



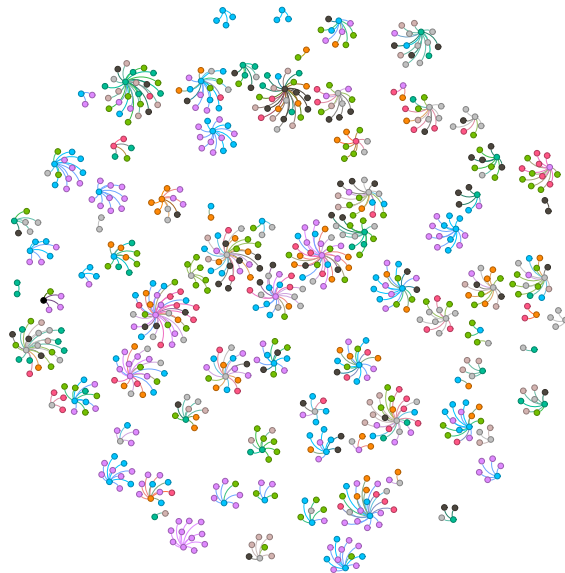
rijksuniversiteit
groningen



Partners in Zorg: een socialenetwerkanalyse naar de samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein

Een socialenetwerkanalyse naar de samenwerkingsrelaties van de zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein en de jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen

A social network analysis of the presence and quality of collaborative relations between health care professionals from the social and medical domain and youth nurses in Groningen



Masterscriptie

Naam: Lydia Talma

Studentnummer: S4583396

Begeleider: T. (Thomas) Teekens

Referent: C. (Christian) Steglich

Datum: 23 Oktober 2024

Rijksuniversiteit Groningen | Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen | Sociologie

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn masterscriptie “Partners in Zorg: een socialenetwerkanalyse naar de samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals uit het sociale en medisch domein en de jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie”. Tijdens mijn afstudeerperiode voor de master Sociologie heb ik dit onderzoek uitgevoerd binnen de route ‘Gezondheid, Welzijn en Zorg’. Tijdens deze periode kreeg ik de kans om mijn stage te voltooien bij project DOEN! Dit bood mij de waardevolle gelegenheid om een socialenetwerkanalyse uit te voeren, gericht op de samenwerking tussen de verschillende professionals in het sociaal en medisch domein. Ik heb het hele onderzoeksproces van begin tot eind doorlopen, van het ontwikkelen van de vragenlijst tot het analyseren van de resultaten en het uiteindelijk schrijven van deze scriptie. Dit heeft mij niet alleen de mogelijkheid gegeven om theoretische kennis toe te passen, maar ook om waardevolle ervaring op te doen in elke fase van het onderzoeksproces.

Nu vraagt u zich misschien af: “Een socialenetwerkanalyse als afstudeerscriptie, terwijl je de route Gezondheid, Welzijn en Zorg hebt gevolgd?”. Dat klopt! Aan het begin van de master vond ik het lastig om te kiezen tussen de route Gezondheid, Welzijn en Zorg en de route Sociologie van de Netwerksamenleving. Uiteindelijk heb ik gekozen voor de route Gezondheid, maar sociale netwerken bleef ik ontzettend interessant vinden. Dus toen ik bij project DOEN! de kans kreeg om een socialenetwerkanalyse uit te voeren, heb ik die met beide handen gegrepen. Ik wil de onderzoekers van project DOEN! dan ook bedanken voor deze kans. Ook wil ik graag mijn scriptiebegeleider, Thomas Teekens, bedanken voor zijn eindeloze geduld, steun tijdens de moeilijke momenten en altijd enthousiaste uitleg en antwoorden op mijn vragen. Het heeft mij veel geholpen. Heel erg bedankt! Daarnaast wil ik ook de referent Christian Steglich bedanken voor zijn gegeven feedback en nieuwe inzichten in het onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier,

Lydia Talma

Groningen, 23 oktober 2024

Samenvatting

Er wordt nog te weinig samengewerkt tussen zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein, die betrokken zijn bij mensen met een LVB en/of psychische kwetsbaarheid. In Groningen wonen naar schatting 6.000 vrouwen met een psychische kwetsbaarheid en 27.000 mensen met een LVB. Waardoor zij een hoger risico lopen op complicaties bij het onderwerp SAKZO (seksualiteit, anticonceptie, kinderwens, zwangerschap en ouderschap). Juist samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals is van belang om deze groepen de juiste zorg en begeleiding te bieden. Project DOEN! in Groningen, gestart in 2020, beoogt de samenwerking tussen zorgprofessionals te versterken, met aandacht voor het onderwerp SAKZO

Het doel van dit onderzoek is om, door middel van een socialenetwerkanalyse, in kaart te brengen hoe zorgprofessionals en hun organisaties uit het sociaal en medisch domein in de gemeente Groningen samenwerken. Hiervoor is de volgende beschrijvende onderzoeksvraag opgesteld: *Hoe zijn de organisaties die te maken hebben met de doelgroep van project DOEN! met elkaar verbonden via samenwerkingsrelaties, en hoe zijn de organisaties uit het sociaal en medisch domein verbonden aan een zorgorganisatie in Groningen?* Daarnaast wordt gekeken in welke mate de eigenschappen bereikbaarheid, contactfrequentie en interdisciplinariteit de tevredenheid van zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen over hun samenwerkingsrelaties verklaren. Hiervoor is een toetsende onderzoeksvraag opgesteld namelijk: *In welke mate verklaren bereikbaarheid, samenwerkingsfrequentie, en interdisciplinariteit de tevredenheid van zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen over hun samenwerkingsrelaties?* Er zijn drie hypothesen opgesteld om de toetsende onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Om antwoord te kunnen geven op de beide onderzoeksvragen en hypothesen is een vragenlijst uitgezet onder de zorgprofessionals en hun organisaties uit het sociaal en medisch domein in de gemeente Groningen. Voor de analyses zijn 82 respondenten gebruikt en voor het uittekenen van het netwerk zijn 109 respondenten betrokken. De uiteindelijke dataset bevatte 735 alters verdeeld over 82 ego's. Door middel van een multilevelanalyse zijn de drie hypothesen getoetst.

De resultaten laten zien dat er een lichte voorkeur bestaat voor samenwerkingen binnen het eigen domein, al is deze voorkeur niet sterk. Organisatie A neemt een centrale rol in het netwerk in, zowel bij het identificeren van de structural holes als de positie van broker.

Daarnaast toont het onderzoek aan dat bereikbaarheid van invloed is op de ervaren tevredenheid bij zorgprofessionals uit het sociale domein. Dit is van minder groot belang voor jeugdverpleegkundigen en zorgprofessionals uit het medisch domein. Ook blijkt dat bereikbaarheid belangrijker is in samenwerkingen met professionals uit het sociale domein dan voor samenwerkingen met professionals uit het medische domein. Daarnaast toont het onderzoek aan dat de frequentie van contact geen invloed heeft op de mate van tevredenheid over de samenwerking. Tot slot blijkt dat het niet uitmaakt met wie een zorgprofessional samenwerkt en hoe tevreden diegene is.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	8
1.1 Inleiding.....	8
1.2 Onderzoeksachtergrond.....	11
1.3. Maatschappelijke relevantie.....	14
1.4 Wetenschappelijke relevantie.....	15
1.5 Sociologische relevantie.....	16
1.6 Bestaande inzichten.....	17
1.7 Probleemstelling en onderzoeksvraag.....	20
1.8 Leeswijzer.....	21
2. Theoretisch kader	22
2.1 Samenwerkingen in sociale netwerken.....	22
2.2 Samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen uit het sociaal en medisch domein.....	23
2.2.1 Drie redenen samenwerkingsrelaties te onderzoeken.....	23
2.2.2 De drie eigenschappen van het contact en hypothesen.....	25
2.2.3 Hypothese 1.....	26
2.2.4 Hypothese 2.....	27
2.2.5 Hypothese 3.....	28
2.3 Samenwerkingsrelaties tussen organisaties uit het sociaal en medisch domein.....	30
2.3.1 Collaborative Advantage Theorie.....	30
2.3.2 Netwerksegregatie belemmert samenwerking.....	32
2.3.3 Centraliteit, dichtheid en structural holes.....	33
3. Methoden	36
3.1 Dataverzameling.....	37
3.2 Beschrijving van de respondenten.....	40
3.3 Operationalisering van centrale begrippen.....	40
3.3.1 De functie en organisatie van de respondent (Ego).....	40
3.3.2 Functie en organisaties van samenwerkingspartners (Alters).....	41
3.3.3 Tevredenheid.....	43
3.3.4 Conditie van contact.....	44
3.4 Data-analyse.....	45
4. Resultaten	46
4.1 Beschrijvende statistieken.....	47
4.1.2 Bivariate analyse.....	49
4.2 Testen van de hypothesen.....	50
4.3 Sociale netwerken.....	59

4.3.1	Het netwerk van organisaties verdeeld over het medisch en sociaal domein	59
4.3.2	Het netwerk van de verschillende organisaties per categorie.	62
4.4	Organisatiekenmerk centraliteit en de structural holes.....	64
4.4.1	Centraliteit.....	64
4.4.2	Interpretatie van degree cijfers.....	66
4.4.3	Overige degree cijfers	67
4.4.4	Structural holes	68
4.4.5	Betweenness.....	69
4.4.6	Overige betweenness cijfers	70
4.4.7	Totale degree en betweenness.....	70
4.4.8	Lage betweenness en lage constraint	70
5.	Discussie en Conclusie	71
5.1	Beschrijvende vraag.....	72
5.1.1	Netwerk van organisaties waar zorgprofessionals werkzaam zijn uit het sociaal en medisch domein	72
5.1.2	Netwerk van de organisaties verdeeld over de categorieën	73
5.1.3	Organisatiekenmerk centraliteit en netwerkenmerk structural holes.....	73
5.2	Toetsende onderzoeksvraag en drie hypothesen.....	74
5.2.1	Eerste hypothese	74
5.2.2	Tweede hypothese.....	75
5.2.3	Derde hypothese.....	77
5.3	Uitkomsten vergeleken met eerder uitgevoerd onderzoek	78
5.4	Sterke punten en beperkingen.....	79
5.4.1	Sterke punten	79
5.4.2	Beperkingen	79
5.5	Aanbevelingen	80
5.5.1	Aanbevelingen voor verder onderzoek	80
5.5.2	Aanbevelingen voor project DOEN.....	81
	Literatuurlijst.....	82
	Bijlage A: Overzicht van zorgprofessionals werkzaam in het sociaal en medisch domein	92
	Bijlage B: Vragenlijst van de Samenwerkstudie	93
	Bijlage C: Overzicht van organisaties werkzaam in het sociaal en medisch domein.....	96
	Bijlage D: De slideshow van project DOEN! op linkedIn.....	97
	Bijlage E: Flyer van project DOEN!.....	99
	Bijlage F: Begeleidende brief.....	100
	Bijlage G: Informed Consent.....	101
	Bijlage H: Code samenwerkingsstudie in R.....	102
	Bijlage I: Code samenwerkingsstudie in R, alleen netwerkaafbeelding.....	103
	Bijlage J: Namen van de schaalconstructie.....	104

Bijlage K: Gedetailleerde bespreking van organisaties medisch en sociaal domein	105
Bijlage L: Gedetailleerde bespreking categorieën	108

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Deze scriptie gaat over hoe professionals en hun organisaties uit het sociaal en medisch domein in de gemeente Groningen met elkaar samenwerken. Zij werken samen in het begeleiden van mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en/of psychische kwetsbaarheid, en mensen die blootstaan aan andere risicofactoren, op het gebied van seksualiteit, anticonceptie, kindwens, zwangerschap en ouderschap (SAKZO). In de gemeente Groningen wonen ongeveer 6.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd die te maken hebben met een psychische kwetsbaarheid. Ongeveer 26% van de Nederlandse bevolking heeft last van psychische problemen (Trimbos, 2022). Met psychische kwetsbaarheid wordt bedoeld dat er bij mensen een psychiatrische diagnose is vastgesteld, maar ook mensen met milde depressie, - angst, - of psychische klachten vallen onder deze definitie. Factoren die invloed hebben op het ontstaan van psychische problemen zijn onder andere opgroeien in een gezin met ouders die zelf psychische klachten hebben, een beperkt sociaal netwerk of een lage sociaaleconomische status (Arango et al., 2018). Daarnaast wonen ongeveer 27.000 mensen met een LVB in de gemeente Groningen (Volksgezondheid en zorg, 2024). Onder LVB bij mensen wordt verstaan een beperking in het cognitieve functioneren. Hierbij heeft een persoon een IQ tussen de 50 en 85. Daarnaast heeft een persoon moeite in het dagelijks functioneren. Dit uit zich in onder andere leerproblemen, beperkt taalbegrip, verminderde sociale vaardigheden en moeite met het uitvoeren van alledaagse taken (American Psychiatric Association, 2022). Deze twee groepen mensen hebben een verhoogd risico op allerlei complicaties rondom seksualiteit en zwangerschappen. Zo blijkt uit landelijk onderzoek (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2023) dat vrouwen met een LVB en/of psychische kwetsbaarheid meer risico lopen om onbedoeld zwanger te worden. Naast het zwanger raken, zijn er ook risicofactoren voor deze doelgroepen rondom seksualiteit in het algemeen en het opvoeden van kinderen. Zo hebben mensen met een LVB moeite om de consequenties van hun gemaakte keuzes op het gebied van seksualiteit te overzien en dit kan leiden tot onbedoelde zwangerschappen. Daarnaast blijkt dat ouders waarvan één of beide ouders psychische kwetsbaar zijn meer problemen ondervinden tijdens de opvoeding van hun kind. Ouders met een psychische kwetsbaarheid kunnen moeite hebben om een stabiele en veilige omgeving te bieden, waardoor deze kinderen een verhoogd risico hebben om zelf ook psychische kwetsbaarheden te ontwikkelen (Havinga et al., 2017). Het verbeteren van de zorg en de begeleiding van deze doelgroep over dit onderwerp is dus een belangrijk doel van zowel landelijk als gemeentelijk beleid (Gemeentelijke Gezondheidsdienst

Groningen [GGD], 2024; Ministerie van Algemene Zaken, 2024). Het onderwerp SAKZO is niet gebonden aan één beroepsgroep of beleidsdomein, maar overstijgt juist meerdere sectoren, zoals de geestelijke gezondheidszorg, jeugdverpleegkunde en verloskunde. Daarom is het van belang om de samenwerking tussen verschillende relevante professionals en organisaties te versterken. Als zorgprofessionals en organisaties beter gaan samenwerken kunnen zwangere vrouwen met een LVB en/ of psychische kwetsbaarheid eerder de juiste zorg en begeleiding ontvangen die zij nodig hebben. Dit kan doordat ze bijvoorbeeld via de verloskundige in contact komen met de jeugdverpleegkundigen, die op hun beurt weer contact kunnen leggen met zorgprofessionals en organisaties in het sociaal domein (Achterberg et al., 2020).

In de gemeente Groningen is in november 2020 het samenwerkingsproject DOEN! van start gegaan. DOEN! streeft naar een betere signalering en bespreking van het onderwerp SAKZO bij mensen met een licht verstandelijke beperking, psychische kwetsbaarheid en mensen die blootstaan aan risicofactoren die horen bij de ontwikkeling van psychische problemen zoals een laag sociaaleconomische status of beperkt sociaal netwerk. De reden dat Project DOEN! streeft naar een beter signalering en bespreking van de SAKZO onderwerpen, is dat in de gemeente Groningen veel organisaties en samenwerkingsverbanden uit verschillende domeinen actief zijn op het gebied van onder andere zwangerschap en ouderschap. Hierbij is er speciale aandacht voor preventie en onbedoelde zwangerschappen. Echter, een duidelijk beleid en een samenhangende aanpak ontbreken. Een gevolg hiervan is dat de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals en hun organisaties uit het sociaal en medisch domein niet goed op elkaar aansluit.

De gevolgen zijn groot als zorgprofessionals en hun organisaties uit het medisch en sociaal domein niet goed samenwerken. Allereerst kan gebrek aan samenwerking tussen zorgprofessionals en hun organisatie ertoe leiden dat patiënten minder goede gezondheidsuitkomsten hebben van de medische behandelingen die zij ondergaan (Gilbert et al., 2010). Daarnaast leidt een gebrek aan samenwerking ertoe dat dat er langere wachttijden ontstaan in de zorg. Maar ook zorgt het ervoor de zorg versnipperd. Hiermee wordt bedoeld dat zorg niet goed op elkaar is afgestemd en zorgprofessionals zonder overleg met elkaar zorg aanbieden aan eenzelfde client of patiënt (Rosen et al., 2018). Daarnaast zijn de gevolgen voor een kind dat opgroeit in een gezin waarvan één of beide ouders psychische problemen of LVB heeft, groot. Het kind heeft namelijk meer kans om zelf ook psychische problemen te ontwikkelen, mishandeling door de ouders of uiteindelijk uithuisplaatsing. Een ander gevolg kan zijn dat deze kinderen, als zij later volwassen zijn, hetzelfde gedrag richting hun eigen kinderen vertonen. Dit heeft weer als gevolg dat hun eigen kinderen ook blootgesteld worden

aan deze risicofactoren. (Havinga et al., 2017; Zoon et al., 2019). Voor de beide doelgroepen waar project DOEN! zich voor inzet is het dus van belang dat professionals en hun organisaties uit het sociaal en medisch domein meer en beter gaan samenwerken zodat de gegeven zorg goed op elkaar is afgestemd.

Project DOEN! wil het signaleren en bespreken van deze SAKZO onderwerpen bereiken door de samenwerking tussen professionals uit het *sociaal* en *medisch* domein te versterken. In deze studie zullen professionals die met deze doelgroep werken en samenwerken met andere professionals die ook met deze doelgroep werken, worden gedefinieerd als zorgprofessionals. Dit houdt in dat zowel de professionals uit het sociaal domein, zoals maatschappelijk werkers, als degenen uit het medisch domein, zoals verloskundigen, binnen deze definitie vallen. Onder zorgprofessionals uit het medisch domein mensen verstaan die een diploma hebben behaald in bijvoorbeeld de medische wetenschappen. Voorbeelden hiervan zijn onder andere geneeskunde, psychologie, en verpleegkunde. Daarnaast wordt onder zorgprofessionals uit het sociaal domein verstaan mensen die een diploma hebben behaald in het bieden van psychische of sociale ondersteuning aan mensen. Een compleet overzicht van mogelijke zorgprofessionals uit beide domeinen is te vinden in de Bijlage A. Samenwerkingsrelaties worden in dit onderzoek gedefinieerd als het streven van zorgprofessionals en hun organisaties uit het medisch en sociaal domein en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen om samen te werken om beter zorg te leveren, problemen op te lossen met als mogelijk gevolg dat patiënten betere gezondheidsuitkomsten hebben (Donovan et al., 2022; Pomare et al., 2019). Naast het verbeteren van zorg willen deze zorgprofessionals ook rekening houden met hun eigen belangen, een bepaalde mate van autonomie ervaren en onafhankelijkheid behouden (D'Amour et al., 2008). Ook zijn er samenwerkingsrelaties waarin zorgprofessionals met elkaar *moeten* samenwerken. Dit betekent dat zorgprofessionals in sommige gevallen gedwongen zijn om samen te werken vanwege wet- en regelgeving of bureaucratische vereisten van hun organisatie, ook al hebben ze daar eigenlijk geen behoefte aan (De Coninck et al., 2023). Dit betekent dat samenwerkingsrelaties gericht zijn: in een samenwerkingsverband is de samenwerking niet altijd wederzijds. Zo kan het voorkomen dat een organisatie of zorgprofessional informatie aanbiedt aan een andere organisatie, zonder dat diegene op dezelfde manier informatie terugontvangt.

Uit verschillende rapporten, zoals die van het College voor Perinatale Zorg (CPZ), 2021 en het onderzoeksrapport van Samen voor Gezondheid (Daemers et al., 2022), komt naar voren dat er nog te weinig wordt samengewerkt tussen zorgprofessionals en hun organisaties van het

sociaal en medisch domein. Dit geldt voor zowel de gemeente Groningen als in heel Nederland. Terwijl de samenwerking tussen deze zorgprofessionals en hun organisaties wel belangrijk is, omdat het zorgt voor betere zwangerschapsuitkomsten, een lager sterftecijfer bij (ongeboren) baby's en een afname van vroeggeboorte bij baby's (CPZ, 2021). Maar ook zorgt een betere samenwerking ervoor dat zwangere met een psychische kwetsbaarheid of LVB eerder de juiste zorg en begeleiding krijgen. Een gevolg hiervan is dat hun kinderen minder of niet bloot komen te staan aan de risicofactoren die een negatieve invloed hebben op hun ontwikkeling (CPZ, 2021; Struijs et al., 2019). Een eerste stap om de samenwerking te verbeteren, is het onderzoeken van de *huidige* samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals en hun organisaties in het sociaal en medisch domein. Inspiratie voor project DOEN! om dit te onderzoeken is een studie van Groenen et al. (2017). Deze onderzoekers hebben aan de hand van een socialenetworkanalyse onderzocht welk beroepsgroep de beste positie heeft in het sociale netwerk van de geboortezorg in Nijmegen om als casemanager te fungeren. Uit de socialenetworkanalyse kwam naar voren dat dit de eerstelijns verloskundige was. Dit onderzoek toont goed aan hoe belangrijk het is om te onderzoeken hoe de samenwerkingsrelaties in het medisch en sociaal domein verlopen. Zodat er meer inzicht komt over deze samenwerkingsrelaties. Hierdoor kunnen er nieuwe interventies ontworpen worden of bestaande interventies worden aangepast om deze samenwerking beter te laten verlopen. Hierdoor kan ieder kind een gelijkwaardige start krijgen als zij geboren worden (CPZ, 2021).

