plaats?

De eerste 'bijkomende' vraag liet zich inspireren door de spraakverwarring die er vaak bestaat rond 'samenwerking' tussen personen. Er zijn ontzettend veel termen in de omloop om over samenwerking, die vaak dan nog variërend gedefinieerd worden. De tweede bijkomende vraag wordt gesteld vanuit de vaststelling dat samenwerking te veel los van haar context gezien wordt, met name de markt-, organisatie-, netwerk- of andere context waarin ze zich afspeelt.

We starten dit onderdeel echter met een algemene definitie van samenwerking.

1. Hoe wordt er samengewerkt rond zorg en welzijn?

Uit het onderzoek blijkt dat de term 'samenwerken' zeer los gebruikt wordt. Hele diverse vormen van samenwerken worden onder eenzelfde noemer geplaatst, terwijl ze sterk verschillen qua intensiteit. Doorverwijzen en 'passieve' informatiedeling wegen bijvoorbeeld heel licht als samenwerkingsvorm in vergelijking met actief informatie delen, het actief afstemmen van diensten op elkaar of zelfs het gezamenlijk leveren van diensten. Verschillende respondenten gaven aan dat die lichte samenwerkingsvormen bovendien niet kunnen verhinderen dat er sterk los van elkaar gewerkt wordt, op aparte eilandjes, in silo's of kokers.

"Eigenlijk zitten de meesten nog op hun eigen eilandje, en werken we los van elkaar. Alsof een onzichtbare hand alles wel in goede banen zal leiden."

Niet alleen de finaliteit van samenwerken kan sterk verschillen, maar ook de frequentie van samenwerken, de huidige evaluatie van samenwerken, en de gewenste evolutie van samenwerken in de toekomst. In de enquête identificeerden we 1130 samenwerkingen. In het algemeen bleek 63% van de geïdentificeerde samenwerkingen eerder weinig intensief (doorverwijzen, informatiedeling) en 72% van de samenwerking gebeurde maandelijks of minder dan maandelijks, zoals tabel 2 toont. 58% van de samenwerking verliep goed tot zeer goed, maar toch wordt met betrekking tot 57% van de samenwerkingen gehoopt dat er in de toekomst 'meer' of 'beter' samengewerkt kan worden. In Geraardsbergen en Tongeren is het percentage intensievere samenwerkingen iets hoger dan in Beernem (resp. 27 en 25%, vs. 17% van de samenwerkingen die uit het samen uitvoeren van activiteiten bestaan). Qua frequentie zijn er dan weer meer dagelijkse samenwerkingen in Beernem dan in de twee andere locaties (resp. 18%, vs. 9 en 7%). In Geraardsbergen wordt het verloop van samenwerkingen iets vaker 'neutraal' gescoord dan in Beernem en Tongeren (resp. 48%, vs. 33 en 37%). Qua gewenste evolutie van samenwerking valt het hogere aantal voor 'beter samenwerken' op in Beernem (29%, in vergelijking met 18 en 22% in Geraardsbergen en Tongeren).

Uit het onderzoek blijkt ook dat niet alle actoren evenveel met actoren uit andere sectoren samenwerken, en dat de finaliteit van die samenwerking dan vaak ook nog verschilt – zo toont tabel 3. Zelfstandige zorgprofessionals werken vooral met andere zorgactoren samen (65% van de samenwerkingsrelaties – zie cijfer onder 'Zelfstandige zorgprofessionals', tussen haakjes naast 'Zorg'). Zorgorganisaties ook (46%), maar ze onderhouden al wat meer relaties met welzijnsactoren (20%). Welzijnsactoren werken breder samen met actoren uit zorg (30%), welzijn (31%), het lokale bestuur (12%), informele actoren (12%) en andere sectoren (15%). Lokale besturen werken eveneens breed samen, maar schijnbaar iets minder met zorgactoren (26%). Het samenwerkingsbeeld voor organisaties uit andere sectoren is gelijkaardig. Er waren te weinig respondenten die informele actoren zijn om zinvolle cijfers te berekenen, maar het lijkt alsof de samenwerking met informele actoren (socio-culturele verenigingen, buurtcomités, ...) beperkt is vanuit professionele actoren, terwijl in omgekeerde richting worden meer samenwerkingen gemeld. Mogelijk zijn professionele actoren zich minder bewust van de lopende samenwerkingen met andere sectoren en informele actoren, en/of wordt er minder waarde aan gehecht. Of de informele actoren die deelnamen aan de enquête en interviews zijn simpelweg een subset van informele actoren die veel samenwerken.

"Ik werk inderdaad vooral met andere 'typische' zorgactoren samen."

"Als welzijnsorganisatie zitten wij echt op het kruispunt van zorg en welzijn. We zouden wel graag meer samenwerken met bijvoorbeeld huisartsen"

Tabel 2. Samenwerking in Beernem, Geraardsbergen, Tongeren en gesommeerd											
Type samenwerking			Frequentie			Evaluatie verloop			Gewenste evolutie samenwerking		
Beernem	#	%		#	%		#	%		#	%
Doorverwijzen	119	38	Dagelijks	54	18	Zeer goed	38	13	Meer	77	30
Informatiedeling	79	25	Wekelijks	56	18	Goed	147	49	Beter	74	29
Afstemming	60	19	Maandelijks	65	21	Neutraal	99	33	Hetzelfde	106	41
Activiteiten	52	17	Minder	130	43	Slecht	18	6	Minder	0	0
Totaal	310	100		305	100		302	100		257	100
Geraardsbergen											
Doorverwijzen	147	35	Dagelijks	25	9	Zeer goed	30	11	Meer	132	39
Informatiedeling	115	27	Wekelijks	50	17	Goed	105	38	Beter	62	18
Afstemming	45	11	Maandelijks	77	26	Neutraal	131	48	Hetzelfde	146	43
Activiteiten	115	27	Minder	139	48	Slecht	7	3	Minder	0	0
Totaal	422	100		291	100		273	100		340	100
Tongeren											
Doorverwijzen	130	33	Dagelijks	24	7	Zeer goed	52	15	Meer	142	36
Informatiedeling	122	31	Wekelijks	58	16	Goed	164	47	Beter	86	22
Afstemming	48	12	Maandelijks	106	29	Neutraal	131	37	Hetzelfde	170	43
Activiteiten	98	25	Minder	172	48	Slecht	3	1	Minder	0	0
Totaal	398	100		360	100		350	100		398	100
Gesommeerd											
Doorverwijzen	396	35	Dagelijks	103	11	Zeer goed	120	13	Meer	351	35
Informatiedeling	316	28	Wekelijks	164	17	Goed	416	45	Beter	222	22
Afstemming	153	14	Maandelijks	248	26	Neutraal	361	39	Hetzelfde	422	42
Activiteiten	265	23	Minder	441	46	Slecht	28	3	Minder	0	0
Totaal	1130	100		956	100		925	100		995	100

Tabel 3. Hoe werken verschillende types actoren samen? Types samenwerking uitgesplitst naar respondentengroep														
Zelfstandige zorgprofessionals			Zorgorganisaties			Welzijnsorganisaties			Lokaal bestuur			Andere organisaties		
Zorg (65%)	#	% per groep	Zorg (46%)	#	% per groep	Zorg (30%)	#	% per groep	Zorg (26%)	#	% per groep	Zorg (20%)	#	% per groep
Doorverwijzen	20	38	Doorverwijzen	37	29	Doorverwijzen	56	51	Doorverwijzen	24	38	Doorverwijzen	8	36
Informatiedeling	14	27	Informatiedeling	45	35	Informatiedeling	26	24	Informatiedeling	25	39	Informatiedeling	5	23
Afstemming	9	17	Afstemming	25	20	Afstemming	11	10	Afstemming	8	13	Afstemming	0	0
Activiteiten	9	17	Activiteiten	20	16	Activiteiten	16	15	Activiteiten	7	11	Activiteiten	9	41
Totaal	52	100	Totaal	127	100	Totaal	109	100	Totaal	64	100	Totaal	22	100
Welzijn (11%)			Welzijn (20%)			Welzijn (31%)			Welzijn (31%)			Welzijn (38%)		
Doorverwijzen	5	56	Doorverwijzen	26	46	Doorverwijzen	36	32	Doorverwijzen	21	28	Doorverwijzen	15	37
Informatiedeling	0	0	Informatiedeling	12	21	Informatiedeling	26	23	Informatiedeling	18	24	Informatiedeling	7	17
Afstemming	1	11	Afstemming	8	14	Afstemming	19	17	Afstemming	15	20	Afstemming	0	0
Activiteiten	3	33	Activiteiten	10	18	Activiteiten	31	28	Activiteiten	22	29	Activiteiten	19	46
Totaal	9	100	Totaal	56	100	Totaal	112	100	Totaal	76	100	Totaal	41	100
Lokaal bestuur (8%)			Lokaal bestuur (11%)			Lokaal bestuur (12%)			Lokaal bestuur (13%)			Lokaal bestuur (21%)		
Doorverwijzen	4	67	Doorverwijzen	14	44	Doorverwijzen	10	22	Doorverwijzen	4	13	Doorverwijzen	12	52
Informatiedeling	2	33	Informatiedeling	10	31	Informatiedeling	11	24	Informatiedeling	11	35	Informatiedeling	4	17
Afstemming	0	0	Afstemming	6	19	Afstemming	13	29	Afstemming	5	16	Afstemming	1	4
Activiteiten	0	0	Activiteiten	2	6	Activiteiten	11	24	Activiteiten	11	35	Activiteiten	6	26
Totaal	6	100	Totaal	32	100	Totaal	45	100	Totaal	31	100	Totaal	23	100
Informeel (4%)			Informeel (11%)			Informeel (12%)			Informeel (16%)			Informeel (8%)		
Doorverwijzen	2	67	Doorverwijzen	17	55	Doorverwijzen	15	36	Doorverwijzen	15	38	Doorverwijzen	1	11
Informatiedeling	0	0	Informatiedeling	5	16	Informatiedeling	10	24	Informatiedeling	14	36	Informatiedeling	2	22
Afstemming	0	0	Afstemming	3	10	Afstemming	6	14	Afstemming	2	5	Afstemming	2	22
Activiteiten	1	33	Activiteiten	6	19	Activiteiten	11	26	Activiteiten	8	21	Activiteiten	4	44
Totaal	3	100	Totaal	31	100	Totaal	42	100	Totaal	39	100	Totaal	9	100
Andere (13%)			Andere (12%)			Andere (15%)			Andere (15%)			Andere (13%)		
Doorverwijzen	2	20	Doorverwijzen	8	24	Doorverwijzen	14	26	Doorverwijzen	11	30	Doorverwijzen	2	14
Informatiedeling	4	40	Informatiedeling	11	33	Informatiedeling	21	39	Informatiedeling	15	41	Informatiedeling	6	43
Afstemming	3	30	Afstemming	4	12	Afstemming	6	11	Afstemming	4	11	Afstemming	0	0
Activiteiten	1	10	Activiteiten	10	30	Activiteiten	13	24	Activiteiten	7	19	Activiteiten	6	43
Totaal	10	100	Totaal	33	100	Totaal	54	100	Totaal	37	100	Totaal	14	100

Over het algemeen zijn samenwerkingen dus weinig intensief. Doorverwijzen en (passief) informatie delen lijken de hoofdmoot van de samenwerkingen rond zorg en welzijn te vormen. Maar er zijn enkele nuanceverschillen te noteren met betrekking tot de samenwerkingsfinaliteit naargelang de types actoren die samenwerken. Samenwerkingen met zorgactoren lijken over het algemeen ook iets vaker weinig intensief (doorverwijzen, passief informatie delen), terwijl welzijnsactoren meer gevonden worden om actief diensten af te stemmen en samen diensten te leveren. Samenwerking met het lokale bestuur schijnt ook eerder weinig intensief te zijn qua. De samenwerkingen met informele actoren en andere sectoren levert een gemengd beeld op, met zowel weinig als sterk intensieve samenwerkingen.

“Er is een verschil tussen samenwerken als ‘We gaan eens luisteren op overleg’ en ‘We gaan samen dingen doen’.”

“Samenwerken op basis van een gedeelde inhoudelijke noodzaak is de sterkste vorm van samenwerken.”