1.2 Onderzoeksachtergrond

Deze paragraaf is bedoeld om achtergrondinformatie en context te bieden, zodat de lezer een duidelijk beeld krijgt hoe het beleid en het onderzoek rondom deze specifieke doelgroepen zich in de loop der tijd hebben ontwikkeld.

“Professionals van organisaties in het sociaal en medisch domein moeten meer samenwerken om de zorg te verbeteren”. Dat was de boodschap van het nieuwsbericht waarmee de Rijksoverheid op 16 september 2022 aankondigde dat het integraal zorgakkoord door bijna alle grote zorgorganisaties was ondertekend (Rijksoverheid, 2022). De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) adviseerde de overheid in 2020 al om bij het aanpakken van de gezondheidsverschillen in Nederland scheidslijnen tussen beleidsdomeinen deels af te breken. Dit om ervoor te zorgen dat professionals uit de verschillende domeinen zoals het sociaal en medisch domein meer gaan samenwerken om grotere stappen te zetten in het oplossen van

gezondheidsverschillen. Deze verschillen worden namelijk niet afgebakend door de grenzen van verschillende domeinen maar overstijgen deze juist (RVS, 2020). Dit is ook terug te lezen in het recente landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024 (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Ministerie van VWS], 2020). Hierin wordt benadrukt om gezondheidsvraagstukken vanuit een breed perspectief aan te pakken en op deze manier beleidsdomeinen te overstijgen. Want als er meer wordt samengewerkt tussen de organisaties van de verschillende domeinen, hebben patiënten en cliënten betere gezondheidsuitkomsten van de behandelingen die zij ondergaan (Gilbert et al., 2010).

Het inzicht dat zorgprofessionals en hun organisaties meer moeten samenwerken, om op deze manier de zorg te verbeteren voor zwangere vrouwen en zwangere vrouwen in kwetsbare posities, is niet nieuw. Met zwangere vrouwen in kwetsbare posities wordt bedoeld dat het gaat om vrouwen die tijdens hun zwangerschap in aanraking komen met situaties die een risico vormen voor hun eigen gezondheid, de gezondheid van hun ongeboren kind en de kans op een gezonde zwangerschap en bevalling verkleinen. Enkele voorbeelden van zulke situaties zijn: een lage sociaaleconomische status, gebrek aan sociale steun, psychische problemen, leefomstandigheden en een LVB. Deze vrouwen hebben vaak extra aanvullende zorg en begeleiding nodig om complicaties tijdens de zwangerschap en na de bevalling te voorkomen (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, z.d.). De twee doelgroepen waarvoor project DOEN! de zorg wil verbeteren vallen onder deze definitie van kwetsbaarheid als zij zwanger zijn.

Het inzicht dat zorgorganisaties meer moeten samenwerken om op deze manier de zorg voor kwetsbare groepen te verbeteren is niet nieuw. In 2009 gaf de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte door middel van een rapport *Een Goed Begin. Veilige Zorg Rond Zwangerschap en Geboorte* advies aan de minister van VWS om de zorg voor zwangere vrouwen en hun kinderen te verbeteren en dan speciaal de aandacht te richten op vrouwen in kwetsbare posities. De reden achter dit advies was dat de sterftecijfers van (ongeboren) baby's in Nederland aan het stijgen was vergeleken met omringende landen (VZinfo, 2023). Deze stijging treft vooral baby's die te vroeg worden geboren. Factoren die het risico op vroeggeboorte verhogen, zijn onder andere een ongezonde leefstijl van de moeder. Een voorbeeld hiervan is dat meer vrouwen in Nederland kampen met overgewicht of obesitas. Daarnaast spelen ook sociale factoren, zoals armoede, een rol. Ook blijkt dat vrouwen die in achterstandswijken wonen vaker te maken hebben met vroeggeboorte of babysterfte.

Dit advies is door de Nederlandse overheid opgepakt door het CPZ op te zetten en zij kregen de opdracht om het advies uit het rapport van stuurgroep zwangerschap en geboorte tot

stand te brengen. Het CPZ is een samenwerkingsverband tussen partijen in de geboortezorg, die door middel van het verbinden en ondersteunen van partijen in de geboortezorg ervoor zorgen dat de zorg voor zwangere en kinderen in kwetsbare situaties verbeterd. Met hulp van de CPZ hebben de beroepsgroepen in de geboortezorg in 2016 een Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (ZIP) ontwikkeld. Hierin staat beschreven welke basiszorg elke zwangere vrouw in Nederland zou moeten ontvangen. Zaken die beschreven staan in het ZIP zijn onder andere de aanpak van kwetsbare zwangere vrouwen, aandacht voor preventie en voorlichting, maar ook wordt de samenwerking tussen de verloskundigen, jeugdgezondheidszorg en kraamzorg benoemd (CPZ, 2016). Hierop aansluitend kwam het CPZ in 2018 met een onderzoeksagenda. Hierin beschrijven zij dat een preventieve aanpak en maximale samenwerking tussen professionals in de geboortezorg nodig is. Ook moet deze samenwerking verder uitgebreid worden naar het sociaal domein en de jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen om ervoor te zorgen dat elke kind in Nederland een optimale start heeft (CPZ, 2021).

Het advies uit de onderzoeksagenda van het CPZ viel samen met de publicatie van het boek *De Eerste 1000 Dagen* van hoogleraar Tessa Roseboom uit 2018. In dit boek draagt Roseboom wetenschappelijk bewijs uit verschillende vakgebieden, zoals de biologie en psychologie, aan over wat het belang is om kinderen een goede start te geven vanaf het moment dat de conceptie plaatsvindt. Ook benoemt zij hoe professionals in het werkveld en ouders deze goede start kunnen ondersteunen en realiseren. Het blijkt namelijk dat ongeveer 16% van de kinderen die in Nederland geboren worden blootstaan aan risicofactoren zoals stress en slechte voeding. Hierdoor lopen zij een achterstand op in hun leven vergeleken met kinderen die hier niets mee te maken hebben (Ministerie van VWS, 2023). Tijdens de eerste 1000 dagen van het leven van een kind, vanaf het moment van conceptie, ontwikkelt een kind zich, in een snel groeiproces, van een bevruchte eicel naar een peuter (Roseboom, 2018). Nergens in het verdere leven zal een mens deze groeisnelheid evenaren. Hierdoor is het ook een kwetsbare periode in het leven van een kind. Het is een kwetsbare periode, omdat als een kind een achterstand oploopt in de geestelijke of lichamelijke ontwikkeling door de invloeden uit de omgeving. Dit heeft gevolgen voor de rest van het leven. Een voorbeeld hiervan is dat wanneer een kind tijdens de zwangerschap veel stress van de moeder ervaart, het bij de geboorte gevoeliger is voor stress en heftiger op zal reageren (Bleker et al., 2019). Een ander voorbeeld is dat het kind op latere leeftijd meer kans op gezondheidsklachten zoals hart- en vaatziekten en depressies (Nederlands Jeugdinstituut, 2023). Als een kind een achterstand oploopt in de ontwikkeling is het erg lastig om in te halen (Heckmann, 2006; Roseboom, 2022).

Het advies van het CPZ en hoogleraar Tessa Roseboom (2018) leidde ertoe dat het actieprogramma Kansrijke Start in 2018 door het ministerie van VWS werd opgezet om ervoor te zorgen dat er een domein-overstijgende, integrale aanpak kwam om de gezondheidsverschillen bij zwangere vrouwen en kinderen aan te pakken. Deze actieprogramma's zijn uitgezet in zowel de gemeenten als provincies in heel Nederland. Het belang van een goede start bij kinderen is dus ook door de Nederlandse overheid erkend (Ministerie van VWS, 2023).

1.3. Maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek is om vier redenen maatschappelijk relevant. Allereerst is het van belang om de samenwerking tussen zorgorganisaties te verbeteren, omdat onder andere de doelgroepen waar project DOEN! zich voor inzet hiervan kan profiteren. Onderzoek toont aan dat de kwaliteit van zorg toeneemt wanneer zorgprofessionals uit de verschillende organisaties effectief samenwerken (Gilbert et al., 2010). Samenwerken heeft niet alleen een positief effect op de zorgkwaliteit, maar zorgt ook voor kortere wachttijden en minder versnippering van zorg (Rosen et al., 2018). Gezien de complexiteit van de problemen waarmee vrouwen in kwetsbare posities te maken hebben, kan een meer gerichte samenwerking ook leiden tot een beter afgestemd en langduriger zorgplan.

Ten tweede speelt beleid een belangrijke rol. Het ministerie van VWS heeft de wens geuit om de samenwerking in de zorg te bevorderen (Ministerie van VWS, 2023). Door het ministerie inzicht te geven hoe de huidige samenwerkingen tussen zorgprofessionals en hun organisaties uit het sociaal en medisch domein verlopen, kan er beter ingespeeld worden op bestaande problematiek en kunnen noodzakelijke verbeteringen worden aangebracht.

Ten derde is het in kaart brengen van de betrokken zorgprofessionals en hun organisaties noodzakelijk. Project DOEN! wil de zorg voor mensen met een LVB en/of psychische kwetsbaarheid verbeteren door zorgprofessionals en hun organisaties beter te laten samenwerken. Inspiratie voor project DOEN! om dit te onderzoeken was het onderzoek van Groenen et al., 2017. Project DOEN! wil door middel van het in kaart brengen van het netwerk van zorgorganisaties onderzoeken of er in de gemeente Groningen ook organisaties zijn die een verbindende rol hebben zoals de verloskundigen bij het onderzoek van Groenen et al. 2017.

Ten vierde onderzoekt deze studie ook expliciet onder welke voorwaarden samenwerkingspartners tevreden zijn met hun samenwerking. Door deze condities te onderzoeken, kunnen mogelijke problemen in specifieke samenwerkingsverbanden worden

geïdentificeerd. Hierdoor kunnen er aanpassingen worden gedaan om de samenwerking te verbeteren. Dit zal niet alleen de tevredenheid van de samenwerkingspartners verhogen, maar ook de algehele kwaliteit van zorg voor vrouwen in kwetsbare situaties (Havinga et al., 2017).

1.4 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek is om drie redenen wetenschappelijk relevant. Als eerste is het praktisch doel van project DOEN! -het versterken van de samenwerking tussen professionals uit verschillende organisaties en uit verschillende beroepsdisciplines op een specifiek beleidsdomein- te plaatsen in een uitgebreidere maatschappelijke tendens waarin de grenzen tussen verschillende beroepen en verschillende organisaties vervagen (Caza et al., 2018). Complexe en domein overstijgende problemen, zoals klimaatverandering, overbevolking in bepaalde regio's, en verouderende populaties beperken zich nu eenmaal niet tot één discipline of organisatie. Het oplossen van zulke problemen vereist de succesvolle samenwerking tussen meerdere beroepen, organisaties en andere stakeholders. Toegespitst op het domein van de zorg is hiervoor het wetenschapsveld ontstaan dat onderzoek doet naar interprofessionaliteit: "Er is sprake van samenwerking in de gezondheidszorg wanneer meerdere gezondheidswerkers met verschillende professionele achtergronden uitgebreide diensten leveren door samen te werken met patiënten, hun families, verzorgers en gemeenschappen om de hoogste kwaliteit van zorg te leveren in verschillende settings" (Gilbert et al., 2010, p.13). Zulke interprofessionele zorg omhelst zorg waarin meerdere organisaties, beroepsgroepen, en patiënten zelf actief samenwerken om tot een efficiënt en effectieve zorgverlening te kunnen komen (Cunningham et al., 2011). In dit onderzoeksveld wordt expliciet gemaakt dat sommige zorg meer interprofessioneel is dan andere vormen van zorg. Het behandelen van een griepje is bijvoorbeeld een meer monodisciplinair probleem, terwijl andere vormen van zorg, zoals SAKZO-onderwerpen bij mensen met een LVB of andere mentale problemen, een meer omvattende aanpak vereisen (Supper et al., 2015). De huidige studie draagt bij aan het onderzoek naar interprofessionaliteit door een specifiek zorgdomein in kaart te brengen.

Ten tweede is het doen van onderzoek naar de samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen en andere zorgprofessionals in het sociaal en medisch domein een specifieke niche in het onderzoeksveld van sociale netwerken. Het uitvoeren van een socialenetwerkanalyse in dit onderzoek is essentieel, omdat het juist de samenwerkingsrelaties in kaart brengt zoals zij nu zijn tussen het sociaal en medisch domein. Daarnaast wordt bij het uitvoeren van een socialenetwerkanalyse rekening gehouden met de context waarin samenwerkingsrelaties plaatsvinden. Dit is

noodzakelijk voor het creëren van inzicht en begrip van hoe de verschillende zorgprofessionals en hun organisaties in het netwerk samenwerken. De wetenschappelijke uitkomsten van dit onderzoek kunnen ook weer handvatten geven aan beleidsmakers en Project DOEN! bij het bedenken van interventies en uitzetten van beleid.

Een derde reden waarom dit onderzoek wetenschappelijk relevant is, is dat in dit onderzoek specifiek de tevredenheid over de samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals, jeugdverpleegkundigen en andere zorgprofessionals bestudeerd. Dit draagt bij aan het verdiepen van de academische kennis over de factoren die deze samenwerkingsrelaties beïnvloeden. Deze inzichten zijn waardevol voor het begrijpen van de mechanismen die bijdrage aan effectieve en interdisciplinaire en interprofessionele samenwerking.

1.5 Sociologische relevantie

Dit onderzoek is om drie redenen sociologisch relevant. De eerste reden is dat als zorgprofessionals in het sociaal en medisch domein beter samenwerken, dit niet alleen effect heeft op de gezondheidsuitkomsten van medische behandelingen (Gilbert et al., 2010). Het heeft namelijk ook effect op de ongelijkheid in de maatschappij (Roseboom, 2018; Seegers, 2017). Het maakt namelijk wel degelijk uit in wat voor gezin een kind geboren wordt en de kansen die het later heeft (Roseboom, 2018). Daarnaast heeft het gezin waarin een kind geboren wordt invloed op de lichamelijke en geestelijke gezondheid als zij volwassen zijn (Bertens et al., 2019; De Graaf et al., 2008). Wanneer zorgprofessionals en organisaties beter samenwerken kunnen zij hun kennis en middelen bundelen. Dit leidt ertoe dat er effectievere en geïntegreerde zorg wordt geleverd. Hierdoor kan er ook sneller worden ingespeeld op problemen. Waardoor de kans op negatieve gevolgen, zoals psychische kwetsbaarheid, afneemt. Dit draagt ook weer bij aan het verminderen van ongelijkheid in de maatschappij, omdat kinderen uit kwetsbare gezinnen hierdoor betere toegang krijgen tot zorg en ondersteuning die zij nodig hebben (Feryn et al., 2022). Dit vergroot kansen op een gezonde ontwikkeling en daarom is het sociologisch relevant.

Een tweede reden dat dit onderzoek sociologische relevantie heeft, is dat het ontwikkelen en uitzetten van beleid als basis heeft om maatschappelijke kwesties aan te pakken (Howlett, 2019). Het uitzetten van beleid kan directe gevolgen hebben voor de sociale structuren binnen een gemeenschap, omdat het zowel gedrag van mensen als de interacties tussen verschillende groepen beïnvloedt (Winter, 2021). Een voorbeeld hiervan is beleidsmaatregelen die zich richten op educatie en bewustwording en daarmee bijdragen aan

het aanpassen van sociale normen in de maatschappij. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen hierdoor bijdragen bij het ontwikkelen en maken van beleid. In dit onderzoek worden specifiek de samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals en hun organisaties uit het medisch en sociaal domein in de gemeente Groningen worden onderzocht. Door inzicht te verkrijgen in de condities die ervoor zorgen dat zorgprofessionals tevreden zijn over deze samenwerkingsrelaties, kunnen beleidsmakers van gemeenten in Nederland handvatten worden aangereikt. Dit stelt hen in staat om effectiever en passender beleid te ontwikkelen dat beter aansluit bij de behoeften van de samenleving. Ook kunnen de uitkomsten van dit onderzoek voor verbetering zorgen van samenwerkingsrelaties tussen het medisch en sociaal domein. Dit heeft als gevolg dat de kwaliteit van zorg verbeterd wordt, wat ten goede komt aan de gezondheidsuitkomsten van mensen.

Als laatste zijn de uitkomsten van dit onderzoek ook relevant voor project DOEN! en de instanties die project DOEN! financieren. Project DOEN! kan met de uitkomsten van dit onderzoek gerichte interventies opzetten die de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein verder kan verbeteren. Hierdoor ontvangt de doelgroep waarvoor project DOEN! zich inzet, een effectievere ondersteuning vanuit zowel het sociaal als het medisch domein, wat uiteindelijk leidt tot betere gezondheidsuitkomsten.

1.6 Bestaande inzichten

Uit een onderzoeksrapport *Positieve Start voor Aanstaande Moeders en Kinderen* van Samen voor Gezondheid (Daemers et al., 2022) blijkt dat de samenwerking tussen de medisch en het sociaal domein niet altijd goed verloopt. De onderzoekers van dit rapport hebben specifiek gekeken naar de samenwerking tussen de geboortezorg en het sociaal domein in de stad Groningen en Zuid-Limburg in de zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen. De definitie van kwetsbaarheid komt overeen met de definitie die wordt gehanteerd in de stad Rotterdam (District Verloskundig Platform Rijnmond, 2019). Hierbij kunnen zwangere vrouwen in vier categorieën worden ingedeeld namelijk; zelfredzame zwangere vrouw, potentiële kwetsbare zwangere vrouw, kwetsbare zwangere vrouw en als laatste zeer kwetsbare zwangere vrouw.

Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen risico- en beschermende factoren die uit verschillende leefgebieden komen. Een voorbeeld van een risicofactor is een licht verstandelijke beperking (LVB), terwijl huiselijk geweld als een urgente risicofactor kan worden beschouwd. Een voorbeeld van een beschermende factor is ondersteuning uit het sociale netwerk. De hoogte en hoeveelheid risico- en beschermende factoren bepalen in welke

categorie de kwetsbare zwangere vrouw valt en welke sociale hulpverlening zij aangeboden krijgen (District Verloskundig Platform Rijnmond, 2019).

Uit het rapport *Positieve Start voor Aanstaande Moeders en Kinderen* blijkt dat in de stad Groningen ongeveer 20% van de zwangere vrouwen sociale hulpverlening nodig hebben vanwege de kwetsbare positie waarin zij zich bevinden. Niet al deze kwetsbare vrouwen worden doorgestuurd naar een zorgprofessional en hun organisatie voor sociale hulpverlening, terwijl zij dit wel nodig hebben. Met doorsturen naar sociale hulpverlening wordt bedoeld dat mensen die dat nodig hebben in contact worden gebracht met zorgprofessionals en hun organisatie. Deze zorgprofessionals en hun organisaties kunnen deze mensen ondersteunen bij het aanpakken van sociale, financiële, psychologische en maatschappelijke problemen. Een reden dat niet alle kwetsbare vrouwen worden doorgestuurd, is dat er tussen het medisch en sociaal een verschil is over wat de definitie kwetsbaarheid bij een zwangere vrouw inhoudt. Dit maakt het samenwerken tussen de beide domeinen moeilijk.

In de gemeente Groningen wordt gewerkt met zorgpaden om te bepalen of er andere zorg nodig is of dat er een indicatie is voor een doorverwijzing naar bijvoorbeeld een gynaecoloog of psycholoog. De jeugdverpleegkundigen zijn hierin een verbindende schakel tussen het sociaal en medisch domein. Een voorbeeld hiervan is dat een verloskundige, wanneer zij een zwangere vrouw wil doorverwijzen voor sociale ondersteuning, contact kan opnemen met de telefonische advisering van een zorgorganisatie in Groningen. Via deze weg kan de verloskundige in contact komen met jeugdverpleegkundigen. Deze zal dan, indien nodig, de verdere zorg indiceren. Maar uit het onderzoeksrapport van Samen voor Gezondheid blijkt dat de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein niet goed verloopt. Een belangrijke factor die hier een rol in speelt is dat de gemaakte afspraken over het doorsturen van kwetsbare zwangere vrouwen niet altijd worden nageleefd. Een factor die wel als positief wordt beoordeeld is de positie en de samenwerking met de jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen. Het contact tussen de verloskundigen en de jeugdverpleegkundigen wordt als positief ervaren. Hoewel dit een positieve ontwikkeling is, is de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein niet voldoende.

De uitkomsten van dit rapport over de stad Groningen en Zuid-Limburg staan niet op zichzelf. In 2020 is er een onderzoek door middel van interviews uitgevoerd door Lette et al. over de samenwerking tussen professionals van het sociaal en medisch domein in West-Friesland. Uit dit onderzoek kwamen een aantal factoren naar voren die de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein moeilijker maakten. Enkele voorbeelden hiervan zijn privacyregels zoals de AVG, IT-systemen die niet overeenkomen met elkaar, gebrek aan

financiering, het missen van urgentie om de verantwoordelijkheid te delen bij de professionals die samenwerken en het gebrek aan leiderschap vanuit het management om het samenwerken te stimuleren. Daarnaast werd duidelijk dat cultuurverschil tussen verschillende organisaties en belangen die niet overeenkomen, de samenwerking ook moeilijker maakten. Naast de factoren die de samenwerking belemmerden werden er ook factoren benoemd die een positieve invloed hadden op het verbeteren van het samenwerkingsproces. Voorbeelden hiervan zijn dat het verbeteren van de communicatie door middel van creëren van wederzijds begrip en vertrouwen tussen de verschillende professionals, ervoor zorgt dat de samenwerking tussen de verschillende domeinen verbeterd kan worden. Maar ook zorgt beter contact tussen managers van verschillende organisaties ervoor dat de samenwerking tussen de verschillende professionals van de verschillende domeinen makkelijker tot stand komt.