Tabel 4. Met wie wil je meer of beter samenwerken? Top 3 per locatie					
Beernem		Geraardsbergen en Ninove		Tongeren	
Actor	#	Actor	#	Actor	#
Huisartsen	14	OCMW/Sociaal Huis	12	Huisartsen, Huis van het Kind	13
OCMW/Sociaal Huis	11	Huisartsen, Huis van het Kind, Verenigingen waar armen het woord nemen, Sociale huisvesting	11	Verenigingen waar armen het woord nemen, Sociale huisvesting, Vluchtelingenwerk	12
Thuisverpleegkundigen	8	CAW, Opbouwwerk, Buurtwerk, Jeugdwelzijnswerk	9	Opbouwwerk, Scholen	11

De gewenste evolutie van samenwerken toont dus een meerderheid die ‘meer’ of ‘beter’ wil samenwerken. Zie tabel 4 voor een top 3 van actoren waarmee meer of betere samenwerking gewenst wordt per locatie. Er lijken weinig systematische verschillen tussen types actoren (zorg, welzijn, lokaal bestuur, andere, informele) te zijn, maar wel een grote vraag naar meer of betere samenwerking met een aantal centrale dan wel wat onderbelichte actoren in de context van zorg en welzijn (huisartsen, OCMW/Sociaal Huis, opbouwwerk, Huis van het Kind, jeugdwelzijnswerk, verenigingen waar armen het woord voeren, CAW, sociale huisvesting, scholen). Met andere woorden: veel actoren wensen meer of betere samenwerking met centrale actoren in zorg en welzijn, en zien potentieel in het verder ontwikkelen van samenwerkingsrelaties met actoren die nog onvoldoende aandacht krijgen.

“De actoren die dezelfde diensten aanbieden, zouden ons - en elkaar - als concurrenten kunnen zien. Maar eigenlijk is er geen strijd. We hebben zelfs samenwerkingsakkoorden voor wanneer het te druk is. Die akkoorden kunnen zelfs nog nauwer, om echt samen te doen en leren van elkaar.”

We merken, op basis van het cijfermateriaal uit de enquête, geen grote verschillen in samenwerkingen bij vergelijking tussen Beernem, Geraardsbergen en Tongeren. De verschillen die er zijn, worden beter geïdentificeerd doorheen interviews waarin diepgaander ingezoomd kan worden op de specifieke sterke en zwakke punten van samenwerkingen in de drie locaties. Gezien de anonimiteit van de respondenten kan hier niet gedetailleerd op ingegaan worden. De variëteit aan stimulerende en

remmende factoren in het volgende onderdeel geeft evenwel een algemeen overzicht, waarbij we enkele illustraties geven.

2. Wat zijn de stimulerende en remmende factoren voor samenwerking?

In dit onderzoek trachten we de relaties tussen de verschillende stimulerende en remmende factoren in kaart te brengen. Maar de werkelijkheid is dat er geen eenduidige oorzaak-gevolgrelaties zijn. (Bijna) alles is verbonden, heeft meerdere 'oorzaken' die interageren met elkaar, en heeft meerdere gevolgen die op hun beurt vaak ook samenhangen.

In dit onderdeel presenteren we eerst de stimulerende en remmende factoren die we identificeerden in de literatuur en doorheen de dataverzameling. Vervolgens maakten we een visuele synthese van hoe de belangrijkste stimulerende factoren verband houden met elkaar, en hoe de belangrijkste remmende factoren samenhangen (zie figuren). Het is onmogelijk om de werkelijke complexiteit hier in beeld te brengen, wat maakt dat de figuren per definitie onvolledig zijn. Niettemin bieden ze een aantal aangrijpingspunten om naar die complexe werkelijkheid te kijken.

Vanuit de literatuur deelden we de stimulerende en remmende factoren op in een aantal categorieën: inhoudelijke, financiële, juridische, organisatorische, ... factoren. Het zal snel duidelijk zijn dat deze categorieën in werkelijkheid overlappen met elkaar. Sommige zaken die respondenten bijvoorbeeld bij 'praktische factoren' vermeldden, zijn duidelijk verbonden met 'organisatorische factoren'. Daarnaast zal opvallen dat de stimulerende en remmende factoren vaak elkaars tegendeel zijn. Hieronder lijsten we de factoren op (zie ook de tabellen). Op sommige, minder vanzelfsprekende factoren gaan we dieper in.

Een dubbele helix van stimulerende factoren

“Samenwerking is noodzakelijk om gemeenschappelijk doel te bereiken bij cliënt, vaak biedt je aanvullende dienstverlening op elkaar. Samen weet je vaak ook meer dan alleen in complexe situaties en elk heeft zijn eigen expertise”

“We streven soms met verschillende organisaties naar hetzelfde doel, dus dan is samenwerken een grote meerwaarde.”

Een veelgehoorde **inhoudelijk stimulerende factor** om samen te werken is de acute nood in een bepaalde situatie. Wanneer de nood het hoogst is, werken verschillende partijen dan tijdelijk (ad hoc) samen. Een gemeenschappelijk zorgplan opstellen versoepelt dan de samenwerking. Heel anders is het wanneer actoren een gedeelde missie en visie, een gemeenschappelijk doel hebben, dezelfde doelgroep en/of aanvullende expertises hebben. Dan is de samenwerking vaker langdurig en intensiever. Eens de activiteiten op elkaar afgestemd zijn, is het meteen ook veel makkelijker om samen te werken en die samenwerking te verdiepen. Actoren die outreachend werken of zichzelf als bruggenbouwer zien, ervaren dat ook als een stimulerende factor.

Stimulerende juridische factoren zijn de wettelijke verplichting om samen te werken met bepaalde actoren, samenwerken als projectvoorwaarde om subsidies aan te vragen, of het krijgen van de politieke opdracht om samen te werken met deze of gene actoren of rond bepaalde thema's.

“Vooral samenwerking met stad en OCMW gebeurt al eens uit financiële overwegingen, bvb. afhankelijk van subsidiëring.”

Financiële factoren die samenwerking stimuleren zijn het bekomen van projectsubsidies, het delen van de kosten voor bijvoorbeeld een locatie, sponsoring door een serviceclub en sociaal ondernemerschap, dat aanzet om inkomsten te genereren.

Enkele van de **stimulerende organisatorische factoren** zijn goede communicatie, kennis van elkaars functie en organisatie, flexibiliteit, schaalvergroting (om meer mensen te kunnen helpen), een compatibele werking hebben en gedeelde procedures hebben, en een stimulerende eerstelijnszone.

Grotere verenigingen, organisaties of netwerken meer ruimte lijken te hebben om samen te werken - ze kunnen personen vrijmaken om vergaderingen bij te wonen, deel te nemen aan projecten, activiteiten uit te voeren in het kader van samenwerkingen.

“Samenwerking met bepaalde X is zo optimaal omdat wij hun infrastructuur mogen gebruiken en wij hen info leveren omtrent armoede en aangrenzende problematieken.”

De **praktische factoren** die samenwerking stimuleren zijn onder andere nabijheid, aanspreekbaarheid, een nieuwe collega die een kennismakingsronde doet, het gemak van online overleg en het hebben van vaste overlegmomenten.

“Meestal rond die problematiek bel ik altijd diezelfde persoon van die organisaties, ik weet dat er ook andere organisaties rond werken, maar ik weet niet wie daar werkt”.

“Een goede klik met sommige samenwerkingspartners maakt dat je ook sneller en gemakkelijker met hen zal samenwerken en zal doorverwijzen.”

Persoonlijke factoren zijn elkaar kennen, respecteren en vertrouwen, vriendelijk zijn ten opzichte van elkaar en een ‘klik’ hebben.

“Heel goede, vriendschappelijke sfeer tussen verschillende partners is van cruciaal belang. Mensen die bij ons binnen komen voelen onmiddellijk dat er een goede sfeer heerst. Iedereen voelt zich welkom. We zijn zo hechte vrienden als familie voor elkaar. Voor heel veel mensen die in isolement leven of geen eigen familie of vrienden meer hebben.”

Stimulerende factoren vanuit politieke hoek betreffen zich gesteund voelen door het beleid qua draagvlak en duurzaamheid voor en van de samenwerking, leiderschap vanuit visie, becijferd en structureel beleid, en tot dezelfde politieke strekking behoren.

Aansluitend bij het horen tot dezelfde politieke strekking, is verzuiling een van de **historisch stimulerende factoren** voor samenwerking. Terwijl de meeste individuele levens nog maar weinig gepredetermineerd worden door de levensbeschouwelijke zuilen, werken die zuilen nog wel door in het institutionele weefsel van zorg en welzijn. Actoren die van oudsher tot deze of gene zuil behoren, onderhouden vaak nog steeds samenwerkingsrelaties. De levensbeschouwelijke noden van patiënten of cliënten worden in dat verband wel eens genoemd als verantwoording. Ook eerdere succeservaringen in het samenwerken met elkaar zijn een belangrijke ‘historische’ factor die samenwerking stimuleren.

Tabel 5. Overzicht stimulerende factoren voor samenwerking	
Inhoud	Gemeenschappelijk doel, zelfde doelgroep, aanvullende behandelingen/methodieken, gedeelde missie en visie, concrete casus, gedeeld zorgplan, afstemming aanbod, outreachend werken, bruggenbouwer zijn
Juridisch	Wettelijke verplichting, projectvoorwaarde, ‘politieke opdracht’
Financieel	Projectsubsidies, serviceclub, sociaal ondernemerschap, kosten locatie delen
Organisatorische	Goede communicatie, kennis functie en organisatie, flexibiliteit, schaalvergroting, compatibele werking, gedeelde procedure, eerstelijnszone
Praktische	Nabijheid, meer vrijwilligers, nieuwe collega doet kennismakingsronde, aanspreekbaarheid, tijdsinst online overleg, vaste overlegmomenten
Persoonlijke	Elkaar kennen, respecteren en vertrouwen, klik, vriendelijkheid
Politieke	Steun door het beleid voor draagvlak en duurzaamheid, leiderschap, becijferd en structureel beleid, samenwerking binnen ‘strekkingen’

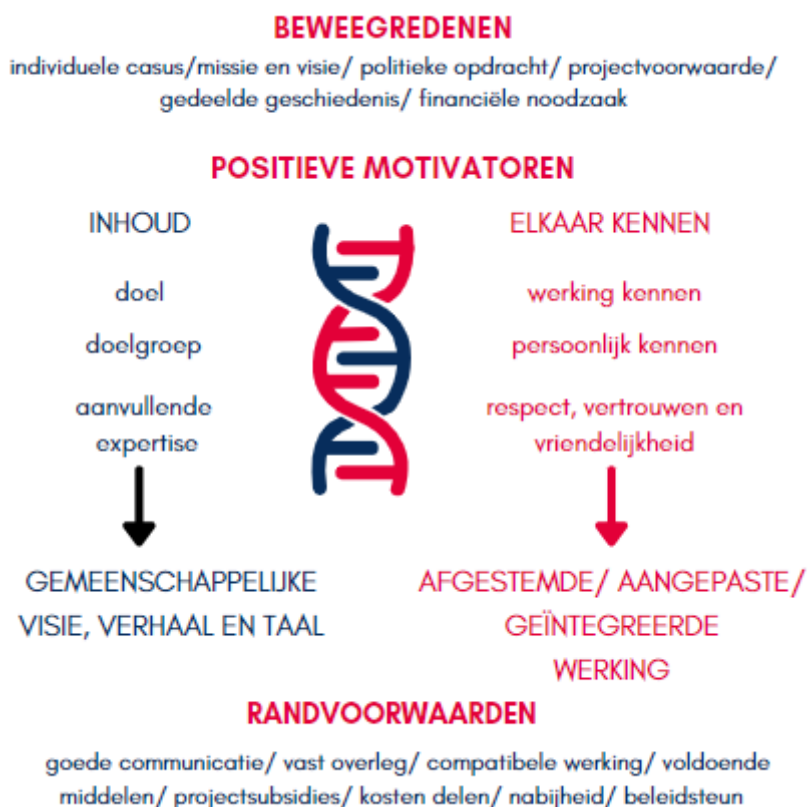
Historische	Verzuiling, terugkerende activiteiten, eerdere succeservaringen, levensbeschouwelijke noden cliënten
--------------------	--

Zie aanvullend ook Annex: Een geïntegreerd financieringsmodel voor de eerste lijn, voor een oplistings van de randvoorwaarden/stimulerende factoren die een meer geïntegreerd financieringsmodel mogelijk moeten maken (Pless et al., 2019).

Zoals reeds gesteld, is het schier onmogelijk om alle mogelijke onderliggende verbanden tussen deze verschillende stimulerende factoren aan te duiden, al was het maar omdat de manier waarop samengewerkt wordt en samenwerkingscontexten zo sterk kunnen verschillen. Niettemin poogden we een zekere logica aan te brengen in de samenhang tussen de verschillende factoren, en visualiseerden we de in onderstaande figuur. We onderscheiden daarin tussen beweegredenen om samenwerkingen rond zorg en welzijn op te starten, positieve motivatoren om samenwerkingen te verdiepen, en randvoorwaarden die samenwerking mogelijk maken.

Onafhankelijk van de exacte beweegredenen om een samenwerking op te starten, of de randvoorwaarden waar al dan niet aan voldaan is, zijn de positieve motivatoren essentieel om een goede samenwerking op poten te zetten. Ten eerste moet de inhoudelijke noodzaak er zijn: een gedeeld doel, een gelijkaardige doelgroep en aanvullende expertise. Ten tweede is het een kwestie van elkaar te leren kennen: elkaars werking, elkaar als personen, en zodoende een cultuur van respect, vertrouwen en vriendelijkheid op te bouwen. Samen kan dat leiden tot (1) een gemeenschappelijke visie, verhaal en taal die samenwerking vergemakkelijkt en (2) een afgestemde, aangepaste dan wel geïntegreerde werking.

Figuur 1. Een dubbele helix van stimulerende factoren voor samenwerking



Een draaikolk van remmende factoren

De remmende factoren zijn vaak de andere kant van de medaille van de positieve factoren voor samenwerking. Elkaar of elkaars werking niet kennen, geen gezamenlijke opdracht hebben, ... bijvoorbeeld voor de **inhoudelijke remmende factoren**. Soms gebeurt het dat actoren, die dezelfde doelen of doelgroepen hebben, een andere visie of taakinvulling hebben. Ook al heeft samenwerking dan veel potentieel, toch loopt die dan moeilijk of wordt ze zelfs niet gerealiseerd.

“De organisaties waar wij niet mee samenwerken hebben weinig of geen mensen van onze doelgroep binnen hun gelederen, of zien de noodzaak niet in om een samenwerking op poten te zetten.”

De **juridische remmende factoren** betreffen onder andere het beroepsgeheim, de privacywetgeving en de relatief recente GDPR-verplichtingen. Sommige actoren mogen of durven geen enkele informatie meer delen, terwijl informatiedeling natuurlijk een essentiële component is voor samenwerking.

“Vroeger konden we de namen van cliënten aan elkaar doorgeven zodat ze de juiste hulp en ondersteuning zouden krijgen. Nu mag dat niet meer en verwachten we dat cliënten zelf actie ondernemen na een doorverwijzing. Zeker voor de meest kwetsbare cliënten is dat vaak niet vanzelfsprekend, en net zij krijgen nu dus minder hulp en ondersteuning.”

Andere juridische remmende factoren zijn onduidelijkheden met betrekking tot bevoegdheden en opdrachten, de staatsstructuur, verschillende personeelsstatuten, verschillende terugbetalingsregelingen, onvoldoende ondersteuning door de overheid ondanks juridische verplichtingen, hetzelfde aanbod dat bestaat vanuit verschillende structuren, en te veel regels en beperkingen. Eén respondent benoemde het fenomeen door te spreken over ‘juridisering’, het vastleggen van alles in regels en procedures, die samenwerking bemoeilijkt. Zeker vernieuwende en innoverende vormen van samenwerking worden gehinderd door verouderde regelgeving.

“Als we gaan inzetten op meer informele zorg, verliezen wij klanten.”

Samenhangend met bovenstaande zijn er de **financiële remmende factoren**. Het algemene gebrek aan middelen, personeel en tijd zorgen ervoor dat veel actoren al moeite hebben om de activiteiten op poten te zetten en uit te voeren die ze als hun kernactiviteiten beschouwen. Laat staan dat ze ruimte hebben om het potentieel van mogelijke samenwerkingen diepgaand te exploreren, of om bestaande samenwerkingen te verstevigen. Zeker kleinere actoren ontbeert het vaker aan tijd en middelen om sterk in te zetten op (meer) samenwerken. Aansluitend observeren we dat samenwerken met zelfstandigen in vrije beroepen omwille van diezelfde redenen vaak moeilijk is.

Projectfinanciering is één van de redenen waarom nieuwe samenwerkingen moeilijk te verduurzamen zijn. Die financiering is namelijk per definitie kortdurend. Bij het naderen van de einddatum van het project is het dan ook de vraag of iemand de financiering zal verderzetten. Actoren geven aan dat het soms wel de hoop lijkt van overheden dat vanuit inhoudelijke visie en intrinsieke motivatie de projectwerking toch verdergezet wordt, maar zonder zelf in structurele financiering te voorzien. Een andere financiële remmende factor die aangehaald werd, is dat de kostprijs van de activiteiten van een andere actor soms te hoog is om met hen samen te werken. Dan wordt er bijvoorbeeld niet doorverwezen omdat personen met een nood de kostprijs toch niet kunnen betalen.

“Onze organisatiestructuren zijn niet afgestemd op X.”

“Gebrek aan ruimte in het takenpakket van personeelsleden bij partners.”

“De precieze werking van alle organisaties is niet altijd even duidelijk. Wat doen ze wel? Wat doen ze niet?”

Organisatorische remmende factoren zijn bijvoorbeeld dat de actor zelf of de andere actor 'vastgeroest' zijn in hun bestaande werking, personeelwissels en reorganisaties waardoor samenwerkingsrelaties terug opgebouwd moeten worden, wachtlijsten, onduidelijke communicatie en onvoldoende afstemming, schaalnadelen (bvb. een ruim werkingsgebied hebben waardoor het onmogelijk is overal met elke mogelijke partner samen te werken of waardoor de voeling met de lokale context ontbreekt), concurrentie, een rigide afbakening van takenpakketten, gebrek aan leiderschap of leidinggevendenden die samenwerking tegenhouden, en geen gedeeld IT-platform hebben. Een aantal van deze factoren kunnen structureel teruggebracht worden op het hanteren van een functionele en hiërarchische logica, waarover verder meer in 'Samenwerking binnen organisaties'.

“Ons werkingsgebied is heel ruim verspreid waardoor de contacten en samenwerking met alle partners niet even intensief kan zijn”

Een grote afstand, ontbrekende of gebrekkige contactmogelijkheden, tijdsgebrek, de structurele afwezigheid actoren op overlegmomenten, te veel en lang vergaderen, ... zijn **praktische remmende factoren voor samenwerking**. De link met de bijkomende werkdruk van samenwerking door onvoldoende financiering is eveneens snel gelegd. De afgelopen twee jaar gooide bovendien ook de coronacrisis vaak roet in het eten om meer/beter samen te werken.

De **persoonlijke remmende factoren** zijn bijna exact het tegengestelde van de persoonlijke stimulerende factoren: elkaar niet kennen, een gebrek aan betrokkenheid en interesse, onvoldoende wederzijds vertrouwen, jaloezie en een autoritaire houding. Daarbovenop komt de hoge drempel om zelfs maar contact op te nemen met potentiële partners door een gebrekkig overzicht van wie wat doet, en hoe – wat dan weer een meer organisatorische factor is.

“De samenwerking met het lokaal bestuur is zowel positief als negatief. Positief: grotere impact en verwezenlijking van bepaalde projecten, uitbreiding naar andere diensten. Negatief: te grote inmenging waardoor verkeerde beslissingen worden genomen en geen rekening wordt gehouden met het werkveld.”

“Steun vanuit beleid krijgen we jammer genoeg niet, we worden eerder als concurrentie aanzien.”

Qua **politieke remmende factoren** werd gewag gemaakt van eigenbelang dat vooropgesteld wordt op algemeen belang, concurrentie tussen activiteiten aangeboden door het lokale bestuur en gelijkaardige activiteiten van een andere actor, een gebrek aan steun, belemmering wanneer er onvoldoende voeling met de praktijk is, elkaar niet erkennen als evenwaardige partner, onvoldoende openheid, en tegengestelde politieke voorkeuren die samenwerking verhinderen.

“Vanuit onze organisatie is de cultuur er om altijd met diezelfde mutualiteit samen te werken, dat is zo”.

Historische remmende factoren zijn verzuiling, wanneer die samenwerking tussen actoren van verschillende zuilen verhinderd, en geen eerder bestaande samenwerking aangegaan zijn. Een nieuwe samenwerking opstarten is soms moeilijker dan een bestaande samenwerking vernieuwing.

Tabel 6. Overzicht remmende factoren voor samenwerking	
Inhoud	Elkaars werking niet kennen, iedereen doet maar wat, geen gezamenlijke opdracht, andere visie of taakinving, verkeerde verwijzingen, eigen doelen i.p.v. algemeen belang, onvoldoende actiegericht, zelf oplossen i.p.v. samenwerken
Juridisch	Beroepsgeheim en privacywetgeving, onduidelijkheid m.b.t. bevoegdheden en opdrachten, verschillende statuten personeel, verschillende terugbetalingsregelingen, onvoldoende ondersteuning ondanks verplichtingen, zelfde aanbod vanuit verschillende structuren, te veel regels en beperkingen
Financieel	Gebrek aan middelen, personeel, tijd, projectfinanciering, hoge kostprijs dienst andere
Organisatorische	Vastgeroest in bestaande werking, reorganisaties, personeelwissels, wachtlijsten, administratie, onduidelijke communicatie en slechte afstemming, ruim werkingsgebied, concurrentie, schaalnadelen, afbakening takenpakket, gebrek aan leiderschap, geen gedeeld (IT-)platform
Praktische	Grote afstand, contactmogelijkheden, tijdsgebrek, afwezigheid actoren, te veel en lang vergaderen, bijkomende werkdruk door onvoldoende financiering, gezamenlijke momenten vinden, moeilijke bereikbaarheid, coronacrisis
Persoonlijke	Elkaar niet kennen, gebrek aan betrokkenheid en interesse, autoritaire houding, onvoldoende wederzijds vertrouwen, hoge drempel door gebrekkig overzicht, jaloezie
Politieke	Eigenbelang, concurrentie, gebrek aan steun, belemmerend bij onvoldoende voeling praktijk, elkaar niet erkennen als evenwaardige partner, onvoldoende openheid, tegengestelde politieke voorkeuren
Historische	Geen eerder bestaande samenwerking, verzuiling

Het samenspel van remmende factoren kan gezien worden als een draaikolk van factoren die gelijktijdig op elkaar inwerken, en samen tot een inwaartse focus of zelfs het vooropstellen van eigenbelang leiden. 'Path dependency' of padafhankelijkheid is een belangrijk begrip om te begrijpen waarom samenwerken vaak zo moeilijk tot stand komt of moeilijk verloopt. Het heden is mee vormgegeven door het pad dat in het verleden bewandeld werd. Anders gezegd: het huidige ecosysteem is doorheen een historisch proces tot stand gekomen en verduurzaamd in onder andere een bric-à-brac van juridische en financiële regelgeving, (een gebrek aan) politieke lange-termijnvisie, al dan niet vastgeroeste instituties, en verouderde visies en overtuigingen die bewust en onbewust toch nog doorwerken.

In dit onderzoek identificeren we zes belangrijke overkoepelende factoren, die op elkaar inwerken en zo samenwerking verhinderen of bemoeilijken. Deze factoren zijn de historische fragmentering, de financiering, de regelgeving, het politieke systeem, de organisatie van zorg en welzijn, het persoonlijke niveau en praktische elementen. Onder elke overkoepelende factor staan, in de figuur, tussen haakjes enkele elementen die deze factor zo bepalend maken. Hierboven werden die reeds opgesomd en uitgelegd.

Figuur 2. Een draaikolk van remmende factoren voor samenwerking



Gezien de nadruk op padafhankelijkheid en de spiraallijn in de figuur, kan de indruk ontstaan dat er een zekere volgorde bestaat tussen de factoren (historische fragmentering --> regelgeving --> financiering, etc.). Maar in werkelijkheid gaat het dus om een samenspel van factoren die gelijktijdig op elkaar inwerken. In de plaats van een spiraal, willen we waterstromen die elkaar raken en zelfs in elkaar overlopen laten zien.