De uitkomsten van het onderzoek van Lette et al. (2020) komen overeen met het onderzoek van Ambrose-Miller en Ashcroft (2016), waaruit blijkt dat in de gezondheidszorg interdisciplinair samenwerken steeds belangrijker wordt. Vanuit het oogpunt van een maatschappelijk werker zijn er een aantal factoren die invloed hebben op het samenwerken met professionals in het medische domein. Als eerst is de aanwezigheid van een cultuur in een organisatie die het samenwerken met andere professionals stimuleert is van belang voor een goede samenwerking. Daarnaast is goed leiderschap van een team belangrijk, omdat dit de samenwerking kan verbeteren en versterken. In dit onderzoek bleek dat “*collaborative leadership*” een belangrijke leiderschapsstijl is. Deze stijl de nadruk legt op samenwerking, gezamenlijke verantwoordelijkheid en het actief betrekken van alle betrokkenen bij het nemen van besluiten. Dit zorgt ervoor dat elke zorgprofessional kan bijdragen en zich gehoord en gezien voelt. Daarnaast kwam naar voren dat een slechte rolverdeling en beperkte aandacht voor de collega’s waar je mee samenwerkt, het samenwerken met een professional uit het medisch domein lastig maakt. Ook zorgen bestaande besluitvormingsprocessen in het medisch domein voor problemen met het samenwerken. Een voorbeeld hiervan is dat er machtsverschillen zijn in het samenwerken. Artsen kunnen zichzelf als beter beschouwen doordat zij een medisch opleiding en/ of specialisatie hebben gevolgd en hier ook naar handelen in de omgang met anderen. Het blijkt dus dat er zowel positieve als aandachtspunten zijn in de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.

Het belang van goed samenwerken *tussen* beide domeinen en ook *in* de verschillende domeinen wordt door veel wetenschappelijk onderzoek onderbouwd. Een gevolg van een goede samenwerking is dat de patiënt betere gezondheidsuitkomsten heeft van de behandeling (Gilbert et al., 2010; Schmitt, 2001). Daarbij aansluitend schreven Cunningham et al. in 2011 een

systematische review over de belangrijkste kenmerken van een sociaal netwerk in de gezondheidszorg die voor kwaliteit en veiligheid zorgen van patiëntbehandelingen. Hieruit bleek dat een belangrijk kenmerk van een gezondheidsnetwerk met name de aanwezigheid van hoofdrolspelers in sociale netwerken is. Zij delen informatie, slaan bruggen tussen losse groepen en leggen contacten tussen de verschillende netwerken. Deze hoofdrolspelers worden ook wel bruggenbouwers of ‘brokers’ genoemd doordat zij relaties hebben met verschillende netwerken en op deze manier de verbindende factor tussen deze netwerken zijn. Het hebben van bruggenbouwers in sociale netwerken heeft pluspunten zoals hierboven genoemd, maar er zijn ook nadelen. Een voorbeeld hiervan is dat wanneer een organisatie te sterk afhankelijk is van bepaalde personen. De impact is groot als zij wegvallen of stoppen, waardoor er een gat ontstaat in het sociale netwerk. Naast de aanwezigheid van bruggenbouwers blijkt dat het ook belangrijk is om een netwerk goed te laten functioneren door goede communicatie en vertrouwen (Sifaki-Pistolla et al., 2019). Hierdoor voelen mensen zich beter over zichzelf en hun sociale relaties, wat als gevolg heeft dat het sociaal kapitaal oplevert. Met sociaal kapitaal wordt verstaan “investerings in sociale relaties met verwachte opbrengsten op de markt” (Lin, 2001, p. 19).

Toch levert een netwerk met bruggenbouwers op zichzelf niet alleen voordelen op. In gesloten netwerken, dus netwerken zonder bruggenbouwers, is er sprake van meer vertrouwen dan in netwerken met bruggenbouwers (Coleman, 1990), omdat mensen meer met elkaar verbonden zijn. Als een organisatie succesvol wil zijn in de samenwerking met andere organisaties en zorgprofessionals dan zal deze baat hebben bij een combinatie van een open en gesloten netwerk (Burt, 2007). Een gesloten netwerk zorgt voor meer vertrouwen en een open netwerk heeft samenwerkingsrelaties met andere organisaties of groepen. Het hebben van goede sociale netwerken zorgt er daarnaast niet alleen voor dat professionals goed samenwerken, maar sociale netwerken vormen ook de basis van een effectieve en goedlopende organisatie. Dit heeft als resultaat dat er betere gezondheidsuitkomsten zijn voor de patiënten. Donovan et al. (2018) onderschrijven deze bevinding wanneer zij stellen dat interdisciplinair samenwerken zorgt voor betere gezondheidsresultaten op de intensive care. De onderzoekers concluderen daarnaast ook dat het interdisciplinair samenwerken een noodzakelijk onderdeel is van het leveren van goede kwaliteit zorg in de toekomst.

1.7 Probleemstelling en onderzoeksvraag

Er is dus al veel bekend over de belangrijke kenmerken waar een sociaal netwerk in het medisch domein aan moet voldoen, wil het ervoor zorgen dat de gezondheidsuitkomsten van patiënten

of cliënten verbeteren (Cunningham et al., 2012). Daarnaast blijkt dat zowel in het medisch domein als het sociaal domein factoren zijn die de samenwerking zowel positief als negatief beïnvloeden (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Daemers et al., 2022; Lette et al., 2020). Ook is bekend dat de samenwerking tussen de verloskundigen, jeugdverpleegkundigen en het sociaal domein beter moet, om de zorg voor kwetsbare zwangere vrouwen te verbeteren (Achterberg et al., 2020; CPZ, 2021; Struijs et al., 2019). Wat nog niet bekend is, is hoe de samenwerkingsrelaties van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen eruitzien en welke condities ertoe leiden dat zij tevreden zijn over deze samenwerkingsrelaties. Dit is belangrijk, omdat de jeugdverpleegkundigen door meerdere rapporten en belangenorganisaties naar voren worden geschoven als de ‘spin in het web’ tussen het sociaal en medisch domein (Achterberg et al., 2020; CPZ, 2021; Struijs et al., 2019). Door specifiek de samenwerkingsrelaties tussen het sociaal en medisch domein in de gemeente Groningen te onderzoeken kunnen waardevolle inzichten verkregen worden. De gemeente Groningen staat op plaats vier van de top vijf van gemeenten waar relatief veel mensen in armoede leven (Kloosterman, 2022). Als kinderen opgroeien in armoede heeft dat een negatief effect op de ontwikkeling van het kind (Nederlands Jeugdinstituut, 2023). Deze lokale uitdagingen, zoals armoede, maken dat de inzichten uit dit onderzoek niet alleen relevant voor de gemeente Groningen, maar ook voor vergelijkbare steden en regio’s in Nederland. Dit onderzoek richt zich dan ook op samenwerkingsrelaties van de zorgprofessionals en hun organisaties uit het sociaal en medisch domein en de jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen die te maken hebben met de doelgroep van project DOEN! en de ervaren tevredenheid over deze samenwerkingsrelaties. Hieruit volgen twee onderzoeksvragen, waarvan de eerste beschrijvend en de tweede toetsend is. De beschrijvende vraag luidt: *Hoe zijn de organisaties die te maken hebben met de doelgroep van project DOEN! met elkaar verbonden via samenwerkingsrelaties, en hoe zijn de organisaties uit het sociaal en medisch domein verbonden aan een zorgorganisatie?* De tweede onderzoeksvraag gaat over de tevredenheid van zorgprofessionals over hun samenwerkingen op dit gebied, en luidt: *In welke mate verklaren bereikbaarheid, samenwerkingsfrequentie, en interdisciplinariteit de tevredenheid van zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie over hun samenwerkingsrelaties?*

1.8 Leeswijzer

In hoofdstuk twee van deze scriptie wordt het theoretische kader besproken. Dit gedeelte omvat de verschillende begrippen en definities die in dit onderzoek worden gebruikt. Daarnaast

worden de beschrijvende- en toetsende onderzoeksvraag met drie hypothesen geformuleerd op basis van de verschillende theorieën. In hoofdstuk drie wordt de onderzoeksopzet, de methoden die gebruikt zijn om het onderzoek uit te voeren en het analyseplan besproken. Hierna volgt hoofdstuk vijf, het resultaten hoofdstuk, waarin de resultaten van de analyses worden besproken. Als laatste volgt de conclusie en discussie waarin de onderzoeksvraag wordt beantwoord door middel van het beantwoorden van de beschrijvende vraag en toetsende onderzoeksvraag en drie hypothesen. Hier wordt ook aandacht besteed aan het interpreteren van deze bevindingen en worden de implicaties voor toekomstig beleid uitgelegd.

2. Theoretisch kader

In dit onderzoek worden de samenwerkingsrelaties tussen het sociaal en medisch domein zowel vanuit het niveau van individuele zorgprofessionals als vanuit het niveau van relevante organisaties onderzocht. Op individueel niveau wordt onderzocht in welke mate bereikbaarheid, samenwerkingsfrequentie en interdisciplinariteit van invloed zijn op de tevredenheid van zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen binnen het sociaal en medisch domein. Daarnaast wordt op het niveau van de organisaties onderzocht hoe samenwerkingsverbanden tussen organisaties uit het sociaal en medisch domein die te maken hebben met de doelgroep van project DOEN! eruit zien. Deze theoretische onderbouwing van de verschillende argumenten leiden tot de toetsende onderzoeksvraag en de drie bijbehorende hypothesen. Daarnaast is er ook een beschrijvende onderzoeksvraag. Om de onderzoeksvragen en hypothesen goed te kunnen onderbouwen, zullen eerst de theorieën en argumenten die betrekking hebben op het individuele niveau worden besproken. Hierna volgen de theorieën en argumenten die betrekking hebben op het organisatorisch niveau.

2.1 Samenwerkingen in sociale netwerken

Om inzicht te krijgen in de samenwerkingsrelaties van zorgprofessionals en hun organisaties uit het sociaal en medisch domein, wordt in dit onderzoek gebruikt gemaakt van de sociale netwerkanalyse (Borgatti & Halgin, 2011). Sociale netwerkanalyse biedt de mogelijkheid om individuen en hun onderlinge samenwerkingsverbanden te analyseren en uit te tekenen, waarbij rekening wordt gehouden met het feit dat de individuen met elkaar verbonden zijn (Borgatti & Halgin, 2011). Dit onderzoek bestudeert als eerste de samenwerkingsrelaties van *zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen* uit het sociaal en medisch domein met andere zorgprofessionals. Als tweede wordt het sociale netwerk in kaart gebracht van de *organisaties* van de zorgprofessionals verdeeld over het sociaal en medisch domein. Als laatste volgt het in

kaart brengen van de *organisaties* van de zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein verdeeld over categorieën. Het analyseren van dit netwerk is van belang om drie redenen. Als eerste biedt het inzicht in interpersoonlijke relaties die zorgprofessionals hebben. Dit is belangrijk voor een effectievere samenwerking en kennis- en informatiedeling tussen de verschillende domeinen (Love et al., 2021). Ten tweede draagt het bij aan het zichtbaar maken van eventuele verbeterpunten of leemten in de sociale netwerken, waardoor verbeteringen aangebracht kunnen worden in bijvoorbeeld de communicatie tussen de verschillende domeinen om op deze manier de samenwerking te verbeteren (Wu et al., 2016). Daarnaast kunnen deze analyses als basis dienen voor beleidsmakers van de gemeente Groningen of de onderzoekers van project DOEN! om netwerkgerichte interventies voor te stellen om de beleids- en/of projectdoelstellingen te behalen

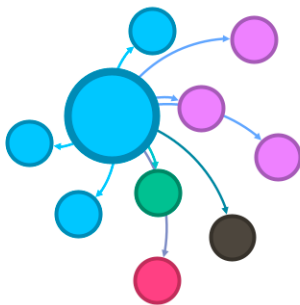
2.2 Samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen uit het sociaal en medisch domein.

In de volgende paragraaf worden de argumenten gegeven die de noodzaak onderbouwen van het in kaart brengen van de samenwerkingsverbanden tussen de verschillende zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen uit het sociaal en medisch domein. Allereerst worden de verschillende redenen besproken waarom het nodig is om de samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen te onderzoeken. Vervolgens worden de drie eigenschappen van het contact besproken die invloed uitoefenen op de ervaren tevredenheid van zorgprofessionals. Tot slot wordt een theoretische onderbouwing gegeven, die verduidelijkt waarom deze drie eigenschappen invloed hebben op de ervaren tevredenheid. Hieruit volgt de toetsende onderzoeksvraag en de drie hypothesen.

2.2.1 Drie redenen samenwerkingsrelaties te onderzoeken

Het is waardevol om de samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein te onderzoeken om een drietal redenen. Allereerst hebben zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein en jeugdverpleegkundigen een grote rol in de zorg voor zwangere vrouwen, ouders en kinderen (Achterberg et al., 2020). Een taak voor bijvoorbeeld een verloskundige is om de gezondheid van een zwangere vrouw en ongeboren kind in de gaten te houden. Daarnaast zijn taken voor een jeugdverpleegkundigen onder andere het monitoren van de groei en ontwikkeling bij kinderen en het aanbieden van preventieve zorg zoals het geven van vaccinaties of opvoedingsadvies totdat kinderen 18 jaar oud zijn. Daarnaast hebben

de jeugdverpleegkundigen een signaleringsfunctie in het herkennen en melden van eventuele zorgen of problemen, omdat zij de zwangere vrouwen, ouders en kinderen toch vaak zien tijdens bijvoorbeeld spreekuren. Ook werken jeugdverpleegkundigen samen met zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein om de juiste zorg te kunnen aanbieden aan degenen die dat nodig hebben (CPZ, 2021; Struijs et al., 2019). Uit recente rapporten en beleidsadvies komt naar voren dat door de centrale positie die jeugdverpleegkundigen hebben in de samenwerkingsrelaties met zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein. Hierdoor spelen zij een invloedrijke en verbindende rol in deze samenwerkingsrelaties (Achterberg et al., 2020; CPZ, 2021; Struijs et al., 2019). Figuur 1 illustreert deze bewering. In deze empirische afbeelding is te zien hoe een jeugdverpleegkundige samenwerkt met zowel professionals van organisaties uit het sociaal domein en medisch domein.



Figuur 1: netwerkaafbeelding van samenwerkingsrelaties jeugdverpleegkundigen¹

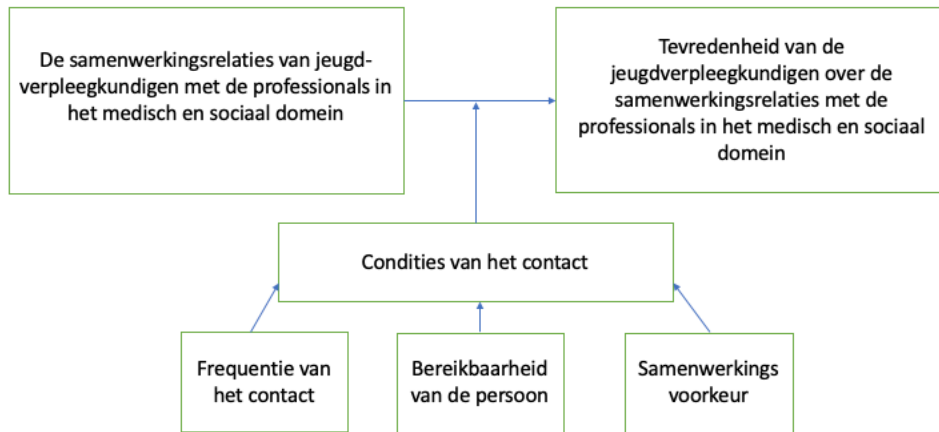
¹ De verschillende kleuren van de knooppunten geven aan tot welke organisatie deze behoort. Een voorbeeld hiervan is dat het blauwe knooppunt de organisatie A weergeeft. Daarnaast geeft de grote van het knooppunt aan hoeveel samenwerkingsrelaties de organisatie heeft met anderen. Hoe groter het knooppunt, hoe meer samenwerkingsrelaties. De kleur van de lijnen tussen de verschillende knooppunten geeft aan of een samenwerkingsrelatie wederkerig is. Bijvoorbeeld: als een lijn blauw van kleur is, dan komt samenwerking vanuit de organisatie A.

Het verkrijgen van inzicht in de samenwerking tussen zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein en jeugdverpleegkundigen en anderen zorgprofessionals helpt om te begrijpen hoe deze samenwerkingen verlopen. Ook wordt duidelijk welke eigenschappen van het contact ervoor zorgen dat zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen tevredenheid ervaren over deze samenwerkingsrelaties. Onder tevredenheid wordt verstaan een subjectieve beleving die de zorgprofessional ervaart over de samenwerking met andere zorgprofessionals, waarin zij geen verdere wensen hebben over de samenwerking² (Van Dale Nederland, z.d.).

2.2.2 De drie eigenschappen van het contact en hypothesen

Dit onderzoek zal drie eigenschappen van het contact onderzoeken die invloed uitoefenen op de ervaren tevredenheid over de samenwerking tussen zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen en andere zorgprofessionals. Deze eigenschappen zijn: de contactfrequentie, de bereikbaarheid van de samenwerkingspartner en de voorkeur om met zorgprofessionals uit het eigen domein samen te werken. In Figuur 2 is het theoretische model weergegeven dat laat zien hoe deze drie eigenschappen invloed hebben op de ervaren tevredenheid. De invloed van deze eigenschappen kan worden verklaard aan de hand van drie theorieën. Als eerste zal de theorie van het “*mere exposure effect*” van Zajonc (1968) de invloed van de frequentie van het contact verklaren. Vervolgens wordt de attributietheorie (Weiner, 1972) gebruikt om de invloed van bereikbaarheid van het contact te verklaren. Als laatste zullen het netwerkkenmerk “*homophily*” (McPherson et al., 2001) en het begrip grenswerk (Langley et al., 2019) worden besproken. Deze verklaren de voorkeur van zorgprofessionals uit het sociaal domein en jeugdverpleegkundigen om samen te werken met zorgprofessionals uit hetzelfde domein. In de volgende secties, wordt voor iedere eigenschap de redenen besproken om deze op te nemen in het model, de mechanismen hoe deze eigenschap tot een hogere tevredenheid kunnen leiden, en uiteindelijk de te toetsen hypothesen.

² Uit de wetenschappelijke literatuur is geen passende definitie te vinden van tevredenheid over samenwerkingsrelaties. Wel zijn er definities te vinden over baantevredenheid of tevredenheid over intieme relaties, maar de omschrijving sluit niet goed aan bij wat project DOEN! beschrijft wat tevredenheid over de samenwerking omvat. Daarom is er gekozen voor een definitie uit het woordenboek Van Dale.



Figuur 2: Theoretische model van de invloed op de ervaren tevredenheid.

2.2.3 Hypothese 1

De eerste eigenschap is de frequentie van het contact en hiermee wordt bedoeld hoe vaak zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein en jeugdverpleegkundigen afgelopen zes maanden contact hebben gehad met andere zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein. De reden om voor deze eigenschap te kiezen, is dat regelmatig contact tussen zorgprofessionals van invloed is op de ervaren tevredenheid over de samenwerking. Onderzoek toont aan frequent contact tussen zorgprofessionals zoals maatschappelijk werkers en verloskundigen leidt tot betere gezondheidsuitkomsten bij patiënten en cliënten (Tavakoly et al., 2020). Daarnaast zorgt meer contact ook voor de mogelijkheid voor zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen om het sociaal kapitaal van anderen te benutten. Door toegang te krijgen tot de netwerken van andere zorgprofessionals kunnen zij sneller informatie uitwisselen en makkelijker in contact komen met anderen (Kida et al., 2023).

Het mere exposure effect (Zajonc, 1968) verklaart hoe de frequentie van het contact leidt tot een hogere mate van tevredenheid. Dit geldt voor zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein, evenals jeugdverpleegkundigen, in hun samenwerkingsrelaties met andere zorgprofessionals. Het mere exposure effect (Zajonc, 1968) baseert zich op het idee dat als mensen regelmatig worden blootgesteld aan een stimuli, zij een uitgesproken voorkeur ontwikkelen voor deze stimuli. Mensen ervaren in eerste instantie angstgevoelens bij nieuwe stimuli en zijn vanuit overlevingsperspectief geneigd deze te vermijden. Na herhaalde blootstelling kan de angstreactie verminderen. Deze angstreactie kan verminderen als er aan deze ontmoeting geen negatieve consequenties zijn verbonden, zoals bijvoorbeeld een negatieve ervaring. Wanneer de eerste ontmoeting positief verloopt, zal de angstreactie bij een

volgende ontmoeting minder heftig zijn. Als deze ervaringen bij alle ontmoetingen doorzetten zal de houding ten opzichte van de stimuli positief veranderen. Dit heeft als gevolg dat een persoon een voorkeur ontwikkelt voor deze stimuli, omdat diegene hiermee vertrouwd raakt (Bornstein, 1989; Mrkva & Van Boven, 2020).