De eenzijdige opsomming van remmende factoren in dit onderdeel en de figuur van de draaikolk geven misschien ook de indruk dat het onvermijdelijk is om meegesleurd te worden door de stroming. De vele goede voorbeelden van samenwerking rond zorg en welzijn tonen echter dat dat niet noodzakelijk het geval moet zijn. En misschien kan de dubbele helix van stimulerende factoren een ladder vormen om uit de draaikolk te ontsnappen.

3. Binnen welke contexten vinden samenwerkingen plaats?

Het onderzoek toont dat er veel verschillende, elkaar doorkruisende logica's spelen, die samen de samenwerkingscontext vormen van samenwerkingen. Ook al zijn de meeste actoren overtuigd van de voordelen van samenwerken, toch wordt het volle potentieel soms niet bereikt door slecht lopende of niet-gerealiseerde samenwerkingen. Een aantal van de redenen zijn concurrentie en incompatibele werkingen. Concurrentie en incompatibele werkingen zijn echter geen voorgegeven, onveranderlijke realiteiten. Daarom identificeren we in dit onderdeel de onderliggende, structurele oorzaken die tot botsende logica's leiden met betrekking tot samenwerking.

Inzicht krijgen in de logica's die (samen) spelen is een eerste stap. Aanpassingen doorvoeren is moeilijker: de werkelijkheid is weerbarstig. Organisaties zijn vaak vastgeroest in oude patronen, netwerken zijn soms moeilijk te besturen, om over ecosystemen nog maar te zwijgen. En sommige zaken liggen simpelweg buiten de controlesfeer van de actoren, zoals regelgeving en financieringsmodellen. Daarop komen we later terug, terwijl het hier over de 'structurele' samenwerkingscontexten zal gaan. Laat ons de voornoemde samenwerkingscontexten nu eerst definiëren en kijken wat ze betekenen als context voor samenwerking.

Zorg en welzijn als markt?

“Sommige collega's hebben een concurrentiële instelling.”

Zoals al vaker geargumenteed (Arrow, 1963), voldoen zorg en welzijn niet aan die definitie (behalve bepaalde electieve zorg misschien, zoals plastische ingrepen). Het aantal aanbieders is namelijk relatief beperkt, diensten zijn niet identiek, er is net een grote kenniskloof tussen vragers en aanbieders, en niet zomaar iedereen kan aanbieder (en in sommige gevallen zelfs vrager) zijn.

Het volgen van een marktlogica heeft bovendien ook gevolgen voor hoe er naar samenwerkingsmogelijkheden gekeken wordt. Concurrentie is namelijk een essentieel onderdeel van hoe markten werken: aanbieders concurreren en houden zo elkaar scherp om de best mogelijke kwaliteit aan de laagst mogelijke prijs te bieden. Samenwerking wordt dan moeilijker.

“Wij bieden dienst Y aan, maar niet dienst X. Wanneer onze cliënten in contact komen met organisatie Z die dienst X wel aanbiedt, probeert die organisatie onze cliënten ervan te overtuigen ook dienst Y bij hen te gebruiken. Dat is een heel gevoelige kwestie, die samenwerken moeilijk maakt.”

Tot slot zijn zorg en welzijn ook simpelweg overbevraagd, en lijkt samenwerking tussen aanbieders van gelijkaardige activiteiten eerder aangewezen dan concurrentie:

“De zelfstandigen/organisaties die dezelfde diensten aanbieden, zouden ons en elkaar als concurrenten kunnen zien. Maar eigenlijk is er geen strijd. We hebben zelfs samenwerkingsakkoorden voor wanneer het te druk is. Die akkoorden kunnen zelfs nog nauwer, om echt samen te doen en leren van elkaar.”

Samenwerking binnen organisaties

“Je merkt dat zij geneigd zijn om te focussen op hun eigen bevoegdheden en taken, en weinig aandacht hebben voor multidisciplinair samenwerken.”

Bovenstaand citaat maakt alvast duidelijk dat de functionele specialisatie van organisaties effectief maakt dat er soms weinig aandacht is voor samenwerken. Organisaties zelf, maar ook teams en

afdelingen binnen organisaties, hebben dan een taakgerichte specialisatie. Iedereen werkt op zijn eigen eilandje. Daardoor is het overkoepelende doel moeilijker zichtbaar, en is samenwerken simpelweg moeilijker: alle 'eilandjes' moeten met veel afstemmen, vergaderen, procedures en/of regels op elkaar afgestemd worden.

Soms is de organisatie niet opgebouwd volgens functionele taakspecialisatie, maar volgens een soort van temporele processpecialisatie: een professional of team begeleidt patiënten of cliënten tijdens een bepaald traject, dat stopt na drie maanden, tien sessies, twee jaar, ... Een gevolg van dergelijke specialisatie is een gebrek aan continuïteit:

“In principe doen wij korte-termijntrajecten. Maar in de praktijk lopen die vaak over de lange termijn. Het is niet evident om aan die korte termijnen vast te houden. Er is een band opgebouwd, de cliënt heeft je net alles verteld – en dan zou die band al terug doorgeknipt moeten worden.”

Ook met betrekking tot 'de inzet' van vrijwilligers lijkt soms een functionele logica te spelen. De idee om vrijwilligers uit te wisselen tussen verenigingen en organisaties, bijvoorbeeld, volgt die logica, waarbij vrijwilligers als inwisselbare pionnen gezien lijken te worden. Nochtans geven vrijwilligers aan dat ze vanuit hun eigen waarden, normen en overtuigingen kiezen om zich aan te sluiten bij een of andere organisatie.

‘Ik kies heel bewust om mij in te zetten voor organisatie X, als ze mij gaan dwingen om in een pool te gaan zitten van vrijwilligers voor verschillende organisaties, stop ik.’

Belangrijk is ook de vaststelling dat samenwerking soms stukt op het niveau van coördinatoren en leidinggevendenden:

*“Eigenlijk zou ik meer samenwerkingen willen aangaan met externe partijen.
Maar mijn leidinggevende houdt dat tegen.”*

Eén van de respondenten verwoordde een mogelijke verklaring zo:

*“Ik merk een verschil tussen ‘de directies’ en de doeners, de mensen die in de praktijk staan.
Terwijl de directies veel praten, denken de doeners concreter en willen ze sneller vooruit.”*

De hiërarchische opsplitsing van coördinatie-taken – operationele coördinatie door 'doeners', strategische en structurele door 'de directies' – kan maken dat de samenwerkingsnaden in de praktijk concreet gevoeld worden door 'de doeners', maar niet opgepikt en/of mee aan de slag gegaan worden door de hiërarchische oversten.

Moraal van het verhaal, opnieuw: samenwerking vindt steeds plaats in een samenwerkingscontext, en de manier waarop die context vormgegeven is (markt, functionele/hiërarchische organisatie, stroomsgewijze/decentrale organisatie) bepaalt mee hoe de samenwerking verloopt. De context maakt het verhaal samenwerkingsverhaal complexer, maar is ook essentieel om het verhaal te begrijpen.

Samenwerking in netwerken

Netwerken rijzen als paddenstoelen uit de grond in zorg en welzijn. Vaak met goede reden:

“Vroeger deden wij enkel voedselbedeling in crisissituaties. Maar die vraag is te groot en continu geworden. We hebben met een aantal partners overlegd en doen dat nu samen.”

Actoren zien vaak meerwaarde in samenwerken. Soms is samenwerken in netwerkverband toch nog taboe, hier opnieuw op strategisch niveau (cf. hiërarchische coördinatielogica):

“Ooit deden we het voorstel om een centraal onthaal te maken, zodat personen zich niet bij verschillende organisaties moesten aanmelden, telkens hun verhaal opnieuw doen. We kregen een duidelijke ‘njet’ op het rekwest. Dat idee was een brug te ver.”

Ook gebeurt het dat de meerwaarde minder duidelijk doorheen de tijd minder duidelijk is geworden:

“Er zijn veel overlegmomenten waar we van oudsher op aanwezig zijn en die blijven bestaan, maar die we in vraag moeten durven stellen: wat is eigenlijk het doel van dit overleg?”

In dat geval loont het om op de pauzeknop te drukken en het doel terug te bepalen. Zoals de theorie rond doelgerichte netwerken liet zien, is er een duidelijk netwerkdoel nodig, dat de afzonderlijke doelen van de netwerkpartners overkoepelt.

“Er zijn te veel structuren.”

Een andere veelgehoorde verzuchting is dat er te veel netwerken zijn, die bijna hetzelfde doen, erg overlappen qua samenstelling en ruimtelijke afbakening. Netwerken laten zich dan leiden door taak- of temporele specialisatie (bvb. GGZ, of kinderen), terwijl het overkoepelende doel vraagt om een ruimere aanpak (bvb. resp. ook nulde- en eerstelijnspartners zijn nodig; noden en vragen stoppen niet wanneer een bepaalde leeftijdsgrens bereikt is). Taak- of temporele specialisatie leidt vaak tot een veelheid aan netwerken die elk deeldoelen nastreven, maar niet de nodige diversiteit aan actoren bevat om aan het *achterliggende* doel te werken.

Een samenwerking ‘van iedereen met iedereen’ is tegelijk ook onmogelijk. Er zijn te veel actoren in een eerstelijnszone of zelfs in sommige steden om iedereen voldoende te kennen om gedegen samen te kunnen werken rond complexe uitdagingen. Er is wel degelijk netwerkvorming nodig. Verschillende actoren zien er brood in zich te verenigen rond buurten. Zo kunnen ze de andere professionele en informele actoren in x aantal buurten leren kennen, leren ze de bewoners kennen en kan er op een overzichtelijke schaal samengewerkt worden vanuit een lange-termijnperspectief.

Samenwerken met lokale besturen

“Als we meer zouden samenwerken met het lokale bestuur, zouden we meer kans op slagen hebben. Maar het lokale bestuur moet actoren meer specifiek uitnodigen, in plaats van algemene oproepen te doen.”

Het onderzoek toont dat de samenwerking met lokale besturen niet vanzelfsprekend is. Een onderliggende, structurele oorzaak voor het stimuleren dan wel remmen van samenwerking zijn de verschillende rollen die het lokale bestuur inneemt, de invulling van die rollen, en de potentiële rollenconflicten die hieruit ontstaan.

Het lokale bestuur draagt vaak twee petten: de pet van aanbieder van zorg en welzijn, en die van regisseur van zorg en welzijn. Lokale besturen bieden bijvoorbeeld zelf gezinszorg of maatschappelijk werk aan. De regisseursrol van het lokale bestuur is dan weer verankerd in het decreet Lokaal Sociaal Beleid.

De aanbiedersrol van het lokale bestuur leidt op sommige plaatsen tot onvrede. Het aanbod van het lokale bestuur is gelijkaardig aan dat van andere actoren, die zich benadeeld voelen. Er is een zekere mate van concurrentie, ondanks de bestaande overbevraging van zorg en welzijn, de actoren ervaren weinig steun van het beleid of zelfs een negatieve attitude of tegenwerking. Het lokale bestuur dat zichzelf als aanbieder van zorg en welzijn moet regisseren, is bovendien een potentieel rollenconflict, zeker in een dergelijke situatie.

Veel hangt af van hoe het lokale bestuur de regierol invult. De typologie van Pröpper et al. (2004) vereenvoudigen we hier tot het verschil tussen top-down regisseren en bottom-up faciliteren. Beide invullingen worden in de praktijk ervaren. Er wordt gewag gemaakt van een zekere druk vanuit lokale besturen om op korte termijn concrete successen te kunnen voorleggen, zodat er resultaat op tafel ligt tegen de volgende verkiezingen. Daarbovenop komt de steeds grotere vraag om verantwoording bij het indienen, uitvoeren en evalueren van nieuwe projecten. Een zekere mate van verantwoording is wenselijk, maar soms blijkt er sprake van administratieve overlast die het eigenlijke werk in de weg zit. Terwijl in zorg en welzijn net nood is aan een lange-termijnfocus en effecten meten vaak moeilijk of zelfs onmogelijk is.

Tegelijk zijn er ook veel positieve signalen. Zich gesteund voelen door het beleid, financiële en logistieke hulp krijgen zijn voorbeelden van hoe het lokale bestuur de regierol als facilitator kan invullen. Vanuit de 'carrots and sticks'-lens bekeken: het lokale bestuur als top-down regisseur hanteert eerder de dwingende stok om vooruit te komen; de facilitator gebruikt spreekwoordelijke wortels om (samenwerking rond) zorg en welzijn in beweging te brengen.