Dit vertrouwen in elkaar is een belangrijke voorwaarden voor een goede samenwerking (Weiss et al., 2021). Dit komt doordat als zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen elkaar vaker zien, zij meer vertrouwen hebben in elkaars competenties. Daardoor weten zij beter wat zij aan elkaar hebben, waardoor de samenwerking verbetert (Jones & George, 1998). Dit heeft weer als gevolg dat zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen, die meer vertrouwen ervaren, ook meer betrokkenheid bij een organisatie ervaren (Meng & Berger, 2019). Hierdoor ervaren ze een hogere tevredenheid. Op basis hiervan wordt vermoed dat hoe vaker zorgprofessionals uit de twee verschillende domeinen samenwerken, hoe meer vertrouwdheid zij raken met elkaar. Deze vertrouwdheid leidt tot een hogere mate van tevredenheid over de samenwerkingsrelaties binnen zowel het sociale als het medische domein. Hieruit is de volgende hypothese af te leiden: *H1. Naarmate zorgprofessionals van het sociaal en medisch domein een grotere contactfrequentie hebben tijdens het samenwerken met andere zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen, zijn zij meer tevreden over de samenwerkingsrelaties.*

2.2.4 Hypothese 2

De tweede eigenschap is de bereikbaarheid van een zorgprofessional en hiermee wordt bedoeld hoe gemakkelijk een zorgprofessional een andere zorgprofessional kan vinden en met deze persoon in contact kan komen (Fredheim et al., 2021). De reden om voor deze eigenschap te kiezen, is dat bereikbaarheid de mate van tevredenheid over de samenwerking beïnvloedt. Dit komt doordat informatie sneller uitgewisseld kan worden en zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen makkelijker toegang tot andermans hulpmiddelen kunnen krijgen. Hierdoor kunnen zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen de zorg beter laten aansluiten bij de behoeften van mensen. Dit geldt vooral wanneer zij gemakkelijker toegang hebben tot andere zorgprofessionals op het moment dat het nodig is (Kida et al., 2023).

De attributietheorie (Weiner, 1972) verklaart hoe de mate van bereikbaarheid van een zorgprofessional ervoor zorgt dat andere zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein en jeugdverpleegkundigen een hogere mate van tevredenheid ervaren over deze samenwerking. Deze theorie gaat over hoe mensen gebeurtenissen in hun leven aan bepaalde oorzaken

toeschrijven, een proces dat bekendstaat als attributie. Belangrijk is dat deze attributies veel invloed hebben op de emoties die mensen ervaren en het uiteindelijke gedrag wat ze vertonen (Weiner, 2012). Dit komt doordat mensen proberen te begrijpen waarom bepaalde gebeurtenissen plaatsvinden. Dit schrijven zij aan onder andere toe interne of externe oorzaken. Een voorbeeld hiervan is als een jeugdverpleegkundige de begeleiding van een cliënt met een positief resultaat afrondt. Deze positieve gebeurtenis schrijft zij toe aan haar eigen persoonlijke kwaliteiten en inspanningen. Dit toeschrijven kan ertoe leiden dat zij trots of tevredenheid over zichzelf ervaart. Dit proces van toekenning van oorzaken beïnvloedt dus de gevoelens die iemand ervaart.

Naast dat mensen attributies maken voor het eigen gedrag, doen ze dit ook voor het gedrag van anderen. Met als gevolg dat de attributies die mensen maken effect kunnen hebben op het gedrag wat ze vertonen richting anderen. Daardoor heeft dit ook invloed op de relaties die mensen met elkaar hebben (Dijkstra, 2018). De reden dat mensen attributies maken is dat ze zekerheid geven en daardoor voorspelbaarheid aan het leven geven (Abramson et al., 1978). In het geval van de zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein en jeugdverpleegkundigen en de samenwerkingsrelaties die zij hebben met andere zorgprofessionals, impliceert de attributietheorie dat als de zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen de mate van bereikbaarheid van andere zorgprofessionals. Een voorbeeld hiervan is het toeschrijven van de bereikbaarheid aan de inspanningen van andere zorgprofessionals in de samenwerking (positieve attributie). Dit kan leiden tot het ervaren van positieve gevoelens, zoals tevredenheid over de persoon en de samenwerking. Dit heeft weer een gunstig effect voor de samenwerking. Hieruit volgt de volgende hypothese: *H2: Naarmate zorgprofessionals van het sociaal en medisch domein beter bereikbaar zijn tijdens het samenwerken met andere zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen, zijn zij meer tevreden over de samenwerkingsrelaties.*

2.2.5 Hypothese 3

De derde eigenschap is het netwerkkkenmerk homophily en dit omvat de voorkeur die mensen hebben om samen te werken met anderen die op hen lijken (McPherson et al., 2001). Met homophily wordt in dit onderzoek discipline homophily bedoeld. Dit houdt in dat mensen de vooral de neiging hebben om samen te werken met mensen die een vergelijkbare academische of professionele discipline hebben (Langley et al., 2019). De reden om voor deze eigenschap te kiezen, is dat het homophily-effect ervoor zorgt dat zorgprofessionals meer tevredenheid

ervaren als zij samenwerken met een persoon met hetzelfde beroep of disciplinaire achtergrond (Mulunga & Yazdanifard, 2014). Dit komt doordat mensen het makkelijker vinden om gedrag van anderen, wat zij van zichzelf herkennen of op zichzelf vinden lijken, te begrijpen (Caza et al., 2018).

De ervaren tevredenheid van zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen over de samenwerkingsrelaties met andere zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein wordt verklaard aan de hand van het begrip grenswerk (Langley et al., 2019) en netwerkkenmerk homophily (McPherson et al., 2001). Als eerste zal de invloed van het begrip grenswerk worden besproken en hiervan volgt de invloed van homophily. In samenwerkingsrelaties tussen zorgprofessionals in het medisch en sociaal domein is er sprake van grenswerk. Het begrip grenswerk verwijst naar de individuele en gezamenlijke inspanningen om invloed uit te oefenen op de grenzen, scheidslijnen en onderscheidende factoren die van invloed zijn op groepen, beroepen en organisaties tijdens het samenwerken. Deze inspanningen streven ernaar om sociale, symbolische, materiële of tijdelijke barrières te beïnvloeden en mogelijk te doorbreken (Lamont & Molnár, 2002). Het doen van grenswerk tijdens het samenwerken is van belang, omdat het onder andere invloed heeft op de dynamiek van het samenwerken. Mensen willen zich bijvoorbeeld onderscheiden van anderen om op die manier een bepaald voordeel te halen zoals exclusiviteit in bepaalde werkzaamheden. Daarnaast maakt grenswerk samenwerken mogelijk door het afstemmen of verzwakken van grenzen tussen organisaties waardoor gezamenlijke doelen behaald kunnen worden (Langley et al., 2019). Ook draagt grenswerk bij aan het behoud of belemmeren van bestaande hiërarchie tussen organisaties, groepen of de gehele samenleving (Bucher et al., 2016).

In diverse sociale situaties en samenwerkingsrelatie is naast grenswerk ook het netwerkkenmerk homophily terug te zien en dit houdt in dat mensen de neiging hebben om vooral samenwerkingsrelaties of sociale relaties aan te gaan met mensen die op zichzelf lijken (Creswick et al., 2009; Curry & Dunbar, 2013; DiBenigno & Kellogg, 2014). Kenmerken van mensen die hierbij onder andere een rol spelen zijn leeftijd, geslacht, opleiding en afkomst. De reden dat mensen de voorkeur hebben voor anderen die op zichzelf lijken, is dat mensen het makkelijker vinden om gedrag van anderen, wat zij van zichzelf herkennen of op zichzelf vinden lijken, te begrijpen (Caza et al., 2018).

In relatie met de samenwerking tussen zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein en jeugdverpleegkundigen met andere zorgprofessionals, is het voor zorgprofessionals uit het sociale domein en jeugdverpleegkundigen makkelijker om samen te werken met andere zorgprofessionals uit het sociaal domein. Dit komt doordat het makkelijker is om vast te houden

aan de grenzen, en dus om geen grenswerk uit te voeren, die bestaan tussen de verschillende beroepen en domeinen. Dit zorgt ervoor dat de huidige hiërarchie en daardoor machtsposities in stand blijven. Bovendien draagt een gedeelde kennisachtergrond, hetzelfde jargon gebruik in de communicatie, en dezelfde wijze van handelen in werksituaties (Langley et al., 2019) bij aan een grotere tevredenheid over de samenwerking tussen jeugdverpleegkundigen en zorgprofessionals uit het sociaal domein. Dit geldt meer dan de samenwerking met zorgprofessionals uit het medisch domein (D'Amour et al., 2008). De hypothese die hieruit volgt is als volgt: *H3: Zorgprofessionals uit het sociale domein en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen ervaren meer tevredenheid over de samenwerkingsrelaties als zij samenwerken met zorgprofessionals uit het sociale domein dan met zorgprofessionals uit het medische domein.*

2.3 Samenwerkingsrelaties tussen organisaties uit het sociaal en medisch domein

De volgende paragraaf biedt argumentaties waarom het in kaart brengen van de samenwerkingsverbanden tussen de verschillende organisaties uit het sociaal en medisch domein nodig is. Aan de hand van collaborative advantage theorie van Vangen & Huxham (2013) en de theorie van sociaal kapitaal (Lin, 2001) wordt verklaard waarom organisaties samenwerkingsrelaties aangaan en welke voordelen dit oplevert. Daarnaast wordt ingegaan op het kenmerk netwerksegregatie, waarbij bepaalde subgroepen in netwerken voornamelijk binnen hun eigen groep blijven samenwerken, wat verdere samenwerking tussen organisaties uit het sociaal en medisch domein kan belemmeren. Deze analyse biedt inzicht in hoe organisaties van zorgprofessionals hun sociaal kapitaal kunnen inzetten om barrières te overbruggen en samenwerking te verbeteren. Daarnaast laat het ook zien hoe segregatie kan leiden tot beperkte interactie tussen verschillende subgroepen. Door de sociale structuren van samenwerkingsrelaties in kaart te brengen, wordt duidelijk hoe organisaties van zorgprofessionals onderling verbonden zijn en welke factoren de samenwerking beïnvloeden. Deze theoretische onderbouwing van de verschillende argumenten leiden tot de beschrijvende onderzoeksvraag.

2.3.1 Collaborative Advantage Theorie

De theorie van collaborative advantage biedt inzicht in de redenen waarom organisaties kiezen om samen te werken (Vangen & Huxham, 2013). Volgens deze theorie werken actoren namens

organisaties uit verschillende domeinen samen om hier een voordeel uit te halen. Hierdoor kan er gezamenlijk iets bereikt worden dat niet door één van de organisaties afzonderlijk bereikt had kunnen worden. Organisaties worden vanuit dit framework geconceptualiseerd als actoren die keuzes maken middels de acties en ideeën van hun medewerkers. De voordelen die organisaties uit de samenwerking kunnen halen, kunnen zowel voor de korte termijn doelen zijn. Als lange termijn doelen die complexe en domein overstijgende problemen aanpakken. Dit levert voor alle organisaties voordelen op (Getha-Taylor, 2019). Een motivatie voor organisaties om samen te werken is de toegang die het oplevert tot elkaar hulpmiddelen. Zonder deze hulpmiddelen is het voor hen onmogelijk om hun doel te bereiken, omdat zij bepaalde hulpmiddelen niet tot hun beschikking hebben (Vangen & Huxham, 2013). Dit wordt ook wel sociaal kapitaal genoemd.

Lin (2001, p. 19) definieert sociaal kapitaal als “investeringen in sociale relaties met verwachte opbrengsten op de markt”. Volgens deze theorie gaan organisaties en zorgprofessionals sociale relaties en samenwerkingen aan met anderen om winst te produceren. De winst is in dit geval het krijgen van toegang tot andermans hulpbronnen. Onder hulpbronnen wordt niet verstaan de goederen die iemand bezit maar hulpmiddelen die beschikbaar zijn via relaties zoals verkrijgen van informatie, kennis, sociale steun en macht (Lin, 2001). Sociaal kapitaal heeft dus waarde (Kadushin, 2012). Deze theorie is geschikt om deze samenwerkingsrelaties te verklaren, omdat gebaseerd is op het idee dat organisaties samenwerken met het idee dat zij hier voordelen of opbrengsten uithalen. Dit betekent dat organisaties, al dan niet bewust, beslissingen nemen over het samenwerken op basis van voordelen die zij hieruit kunnen halen. Daarnaast erkent deze theorie ook sociale aspecten van samenwerking zoals macht, steun en informatie. Dit betekent dat niet alleen de verwachte voordelen van een samenwerking, maar ook de sociale aspecten, zoals het verkrijgen van steun en toegang tot netwerken van anderen, invloed hebben op de samenwerking. De relevantie voor de theorie van Lin (2001) wordt ondersteund door andere onderzoeken naar samenwerkingsverbanden waarin deze theorie wordt gebruikt (Han et al., 2020; Oh et al., 2023; Wittner & Kauffeld, 2021). Het hebben van toegang tot andermans hulpbronnen zorgt ervoor dat zorgprofessionals en hun organisaties tijdens het samenwerken informatie met elkaar delen waardoor bijvoorbeeld werkproblemen of taken sneller worden opgelost (Hansen et al., 2001). Ook kunnen zorgprofessionals en hun organisaties in samenwerkingsrelaties sociale steun ontvangen, wat kan helpen bij het bereiken van gemeenschappelijke doelen en het overwinnen van uitdagingen (Kadushin, 2012). Naast het verkrijgen van informatie en sociale steun tijdens het samenwerken, levert sociaal kapitaal ook sociaal kapitaal op. Dit ontstaat doordat

organisaties die samenwerken met andere organisaties uit de verschillende domeinen, toegang krijgen tot andermans hulpbronnen. Via deze toegang is het mogelijk om andere samenwerkingsrelaties aan te gaan met anderen. Deze samenwerkingen leiden op hun beurt weer tot nieuwe toegang tot hulpbronnen en dus nieuw sociaal kapitaal (Coleman, 1988). Sociaal kapitaal is dus een belangrijke reden om sociale relaties of samenwerkingen aan te gaan. Doordat het voor organisaties uit het sociaal en medisch domein winstgevend kan zijn om samen te werken (Lin, 2001).

Sociaal kapitaal maakt niet alleen de samenwerking tussen organisaties uit het sociaal en medisch domein mogelijk, maar het versterkt ook de verbondenheid tussen organisaties in netwerken (Mahatmya et al., 2022). Dit wordt geïllustreerd doordat het aangaan van samenwerkingen en het delen van hulpbronnen met andere organisaties niet alleen zorgt voor nieuwe kansen en mogelijkheden. Ook leidt dit tot de versterking van sociaal kapitaal zelf. Een voorbeeld hiervan, is de samenwerking tussen een verloskundigenpraktijk en organisatie A om een zwangere vrouw met psychische klachten te helpen. De verloskundigenpraktijk deelt inzichten over de sociale situatie van de zwangere vrouw met de organisatie A terwijl organisatie A hierop passende sociale hulpverlening kan adviseren. Door samen te werken en hulpbronnen zoals tijd en kennis te delen ontstaan er nieuwe behandelmogelijkheden voor de zwangere vrouw. Daarnaast wordt het onderling vertrouwen tussen de twee organisaties versterkt, wat ervoor kan zorgen dat deze organisaties vaker gaan samenwerken. Dit versterkt het sociaal kapitaal van beide organisaties. Deze wisselwerking zorgt ervoor dat relaties binnen de netwerken onderling van elkaar afhankelijk zijn en elkaar versterken. Dit proces laat zien dat sociaal kapitaal niet alleen organisaties laat samenwerken, maar faciliteert dat er verbondenheid is tussen organisaties in sociale netwerken (Mulunga & Yazdanifard, 2014)

2.3.2 Netwerksegregatie belemmert samenwerking

De theorie van collaborative advantage theorie en het sociaal kapitaal (Lin, 2001) verklaren waarom organisaties uit het sociaal en medisch domein samenwerkingsrelaties aangaan met andere organisaties. Ook verklaart het dat sociale netwerken met elkaar verbonden zijn (Mahatmya et al., 2022). Daarnaast is netwerksegregatie een essentieel kenmerk van een sociaal netwerk, omdat dit het ontstaan van subgroepen tussen de verschillende beroepen en domeinen verklaart. Dit onderwerp is heden ten dage nog steeds relevant (Duxbury, 2024). Netwerksegregatie omschrijft het verschijnsel waarbij tussen twee of meerdere sociale netwerken of sociale groepen nauwelijks of geen onderlinge verbindingen zijn (DiBenigno & Kellogs, 2014). Dit leidt ertoe dat individuen voornamelijk relaties aangaan met anderen uit

hun eigen netwerk of met individuen die vergelijkbare kenmerken hebben. De invloed hiervan is groot omdat het effect heeft op de sociale wereld van mensen. Dit komt doordat de groep waartoe je behoort of de sociale relaties die je onderhoudt invloed heeft op de informatie die mensen ontvangen, de attitudes die ze ontwikkelen en de relaties die ze aangaan (Melamed et al., 2020)

Het vermoeden bestaat, op basis van eerdere onderzoeken (Achterberg et al., 2020; CPZ, 2021; Struijs et al., 2019), dat de samenwerkingsrelaties van zorgprofessionals uit het medisch en sociaal domein zich vooral beperken tot samenwerking met zorgprofessionals uit hetzelfde domein. Zorgprofessionals vinden het namelijk vaak makkelijker om samen te werken met mensen waarvan zij kenmerken van zichzelf herkennen, of om gedrag van anderen, wat zij van zichzelf herkennen of op zichzelf vinden lijken, te begrijpen (Caza et al., 2018). Als gevolg hiervan ontstaan er subgroepen binnen de netwerken. Dit gebeurt omdat zij zich sterk(er) verbonden voelen met de subgroepen uit hetzelfde domein en zwakke verbindingen heeft met zorgprofessionals uit een ander domein. Dit heeft als gevolg dat het netwerk dus kenmerken van segregatie vertoont (Bojanowski & Corten, 2014; Duxbury, 2024). Een gevolg hiervan kan zijn dat mensen bevestigd worden in bepaalde denkwijzen, beperkt toegang hebben tot andermans sociaal kapitaal waardoor samenwerking met andere zorgprofessionals lastiger wordt. Ook kan het leiden tot polarisatie (DiBenignio & Kellogs, 2014). In extreme gevallen kan dit ertoe leiden dat er ongelijkheid ontstaat of dat uitkomsten van patiëntbehandelingen minder goed zijn, omdat zorgprofessionals elkaars inzichten niet respecteren (Carron et al., 2021). Het uittekenen van het netwerk van de organisaties van deze zorgprofessionals is daarom noodzakelijk om de invloed van deze kenmerken op het sociale netwerk inzichtelijk te maken en de beschrijvende onderzoeksvraag *Hoe zijn de organisaties die te maken hebben met de doelgroep van project DOEN! met elkaar verbonden via samenwerkingsrelaties, en hoe zijn de organisaties uit het sociaal en medisch domein verbonden aan een zorgorganisatie in Groningen?*

2.3.3 Centraliteit, dichtheid en structural holes

Om de beschrijvende onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, wordt bij het in kaart brengen van het sociale netwerk van de organisaties van de zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein het organisatiekenmerk centraliteit (degree) bestudeerd, en twee netwerkeigenschappen: dichtheid en “structural holes”. Als eerste wordt de centraliteit (degree) van verschillende organisaties belicht en hierbij wordt onderzocht of organisaties die bepaalde soorten zorg aanbieden (zoals thuiszorgorganisaties) een meer centrale rol hebben in

het netwerk dan andere organisaties.

Centraliteit verwijst naar het aantal verbindingen dat een organisatie heeft met andere organisaties in het netwerk, vergeleken met het totaal aantal mogelijke verbindingen in datzelfde netwerk (Freeman, 1979). Dit kenmerk geeft aan hoe prominent de positie van een organisatie is in een netwerk (Robins, 2015). Als een organisatie een prominente positie heeft, kunnen andere zorgprofessionals van organisaties via deze organisatie weer anderen bereiken. Dit is een belangrijk kenmerk, omdat dit de functie van een organisatie in een groep beschrijft. Zo'n organisatie kan namelijk optreden als een "*connector*" in een sociaal netwerk en dit betekent dat diegene door middel van zijn of haar posities het netwerk met elkaar verbindt en dat veel contacten via deze organisatie lopen. Om het sociaal en medisch domein beter te laten samenwerken is het advies uit verschillende rapporten dat de jeugdverpleegkundige van de organisatie A de positie functie van connector op zich neemt, om op deze manier de samenwerking beter te laten verlopen (Achterberg et al., 2020; CPZ, 2021; Struijs et al., 2019). Wat een belangrijke kanttekening is bij de positie van connector is dat een organisatie deze functie pas kan vervullen als diegene ook de positie in het netwerk heeft. Door de centraliteit scores van organisaties uit het medisch en sociaal domein werkzaam zijn met elkaar te vergelijken kan er bepaald worden welke organisatie het hoogste scoort. Hierdoor kan bepaald worden welke organisatie de positie van connector heeft en deze rol kan vervullen.

Het is relevant om het organisatiekenmerk centraliteit te onderzoeken, omdat dit kenmerk inzicht biedt over de positie en de invloed van een organisatie in een netwerk. Een centrale rol van een organisatie kan wijzen op een strategische positie. Een organisatie op zo'n positie kan een belangrijke rol spelen in de informatie-uitwisseling tussen andere organisaties uit het sociaal en medisch domein. Als organisatie deze centrale rol verder kan ontwikkelen kan dit leiden tot een betere coördinatie en samenwerking tussen het sociaal en medisch domein (CPZ, 2021).

Als tweede wordt de dichtheid van het netwerk berekend, om zo een idee te krijgen over hoe sterk het netwerk in het algemeen verbonden is. Het netwerkkenmerk dichtheid verwijst naar het aantal aanwezige relaties binnen het netwerk in verhouding met het totale aantal mogelijke relaties in datzelfde netwerk. Dit kenmerk biedt inzicht in de hoeveelheid sociale activiteiten die plaats vinden in een netwerk (Robins, 2015). Als in een netwerk alle mogelijke relaties bestaan dan is dit netwerk verzadigd, er kunnen dan geen nieuwe relaties meer ontstaan. Een hogere dichtheid betekent dus dat er veel relaties aanwezig zijn tussen de organisaties in het netwerk. En doordat er veel relaties aanwezig zijn hebben zij ook meer kans elkaar te ontmoeten, contacten te leggen, en relaties op te bouwen. Dit heeft als gevolg dat

zorgprofessionals van organisaties sneller om hulp of informatie kunnen vragen. Hierdoor duidt een sociaal netwerk met een hoge dichtheid op een grotere mate van sociale cohesie, sociale steun en overdracht van bijvoorbeeld informatie (Kadushin, 2012).