Samenwerken in ecosystemen

Onderzoek naar zorg en welzijn focust traditioneel op zorg- en welzijnsprofessionals, -organisaties of zorg en welzijn als 'sector'. De stijgende chroniciteit en complexiteit van noden, die niet door zorg en welzijn als eilandjes in de wereld beantwoord kunnen worden, maakt echter dat termen als integrale zorg, holistische zorg en positieve gezondheid hoger op de agenda komen te staan. Het gemeenschappelijke aan die termen is dat de persoon met een nood in bepaalde situatie centraal komt te staan en zoveel mogelijk de regie moet hebben, en dat de biomedische blik op noden verruimd wordt met psychosociaal-existensiële component. Zorg en welzijn zijn dan niet louter reactief probleemoplossend vanuit een professioneel perspectief, maar zouden meer vertrekken vanuit het perspectief van de persoon met een nood, met aandacht voor levensdomeinen buiten het biomedische naargelang de wensen van die persoon.

Een dergelijk perspectief brengt de nood met zich mee om meer en beter samen te gaan werken, ook met partners buiten de sectoren van zorg en welzijn. De overheid is al langer een belangrijke actor rond zorg en welzijn, maar ook scholen, tewerkstellingsorganisaties, huisvestingsmaatschappijen, sportclubs, jeugdbewegingen en andere socio-culturele verenigingen, burens en buurtcomités, vrijwilligers, ... raken aan zorg en welzijn in steden en gemeenten. Terwijl de traditionele biomedische activiteiten in de gezondheidszorg en het professionele welzijnswerk logischerwijs blijven bestaan, lijkt de tijd gekomen om de blik te verbreden en gezondheid en welzijn mee te nemen in alle beleidsdomeinen, zoals 'Health in all policies' bepleit, en 'atypische' samenwerkingspartners op te zoeken rond zorg en welzijn,

Die blikverruiming kan gezien worden als een onderdeel van de vermaatschappelijking van de zorg. Deze term wijst op de tendens waarbij zorgactiviteiten verschuiven van professionele zorg en welzijn naar 'de maatschappij': naar gezins- en familieleden, vrienden, burens, vrijwilligers, ... die zorg 'opnemen'. Daarom is het niet slecht om meteen ook de bijhorende kanttekening te maken die bij de vermaatschappelijking hoort. Het is namelijk ook oppassen geblazen dat de professionele zorg en welzijn niet uitgehold worden, en dat vermaatschappelijking feitelijk een besparingsvehikel is. Vermaatschappelijking van de zorg is eerder een aanvulling, in tandem met professionele zorg en welzijn. En voor personen die geen maatschappelijk vangnet hebben, blijft een professioneel vangnet nodig.

Integrale zorg, holistische zorg, positieve gezondheid, vermaatschappelijking van de zorg, de nood aan atypische samenwerkingspartners... Ook voor onderzoekers betekent dit dat ze aan blikverruiming

moeten doen, als dit hun studiesubject is. Teams, organisaties en netwerken blijven relevante begrippen, maar er verschijnen steeds meer vormen van samenwerking die niet afdoende door deze termen omschreven worden. Zijn eerstelijnszones markten, organisaties of netwerken? De zorggraad van de eerstelijnszone kan op sommige plekken misschien gezien worden als een doelgericht netwerk, maar in de zone als geheel zijn de drie samenwerkingscontexten terug te vinden. Wat is de eerstelijnszone dan zelf? Of wat is een stad of gemeente als samenwerkingscontext?

De actoren in een ecosysteem zijn heel verschillend, zoals de opsommingen in eerdere onderdelen van deze tekst al duidelijk maakten. Personen met noden, gezins- en familieleden, vrienden, burens, zorg- en welzijnsprofessionals, organisaties uit zorg, welzijn en daarbuiten, netwerken van organisaties, de lokale en bovenlokale overheden, onderwijsinstellingen, tewerkstellingsbureaus, huisvestingsmaatschappijen, beroepsverenigingen, ... En ook de relaties die de actoren met elkaar onderhouden kunnen sterk variëren. De actoren concurreren of werken samen (of onderhouden geen rechtstreekse relatie met elkaar en co-existeren louter).

Ecosystemen zijn groot, divers en chaotisch. Hoewel actoren in dezelfde sfeer actief zijn, bijvoorbeeld zorg en welzijn, kunnen ze volledig los van elkaar werken – zoals we effectief nog te vaak zien gebeuren. Het ecosysteem is te omvattend om beheerst te worden door (groepen van) 'ecosysteemregisseurs'. En elk ecosysteem is uniek. Terwijl organisaties en doelgerichte netwerken nog relatief eenvoudig gedistilleerd kunnen worden in termen van organisatie- of netwerkstructuren en bijhorende logica's, staat de ontwikkeling van een dergelijk kader voor het ecosysteembegrip nog niet zo ver, zeker in de brede betekenis die hier gehanteerd wordt (in vergelijking met bijvoorbeeld de literatuur rond meer coherente en afgelijnde 'business ecosystems' of 'platform ecosystems').

Een volledig ecosysteem verenigen achter een gemeenschappelijk doel, en de activiteiten die alle actoren uitvoeren zo stroomlijnen dat het doel effectief en efficiënt bereikt wordt, klinkt als een onmogelijke opdracht. Eerder dan iedereen te willen betrekken, kan gekeken worden naar een 'coalition of the willing'. Die welwillende, 'betrokken' actoren zijn het startpunt op verdere stappen te ondernemen en bepaalde zaken in het ecosysteem te veranderen. In eerstelijnszones fungeren de zorggraden als een soort 'ecosysteemplatform', maar los daarvan zien we in steden en gemeenten verschillende platformen die een deel van het ecosysteem verenigen.

De vraagstukken die bij elke type samenwerking, bij organisaties en bij doelgerichte netwerken opduiken, drijven hier logischerwijs opnieuw boven. Maar deze keer stelt zich telkens de bijkomende vraag wat zich binnen de 'sphere of control' bevindt en veranderd kan worden, en wat erbuiten valt. De betrokken actoren kunnen het engagement aangaan om zichzelf heruit te vinden. Maar niet-betrokken actoren kunnen hoogstens beïnvloed worden.

Behalve structurele uitdagingen moet evenwel aandacht geschonken aan meer 'culturele' uitdagingen: het ontwikkelen van een verbindend verhaal en een gedeelde taal tussen partners binnen het ecosysteem. Elke actor ontwikkelt, doorheen opleiding en het ondernemen van activiteiten, een eigen expliciete dan wel impliciete visie op zorg en welzijn, en een eigen taal. De fragmentering binnen en tussen zorg en welzijn, maar ook ten opzichte van informele actoren, is moeilijk te overschrijden omdat visie en taal vaak verschillen, naast meer 'structurele' organisatorische, juridische, financiële en praktische obstakels.

Op basis van dit onderzoek alleen is het niet mogelijk een typologie op te maken van ecosystemen rond zorg en welzijn omwille van het beperkte aantal steden en gemeenten in de studie. De bevindingen uit dit onderzoek samengenomen met de lessen uit de inspiratiegids 'Zorg- en welzijnsvernieuwers' (Pless, 2022) tonen evenwel hoezeer ecosystemen kunnen verschillen én hoe ze zich kunnen ontwikkelen. In sommige ecosystemen (gemeenten, steden, buurten, eerstelijnszones, ...)

is er misschien geen sterke traditie van samenwerken, waardoor remmende factoren nog overwonnen moeten worden en nieuwe samenwerkingen dus moeilijk van de grond komen. In andere ecosystemen bestaat die traditie al wel en ligt het accent op de stimulerende factoren voor samenwerking. Eén rechtlijnig pad naar een florerend ecosysteem is er niet. Maar dat betekent niet dat actoren volledig blind moeten varen. Theoretische kaders zoals die van Mohr en Dessers (2019), Lawer (2020) en Ebrahim (2019), inspirerende verhalen zoals degene in 'Zorg- en welzijnsvernieuwers' en, bovenal, interactie met andere actoren kunnen helpen om stap voor stap te werken aan meer en betere samenwerking rond zorg en welzijn.

Reflectie over samenwerking in eerstelijnszone

De vergrijzing, het toenemende aantal langdurige zorgvragen (chroniciteit) en, daarbovenop, het stijgend aantal *gecombineerde* langdurige zorgvragen (multimorbiditeit) leiden tot een stijgende én meer complexe nood aan samenwerking. Het aantal zorgvragen neemt toe, en die zorgvragen betreffen steeds vaker verschillende domeinen: het medische, psychologische en sociale domein. Bijgevolg is er meer aanbod nodig (vanwege de stijgende zorgvraag), meer afstemming tussen het bestaande aanbod (door de complexere zorgvraag) en een integrale blik op de verschillende domeinen van zorgvragen (eveneens door de complexere zorgvraag).

Bovenstaande probleemstelling is niet nieuw. Ze werd al onderschreven in de beleidsnota voor de reorganisatie van de eerste lijn, en ze wordt dan ook weerspiegeld in het takenpakket van de eerstelijnszones. Omwille van (minstens) drie redenen kunnen de eerstelijnszones alleen echter geen afdoende antwoord bieden op de uitdagingen van de stijgende en meer complexe zorgvraag: (1) operationele samenwerking tussen *alle* aanbieders in een eerstelijnszone is onwerkbaar, (2) gemeenten en buurten hebben heel verschillende profielen en noden, en (3) de brug met zelfzorg en informele zorg moet op een individueler en lokaal niveau gelegd worden.

Ten eerste zijn de eerstelijnszones het geschikte platform voor de 'strategische' samenwerking tussen het bestaande aanbod, maar niet voor 'operationele' samenwerking tussen zorg- en welzijnsaanbieders. Strategische samenwerking betekent dat aanbieders hun dienstenaanbod op elkaar afstemmen en aanpassen *in het algemeen*, en bijvoorbeeld samenwerkingsakkoorden sluiten. Operationele samenwerking betekent dat aanbieders sommige diensten samen gaan uitvoeren en uitvoeren met het oog op een concrete situatie en dus *de noden van een specifieke persoon*. Operationele samenwerking tussen *alle* zorg- en welzijnsaanbieders binnen een eerstelijnszone is onwerkbaar, gezien het hoge aantal aanbieders, zeker in de context van chronische en complexe zorg die nauwe samenwerking vereist. Een samenwerking van iedereen met iedereen is onwerkbaar. In deze tekst zullen we het hebben over 'interprofessionele eerstelijnsnetwerken' als mogelijke oplossing.

Ten tweede omvatten de zones meestal meerdere gemeenten en 70.000 tot 125.000 inwoners. Onderzoek toont echter dat verschillende gemeentes, en zelfs buurten binnen die gemeentes, een eigen 'profiel' hebben (Verté et al. 2017). Buurten kunnen verschillen qua grootte (gehucht, stadsdeel, wijk, deelgemeente), demografische samenstelling (vergrijzend of verjongend), diversiteit (multicultureel of niet), inkomensverdeling (arm of rijk), aanbod diensten en voorzieningen, soorten zorgvragen, ... De strategische afstemming van aanbod in eerstelijnszones moet dus zeker die buurtverschillen in rekening nemen, en operationele samenwerking moet op de een of andere manier ook binnen die buurten landen. Het concepten 'buurtgerichte zorg' komt zo bovendrijven, waar we dieper op in zullen gaan. Maar tegelijk is één buurt een te kleine schaal voor

veel aanbieders om actief te zijn. De interprofessionele eerstelijnsnetwerken, waarvan sprake in bovenstaande alinea, zouden wellicht dus nog steeds meerdere buurten gaan omvatten.

Tot slot mag niet vergeten worden dat professionele zorg een wezenlijk maar uiteindelijk beperkt deel van de zorg voor een persoon omvat. Het merendeel van de tijd zorgt een persoon voor zichzelf. Bij chronische zorg komen mantelzorg en burenhulp er vaak aan te pas. Personen met zorgnoden en mantelzorgers zijn weliswaar vertegenwoordigd in de zorgraden van de eerstelijnszones, maar *operationele afstemming* tussen professionele en informele zorg kan eveneens niet op dit niveau plaatsvinden. Die brug moet in eerste instantie gelegd worden tussen aanbieders en individuele personen met zorgnoden en hun naasten. In tweede instantie kunnen 'zorgzame buurten' en andere burgerinitiatieven een rol spelen. Daarbij moet opgelet worden dat professionele zorg niet oneigenlijk doorgeschoven wordt naar informele zorg, onder het mom van vermaatschappelijking van de zorg, maar eigenlijk uit besparingsoverwegingen. Het professionele zorgaanbod moet tegelijk inzetten op zelfzorg en samenwerking met informele zorg, maar moet ook voldoende capaciteit hebben om personen te helpen waarvoor zelfzorg moeilijk is en informele zorg niet beschikbaar. Een andere bedenking is dat niet elke zorgzame buurt of elk burgerinitiatief noodzakelijk op 'individuele zorg' georiënteerd is. Ze kunnen ook gemeenschapsvorming of ruimtelijke verbetering als doel hebben, waarover verder meer. Doelen en actoren variëren per buurt, en per buurt kan gekeken worden hoe samen aan een zorgzame buurt gewerkt kan worden met respect voor de eigenheid van die actoren.