Sommige studies vinden echter ook een negatief bijeffect van een grote dichtheid in een netwerk. Zo benoemen Gao et al. (2020) en Hemphälä en Magnusson (2012) dat netwerken met een hoge dichtheid eigenlijk inefficiënt zijn, omdat de informatie in een netwerk ook met minder verbindingen de juiste personen zou kunnen bereiken. Dit roept de vraag op over de noodzakelijkheid van sommige samenwerkingsverbanden in een netwerk, omdat het potentieel onwenselijk is om iedereen met iedereen te laten samenwerken. Het is overigens onduidelijk of het theoretische mechanisme van inefficiëntie in dichte netwerken daadwerkelijk zo werkt: in een review benoemen Long et al. (2013) dat organisaties van dichtere netwerken inderdaad toegang hebben tot meer informatie. Ten tweede wordt soms gewezen op de versterkte controle die plaatsvindt in dichte netwerken (Piskorski & Gorbatai, 2017; Soda & Usai, 1999). Hierbij is het argument dat mensen die elkaar sterk in de gaten houden elkaar soms ook belemmeren in de keuzevrijheid voor bepaalde acties. In dit geval is het de vraag hoe wenselijk sociale controle is in een samenwerkingsverband.

Het is relevant om het netwerkeigenschap dichtheid te bestuderen, omdat het inzicht geeft in de mate waarin organisaties onderling met elkaar verbonden zijn. Een hoge mate van dichtheid kan wijzen op veel samenwerking tussen organisaties in een netwerk (Long et al., 2013). Door de dichtheid te onderzoeken, kunnen eventuele knelpunten in een netwerk worden blootgelegd waardoor aanbevelingen kunnen worden gegeven die de samenwerking verbeteren.

Als laatste wordt belicht of er structural holes in het netwerk aanwezig zijn, die erop kunnen duiden dat er gaten in het netwerk zitten die misschien beter overbrugd kunnen worden (Burt, 1992, 1995). De aanwezigheid van structural holes is een kenmerk van een netwerk en verwijst naar de lege ruimte tussen contacten in een sociaal netwerk. Dit betekent dat er geen direct contact is tussen zorgprofessionals of organisaties van verschillende netwerken, terwijl deze mensen wel informatie of middelen hebben die nuttig voor elkaar kunnen zijn. Een belangrijke reden om het kenmerk structural holes te onderzoeken in het sociale netwerk van de organisaties uit het sociaal en medisch domein, is dat een organisatie de positie in deze lege ruimte kan innemen. Als een organisatie deze positie in het netwerk inneemt wordt deze organisaties aangeduid als een “*broker*” en deze fungeert als tussenpersoon of bemiddelaar tussen de andere organisaties die anders gescheiden zijn door een structural hole (Burt, 1992). De positie van broker hangt nauw samen met de positie van connector, zoals beschreven bij

centraliteit. Het verschil tussen deze posities is dat een connector veel verbindingen *binnen* het netwerk terwijl brokers een rol spelen bij het overbruggen van structural holes *tussen* verschillende subgroepen (Brass, 2022). De aanwezigheid van structural holes in een netwerk hangt samen met deze twee posities. Brokers fungeren als bruggen tussen netwerken en bevorderen op die manier de uitwisseling van informatie en middelen (Burt et al, 2021). Connectors zorgen ervoor dat informatie binnen het netwerk wordt verspreid. Gezamenlijk hebben beide posities dus invloed op het netwerk (Brass, 2022).

Er zijn twee voordelen die samenhangen met een netwerk die kenmerken van structural holes bevatten en mensen die op de positie van broker innemen (Burt, 1992, Labun & Wittek, 2014). Ten eerste hebben organisaties die zich aan beide zijde van een structural hole bevinden toegang tot meer en andere informatiebronnen, die afkomstig zijn uit meerdere niet geïntegreerde netwerken, dan een netwerk met weinig structural holes. Dit verhoogt de kans dat organisaties eerder en een diverse stroom aan informatie ontvangen (Labun & Wittek, 2014). Ten tweede biedt de positie van broker de mogelijkheid om twee partijen met elkaar te laten samenwerken of tegen elkaar uit te spelen, wat gunstig kan zijn voor de organisaties zelf of een eventuele derde partij (Burt, 1992). Het is daarom van belang om het netwerkkarakter structural hole en de rol van broker in kaart te brengen door het sociale netwerk te analyseren. Dit komt doordat het kenmerk structural hole inzichtelijk maakt waar samenwerkingen verbeterd kunnen worden of tot stand te brengen, terwijl de organisatie die de positie van broker inneemt een belangrijke verbindende functie kan vervullen tussen de organisaties van zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein (Labun & Wittek, 2014).

Het is relevant om het netwerkeigenschap structural holes te bestuderen, omdat het inzicht geeft waar geen directe verbindingen bestaan tussen twee of meerdere groepen of netwerken (Burt, 1995). Uit verschillende onderzoeken (Achterberg et al., 2020; CPZ, 2021; Struijs et al., 2019) komt naar voren dat de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein moeizaam gaat. Organisaties uit de verschillende domeinen weten elkaar moeilijk te vinden. Door in dit onderzoek deze structural holes in het netwerk te identificeren en analyseren, biedt dit aanknopingspunten voor het verbeteren van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein (Lin et al., 2022).

3. Methodes

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd welke methodes zijn toegepast om de resultaten van dit onderzoek te verkrijgen. Als eerste zal er een beschrijving van de respondenten worden gegeven. Daarna volgt een beschrijving hoe de data van dit onderzoek is verzameld en hierin

wordt ook aandacht besteed aan het hoe de informed consent is verkregen. Ook wordt besproken waar en hoe lang de gegevens van dit onderzoek worden bewaard. Hierna volgen de operationalisatie van de verschillende variabelen. Als laatste volgt een beschrijving van het analyseplan waarin uitgelegd wordt welke methoden worden gebruikt om de verkregen data te analyseren.

3.1 Dataverzameling

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de data die door project DOEN! door middel van een vragenlijst is verzameld. Deze vragenlijst is uitgezet onder de zorgprofessionals die werkzaam zijn bij organisaties in het sociaal en medisch domein in de gemeente Groningen. Deze zorgprofessionals begeleiden en/of verlenen zorg aan mensen met een licht verstandelijke beperking en/of een psychische kwetsbaarheid die vragen hebben rondom zwangerschap, anticonceptie, kindwens, seksualiteit en ouderschap. De respondenten hebben een volledig Nederlandstalige vragenlijst ingevuld en deze vragenlijst is gemaakt in het programma Qualtrics (Versie: Januari - Juni 2023). (Zie Bijlage B). Project DOEN! heeft de methode van Donabedian (2002) gebruikt bij het opstellen van de vragenlijst. Dit is een methode die gebruikt wordt om de kwaliteit van gezondheidsdiensten te beoordelen. De tijd die respondenten nodig hadden om de vragenlijst in te vullen varieerde van 15 minuten tot meer dan één uur, met een gemiddelde tijd van 39 minuten. De data is verzameld tussen maart 2023 tot en met juni 2023.

Dit onderzoek van project DOEN! is door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitaire Medisch Centrum Groningen (METc UMCG) als niet-WMO-plichtig beoordeeld (METc 2013/537 en UMCG RR nummer 18730). Daarnaast valt het onderzoek ook niet binnen het Medical Device Regulation (MDR, EU 2017/745) en de Clinical Trial Regulation (CTR, EU 536/2014).

Voordat de vragenlijst is uitgezet, is er een overzicht gemaakt van de verschillende zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein in de gemeente Groningen die cliënten begeleiden en/of zorg aanbieden aan mensen met een LVB en/of psychische kwetsbaarheid (Zie Bijlage B). Daarnaast is er een overzicht gemaakt van de populatie organisaties in het sociaal en medisch domein in de gemeente Groningen waar deze zorgprofessionals werkzaam kunnen zijn (N=78). Voorbeelden van deze organisaties zijn verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen. Deze organisaties zijn daarna door project DOEN! onderverdeeld in acht verschillende categorieën. Een overzicht van deze indeling is te vinden in Bijlage C. Deze twee overzichten en verdere dataverzameling zijn opgesteld door de onderzoeker van project DOEN!, die verantwoordelijk is voor de dataverzameling van dit project. Zij is naast onderzoeker ook

verloskundige en heeft een uitgebreid netwerk in onder andere de geboortezorg. De informatie in de twee overzichten is verzameld door middel van een oproep in de adviesraad van project DOEN! In deze overleggen met de adviesraad is aan de deelnemers gevraagd om zorgprofessionals en organisaties waar deze zorgprofessionals kunnen werken aan te dragen. Daarnaast is informatie verkregen door het zoeken op internet, zoals via websites van organisaties en beroepsgroepen of via de websites van opleidingen, hogescholen of universiteiten. Ook is er telefonisch contact gezocht met organisaties om te informeren welke zorgprofessionals er werkzaam zijn.

Nadat de organisaties en zorgprofessionals bekend waren, werden de contactgegevens van primaire stakeholders zoals directeuren, bedrijfsleiders of managers verzameld. Van enkele stakeholders waren de contactgegevens al bekend omdat zij deelnemen aan de adviesraad die is verbonden aan project DOEN! Andere contactgegevens zijn via internet verzameld via websites zoals LinkedIn en websites van de organisaties. Verder zijn er contactgegevens verzameld door telefonisch contact op te nemen met de organisaties waar deze gegevens nog van ontbraken, om op deze manier contact te leggen en om de vragenlijst uit te zetten.

Om een zo hoog mogelijke respons te verkrijgen is naast het direct contact opnemen met organisaties ook door een communicatiebureau een slideshow voor LinkedIn ontworpen. Deze slideshow is door de onderzoeker van project DOEN! op LinkedIn gedeeld om op deze manier meer zorgprofessionals en organisaties te bereiken. Deze slideshow is terug te vinden in Bijlage D. Daarnaast heeft project DOEN! flyers gemaakt om uit te delen op locaties waar de doelgroep komt. Dit is terug te vinden in Bijlage E.

De twee ziekenhuizen in de gemeente Groningen, het Martini Ziekenhuis en het UMCG, zijn apart benaderd door de onderzoeker van project DOEN!. De onderzoeker is fysiek langs geweest om foldermateriaal en posters achter te laten. Daarnaast is er gesproken met een leidinggevende van de afdeling verloskunde die tijdens een teamvergadering het personeel erop heeft gewezen om de vragenlijst in te vullen. Door gebruik te maken van haar netwerk, was de hoop dat meer zorgprofessionals bereid waren de vragenlijst in te vullen, omdat de respons van beide ziekenhuizen laag was. Voor het UMCG werkte deze methode goed. Bij het Martini Ziekenhuis leverde de aanpak één respondent op. De onderzoeker is na haar bezoek benaderd door een stafid van het Martini Ziekenhuis met de mededeling dat de vragenlijst te uitgebreid en tijdrovend was. Hierdoor is er besloten om de vragenlijst niet onder de aandacht te brengen van de zorgprofessionals.

De huisartsen in de gemeente Groningen zijn een lastige groep om te benaderen voor deelname aan deze studie. Via een bijeenkomst met Kansrijke Start Groningen is de

onderzoeker van project DOEN! benaderd door de voorzitter van een huisartsenkring in Groningen. Deze huisarts wilde de vragenlijst promoten in de praktijk waar zij werkzaam is. In deze praktijk zijn negen (waarnemend) huisartsen werkzaam. Uiteindelijk hebben twee huisartsen de vragenlijst ingevuld, maar hun inbreng is onder non-respons geplaatst vanwege onvolledige en niet bruikbare antwoorden. Daarnaast is de Groninger Huisartsen Coöperatie benaderd met de vraag of zij deel wilde nemen aan het onderzoek door het onderzoek te promoten bij haar leden, maar zij reageerde helaas niet op de pogingen om in contact te komen. Een huisarts in opleiding (HAIO) werkzaam in de wijk Lewenborg heeft via de mail contact opgenomen met de onderzoeker nadat zij op de hoogte was gesteld van het onderzoek. Zij wilde graag meedoen en vroeg om meer informatie. Helaas heeft dit niet geleid tot het invullen van de vragenlijst.

Als organisaties of zorgprofessionals instemden om mee te doen aan het onderzoek, ontvingen zij via e-mail een begeleidende brief en een link naar de vragenlijst. De begeleidende brief is te vinden in Bijlage F. In de begeleidende brief is beschreven wat het doel van project DOEN! is en wat de reden is dat het onderzoek plaatsvindt. De via de mail toegestuurde weblink of QR-code leidt naar de vragenlijst. Bij de informatiepagina van de vragenlijst zijn de respondenten allereerst geïnformeerd over het doel van de studie, de onderzoeksprocedures en waarom er naar specifieke persoonlijke gegevens wordt gevraagd. Daarnaast wordt er duidelijk uitgelegd dat deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig is en dat als zorgprofessionals niet mee willen werken, dit geen gevolgen voor hun heeft. Ook wordt er benadrukt dat de gegevens volledig anoniem worden verwerkt zodat de gegevens niet herleidbaar zijn naar een persoon.

De gegevens worden tijdens de analyse op in een beveiligde map op de y-schijf van de afdeling eerstelijns geneeskunde en langdurige zorg van het UMCG bewaard en nadat deze analyses zijn uitgevoerd wordt de data 15 jaar lang op de beveiligde research drive van het UMCG bewaard. Aan het einde van de informatiepagina kan een respondent door middel van “ja” of “nee” aangeven dat ze akkoord gaan met de voorwaarden van het onderzoek. Na twee weken ontvingen de contactpersonen en de zorgprofessionals een herinneringsmail met het verzoek de vragenlijst in te vullen als zij dat nog niet hebben gedaan.

Zorgprofessionals werden uitgesloten van het onderzoek als zij niet instemden met het informed consent-formulier (Zie Bijlage G). Om ervoor te zorgen dat alleen zorgprofessionals uit de gemeente Groningen de vragenlijst invulden, is er een vraag aan de vragenlijst toegevoegd of de zorgprofessional werkzaam is in de gemeente Groningen. Als de zorgprofessional aangeeft dit niet te zijn, dan wordt de vragenlijst afgesloten.

3.2 Beschrijving van de respondenten

Het aantal organisaties dat werd benaderd voor het onderzoek is $N=78$. Het aantal zorgprofessionals dat deze vragenlijst heeft ingevuld is $N=142$. Van deze 142 respondenten waren $N=19$ non-respons (27,0%). Daarnaast zijn twee respondenten niet meegenomen in de analyses, omdat zij niet akkoord gingen met de informed consent (2,8%). Acht respondenten zijn niet meegenomen in de analyse vanwege het feit dat zij niet werkzaam zijn in de gemeente Groningen (11,4%). Vier respondenten (5,7%) zijn niet meegenomen omdat zij hebben aangegeven met één organisatie samen te werken door ‘anders, namelijk’, maar vervolgens niet aangegeven met welke organisatie dit is en hoe de samenwerking verliep. Verder zijn er zes (8,5%) respondenten als missing gelabeld, omdat deze respondenten meerdere vragen foutief hebben beantwoord. De respondenten hebben namelijk aangegeven samen te werken met bepaalde organisaties, maar hebben dit op een verkeerde plek in de vragenlijst genoteerd. Hierdoor was het niet te achterhalen hoe zij de samenwerking met een specifieke organisatie hebben ervaren. Dit is de reden dat deze respondenten niet zijn meegenomen in de analyses. Van 20 respondenten (28,4%) is een maar gedeelte van hun antwoorden meegenomen in zowel de analyses als bij het uittekenen van het sociale netwerk. De reden hiervoor, is dat deze respondenten niet bij elke organisatie aangegeven hebben hoe de samenwerking verliep. In totaal hebben 82 respondenten bruikbare antwoorden gegeven die meegenomen konden worden in de analyses en bij het uittekenen van het netwerk. Van deze 82 respondenten kwamen 39 (48%) uit het sociaal domein en 43 (52%) uit het medisch domein.

3.3 Operationalisering van centrale begrippen

3.3.1 De functie en organisatie van de respondent (Ego)

De functie en organisatie van de respondent worden bepaald aan de hand van twee directe vragen: ‘Wat is uw functie?’ en ‘Bij welke organisatie bent u werkzaam?’. Een voorbeeld hiervan is dat een respondent aangeeft jeugdverpleegkundige te zijn en werkzaam is bij de organisatie A. Beide vragen kunnen door de respondent zelf worden ingevuld. Als een respondent geen functie invoert maar wel een organisatie, is geprobeerd de functie te achterhalen via websites zoals LinkedIn of op de website van de betreffende organisatie. Van de 109 respondenten heeft maar één respondent niet aangegeven welke functie diegene heeft. Van deze persoon was ook niet te achterhalen wat de functie was, omdat de organisatie ook niet was ingevuld. Uiteindelijk is het enkel bij één van de jeugdverpleegkundige nodig geweest om extra informatie op te zoeken over welke functie deze persoon heeft of bij welke organisatie diegene werkt. Dit geldt ook voor respondenten die hun functie anders omschrijven dan

bijvoorbeeld eenduidig jeugdverpleegkundige, verloskundige of kraamverzorgende. In deze gevallen wordt nagegaan of zij voldoen aan de inclusiecriteria. Bij de overige zorgprofessionals uit het sociaal en medisch domein was het niet nodig om aanvullende informatie te verzamelen.

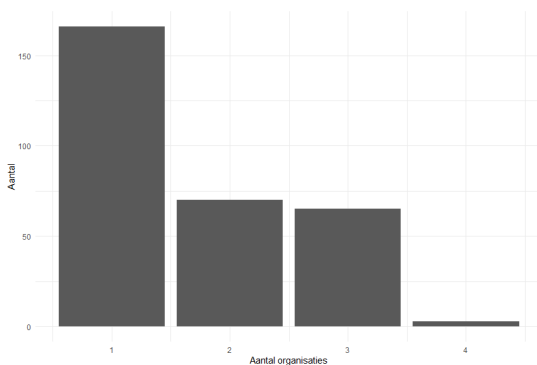
Voor ons onderzoeksmodel zijn drie specifieke kenmerken van de respondenten aangaande hun functie en organisatie van specifiek belang. Allereerst is er bepaald of een zorgprofessional *Jeugdverpleegkundige* is of niet. De definitie van een jeugdverpleegkundige in dit onderzoek is: Jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen hebben een HBO-opleiding Verpleegkunde gevolgd, gespecialiseerd in maatschappelijke gezondheidszorg met een focus op kraam-, kinder- en jeugdzorg. Daarnaast hebben zij een post-HBO diploma in sociale verpleegkunde met een specialisatie in jeugdgezondheidszorg behaald. Deze zorgprofessionals richten zich op de lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van kinderen van 0 tot 18 jaar. De jeugdverpleegkundigen zijn werkzaam in de gemeente Groningen. Om te bepalen of een zorgprofessional als jeugdverpleegkundige werkzaam is de vraag wat de functie van de respondent is gebruikt. Van één respondent was het nodig geweest om extra informatie op te zoeken over welke functie deze persoon heeft of bij welke organisatie diegene werkt. Om dit te operationaliseren zijn alle respondenten die in de vragenlijst aangegeven hebben de functie “Jeugdverpleegkundige” te hebben gecodeerd als Jeugdverpleegkundigen.

Als tweede en derde is er bepaald of een zorgprofessional werkzaam is in het medisch of sociaal domein. De definitie van een zorgprofessional die werkzaam is in medisch domein is als volgt: Professionals in het medisch domein zijn mensen die een diploma hebben behaald in bijvoorbeeld de medische wetenschappen. Voorbeelden hiervan zijn onder andere geneeskunde, psychologie, verpleegkunde. De definitie voor een zorgprofessional die werkzaam is in het sociaal domein is als volgt: Professionals in het sociaal domein zijn mensen die een diploma hebben behaald in het bieden van psychisch of sociale ondersteuning aan mensen. Een zo compleet mogelijk overzicht van mogelijke professionals uit het medisch en sociaal domein is te vinden in de Bijlage (A). Om dit te operationaliseren zijn alle respondenten die een functie in het medisch domein hebben aangegeven gecodeerd als Medisch. Respondenten uit het sociaal domein zijn gecodeerd als Sociaal.