Samengenomen tonen deze drie redenen waarom de eerstelijnszones niet het eindstation van de reorganisatie van de eerste lijn kunnen zijn. Terwijl Annex: Een geïntegreerd financieringsmodel voor de eerste lijn nog alludeerde op professionelen netwerken per buurt, leiden bovenstaande bedenkingen rond schaalgrootte eerder naar interprofessionele netwerken die zich over verschillende (zorgzame) buurten uitstrekken.

Conclusie

Dit onderzoek trachtte twee vragen te beantwoorden: hoe wordt samengewerkt rond zorg en welzijn? En wat zijn de stimulerende en remmende factoren om samen te werken? Via een exploratief kwalitatief onderzoek kwamen we tot de vaststellingen dat de term 'samenwerking' een containerbegrip is, dat er veel stimulerende en remmende factoren zijn – die evenwel voor elke actor verschillen, en dat er een aantal achterliggende samenwerkingscontexten en logica's zijn die mee vorm geven aan hoe samenwerkingen er eigenlijk uitzien.

Vanuit die vaststellingen probeerden we een aantal bijdragen te doen: (1) we maakten de verschillende manieren waarop samengewerkt wordt zichtbaar, (2) we poogden de onderliggende verbanden tussen de stimulerende en remmende factoren zichtbaar te maken in de dubbele helix van stimulerende factoren en de draaikolk van remmende factoren en (3) we trachtten de achterliggende samenwerkingscontexten en logica's te definiëren, illustreren en met elkaar in verband te brengen (bvb. de relatie tussen netwerkintegratie en organisatiestructuur).

De voornaamste conclusies zijn wat ons betreft de volgende:

- Er wordt al heel veel samengewerkt rond zorg en welzijn, maar die samenwerking beperkt zich nog te vaak tot doorverwijzen en passief informatie delen. Complexe uitdagingen (vereenzaming, chronische zorg) vereisen meer intensieve samenwerkingen.
- Samenwerking rond zorg en welzijn beperkt zich te vaak nog tot samenwerking tussen 'soortgelijken'. Zorg en welzijn moeten elkaar nog meer vinden, maar ook atypische sectoren (huisvesting, arbeidsmarkt, onderwijs, cultuur, ...) en informele actoren (mantelzorgers, buurtcomités, vrijwilligersinitiatieven, ...). Complexe uitdagingen vereisen namelijk ook een grote diversiteit aan samenwerkingspartners.
- Elkaar leren kennen, persoonlijk en professioneel, is de logische eerste stap naar samenwerking. Het aantal respondenten dat aangaf andere actoren simpelweg niet te kennen, maakt dit tot een 'quick win'.
- Tegelijk moeten we waarschuwen dat 'quick wins' mogelijk niet bestaan. Er zijn veel structurele hinderpalen die samenwerking in de weg staan (historische, juridische, financiële, organisatorische, praktische). Zeker ook puur tijdsgebrek werd vaak aangehaald als remmende factor, terwijl effectieve en efficiënte samenwerking misschien net wel tijdswinst kan betekenen – vanuit overkoepelende doelen bekeken. Er is alleszins veel werk voor de boeg m.b.t. de randvoorwaarden voor samenwerking (zie ook verder).
- Het viel ook nog op dat veel samenwerkingen ontstaan vanuit een ad hoc noodzaak. Zorg en welzijn zijn nog meer reactief dan proactief. Om tot de juiste beweegredenen voor samenwerking te komen, alsook de nodige samenwerkingsintensiteit en -diversiteit te komen, is visieontwikkeling nodig. Geen grote woorden op papier, maar visieontwikkeling als blikverruiming: zorg en welzijn breed leren zien, het overstijgen van de biomedische, psychologische, sociale dan wel taakgerichte focus. Enkel door uitdagingen, vragen, noden zoveel mogelijk in hun volledigheid te leren zien, kan vervolgens werk gemaakt worden van samenwerking die ertoe doet.
- Concurrentie blijkt nog een belangrijke rem. Ook al zijn zorg en welzijn overbevraagd, toch spelen gevoelens van concurrentie. Daar kunnen verschillende redenen voor zijn, zoals financiële incentives, historische verzuiling, wantrouwen, ...
- De manier waarop zorg en welzijn georganiseerd zijn, bevordert samenwerking eveneens niet. Zorg en welzijn als sectoren, maar ook organisaties, teams, afdelingen, ... daarbinnen, zijn vaak nog eilandjes die los van elkaar werken. Taakgerichte en temporele specialisatie (resp. bvb. 'enkel het biomedische', of 'enkel kinderen tot 18 jaar') leidt soms tot een gebrek aan integraliteit resp. continuïteit (want psychosociale noden zijn ook belangrijk, resp. vragen en noden stoppen niet

plots op 18). De organisatie van zorg en welzijn is historisch gegroeid vanuit specialisatie, maar moet herbekeken worden vanuit overkoepelende uitdagingen en doelen met het oog op effectieve en efficiënte samenwerkingen.

- Helaas loopt het mis bij sommige huidige reorganisaties. Netwerken en 'structuren' springen uit de grond, maar overlappen vaak qua doel, samenstelling en werkingsgebied – met als gevolg een overaanbod aan afstemming en vergaderingen tussen vaak dezelfde partners. Ook hier is een integrale blik belangrijk op de overkoepelende uitdagingen en doelen, om van daaruit een beperkt aantal doelgerichte netwerken te creëren die zoveel mogelijk op zichzelf kunnen functioneren. In plaats van 'taakgerichte' netwerken zijn doelgerichte interprofessionele netwerken rond enkele (zorgzame) buurten mogelijk een valabele toekomstoptie. Zo is het aantal actoren relatief beperkt, leert men elkaar makkelijker kennen en is het makkelijker samenwerken.
- Zo komen we uit bij het ecosysteembegrip. Een buurt of eerstelijnszone is een divers en dynamisch ecosysteem, met vele actoren, waarvan niet iedereen ervoor gewonnen zal zijn om bijvoorbeeld samen te werken in een interprofessioneel netwerk rond een aantal buurten. Het is dan zoeken naar een 'coalition of the willing' die dat wel wil, want opleggen van bovenaf leidt dan niet tot gedragen samenwerking. Als samenwerking het waard is, zal het na verloop vanzelf wel overtuigen. Zowel de lokale als hogere overheden hebben echter wel een rol te spelen in het creëren van een context – het versterken van stimulerende factoren en het verwijderen of verminderen van remmende factoren.

De werkelijkheid van samenwerking rond zorg en welzijn is te complex om alle mogelijke samenwerkingsvormen, -contexten en logica's, stimulerende en remmende factoren, onderliggende verbanden, ... neer te schrijven. Er zijn nog zoveel theorieën, concepten en onderzoeken die ook relevant zijn. Maar we hopen dat we met het overzicht en de synthese in dit rapport niettemin een bijdrage doen. Die werkelijkheid is, vanzelfsprekend, dan ook te complex om te hopen op een wonderoplossing om meer en betere samenwerking te realiseren. Meer en beter samenwerken vereist werk op alle fronten.

Niettemin is het belangrijk om te wijzen op het algemene tekort aan middelen dat het moeilijk maakt om 'kerntaken' uit te voeren, laat staan om vernieuwing en innovatie op het vlak van samenwerking na te streven. Bestaande innovatieve samenwerkingen laten zien dat er mogelijkheden zijn *binnen* de contouren van de huidige financiering en regelgeving. Maar nog vaker zien we die factoren een rem zetten op samenwerking. In de volgende fases van dit onderzoek gaan we specifiek op zoek naar (1) de stimulerende en remmende factoren die innovators in de samenwerking rond zorg en welzijn ervaren en (2) mogelijke acties om meer en betere samenwerking rond zorg en welzijn te realiseren.

Met betrekking tot het voorliggend onderzoek rest ons op een aantal beperkingen te wijzen. Ten eerste vertrekt dit onderzoek vanuit actoren die samenwerken rond zorg en welzijn, zonder eerst een systematische bevraging en gespreksronde te doen rond de huidige en toekomstige individuele en populatiegebonden zorg- en ondersteuningsnoden van de inwoners van de drie locaties én hun evaluatie van de huidige samenwerkingen rond zorg en welzijn. Dergelijk onderzoek is onontbeerlijk om een volledig beeld van het huidige ecosysteem te krijgen en, in een volgende fase, voldoende geïnformeerd samen na te denken over mogelijke acties voor meer en betere samenwerking.

Ten tweede ontbreekt de stem van zelfstandige professionals nog te zeer. Ondanks bijkomende inspanningen bleek het moeilijk om meer dan enkelingen bij het onderzoek te betrekken. We trachtten dit aanvullend te compenseren door bijvoorbeeld gebruik te maken van het rapport van de Federatie Vrije Beroepen (Sels et al., 2018). Het betrekken van zelfstandige professionals is een belangrijk aandachtspunt voor verder onderzoek, én voor beleid en praktijk. Ook voor de beleids- en praktijkpartners in de drie locaties was de moeilijke bereikbaarheid een 'wake-up call'.

Tot slot was de gegarandeerde anonimiteit (eigenlijk: pseudonimiteit) een beperkende factor in het onderzoek. Het grote voordeel was dat respondenten vrijuit konden spreken en vaak gevoelige zaken durfden aankaarten of heilige huisjes in vraag stelden. Maar de gegarandeerde pseudonimiteit verhindert ons om in dit rapport gedetailleerde, echt 'spreekende' praktijkvoorbeelden te geven, en verhindert ons om in de volgende fase van het onderzoek heel doelgericht acties op maat te bedenken en ondernemen om meer en beter te gaan samenwerken. In vervolgonderzoek moeten we manieren bedenken om de wissel te maken van pseudoniem respondentschap naar actief partnerschap.

Alles samengenomen hopen we dat dit onderzoek een unieke bijdrage kan leveren aan het denken, spreken en doen met betrekking tot samenwerken rond zorg en welzijn. Het brede perspectief op mogelijke actoren, samenwerkingen en factoren liet toe om de achterliggende samenwerkingscontexten en –logica's mee 'in the picture' te brengen en te verbinden met elkaar, terwijl dat niet gebruikelijk is in onderzoek. De bevindingen leveren veel inspiratie en gespreksstof op voor de tweede fase van dit onderzoek om aan de slag te gaan met beleid en praktijk rond mogelijke acties voor meer en beter samenwerken rond zorg en welzijn.

Benieuwd naar het reflectiekader en de doegids 'Meer en beter samenwerken rond zorg en welzijn'? Of naar 'Zorg- en welzijnsvernieuwers: negen inspirerende interviews over stimulerende en remmende factoren voor samenwerking'? Je vind ze hier: www.ucll.be/samenzorgwel.

Referenties

- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), pp. 941-973.
- Borgatti, S.P., & Foster, P.C. (2003). The Network Paradigm in Organizational Research: A Review and Typology. *Journal of Management*, 29(6), pp. 991-1013.
- De Sitter, L.U. (1998). Synergetisch produceren. Human Resources Mobilisation in de productie : een inleiding in structuurbouw. Koninklijke van Gorcum B.V.
- Dessers, E., & Mohr, B. J. (2019). Integrated Care Ecosystems. In B. J. Mohr & E. Dessers (Eds.), *Designing Integrated Care Ecosystems. A Socio-Technical Perspective* (forthcoming). Springer International.
- Ebrahim, A. (2019) *Measuring Social Change. Performance and Accountability in a Complex World*. Stanford University Press.
- Goeminne, S. Verschuere, B., De Rynck, F., & Vanderstraeten, G. (2013). Samenwerking tussen de Vlaamse centrumsteden en hun OCMW's op het vlak van financieel management. *VTOM*, 2, pp. 20-28.
- Kilduff, M., & Tasia, W. (2003). *Social networks and organizations*. Thousand Oaks: SAGE.
- Lawer, C. (2020). Health Ecosystem Value Design. See, Affect and Emerge Health Ecosystem Value. Method, Glossary, Templates and Summary Instructions. Online.
- Nijholt, J., & Benders, J.G.J.M. (2010). Measuring the prevalence of self-managing teams; Taking account of defining characteristics. *Work, Employment and Society*, 24(2), pp. 375-385.
- Pearce, D.W. (1992). 'Perfect competition' in *MIT Dictionary of Modern Economics*, MIT Press, pp. 327-328.
- Pless, S. (2022). *Zorg- en welzijnsvernieuwers. Negen inspirerende interviews over stimulerende en remmende factoren voor vernieuwende samenwerking*. Online.
- Pless, S. & Buntinx, J. (2022). *Reflectiekader: Meer en beter samenwerken rond zorg en Welzijn*. Online.
- Pless, S. & Buntinx, J. (2022). *Doegids: Meer en beter samenwerken rond zorg en Welzijn*. Online.
- Pless, S., Verhaeghe, N., Dessers, E., & Annemans, L. (2019). *Populaties, Prestaties en Periodes: het 3P-model. Op naar een doelgericht gemengd vergoedingsmodel voor een geïntegreerde eerste lijn in Vlaanderen*. Onderzoeksrapport i.o.v. Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Pröpper, I., Litjens, B., & Weststeijn, E. (2004). *Lokale regie uit macht of onmacht? Onderzoek naar de optimalisering van de gemeentelijke regiefunctie*. Partners+Pröpper. Geraadpleegd via <http://kennisopenbaarbestuur.nl/media/62912/lokale-regei-uit-macht-of-onmacht-partners-en-proepper-bzk-2004.pdf>
- Provan, K.G., & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), pp. 229-252.
- Seawright, J., & Gerring, J. (2008). Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options. *Political Research Quarterly*, 61(2), pp. 294-308.

Sels, C., Dierckx, A., Sap, J., Wyverkens, M., Van der Looy, G. (2017). Interdisciplinaire samenwerking tussen zelfstandige zorgverstrekkers in de eerstelijnsgezondheidszorg. Rapport i.o.v. Federatie Vrije Beroepen.

Thompson, G., Frances, J., Levacic, R., & Mitchel, J. (1991) Markets, Hierarchies and Networks: The Coordination of Social Life. SAGE.

Thorelli, H.B. (1986). Networks: Between markets and hierarchies. Strategic Management Journal, 7(1), pp. 37-51.

Tsakitzidis, G., & Van Royen, P. (2015). Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Standaard Uitgeverij.

Vanderstraeten, G., Verschuere, B., Goeminne, S., & De Rynck, F. (2012).). Samenwerking tussen de Vlaamse centrumsteden en hun OCMW's op het vlak van financieel management. Onderzoeksrapport i.o.v. Kenniscentrum Vlaamse Steden en VVSG.

Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (2011). Leidraad Regie en Coördinatie: samenwerken aan diversiteit. Geraadpleegd via: http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/Etnisch-culturele_diversiteit/Documents/LeidraadRegieCoordinatie.def%20versie.pdf#search=leidraad%20regie

Annex: Een geïntegreerd financieringsmodel voor de eerste lijn

Uittreksel uit 'Populaties, Prestaties en Periodes: het 3P-model. Op naar een doelgericht gemengd vergoedingsmodel voor een geïntegreerde eerste lijn in Vlaanderen' (Pless, Verhaeghe, Dessers & Annemans, 2019).

4.3.2 Een doelgericht gemengd vergoedingsmodel

(...)

Het startpunt voor een gemengd vergoedingsmodel zou doelgerichtheid moeten zijn. Dat doel is: de juiste – kwaliteitsvolle – zorg op de juiste plaats en het juiste moment bieden. Het huidige vergoedingsmodel is doelgericht gestart, maar heeft zich verder historisch ontwikkeld. Momenteel blijkt dat het model te prestatiegericht is, terwijl de maatschappelijke noden evolueren. Zorgvragen worden meer chronisch en meer gekenmerkt door multimorbiditeit. Er is te weinig aandacht voor preventie en voor een werkelijk integraal perspectief. Vergoeding per prestatie bevordert een dergelijk perspectief niet. **Het vergoedingsmodel is met andere woorden toe aan een grondige revisie.** Er zou opnieuw fundamenteel gekeken moeten worden naar de logica van hoe het beantwoorden van zorgvragen en andere activiteiten vergoed moet worden met het oog op het uiteindelijke doel. Cappuccinomodellen 1.0 en 2.0 gingen meer uit van een impliciete doelgerichtheid. In het model dat we hier voorstellen komt doelgerichtheid als startpunt naar voor: is er een doelgerichte logica te ontwaren en, zo ja, welke? De vraagstelling komt voort uit voortschrijdend inzicht vanuit eerdere onderzoeksprojecten, maar de deelnemers zelf schoven doelgerichtheid als prioritaire voorwaarde van een gemengd vergoedingsmodel naar voren.

Vervolgens moest (in abstracto) nagedacht worden over die logica, volgens de ontwerpsequentie voor zorgintegratie zoals beschreven in het CORTEXS-project: 'wat' moet vergoed worden in de eerste lijn, 'wie' moet vergoed worden en 'hoe' moet vergoed worden? 'Wat' bestaat uit alles dat nodig is om de zorgvragen te beantwoorden, 'wie' bestaat uit de bundelingen van capaciteiten die dat alles kunnen uitvoeren, en 'hoe' betreft het vergoedingsmodel als randvoorwaarde om het zorgaanbod te kunnen integreren. 'Wat' kan samengevat worden als de reeds beschreven uitsplitsing van activiteiten en zorgvragen, maar ook materiële kosten zouden vergoed kunnen worden (bvb. ICT, toegankelijke ruimtes, vergaderruimtes, specifieke multidisciplinaire inrichtingen).

'Wie' is een moeilijker vraagstuk. De capaciteiten die nodig zijn om eerstelijnszorg te leveren, zijn verspreid over verschillende zelfstandige zorgaanbieders en zorgorganisaties. De vraag is hoe zij samengebracht kunnen worden. Dit onderzoek schuift een voorstel naar voor waarbij elke zorgaanbieder kan blijven werken zoals hij of zij gewend is, maar waarin de overheid tegelijk de vorming stimuleert van multidisciplinaire **buurtnetwerken** voor zorg en welzijn. Zo'n buurtnetwerk ontfermt zich gezamenlijk over de buurtpopulatie. De – in theorie – meest eenvoudige manier om dat te organiseren, is het samenbrengen van de nodige zorgaanbieders in een eengemaakte praktijk in de buurt, zoals dat in wijkgezondheidscentra reeds in sterke mate het geval is. In werkelijkheid bestaan er heel wat aanbieders en organisaties, waarvan sommige bovendien concurreren, die maar moeilijk in een eengemaakte praktijk samengebracht kunnen worden. Binnen een dergelijke context zullen alle aanbieders en organisaties nog steeds samengebracht moeten worden in een buurtnetwerk, niet noodzakelijk onder één dak, maar waarin wel gedeelde *waarden en principes* voor de zorgverlening gedeeld worden en *concrete afspraken* voor samenwerking gemaakt moeten worden. De overheid zal dus moeten nadenken over de manier waarop ze buurtnetwerken wil ontvouwen, een canvas moeten

creëren voor de gedeelde waarden en principes en te maken afspraken, en samenwerkingsmodellen voor hoe bestaande praktijken in de netwerken passen. Tot slot rest de vraag ‘hoe’ de materiële kosten, activiteiten en het beantwoorden van zorgvragen door (praktijken binnen) zorgnetwerken vergoed moet worden.

‘Hoe’ vergoed moet worden hangt af van ‘wat’ door ‘wie’ gedaan wordt. We werkten hiertoe een logica uit die we het **3P-model** noemen, waarbij de drie P’s staan voor **Populatie, Prestatie en Periode**. De onkosten, activiteiten en zorgvragen konden aan een van de drie P’s gelinkt worden, en de manier waarop ze vergoed worden zou aan desbetreffende P gekoppeld moeten zijn.

(1) Ten eerste betreffen onkosten de materiële zaken die gekocht moeten worden om zorg aan te kunnen bieden, zoals ICT, toegankelijke ruimtes, vergaderruimtes of specifieke multidisciplinaire inrichtingen, en kosten van ondersteunend personeel. Deze situeren zich op het niveau van de **Populatie** waarvoor men werkt. We maken een onderscheid tussen netwerk- en praktijkkosten. Netwerkkosten worden gemaakt om als netwerk samen in te kunnen staan voor de gehele populatie binnen een bepaalde buurt. Dit kan ook het noodzakelijke administratieve personeel omvatten. Het netwerk gaat die kosten aan en wordt ervoor vergoed. Praktijkkosten worden gemaakt met het oog op de behandelde populatie binnen de eigen praktijk; we denken daarbij aan ICT-ondersteuning, een (al dan niet deeltijdse) praktijk-assistent, Merk op dat de populatie op het niveau van de praktijk voor de meeste zorgverleners een deelpopulatie betreft van de volledige buurtpopulatie. Een kinesist of een diëtist of een verpleegkundige bijvoorbeeld zien slechts een deel van de volledige buurtpopulatie.

(2) Ten tweede beschouwen we de activiteiten die uitgevoerd moeten worden om zorg aan te kunnen bieden, dus niet de zorgverlening zelf. Denk aan vergaderingen met de collega’s binnen het buurtnetwerk. Ook deze activiteiten spelen zich op netwerk- en praktijkniveau van de **Populatie** af. Gezien materiële onkosten gemaakt worden met het oog op het doen van activiteiten, en omdat beide te vergoeden zaken zich op zowel netwerk- als praktijkniveau van de populatie bevinden, werd ervoor gekozen om de *onkosten- en activiteitenvergoeding* aan elkaar te koppelen, zowel op netwerk- als op praktijkniveau, onder de vorm van een vast bedrag voor het netwerk en een vast bedrag voor de praktijk. Bovendien kan deze vaste vergoeding aangepast worden in functie van de kwaliteit die het netwerk levert en met het oog op innovatie-initiatieven (zie verder).

(3) Ten derde worden zorgvragen gesteld door een zorgvrager (of gedetecteerd door de zorgaanbieder), waarop de zorgaanbieder een antwoord formuleert en handelingen stelt in het kader hiervan. Een vergoeding per **Prestatie**, in het geval van een actuele vraag, of per episode (**Periode**) kan hier voorzien worden. Tabel 2 geeft een overzicht van de synthese.

Tabel 2. Componenten van een doelgericht gemengd vergoedingsmodel

Wat vergoeden?	Hoe vergoeden?	Op welk niveau?
1. Onkosten en activiteiten		Populatie
➤ Buurtnetwerk	➤ Netwerkvergoeding (inclusief personeel) ➤ Bonus i.f.v. zorgkwaliteit ➤ Innovatietarief	

- Praktijk

- Praktijkvergoeding (inclusief personeel)

2. Zorgvragen

- Actuele vragen

Prestatie

- Vergoeding per prestatie

- Tijdelijke en permanente vragen

- Vergoeding per tijdelijke of wederkerende episode (incl. coördinatie)

Periode

(...)

1.1.1 Randvoorwaarden

De onderstaande paragrafen geven een overzicht van de meest voorkomende randvoorwaarden die naar voor kwamen uit de bevraging van de zorgaanbieders. De specifieke randvoorwaarden per bevroegde beroepsgroep zijn terug te vinden in de focusgroepverslagen in Appendix 2.

1.1.1.1 Budget, bevoegdheidsverdelingen en administratie

Het budget voor de eerste lijn moet hoger. De meeste bevroegde zorgaanbieders in de eerste lijn zijn het erover eens dat de eerste lijn ondergefinancierd wordt. Zeker met het oog op de toekomstige meervraag naar eerstelijnszorg is dat zorgwekkend. Bovendien moet ingezien worden dat enerzijds opgelegde besparingen in de tweede lijn (zoals het verkorten van de ligduur na bevallingen) meerkosten in de eerste lijn teweegbrengt, en dat anderzijds een beter functionerende en daarvoor gefinancierde eerste lijn belangrijke besparingen in de tweede lijn kan opleveren. In globo valt de kost van een dergelijke beleidsoperatie wellicht positief uit, maar de 'boekhoudingen' van eerste en tweede lijn of verschillende sectoren worden vandaag apart opgemaakt. Het zal er dus op neer komen om belangrijke afspraken hierover te maken tussen de beleidsniveaus.