3.3.2 Functie en organisaties van samenwerkingspartners (Alters)

In de vragenlijst wordt aan de respondent gevraagd met welke zorgprofessionals zij samenwerken (ook wel de samenwerkingspartners genoemd), en bij welke organisatie diegene

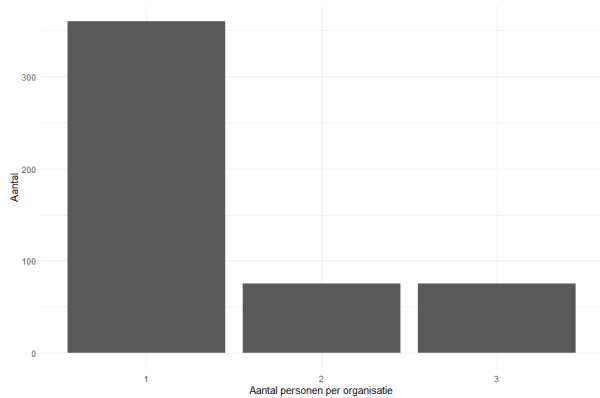
werkzaam is. Dit wordt bepaald aan de hand van de volgende vraag “Kies de organisatie met wie u het meeste contact heeft”. Deze organisaties zijn verdeeld in acht categorieën (zie Bijlage C). Deze categorieën zijn in een eerder stadium vastgesteld door de onderzoekers van project DOEN!. Een voorbeeld van een categorie is de categorie Geboortezorg. In deze lijst staan onder andere verloskundigenpraktijken die een praktijk in de gemeente Groningen hebben en per categorie kon de respondent maximaal drie organisaties aanklikken waarmee zij samenwerken. Voor elke categorie is een overzicht te vinden van het aantal organisaties en bij elke categorie mogen respondenten drie organisaties aangeven. Omdat er in dit onderzoek een maximum aan het aantal organisaties is gegeven zou er sprake kunnen zijn van een *ceiling effect*. Dit houdt in dat respondenten door de beperking in het aantal organisaties wat zij mogen aangeven, niet alle zorgprofessionals kunnen benoemen waarmee zij samenwerken. Uit de data blijkt (zie Figuur 3) dat dat er geen indicatie is voor dit effect. In de meeste gevallen (166) kozen de respondenten 1 organisatie per categorie. Daarnaast werd er 70 keer voor gekozen 2 organisaties te nomineren, en kwam het 65 keer voor dat het maximale aantal van 3 organisaties gekozen werd. Vanwege een codeerfout in de vragenlijstsoftware was het mogelijk om, per categorie, naast drie vooraf aangegeven organisaties, ook de “anders, namelijk...”-optie te selecteren. Deze extra optie zorgde ervoor dat er 3 keer door respondenten is aangegeven met 4 organisaties binnen een categorie samen te werken.



Figuur 3: Aantal organisaties dat per categorie wordt benoemd.

Nadat een respondent een organisatie had aangegeven waarmee diegene samenwerkte werd per organisatie gevraagd met welke personen er het afgelopen half jaar contact is geweest. Ook werd gevraagd om diegene als eerste te noemen waarmee het meeste contact was. Respondenten mochten maximaal drie personen aangeven met wie zij samenwerkten. Omdat ook hier een maximum is gegeven aan het aantal personen zou er sprake kunnen zijn van een *ceiling effect*. Ook hier blijkt uit de data dat er geen indicatie te zijn van dit effect. De meeste respondenten

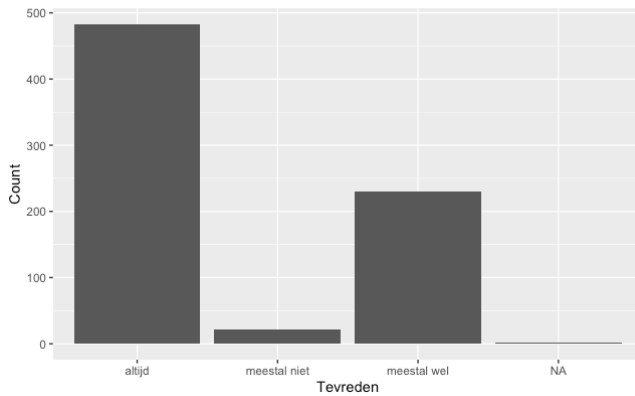
(360) hebben één persoon aangeven als samenwerkingspartner, daarna volgen 75 respondenten die twee personen als samenwerkingspartner hebben aangegeven. De overige 75 respondenten hebben drie samenwerkingspartners aangegeven als samenwerkingspartner (zie Figuur 4).



Figuur 4: Het aantal personen dat benoemd wordt per organisatie.

3.3.3 Tevredenheid

De afhankelijke variabele tevredenheid wordt gemeten aan de hand van de vraag ‘bent u tevreden over de samenwerking met deze persoon?’ De respondent heeft drie antwoordmogelijkheden namelijk (1) altijd, (2) meestal wel en (3) meestal niet. De antwoorduitkomsten voor deze vraag worden gedichotomiseerd. De antwoordcategorieën (2) meestal wel en (3) meestal niet zullen worden samengevoegd om het antwoord (0) niet tevreden te vormen. Het antwoord (1) altijd blijft gelijk. Er is gekozen om deze variabele te dichotomiseren vanwege de relatief lage hoeveelheid respondenten die aangeven in de categorieën meestal wel (31,29%) of meestal niet (2,86%) te bevinden. Dit is te zien in Figuur 5. Uiteindelijk meet deze variabele dus of mensen continu tevreden zijn met hun samenwerkingsrelatie, of niet. Daarnaast geldt dat deze antwoorden op basis van zelf-rapportage zijn: het gaat om de percepties van tevredenheid door de zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen.



Figuur 5: Verdeling van de variabele *Tevredenheid*

3.3.4 *Conditie van contact*

De onafhankelijke variabele is condities van het contact. Deze condities hebben mogelijk invloed op de ervaren tevredenheid van jeugdverpleegkundigen over de samenwerkingsrelatie met andere zorgprofessionals en kunnen worden opgedeeld in twee condities namelijk de frequentie van het contact en de bereikbaarheid van de persoon.

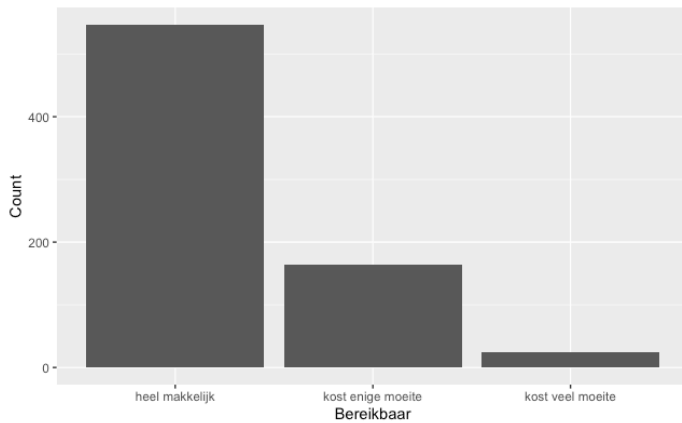
3.3.4.1 *Frequentie van het contact*

De onafhankelijke variabele frequentie van het contact wordt gemeten aan de hand van de vraag ‘Hoe vaak heeft u met deze persoon contact gehad in het afgelopen half jaar?’ De respondent heeft hier drie antwoordmogelijkheden namelijk (1) meer dan 10 keer per maand (2) tussen de 1 en 10 keer per maand en (3) minder dan 1 keer per maand. Als een respondent aangeeft meer dan 10 keer per maand contact te hebben gehad, wordt dit als intensief gelabeld. Onder regelmatig contact wordt verstaan om tussen de 1 en 10 keer per maand contact te hebben. Als een respondent minder dan 1 keer per maand contact heeft met een andere zorgprofessional wordt dit gelabeld als weinig contact.

3.3.4.2 *Bereikbaarheid van de persoon*

De onafhankelijke variabele bereikbaarheid van een persoon wordt gemeten aan de hand van de vraag ‘Hoe bereikbaar is deze persoon?’ De respondent heeft hier drie antwoordmogelijkheden namelijk (1) heel makkelijk, (2) kost enige moeite en (3) kost veel moeite. De antwoorduitkomsten voor deze vraag worden gedichotomiseerd. De antwoordcategorieën (2) kost enige moeite en (3) kost veel moeite zullen worden samengevoegd tot (0) kost moeite. Het antwoord (1) heel makkelijk blijft gelijk. Er is gekozen om deze variabele te dichotomiseren vanwege de relatief lage hoeveelheid respondenten die

aangeven in de categorieën kost enige moeite (22,31%) of kost veel moeite (3,27%) te bevinden. Dit is te zien in Figuur 6. Voor de gegeven antwoorden geldt dat het self-reported antwoorden zijn. Het gaat dus om percepties van bereikbaarheid door de zorgprofessionals en de jeugdverpleegkundigen.



Figuur 6: Verdeling van de variabele Bereikbaarheid

3.4 Data-analyse

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden wordt het data-analyseplan opgedeeld in drie delen. Als eerste zal er een beschrijving worden gegeven van de beschrijvende statistieken zoals het gemiddelde, de standaarddeviatie, de minimum-, en maximumwaarde en het totaal aantal respondenten van dit onderzoek. Het is nuttig om naar deze beschrijvende statistieken te onderzoeken, omdat het begrip creëert over de gegeven antwoorden van de respondenten en kennisgeeft over de dataset. Het programma dat wordt gebruikt om de beschrijvende statistieken te berekenen is R (Versie 2023.12.1+402). De code die is gebruikt voor het berekenen van de beschrijvende statistieken is terug te vinden in Bijlage H.

Ten tweede stap omvat het uittekenen van het sociale netwerk van de organisaties die werkzaam zijn in de context van project DOEN!. We gebruiken Gephi (versie 0.010.1) (Bastian et al., 2009) om de beschrijvende onderzoeksvraag hoe de samenwerkingsverbanden van jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen met zorgprofessionals in het sociaal en medisch domein eruitzien te beantwoorden. Het programma Gephi biedt de optie om sociale netwerkenanalyses uit te voeren om op die manier belangrijke gegevens over de netwerken te verkrijgen. Daarnaast is het programma R (Versie 2023.12.1+402) gebruikt om de organisatiekenmerk centraliteit en de twee netwerkenkenmerken dichtheid en structural holes

te berekenen en dit is terug te vinden in Bijlage I.

De socialenetworkanalyse zal worden uitgevoerd aan de hand van een logistisch multilevel regressieanalyse in het programma R (Versie 2023.12.1+402). Voor het uitvoeren van de multilevelanalyse is het R-pakket `lme4` (Bates et al., 2015) gebruikt. De reden om voor deze methode te kiezen, is dat de onafhankelijke variabelen deels worden gedichotomiseerd. Deze methode kan gebruikt worden bij analyses waar je samenwerkingen nest in individuen. In de dataset van 735 alters is het grootste gedeelte slechts één keer genoemd. Van de 735 zijn er 602 samenwerkingspartners die niet kunnen worden gekoppeld aan de naam van een andere benoemde samenwerkingspartner. Daarnaast zijn er 43. Namen in de dataset die meerdere keren voorkomen, met een gemiddelde van 3,09 (SD= 1,75). Er is één uitzondering, deze samenwerkingspartner is zelfs 10 keer genoemd. Omdat het grootste gedeelte van de alters dus niet aan de andere namen zijn te koppelen, zijn de ego-netwerken van de respondenten grotendeels geïsoleerd van elkaar. Daarom is ervoor gekozen om de ego-netwerken van de respondenten als geïsoleerd te beschouwen en is er de keuze gemaakt voor een relatief traditioneel multilevelmodel. Het achterliggende idee achter deze methode is dat verschillen tussen individuen niet alleen voortkomen uit persoonskenmerken van het individu, maar dat de kenmerken van de samenwerking waar het individu deel van uitmaakt ook invloed kunnen hebben. Het is het een noodzakelijke keuze, omdat de data de assumptie van onafhankelijkheid verbreekt. Ook stelt het logistische multilevelmodel ons in staat om te ontdekken of de tevredenheid van de verschillende samenwerkingspartners waarmee één persoon samenwerkt, verschilt bij andere zorgprofessionals. De code die is gebruikt voor het berekenen van de verschillende modellen staat in Bijlage I.

De variabelen zijn gecentreerd om mogelijke interactie-effecten te kunnen modelleren (Enders & Tofghi, 2007). In Bijlage J staat een gedetailleerd overzicht van de gebruikte namen voor de schaalconstructies.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de data-analyses besproken. Als eerste zullen de beschrijvende statistieken worden weergegeven. Daarna volgt het testen van de hypothesen aan de hand van verschillende modellen. Hierna wordt één sociaal netwerk geanalyseerd en deze is op twee verschillende manieren weergegeven. In de eerste in netwerkaafbeelding van het netwerk is het sociale netwerk van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn

verdeeld over het sociale en medisch domein afgebeeld. In de tweede netwerkaafbeelding van hetzelfde netwerk is het sociale netwerk van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn uit het sociaal en medisch domein verdeeld over categorieën in kaart gebracht. Hier wordt ook de centraliteit en structural holes besproken.

4.1 Beschrijvende statistieken

De dataset bevat informatie over 82 ego's, die gemiddeld 8,96 alters hebben gerapporteerd, wat resulteert in 735 alters in de totale dataset. In Tabel 1 zijn de beschrijvende statistieken van de verschillende variabelen terug te vinden op het alter-niveau. Van de 735 samenwerkingspartners die de ego's hebben aangegeven komt 60% uit het medisch domein en 40% uit het sociaal domein. De afhankelijke variabele tevredenheid heeft een gemiddelde van 0,66 en dit betekent dat samenwerkingspartners over meer dan de helft van de samenwerkingen tevreden zijn. De condities van het contact zijn opgedeeld in twee variabelen, namelijk bereikbaarheid en frequentie van het contact. Voor bereikbaarheid is het gemiddelde 0,7, wat inhoudt dat meer dan de helft van de samenwerkingspartners anderen heel makkelijk kan bereiken. De frequentie van het contact heeft een gemiddelde van 1,5 en een standaarddeviatie van 0,6. Het minimum is 1 en het maximum is 3. Dit betekent dat de gemiddelde samenwerkingspartner regelmatig contact heeft met een ander. Dit komt neer op een aantal contactmomenten tussen de 1 en 10 keer per maand. De standaarddeviatie van 0,6 laat zien dat de meeste waarnemingen dicht bij het gemiddelde liggen.

Tabel 1: Beschrijvende statistieken: Gemiddelde, Standaarddeviatie, Minimum- en Maximumwaarde en totaal aantal samenwerkingspartners op alter-niveau.

Variabelen	Gemiddelde ^o	Standaarddeviatie	Min.	Max.	Aantal alters
Domein					
1 = medisch	40%				735
0 = sociaal	60%				
Tevredenheid	0,7	-	0	1	
Bereikbaarheid	0,7	-	0	1	
Contact	1,5	0,6	1	3	

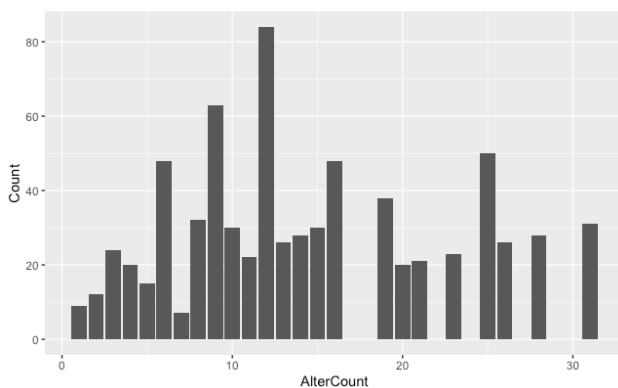
^o Bij nominale variabelen is de frequentieverdeling vermeld in percentages.

In Tabel 2 zijn de beschrijvende statistieken van de verschillende variabelen op Ego-niveau terug te vinden. In totaal zijn er 82 Ego's en van deze ego's komt 53% uit het medisch domein en 47% uit het sociaal domein. De variabele AlterCount verwijst naar het aantal alters waarmee een ego verbonden is binnen een sociaal netwerk, ook wel het aantal samenwerkingspartners dat een ego aangeeft. Het gemiddelde van deze variabele is 9,0. Dit betekent dat het gemiddelde aantal alters dat een ego heeft 9,0 is. De standaarddeviatie is 7,1 met een minimum van 1 en een maximum van 31. Hiervoor geldt dat de hoge standaarddeviatie wijst op een aanzienlijke variabiliteit in het aantal alters dat een ego gerapporteerd heeft. Dit is terug te zien bij het minimum en maximum. Het minimum is 1, wat aangeeft dat een ego maar één samenwerkingspartner heeft. Met daartegenover een maximum van 31, wat aangeeft dat een ego 31 alters heeft. Dit duidt erop dat sommige ego's een uitgebreider netwerk hebben dan anderen. Dit is ook terug te zien in Figuur 7.

Tabel 2: Beschrijvende statistieken: Gemiddelde, Standaarddeviatie, Minimum- en Maximumwaarde en totaal aantal respondenten op Ego-niveau.

Variabelen	Gemiddelde ^o	Standaarddeviatie	Min.	Max.	Aantal ego's
AlterCount	9,0	7,1	1	31	82
Domein 1 = medisch 0 = sociaal	53% 47%				81
Jeugdverpleegkundigen					10

^o Bij nominale variabelen is de frequentieverdeling vermeld in percentages.



Figuur 7: Verdeling van de variabele AlterCount

4.1.2 Bivariate analyse

In Tabel 3 zijn de bivariate correlaties op het alter-niveau weergegeven. Hier is te zien dat er een matig positieve samenhang bestaat tussen bereikbaarheid en de ervaren tevredenheid ($r = 0,43$; $p < 0,005$). Hieruit blijkt dat als de bereikbaarheid toeneemt de tevredenheid ook stijgt. Ditzelfde geldt ook voor de frequentie van contact en de tevredenheid ($r = 0,11$; $p = < 0,005$). Ook hier is een positieve samenhang te vinden, al is deze zwak, tussen de frequentie van contact en hoe tevreden een persoon is over de samenwerking. Daarnaast blijkt dat tussen de bereikbaarheid en de frequentie van contact ook een matige positieve samenhang is te vinden ($r = 0,26$; $p = < 0,005$). Hiervoor geldt dat naarmate de bereikbaarheid van een persoon toeneemt, de frequentie van contact ook toeneemt. Als laatste blijkt dat er een zwakke positieve correlatie is tussen werkzaam zijn in het medisch domein en bereikbaarheid ($r = 0,12$; $p = < 0,005$).

Tabel 3: Bivariate correlaties op alter-niveau.

	Domein medisch	Tevredenheid	Bereikbaarheid	Contact
Domein medisch	1,00			
Tevredenheid	0,03	1,00		
Bereikbaarheid	0,12***	0,43***	1,00	
Contact	0,03	0,11***	0,26***	1,00

*** Significant bij $p < 0,005$, ** significant bij $p < 0,01$, * significant bij $p < 0,05$: tweezijdige toets.

In Tabel 4 zijn de bivariate correlaties op Ego-niveau weergegeven. In deze tabel is te zien dat er alleen een zwakke negatieve samenhang is te vinden tussen of een persoon werkzaam is in het medisch domein en jeugdverpleegkundigen ($r = -0,25$; $p = < 0,05$).

Tabel 4: Bivariate correlaties op Ego-niveau.

	AlterCount	Domein medisch	Jeugdverpleegkundigen
AlterCount	1,00		
Domein medisch	0,06	1,00	
Jeugdverpleegkundigen	0,08	-0,25*	1,00

*** Significant bij $p < 0,005$, ** significant bij $p < 0,01$, * significant bij $p < 0,05$: tweezijdige toets.

4.2 Testen van de hypothesen

De eerste stap in het logistische multilevelmodel is om te controleren of deze methode geschikt is voor de verzamelde gegevens. Dit gebeurt door een leeg model te schatten met alleen de afhankelijke variabele tevredenheid. Dit wordt weergegeven in model 0. De tweede stap is het los testen van het effect van de drie verschillende variabelen namelijk, bereikbaarheid, contact, werkzaam zijn in het medisch domein op tevredenheid. Dit gebeurt in de modellen 1a, 1b en 1c. Daarna volgt model 1 waarbij de bovenstaande variabelen samen worden toegevoegd om het effect op tevredenheid te meten. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in Tabel 5. Het totaal aantal respondenten kan verschillen tussen de verschillende modellen door missende data.

Tabel 5: Resultaten van de logistische multilevelanalyse met tevredenheid als afhankelijk variabele (N=735)

	Model 0		Model 1a		Model 1b		Model 1c		Model 1	
	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P
Intercept	0,8 (0,2)	<0,00**	0,8 (0,2)	<0,00**	0,8 (0,2)	<0,00**	0,8 (0,2)	<0,00**	0,9 (0,2)	<0,00**
Bereikbaarheid			2,9 (0,3)	<0,00**					2,8 (0,3)	<0,00**
Contact					0,7 (0,2)	<0,00**			0,1 (0,2)	0,62
Samenwerking met het medisch domein							0,2 (0,2)	0,38	-0,1 (0,2)	0,74

*. Significant bij $p < 0,05$, **Significant bij $p < 0,01$: tweezijdige toets.

Model 0

Om te controleren of een logistisch multilevelmodel geschikt is voor de verzamelde gegevens, wordt eerst een leeg model geschat. Dit model onderscheidt de variantie van de intercept zowel op ego-niveau (2,047) als op het alter-niveau (1,274). Aan de hand van deze twee varianties kan het Intraclass Coëfficiënt (ICC) (0,384) berekend worden. De ICC is een indicator voor

hoeveel van de totale variantie van de voorspelde variabele zich bevindt op de verschillende niveaus van de dataset (Sommet & Morselli, 2017). De ICC van 0,384 laat zien dat 38% van de totale variantie in tevredenheid wordt verklaard door de verschillen op ego-niveau. Verschillen kunnen bijvoorbeeld individuele kenmerken of ervaringen zijn. Dit betekent dat de overige 62% van de variantie in tevredenheid kan worden toegeschreven aan de verschillen op alter-niveau: dit betekent dus dat professionals vaak een ruime variatie hebben in hun tevredenheid tussen verschillende samenwerkingspartners. De verschillen op het alter-niveau kunnen bijvoorbeeld de verschillende domeinen zijn. Het lege model laat zien dat het belangrijk is om zowel de verschillen op het ego als het alter-niveau op het verklaren van tevredenheid te onderzoeken, en dat een multilevelstructuur noodzakelijk is om de data betrouwbaar te modelleren.

Model 1a

In Model 1a wordt het effect van de variabele bereikbaarheid op de ervaren tevredenheid getest waarbij rekening gehouden wordt met de verschillen op ego-niveau. Uit deze analyse blijkt dat de mate van tevredenheid significant stijgt als een samenwerkingspartner bereikbaar is ($b = 2,9$; $p < 0,001$).