Dit punt raakt uiteraard aan een onderliggende oorzaak, namelijk de gefragmenteerde bevoegdheidsverdeling in België, Vlaanderen, steden en gemeenten m.b.t. zorg en welzijn. Die fragmentatie maakt het complex om een geïntegreerd beleid te voeren. Vervolgens ontstaan verschillende structuren en financieringsmechanismen naast elkaar, die soms dubbelop zijn, soms elkaar tegenwerkend. Een geïntegreerde eerste lijn vraagt om complexiteitsreductie op dit vlak, of op zijn minst om sluitende zinvolle afspraken.

Een teveel aan administratie wordt vaak aangehaald als samenhangend met de gefragmenteerde bevoegdheidsverdeling. Alle zorgaanbieders in de eerste lijn ervaren een grote administratieve meerlast die de eigenlijke zorgverlening hindert. Er moet werk gemaakt worden van een maximale administratieve vereenvoudiging. Die vereenvoudiging kan top-down ingezet worden vanuit het beleid, maar er zijn ook bottom-up mogelijkheden zoals 'Ontregel de zorg' toont in Nederland (zie: www.ordz.nl).

Ook met betrekking tot (gemengde) vergoedingsmodellen leeft de vrees dat deze meer administratie zullen teweegbrengen. Concreet wordt gevreesd dat een vergoeding per episode en een vergoeding voor kwaliteit tot meer administratie zouden kunnen leiden. Het gevolg van goedbedoelde gemengde vergoedingsmodellen mag geen op hol geslagen bureaucratie zijn. We kiezen daarom bewust voor een 3P-model, waarbij het aantal lagen in de financiering beperkt wordt en waarbij er ook een afstemming met de bevoegdheidsverdeling in ons land mogelijk is (zie ook verder).

Hier koppelden veel zorgaanbieders overigens ook een pleidooi voor vertrouwen en professionele autonomie aan. Er wordt te vaak sturing en dwang ervaren vanuit de overheid, die zich uit in een overdaad aan controlemechanismen. Een zekere mate van control is weliswaar nodig, maar idealiter vereist die geen bijkomende gegevensverzameling. In een perfect werkend gezondheidsinformatiesysteem zou het moeten volstaan om alle relevante informatie éénmaal in te brengen in het dossier van een patiënt/burger waarna deze informatie kan gebruikt worden voor de financiering, voor communicatie tussen zorgverleners en voor het monitoren, evalueren en verbeteren van zorgkwaliteit (zie ook verder). Controle is een secundair doel, dat zo veel mogelijk op basis van die gegevens moet gebeuren.

1.1.1.2 Integrale zorg en zorgintegratie

Zorg en welzijn lijken soms nog twee gescheiden werelden in de eerste lijn, terwijl nu al (en in de toekomst steeds meer) vragen opduiken waarin beide domeinen duidelijk samenhangen. Diabetes wordt bijvoorbeeld nog te veel medisch benaderd, terwijl het een ziekte gerelateerd aan levensstijl en correlerend met socio-economische achtergrond is. Het adequaat beantwoorden van dergelijke vragen vereist een integraal perspectief op zorg en welzijn.

Tegelijk lijkt er meer nodig dan louter een individueel of zelfs gedeeld integraal perspectief. Zorgaanbieders moeten ook meer geïntegreerd gaan samenwerken binnen een bepaald werkingsgebied. Op die manier kunnen ze samen voor een populatie zorgen, een doelgroepenbeleid uitwerken en aan persoonsgerichte zorg uitoefenen met meer aandacht voor preventie en outreaching.

- Het is zinvol om rond populaties te werken omdat de persoon met een zorgvraag binnen zijn omgeving gezien moet worden. Bijvoorbeeld het al dan niet hebben van een sociaal netwerk speelt een grote rol voor hoe een zorgantwoord geformuleerd kan en moet worden.
- Wanneer bepaalde, regelmatig voorkomende zorgvragen binnen een werkingsgebied blijken samen te hangen met bepaalde socio-demografische factoren, kan een gericht doelgroepenbeleid uitgewerkt worden. De zorg vaart er wel bij wanneer zorgaanbieders samen een visie ontwikkelen en afspraken maken.
- Zorg aanbieden binnen een bepaald werkingsgebied betekent ook meer kans op persoonlijke continuïteit van de zorg: een zorgverlener zorgt voor burgers die meer of minder lang in een bepaalde buurt wonen of werken. Die continuïteit laat dan weer persoonsgerichte zorg toe, waarbij een volledig beeld ontstaat van de zorgvrager, alsook preventie.
- Buurtgericht werken betekent ook dat gericht aan outreaching gedaan kan worden. Niet alle eerstelijnsvragen bereiken de eerste lijn, waardoor ze vaak escaleren en uiteindelijk niet alleen meer, maar ook meer intensieve zorg vereisen. Outreaching betekent dat actiever op zoek gegaan wordt naar onbeantwoorde zorgvragen en kadert dus eveneens in preventie.

Eén van de mogelijke initiatieven die aangehaald werden ter ondersteuning van een buurtgerichte werking was een geïntegreerd breed onthaal op het niveau van stad, gemeente of wijk (afhankelijk van de schaalgrootte van de stad of gemeente). Die rol zou opgenomen kunnen worden door één

persoon, de wijkmanager of zorgregisseur, die zorgvragen ontvangt of detecteert en vervolgens de weg wijst naar de geschikte aanbieders.

Een aantal zorgaanbieders maakte ook gewag van een nood aan echelonering om de eerste en tweede lijn beter op elkaar af te stemmen. Echelonering betekent dat de toegang tot de tweede lijn beperkt wordt en, op zijn minst in bepaalde gevallen, een doorverwijzing vanuit de eerste lijn vereist.

1.1.1.3 Interdisciplinaire samenwerking

Alle bevroegde zorgaanbieders zijn voorstanders van interdisciplinaire samenwerking, maar de meningen verschilden over hoe die georganiseerd moet worden. Algemeen bekeken vallen de meningen uiteen in ruwweg drie kampen: zij die stellen dat er momenteel al voldoende samenwerking is, zij die vanuit de eigen praktijk de hand uitsteken naar andere disciplines en, tot slot, zij die dergelijke samenwerking binnen de eigen praktijk (willen) realiseren. Deze bespreking beperkt zich tot de laatste twee meningen gezien de opdracht van het onderzoek, die een zoektocht naar meer interdisciplinaire samenwerking inhoudt.

Er zijn verschillende mogelijkheden voor samenwerkingsmodellen en de huidige realiteit, met een veelheid aan monodisciplinaire praktijkvormen, maakt het waarschijnlijk dat er voldoende ruimte gelaten moet worden voor die verscheidenheid. Met andere woorden: men mag zich niet zomaar meteen vastpinnen op het toekomstbeeld van geïntegreerde, multidisciplinaire eerstelijnspraktijken onder hetzelfde dak. Op veel plaatsen zullen bestaande praktijken zich niet fysiek maar 'virtueel' moeten verenigen, conform het eerder beschreven idee van een buurtnetwerk. Belangrijk: of buurtnetwerken nu fysiek of virtueel zijn, aangepaste infrastructuur om multidisciplinaire samenwerking te faciliteren is sowieso nodig.

De bevraging van zorgaanbieders leert dat fysieke geïntegreerde, multidisciplinaire eerstelijnspraktijken vandaag al in een aantal vormen en maten voorkomen. Er zijn niet alleen de welbekende multidisciplinaire groepspraktijken, die in het prestatie-model opereren, en de forfaitaire wijkgezondheidscentra, maar er is ook een voorbeeld van een coöperatieve multidisciplinaire groepspraktijk waarin zorgaanbieders niet gewoon onder hetzelfde dak werken maar gelijkwaardige partners zijn in de visieontwikkeling, organisatie en financiering van de gedeelde praktijk (zie Appendix 2: Verslag chronic care-pilootproject).

We pleiten hier dus voor een expliciete integratie waarbij zorgverleners in een netwerk een visie en missie delen, waarbij ze zich akkoord verklaren omtrent bepaalde gedeelde normen en waarden, bepaalde richtlijnen voor samenwerking en het werken via een geïntegreerd patiëntendossier, en waarin ze afspraken maken omtrent de wijze van preventief en curatief behandelen, en omtrent afstemming tussen gezondheidszorg en welzijnszorg.

De nood aan meer gelijkwaardigheid tussen de verschillende disciplines, als basisvoorwaarde voor een goede multidisciplinaire samenwerking, kwam meermaals terug in de bevraging van de zorgaanbieders. Hier moet dus zeker ook aandacht aan geschonken worden in het toekomstige model van samenwerken. In het kader daarvan werd ook de nood aan aangepaste opleiding en bijscholing aangehaald. Zorgaanbieder zijn in de eerste lijn vereist specifieke kennis en vaardigheden, inclusief kennismaking en samenwerken met andere disciplines, die nog onvoldoende benadrukt en aangeleerd wordt.

1.1.1.4 Keuzevrijheid van de patiënt

De keuzevrijheid van de patiënt om een zorgaanbieder naar keuze in te schakelen moet volgens een ruime meerderheid van zorgverleners gevrijwaard blijven. In de toekomst zou het wel de bedoeling

zijn dat men patiënten zorgverleners laat kiezen binnen het fysiek of virtueel geïntegreerde buurtnetwerk waarin hij of zij is ingeschreven. Weliswaar kan een patiënt, die aangesloten is bij een buurtnetwerk, ook nog steeds zorgaanbieders buiten het netwerk inschakelen om aan zijn zorgvraag te voldoen, op voorwaarde dat die laatsten – al was het voor de duur van de zorgperiode – de visie, missie en afspraken voor samenwerking en informatie-uitwisseling van dat netwerk onderschrijven.

De overheid kan de oprichting van dergelijke netwerken stimuleren, zoals eerder beschreven, maar kan ook patiënten incentives geven om in eerste instantie hier aan te kloppen met een vraag. De terugbetaling aan patiënten zou bv. hoger kunnen binnen het voorkeursnetwerk dan erbuiten voor tijdelijke en permanente multidisciplinaire vragen. Dergelijke vragen worden namelijk best beantwoord door een geroutineerd team van zorgaanbieders.

1.1.1.5 eHealth

eHealth is een belangrijke sleutel voor multidisciplinaire samenwerking, informatie-uitwisseling, dataverzameling, monitoring en evaluatie. eHealth wordt hier gezien als de verzameling van elektronische toepassingen die o.a. gedeelde patiëntendossiers en digitale communicatie toelaten. Het potentieel van die toepassingen is enorm groot om niet alleen efficiëntie-, maar zelfs effectiviteitswinsten te boeken. Momenteel lijken veel toepassingen echter nog in hun kinderschoenen te staan, terwijl ze toch al geïmplementeerd worden, en los van elkaar ontwikkeld schijnen te worden. De manke werking en het gebrek aan interoperabiliteit ervaren de zorgaanbieders als een storende factor. Zij blijven geloven in de mogelijkheden van eHealth, maar geven duidelijk aan dat ze momenteel te vaak tijd en middelen verspillen.

1.1.1.6 Veranderproces

Een aantal zorgaanbieder signaleert dat ze zich in het duister gelaten voelen m.b.t de weg die de overheid in wil slaan met de eerste lijn. Er worden veranderprocessen opgezet, zonder dat het doel van die processen duidelijk is. Hoewel de ruimte voor een bottom-up aanpak binnen de veranderprocessen gewaardeerd wordt, klinkt tegelijk de vraag om een sterker richtinggevend kader. Anders riskeren verschillende processen niet op elkaar afgestemd te zijn of elkaar zelfs in de weg te lopen. Denk bijvoorbeeld maar aan de verschillen in geografische afbakening van de eerstelijnszones, de ziekenhuisnetwerken, de artikel 107-netwerken en de chronic care-pilootprojecten. Gelijktijdige veranderprocessen, die er ultiem baat bij hebben synergetisch georganiseerd te worden, maken de realisatie van geïntegreerde zorg zo wellicht moeilijker. Ook het uitblijven van een aangepaste financiering (onderwerp van dit rapport!) leidt tot frustraties, zelfs bij de meest gemotiveerden.