Model 1b

In Model 1b wordt het effect van frequentie van het contact op de ervaren tevredenheid van een professional uit zowel het medisch als sociaal domein getest waarbij rekening gehouden wordt met de variantie tussen de verschillen op ego-niveau. De resultaten laten zien dat naarmate de frequentie van het contact toeneemt, de kans op een hogere tevredenheid ook significant stijgt ($b = 0,7$; $p < 0,001$).

Model 1c

In Model 1c wordt het effect van een samenwerkingsverband met professionals uit het medische domein op de ervaren tevredenheid van een professional uit zowel het medisch als sociaal domein getest. Dit is ongeacht of de respondent zelf uit het sociaal of medisch domein komt. Ook hier wordt rekening gehouden tussen de verschillen op ego-niveau. Uit dit model blijkt dat samenwerking met een professional uit het medisch domein geen effect heeft op de ervaren tevredenheid ($b = 0,2$; $p = 0,38$).

Model 1

In Model 1 wordt het effect van bereikbaarheid, frequentie van contact en een samenwerkingsverband met professionals uit het medische domein op de ervaren tevredenheid getest. Ook hierbij wordt rekening gehouden met de variantie tussen de verschillen op ego-niveau. Uit de analyse blijkt dat samenwerkingspartner significant tevredenheid ervaren als de ander bereikbaar is ($b = 2,9; p < 0,01$). Het significante effect van frequentie van contact valt weg als de variabelen samen worden getest. Dit houdt in dat als de mate van contact toeneemt dit geen effect heeft op de ervaren tevredenheid ($b = 0,1; p = 0,62$). Daarnaast blijkt een samenwerkingsverband met een samenwerkingspartner uit het medische domein ook geen effect te hebben op de tevredenheid ($b = -0,1; p = 0,74$).

De derde stap is het testen van de variabelen die invloed kunnen hebben op het ego of alter-niveau. Het gaat hier om drie variabelen: of een respondent zelf werkzaam is in het medisch domein, of een respondent zelf als jeugdverpleegkundigen werkzaam is en het aantal samenwerkingspartners. Deze variabelen worden getest in model 2a, 2b en 2c. In Model 2 zijn al deze drie variabelen samengevoegd. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in Tabel 6.

Tabel 6: Resultaten van de logistische multilevelanalyse met tevredenheid als afhankelijk variabele ($N=735$)

	Model 2a		Model 2b		Model 2c		Model 2	
	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P
Intercept	0,9 (0,2)	<0,00**	0,8 (0,2)	<0,00**	0,7 (0,2)	<0,00**	0,7 (0,2)	<0,00**
Bereikbaarheid	2,8 (0,3)	<0,00**	2,8 (0,3)	<0,00**	2,8 (0,3)	<0,00**	2,8 (0,3)	<0,00**
Contact	0,1 (0,2)	0,55	0,1 (0,2)	0,61	0,1 (0,2)	0,64	0,1 (0,2)	0,64
Samenwerking met het medisch domein								
Medisch professional	-0,0 (0,2)	0,87	-0,1 (0,2)	0,73	-0,1 (0,2)	0,75	-0,1 (0,2)	0,90
Jeugdverpleegkundigen	-0,4 (0,4)	0,36					-0,4 (0,4)	0,34
AlterCount			0,3 (0,6)	0,67			-0,1 (0,6)	0,94
					0,1 (0,0)	0,06	0,1 (0,0)	0,08

* Significant bij $p < 0,05$, **Significant bij $p < 0,01$: tweezijdige toets.

Model 2a

In Model 2a wordt het effect van de variabele bereikbaarheid, frequentie van het contact, en samenwerkingsverband met een professional uit het medische domein, en of een professional uit het medisch of sociaal domein, komt op de ervaren tevredenheid gemeten. Wat uit de analyses naar voren komt is dat de bereikbaarheid van een samenwerkingspartner een significant effect blijft hebben op de ervaren tevredenheid voor professionals uit het sociale domein ($b = 2,8$ $p < 0,00$). Het model toont geen significant verschil tussen de tevredenheid van medische professionals en zorgprofessionals met hun samenwerkingen ($b = -0,4$; $p = 0,36$). Daarnaast blijkt dat de frequentie van het contact geen effect heeft op de tevredenheid. Dit betekent dat het niet uitmaakt of er veel of weinig contact is tussen samenwerkingspartners op de ervaren tevredenheid ($b = 0,1$; $p = 0,55$). Ook maakt het niet uit of iemand samenwerkt met een professional uit het medisch domein ($b = -0,0$; $p = 0,87$) op de ervaren tevredenheid.

Model 2b

In Model 2b wordt het effect van de variabelen bereikbaarheid, frequentie van het contact, een samenwerkingsverband met een professional uit het medische domein, en of een professional een jeugdverpleegkundigen is op de ervaren tevredenheid getest. De analyse van het model laat zien dat bereikbaarheid een significant effect blijft hebben op de ervaren tevredenheid ($b = 2,8$; $p < 0,001$). Voor de overige drie variabelen geldt dat zij geen effect hebben op de ervaren tevredenheid. Het maakt dus niet uit of er meer of minder contact is tussen samenwerkingspartners ($b = 0,1$; $p = 0,61$), of als de samenwerking plaatsvindt met iemand uit het medisch domein ($b = -0,1$; $p = 0,73$). Daarnaast heeft het geen effect op de tevredenheid als een professional aangeeft zelf jeugdverpleegkundigen te zijn ($b = 0,3$; $p = 0,67$).

Model 2c

In Model 2c wordt het effect van bereikbaarheid, frequentie van contact, een samenwerkingsverband met een professional uit het medisch domein, en het aantal samenwerkingspartners op de ervaren tevredenheid getest. Ook bij deze analyse van het model komt naar voren dat de bereikbaarheid een significant effect heeft op de tevredenheid die wordt ervaren ($b = 2,8$; $p < 0,00$). Maar ook hier blijft dat de frequentie van het contact ($b = 0,1$; $p = 0,64$) en of er een samenwerking is met een professional uit het medisch domein ($b = -0,1$; $p = 0,75$) geen effect te hebben op de ervaren tevredenheid. Daarnaast blijkt dat er een marginaal effect is op hoeveel samenwerkingen een professional heeft op de ervaren tevredenheid. Dit

laat zien dat hoe meer samenwerkingspartners een professional opnoemt des te meer tevredenheid wordt ervaren. Dit is niet significant ($b = 0,1; p = 0,06$).

Model 2

In Model 2 wordt het effect van bereikbaarheid, frequentie van contact, een samenwerkingsverband met een professional uit het medisch domein, een jeugdverpleegkundigen, een professional uit het medisch domein en het aantal samenwerkingspartners op de ervaren tevredenheid samen getest. Uit de analyse komt naar voren dat bereikbaarheid een significant effect heeft op de ervaren tevredenheid voor professionals uit het sociaal domein ($b = 2,8; p < 0,001$). Het model toont geen significant verschil tussen de tevredenheid van medische professionals en zorgprofessionals met hun samenwerkingen ($b = -0,4; p = 0,34$). Daarnaast blijkt dat de overige variabelen geen effect hebben op de tevredenheid. Dit betekent dat de hoeveelheid contact tussen samenwerkingspartners geen invloed heeft op de tevredenheid ($b = 0,1; p = 0,57$). Ook heeft het geen effect of een professional een samenwerkingsverband aangaat met een professional uit het medisch domein ($b = -0,0; p = 0,90$) en of dat een professional als jeugdverpleegkundigen werkt ($b = -0,0; p = 0,94$). Wel is er een marginaal effect te zien in de hoeveelheid samenwerkingen een professional heeft, maar dit is niet significant ($b = 0,1; p = 0,08$).

De vierde stap is het testen van de interactie-effecten op de afhankelijke variabele tevredenheid. Aangezien bereikbaarheid in alle modellen een significant effect heeft op de ervaren tevredenheid, is ervoor gekozen om naar dit interactie-effect te onderzoeken in combinatie met de overige variabelen. In Model 3a wordt naast de zeven onafhankelijke variabelen het interactie-effect van bereikbaarheid en frequentie van het contact toegevoegd. In model 3b wordt het interactie-effect van bereikbaarheid en een samenwerkingsverband met een medische professional weergegeven. Model 3c geeft het interactie-effect van bereikbaarheid en jeugdverpleegkundigen weer. In Model 3d wordt het interactie-effect van bereikbaarheid en of een professional zelf werkzaam is in het medische domein bijgevoegd. Model 3e geeft het interactie-effect weer van bereikbaarheid en het aantal samenwerkingspartners weer. In Model 3 worden alle deze interactie-effecten samen getest. De uitkomsten van de analyses zijn weergegeven in Tabel 7.

Model 3a

In Model 3a wordt het interactie-effect van bereikbaarheid en frequentie van het contact op de ervaren tevredenheid getest. Uit de analyse komt naar voren dat bereikbaarheid ook hier een significant effect heeft op de ervaren tevredenheid voor professionals uit het sociale domein ($b = 2,8; p < 0,001$). Voor professionals uit het medisch domein heeft dit geen invloed ($b = -0,4; p = 0,34$). De overige zes onafhankelijke variabelen zoals bijvoorbeeld frequentie van het contact en jeugdverpleegkundigen zijn opgenomen in het model, maar hebben geen significant effect op de ervaren tevredenheid. Het interactie-effect van bereikbaarheid en een samenwerking met het medisch domein laat geen effect zien op de tevredenheid ($b = -0,1; p = 0,85$). Dit betekent dat bereikbaarheid in combinatie met een samenwerking met het medisch domein geen invloed heeft op de ervaren tevredenheid.

Model 3b

In Model 3b wordt het interactie-effect van bereikbaarheid en een samenwerking met het medische domein op de ervaren tevredenheid getest. Ook hier blijkt uit de analyse dat bereikbaarheid een significant effect heeft op de ervaren tevredenheid voor professionals uit het sociale domein ($b = 2,8; p < 0,001$). Terwijl er voor professionals uit het medische domein geen effect is te meten ($b = -0,3; p = 0,48$). Voor de overige zes onafhankelijke variabelen die zijn opgenomen in het model geldt dat er geen effect op de ervaren tevredenheid is aan te tonen (Tabel 7). Uit de analyse komt wel naar voren dat er een negatief interactie-effect is tussen bereikbaarheid en een samenwerking met het medisch domein ($b = -1,4; p < 0,00$). Deze uitkomst suggereert dat een combinatie van het bereikbaar zijn van een zorgprofessional en een samenwerking met het medische domein leidt tot minder tevredenheid. De negatieve coëfficiënt geeft aan dat het effect van bereikbaarheid op tevredenheid minder groot is voor samenwerkingen met een persoon in het medische domein ($b = 2,8 - 1,4 = 1,4$) dan voor samenwerkingen met een persoon in het sociale domein ($b = 2,8$).

Hoe sterk het verschil tussen het effect van bereikbaarheid op tevredenheid voor zorgprofessionals uit het sociaal domein is naast het verschil in coëfficiënten ook duidelijk te maken aan de hand van de odds. De odds geven de kans weer dat een bepaalde gebeurtenis plaatsvindt ten opzichte van de kans dat deze gebeurtenis zich niet voordoet. De odds worden berekend aan de hand van de formule e^b . De odds voor het effect van bereikbaarheid op tevredenheid met samenwerking met een persoon uit het medisch domein is 3,77 ($e^{1,326}$).

Tabel 7: Resultaten van de logistische multilevelanalyse met tevredenheid als afhankelijk variabele (N=735) interactie-effecten

	Model 3a		Model 3b		Model 3c		Model 3d		Model 3e		Model 3	
	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P	b (SE)	P
Intercept	1,0 (0,3)	<0,00**	1,0 (0,3)	<0,00**	1,0 (0,3)	<0,00**	1,2 (0,4)	<0,00**	1,0 (0,3)	<0,00**	1,2 (0,4)	<0,00**
Bereikbaarheid	2,8 (0,3)	<0,00**	2,8 (0,3)	<0,00**	2,9 (0,3)	<0,00**	2,9 (0,3)	<0,00**	3,0 (0,4)	<0,00**	2,8 (0,4)	<0,00**
Contact	0,1 (0,2)	0,55	0,2 (0,2)	0,33	0,1 (0,2)	0,58	0,1 (0,2)	0,46	0,1 (0,2)	0,58	0,2 (0,2)	0,26
Samenwerking met het medisch domein	-0,0 (0,2)	0,93	-0,2 (0,3)	0,48	-0,1 (0,2)	0,79	-0,0 (0,3)	0,84	-0,0 (0,2)	0,91	-0,1 (0,3)	0,71
Medisch professional	-0,04 (0,4)	0,34	-0,3 (0,4)	0,48	-0,4 (0,4)	0,31	-0,5 (0,5)	0,25	-0,4 (0,4)	0,33	-0,5 (0,5)	0,27
Jeugdverpleegkundigen	-0,1 (0,6)	0,94	-0,1 (0,6)	0,94	-0,1 (0,6)	0,89	-0,1 (0,7)	0,83	-0,1 (0,6)	0,92	-0,2 (0,7)	0,74
AlterCount	0,1 (0,0)	0,08	0,1 (0,0)	0,08	0,1 (0,0)	0,09	0,1 (0,0)	0,10	0,1 (0,0)	0,08	0,1 (0,0)	0,13
Bereikbaarheid x Contact	-0,1 (0,5)	0,85									-0,3 (0,6)	0,56
Bereikbaarheid x samenwerking met het medisch domein			-1,4 (0,5)	<0,00**							-1,1 (0,5)	0,03*
Bereikbaarheid x Jeugdverpleegkundigen					-1,5 (0,7)	0,03*					-2,3 (0,8)	<0,00**
Bereikbaarheid x Medisch professional							-1,7 (0,6)	<0,00**			-2,0 (0,6)	<0,00**
Bereikbaarheid x AlterCount									-0,0 (0,0)	0,71	0,0 (0,0)	0,96

*Significant bij $p < 0,05$, **Significant bij $p < 0,01$: tweezijdige toets.

Dit betekent dat, als bereikbaarheid een rol speelt, de kans dat op tevredenheid in een samenwerking met een persoon uit het medisch domein 3,77 keer groter is dan wanneer bereikbaarheid geen invloed heeft.

De odds voor het effect van bereikbaarheid op tevredenheid met een samenwerking met een persoon uit het sociaal domein is 15,75 ($e^{2,757}$). Dit geeft aan dat de kans op tevredenheid door bereikbaarheid hier veel groter is bij een samenwerking met een persoon uit het sociale domein dan met een persoon uit het medische domein. Doordat de odds voor het sociaal domein veel hoger zijn dan het medisch domein, laat dit zien dat bereikbaarheid voor zorgprofessionals uit het sociaal domein belangrijker is voor de ervaren tevredenheid dan zorgprofessionals uit het medisch domein

Model 3c

In Model 3c wordt het interactie-effect van bereikbaarheid en jeugdverpleegkundigen op de ervaren tevredenheid getest. Bij dit model zijn ook de overige zeven onafhankelijke variabelen meegenomen. Uit de analyse komt naar voren dat bereikbaarheid een significant effect heeft op de ervaren tevredenheid voor professionals uit het sociale domein ($b = 2,9; p < 0,001$). Voor professionals uit het medische domein blijkt de bereikbaarheid geen effect te hebben ($b = -0,5; p = 0,31$). Voor de overige zes onafhankelijke variabelen laat dit model geen effect zien op de ervaren tevredenheid (Tabel 7). Daarnaast blijkt uit de analyse dat er een negatief interactie-effect tussen bereikbaarheid en jeugdverpleegkundigen aanwezig is ($b = -1,5; p = 0,03$). Dit betekent dat het bereikbaar zijn van een professional voor Jeugdverpleegkundigen ($b = 2,9 - 1,5 = 1,4$) een minder groot effect heeft op tevredenheid dan voor andere professionals ($b = 2,9$).

Model 3d

In Model 3d wordt het interactie-effect van bereikbaarheid en of een professional zelf werkzaam is in het medisch domein op de ervaren tevredenheid getest. De overige zeven onafhankelijke variabelen zijn ook opgenomen in dit model. De variabele bereikbaarheid heeft ook hier een significant effect op de ervaren tevredenheid voor alléén professionals uit het sociale domein ($b = 2,9; p < 0,001$), De overige zeven variabelen hebben geen effect (Tabel 7). Het interactie-effect daarentegen laat een negatief significant effect zien op de ervaren tevredenheid ($b = -1,7; p < 0,00$). Dit betekent dat het bereikbaar zijn van een professional voor professionals werkzaam in het medisch domein ($b = 2,9 - 1,7 = 1,2$) een minder groot effect heeft op tevredenheid dan voor andere professionals ($b = 2,9$).

Model 3e

In Model 3 wordt het interactie-effect van bereikbaarheid en het aantal samenwerkingspartners op de ervaren tevredenheid getest. In dit model zijn de zeven onafhankelijke variabelen bijgevoegd. Uit de analyse komt naar voren dat bereikbaarheid een significant effect heeft op de ervaren tevredenheid voor professionals uit het sociale domein ($b = 2,9; p < 0,001$). Terwijl er voor professionals uit het medische domein geen effect is te meten ($b = -0,4; p = 0,33$). De zes variabelen hebben geen effect op de ervaren tevredenheid (Tabel 7). Daarnaast blijkt dat de combinatie van bereikbaarheid en de hoeveelheid samenwerkingen die een professional heeft geen effect te hebben op de ervaren tevredenheid ($b = -0,0; p < 0,72$).

Model 3

Model 3 is het volledige model en hierin worden de zeven onafhankelijke variabelen samen met de vijf interactie-effecten op de ervaren tevredenheid getest. Het blijkt dat de variabele bereikbaarheid een significant effect blijft houden op de ervaren tevredenheid voor alleen professionals uit het sociale domein ($b = 2,8; p < 0,001$). Voor professionals uit het medische domein blijft er geen effect te meten ($b = -0,5; p = 0,28$). Ook de overige zes variabelen hebben geen effect (Tabel 7).

Van de vijf interactie-effecten hebben drie effecten een significant effect. Het eerste negatieve significante effect is bereikbaarheid en een samenwerking met een professional uit het medische domein ($b = -1,1; p = 0,03$). Dit betekent dat bereikbaarheid minder belangrijk lijkt te zijn als er een samenwerking plaatsvindt met een professional uit het medische domein op de ervaren tevredenheid. Het tweede negatieve interactie-effect is bereikbaarheid en jeugdverpleegkundigen ($b = -2,3; p = 0,01$). Dit laat zien dat ook voor jeugdverpleegkundigen bereikbaarheid minder belangrijk is voor de ervaren tevredenheid over de samenwerking. Het laatste negatieve interactie-effect is bereikbaarheid en of een professional zelf werkzaam is in het medische domein ($b = -2,0; p = 0,00$). Dit laat zien dat de combinatie van bereikbaarheid en of een professional zelf werkzaam is in het medische domein zorgt voor minder tevredenheid. De laatste twee interactie-effecten geven aan dat het effect van bereikbaarheid op tevredenheid het grootst is voor professionals die werkzaam zijn in het sociale domein, terwijl het effect minder groot is voor jeugdverpleegkundigen en professionals uit het medisch domein. Daarbovenop geeft het eerste interactie-effect aan dat het effect van bereikbaarheid ook groter is voor samenwerkingen met professionals uit het sociaal domein dan voor samenwerkingen met professionals uit het medisch domein. In andere woorden: het effect van bereikbaarheid op

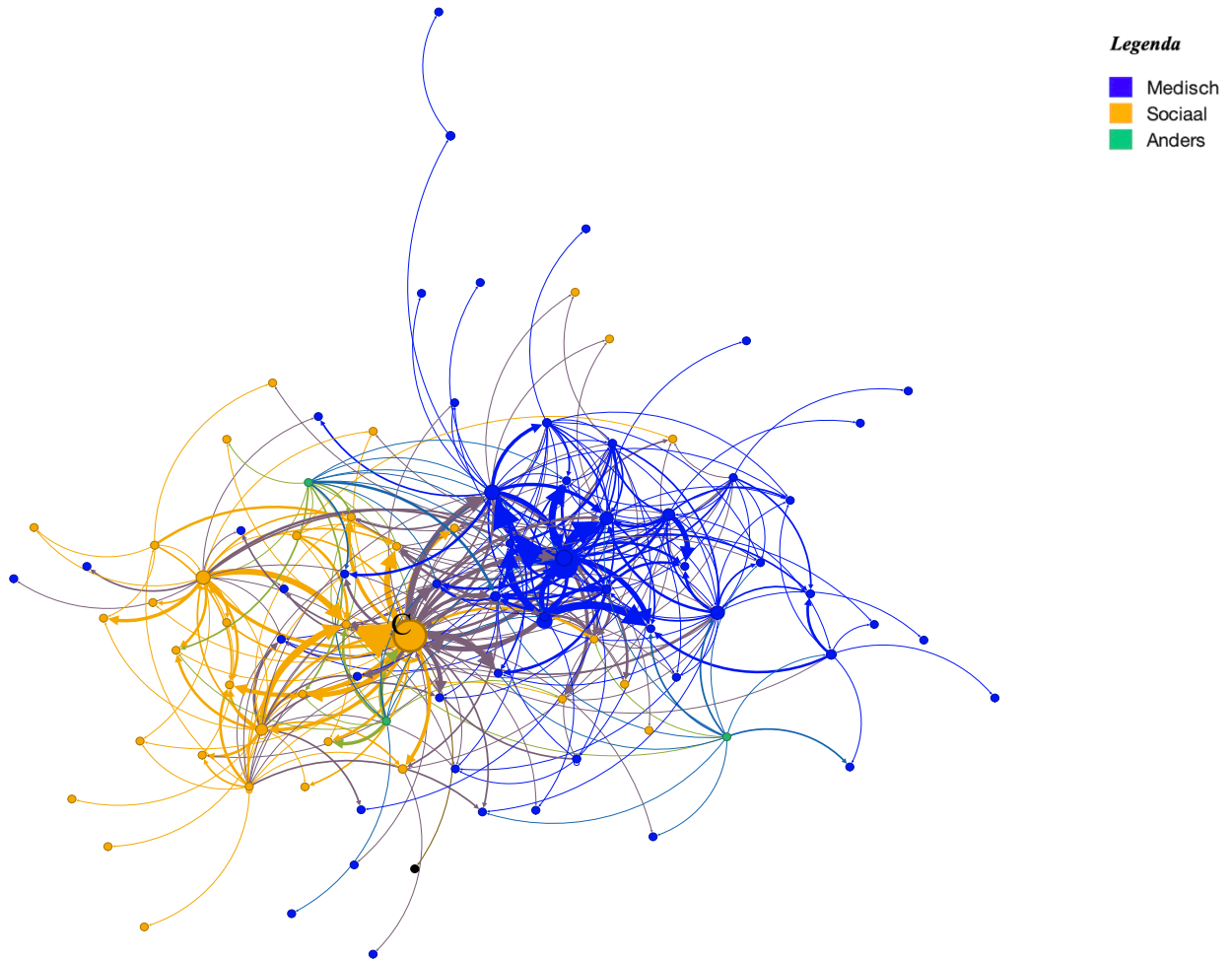
tevredenheid binnen samenwerkingen is het grootste in samenwerkingen binnen het sociaal domein.

4.3 Sociale netwerken

Voor dit onderzoek is één sociaal netwerk geanalyseerd en op twee verschillende manieren weergegeven. In de eerste in netwerkaafbeelding van het netwerk is het sociale netwerk van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn verdeeld over het sociale en medisch domein afgebeeld. In de tweede netwerkaafbeelding van hetzelfde netwerk is het sociale netwerk van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn uit het sociaal en medisch domein verdeeld over categorieën in kaart gebracht. Hier wordt ook de centraliteit en structural holes besproken. De organisaties zijn aan elkaar verbonden wanneer de zorgprofessionals die werkzaam zijn in deze organisaties aangeven met elkaar samen te werken. In de twee afbeeldingen van dit netwerk is dit weergegeven door de lijnen tussen de verschillende organisaties. Hiervoor geldt dat hoe dikker deze lijn is, hoe meer professionals uit de organisaties samenwerken.

4.3.1 Het netwerk van organisaties verdeeld over het medisch en sociaal domein

De eerste netwerkvisualisatie die wordt geanalyseerd is het netwerk van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn verdeeld over het sociaal en medisch domein (Figuur 8). De afbeelding toont een verzameling van knooppunten en lijnen. Elk knooppunt is een organisatie. De knooppunten variëren in grootte. Hoe groter een knooppunt, hoe meer verbindingen het heeft met andere knooppunten. Dit wordt bepaald aan de hand van de maatstaf “*totale degree*”. Deze maatstaf geeft het totaal aantal verbindingen aan die professionals van organisaties hebben met anderen en de samenwerkingen die andere professionals van organisaties aangeven. Hiervoor geldt dat hoe meer verbindingen een organisatie heeft hoe centraler de organisatie staat in het netwerk. Organisaties die tot het medische domein behoren hebben een blauwe kleur en organisaties die tot het sociale domein behoren hebben een oranje kleur. De groene knooppunten staan voor organisaties die niet ingedeeld konden worden in het sociale of medische domein, maar wel benoemd zijn door de respondenten.



*Figuur 8: Netwerkaafbeelding sociaal en medisch domein*³

Een voorbeeld hiervan is de gemeente Groningen. Als laatste zijn de twee zwarte knooppunten organisaties waarvan niet bekend is om welke organisatie het gaat en tot welk domein deze behoort. Aangezien professionals uit de organisaties toch deze samenwerking hebben aangegeven, staan deze samenwerkingen met onbekende organisaties alsnog in de afbeelding. Daarnaast geven de lijnen tussen de knooppunten de relatie tussen de organisaties weer. Hoe dikker deze lijn, hoe meer contact er is tussen de organisaties. De kleur van de lijn geeft aan of een organisatie samenwerkt met een andere organisatie uit het sociale of medisch domein.

³ Voor de positionering van de knopen is het algoritme ForceAtlas in het programma Gephi 0.10.1 gebruikt. Daarnaast zijn Expansion en NoOverlap gebruikt om de afbeelding leesbaar te maken.

Bijvoorbeeld als een lijn oranje van kleur is, dan heeft een professional uit het sociaal domein aangegeven samen te werken met een andere organisatie. Een uitzondering hierop is een donkerroze lijn, deze lijn geeft aan dat de samenwerking van beide organisaties komt.

In Figuur 8 bevinden organisaties van het sociale domein (oranje) zich vooral aan de linkerkant van de netwerkaafbeelding en organisaties van het medische domein (blauw) aan de rechterkant. De organisaties die niet bij een domein ingedeeld konden worden bevinden zich zowel in het sociaal als het medische domein. Doordat de organisaties van het sociale domein zich aan de linkerkant van de netwerkaafbeelding bevinden en de organisaties uit het sociale domein aan de rechterzijde, zou er sprake kunnen zijn van segregatie, maar dat is niet het geval. Met segregatie in een netwerk wordt bedoeld dat de knooppunten in het netwerk geclusterd zijn in afzonderlijke groepen. Aan de hand van de assortativiteitsmeting kan bepaald worden of er sprake is van segregatie in dit netwerk en voor dit netwerk heeft een score 0,11. Dit betekent dus dat er een licht voorkeur lijkt te bestaan voor samenwerkingen binnen het eigen domein, maar deze is niet heel sterk. Er is dus wel sprake van wat segregatie, maar dit is beslist niet sterk. Dit is ook terug te zien in de netwerkaafbeelding door clusters van knooppunten die niet of nauwelijks zijn verbonden met de knooppunten buiten hun eigen cluster. Met andere woorden: als er sprake zou zijn van segregatie, dan zouden de organisaties uit het sociale domein alleen samenwerken met organisaties uit het sociale domein en organisaties uit het medische domein alleen met organisaties uit het medische domein.

Daarnaast lijkt uit deze twee afzonderlijke netwerksegmenten dat de organisaties uit het medische domein meer samenwerken met organisaties uit het sociale domein. Hoewel er enkele organisaties uit het sociale domein zijn die ook samenwerken met het medisch domein, lijkt dit aantal kleiner dan het aantal medische organisaties dat samenwerkt met sociale organisaties. Dus ondanks de aanwezigheid van verbindingslijnen tussen de domeinen, lijkt de samenwerking tussen organisaties uit het medische en sociale domein beperkt.

Daarnaast lijken een aantal organisaties een centrale positie in te nemen. Met centrale positie wordt bedoeld dat een organisatie veel contacten heeft met andere organisaties door samenwerkingen en ook dat er veel samenwerkingen van andere organisaties via deze organisaties lopen. De organisatie kan dus een belangrijke rol hebben in het sociale netwerk. In Figuur 8 is in het sociale domein te zien dat in ieder geval één knooppunt de grootste is in vergelijking met de overige knooppunten. In Figuur 8 is deze organisatie weergegeven met een C. Deze organisatie lijkt ook de meeste samenwerkingen te hebben met andere organisaties uit het medische domein. Naast de hoeveelheid samenwerkingen met het medisch domein lijkt

deze organisatie ook de meeste samenwerkingen met de overige organisaties in het sociale domein te hebben. Voor het medisch domein geldt dat er niet één organisatie een centrale positie heeft, maar dat meerdere organisaties samen een centrale positie innemen. Ook deze organisaties lijken samen te werken met de organisatie die een centrale positie heeft uit het sociale domein.

Tussen de twee clusters van het sociale en medische domein zijn een paar kleinere knooppunten te vinden. Deze organisaties lijken veel samen te werken met de organisatie die de centrale positie inneemt in het sociale domein en met drie organisaties die een centrale positie innemen bij het medische domein.

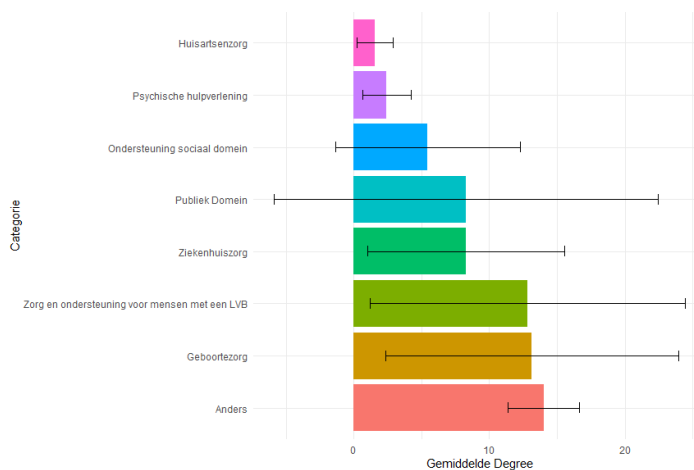
Daarnaast zijn er enkele isolaten. Dit zijn organisaties die slecht met één of twee andere organisaties zijn verbonden. Het kan betekenen dat deze organisaties een gespecialiseerd beroep heeft die voor een paar andere organisaties van belang zijn. Zo'n organisatie kan op deze manier wel specifieke middelen of informatie leveren aan andere organisaties zonder deel uit te maken van de kern van het netwerk. In de netwerkaafbeelding is dit bij sommige knooppunten ook terug te zien doordat de samenwerkingen veelal bij de organisaties vandaan komen die tot de kern van het netwerk behoren. Een gedetailleerde bespreking van organisaties uit het medisch en sociaal domein is terug te vinden in Bijlage K.

4.3.2 Het netwerk van de verschillende organisaties per categorie.

Waar in de eerste inkleuring van de netwerkaafbeelding de aandacht lag op de verschillende organisaties waar zorgprofessionals werkzaam zijn verdeeld over het sociaal en medisch domein, wordt er nu dieper ingegaan op het niveau van de verschillende categorieën. Het is nuttig om het netwerk op een groter detailniveau te analyseren, omdat het een groter begrip en inzicht geeft hoe de verschillende organisaties samenwerken. Allereerst zal de visuele weergave van de netwerkaafbeelding kort worden besproken. Hierna volgt het organisatiekenmerk centraliteit en structural holes.

In Figuur 10 is een visuele weergaven deze netwerkaafbeelding te vinden. De netwerkaafbeelding toont een verzameling aan knooppunten en lijnen. De indeling en lay-out van de afbeelding is identiek aan Figuur 8, op de kleurindeling na. Elk knooppunt is een organisatie die tot een bepaalde categorie is ingedeeld. Een voorbeeld van deze indeling en bijbehorende kleurcodering is donkerblauw voor de categorie geboortezorg. Onder de geboortezorg vallen de verloskundigenpraktijken en de verschillende kraamzorgorganisaties. Het overzicht van de

categorieën en de kleurcodering is terug te vinden in de legenda van Figuur 10. Het totaaloverzicht van welke organisaties bij welke categorie horen is terug te vinden in Bijlage C. De grootte van het knooppunt geeft aan hoeveel verbindingen (totale degree) een organisatie heeft met een andere organisatie. Hiervoor geldt dat hoe groter het knooppunt, hoe meer verbindingen deze organisatie heeft. Als een organisatie veel verbindingen heeft met andere organisaties dan heeft deze een centrale positie in het netwerk. Dit wordt bepaald aan de hand van de maatstaf “*totale degree*”. Deze maatstaf geeft het totaal aantal verbindingen aan die professionals van organisaties hebben met anderen en de samenwerkingen die andere professionals van organisaties aangeven. Hiervoor geldt dat hoe meer verbindingen een organisatie heeft hoe centraler de organisatie staat in het netwerk.



Figuur 9: gemiddelde degree van de verschillende categorieën

Wat opvalt aan dit netwerk is dat met name organisaties uit het publieke domein, waar de jeugdverpleegkundigen toe behoren, een centrale positie innemen. Dit is te zien aan het grote groene knooppunt aan de linkerzijde van het netwerk. De categorie publiek domein heeft een gemiddelde degree van 8,29 (zie Figuur 9). Dit betekent dat organisaties uit de categorie publiek domein gemiddeld meer dan 8 samenwerkingsrelaties hebben met anderen. In Figuur 10 is dit ook terug te zien doordat één organisatie een centrale rol inneemt in de samenwerking met anderen en andere organisaties uit de categorie publiek domein niet. Het publiek domein heeft veel samenwerkingen met organisaties uit de geboortezorg.

Daarnaast valt op dat de dikste pijl die zich aan de linkerzijde van het groene knooppunt bevindt wijst naar een relatief klein donkerrood knooppunt. Dit is een organisatie die valt onder de ondersteuning sociaal domein. Deze organisatie staat ook veel in contact met organisaties

uit de categorie zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB. Daarnaast blijkt dat deze organisatie eigenlijk de enige organisatie in de categorie ondersteuning sociaal domein is die zich in de kern van het netwerk bevindt.

De organisaties die vallen onder de categorie zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB, organisaties in de huisartsenzorg en de organisaties uit de psychische hulpverlening hebben een lage degree, wat aangeeft dat ze weinig zijn ingebed in het grotere netwerk.

Daarnaast valt op dat organisaties die onder de geboortezorg vallen vooral veel met andere organisaties samenwerken die ook onder de categorie geboortezorg vallen zoals andere verloskundigen en kraamverzorgers. Naast de samenwerkingen met de ziekenhuiszorg werkt de geboortezorg ook veel samen met het publieke domein. Daarnaast valt als laatste op dat de geboortezorg minimaal contact heeft met organisaties in de sociale ondersteuning.

De samenwerkingsverbanden van de organisaties in de ziekenhuiszorg zijn dus beperkt tot bepaalde zorgcategorieën, en daarnaast hebben zij met de vier andere categorieën zoals psychische hulpverlening geen samenwerking. Een gedetailleerde beschrijving van het netwerk met de verschillende categorieën is terug te vinden in Bijlage L.

4.4 Organisatiekenmerk centraliteit en de structural holes

In deze paragraaf worden de organisatiekenmerken centraliteit en de structural holes besproken. Hierin wordt duidelijk welke maatstaven zijn gebruikt om beide kenmerken te meten en wordt er een interpretatie gegeven van de cijfers.

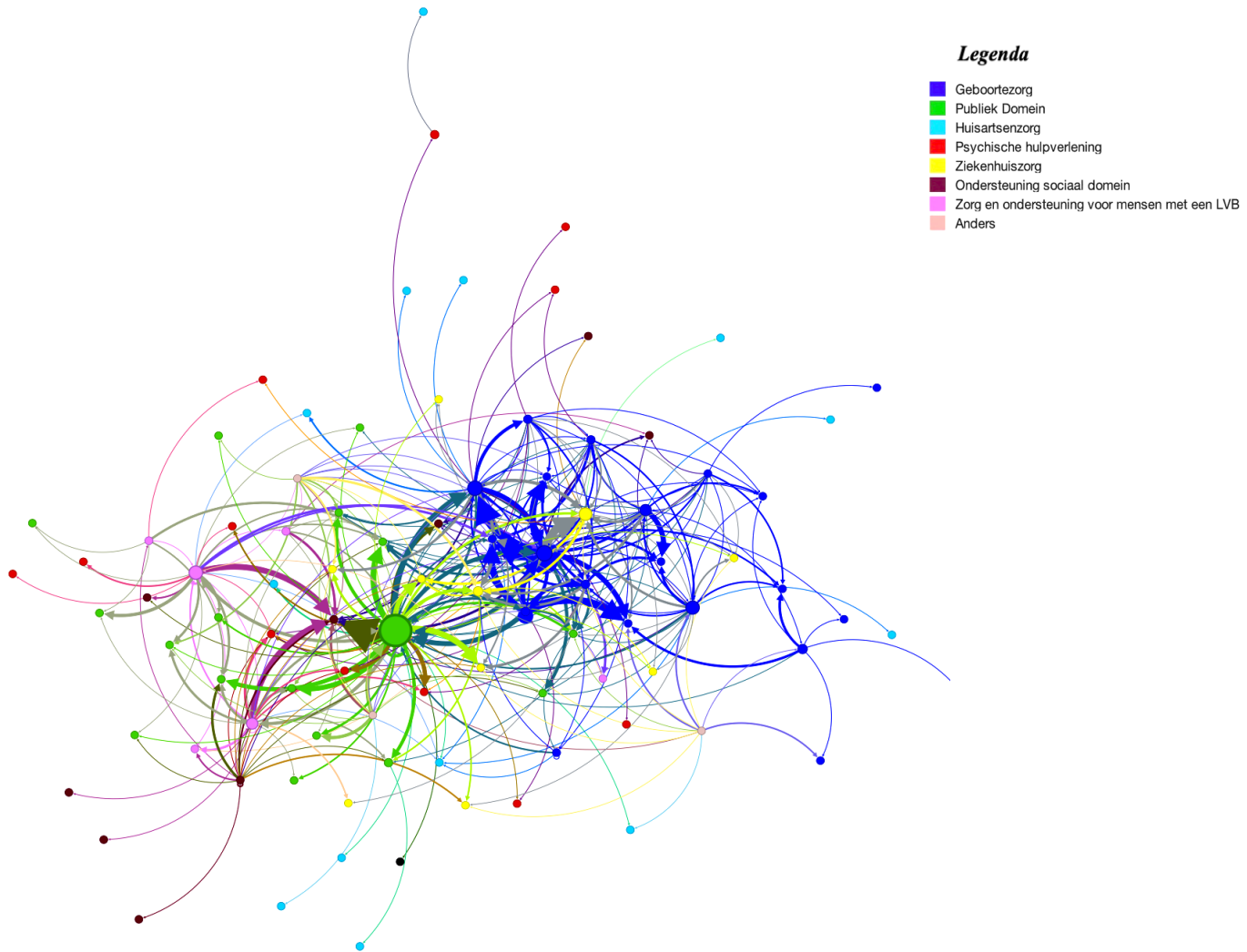
4.4.1 Centraliteit

De centraliteit van organisatie wordt gemeten aan de hand van de maatstaf “degree”. De degree is op te delen in drie componenten, namelijk totale degree, indegree en outdegree. Met totale degree wordt bedoeld het totale van alle verbindingen die een organisatie heeft. Hieronder vallen de verbindingen die een organisatie zelf aangeeft en de verbindingen die andere organisaties aangeven te hebben met deze organisatie. Met de indegree wordt weergegeven hoe vaak een organisatie is benoemd door een ander en de outdegree geeft aan hoe vaak een organisatie een andere organisatie heeft genoemd.

De organisatie die het hoogste aantal verbindingen heeft met andere organisaties in zowel het medisch als het sociaal domein, is organisatie A uit het sociaal domein. Deze organisatie heeft een score van 62. Dit betekent dat de zij rechtstreeks verbonden zijn met 62 andere knooppunten in het sociale netwerk. Van deze 62 samenwerkingsrelaties wijzen 15

andere organisaties naar deze organisatie. Daarnaast geeft deze organisatie A zelf aan met 47 andere organisaties samen te werken.

De organisatie die na organisatie A de meeste verbindingen heeft met andere organisaties in het medisch en sociaal domein is een organisatie B uit de geboortezorg. Deze organisatie heeft een totaal aantal verbindingen van 39. Van deze 39 samenwerkingsrelaties geven 15 organisaties aan dat zij samenwerken met organisatie B. Daarnaast geeft organisatie B zelf aan met 24 andere organisaties samen te werken.



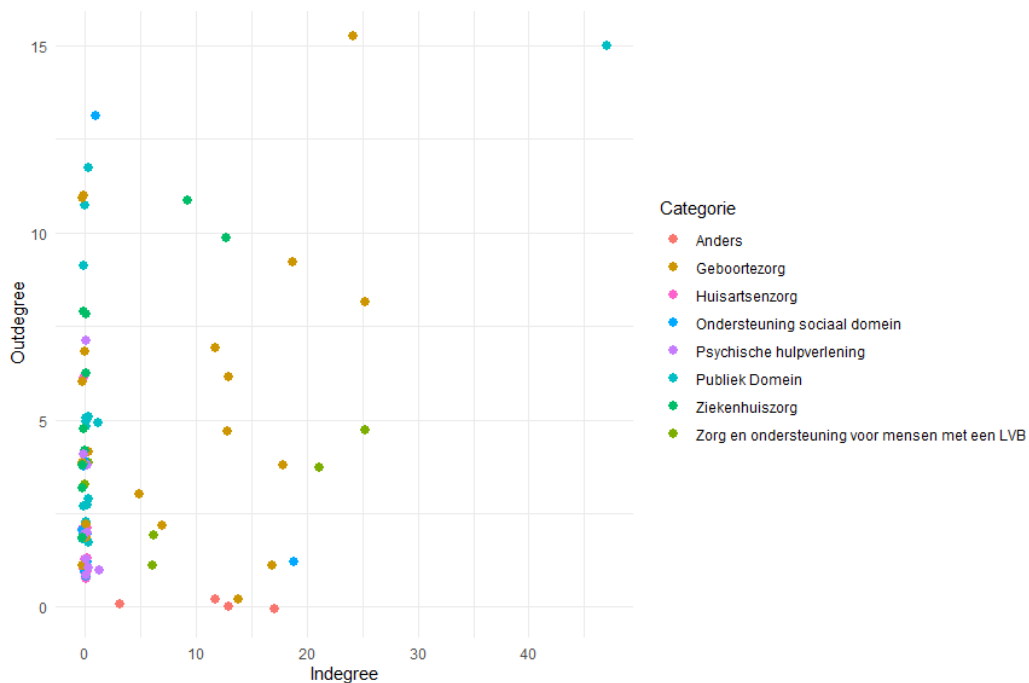
Figuur 10: Netwerkaafbeelding organisaties verschillende domeinen⁴

⁴ Voor de positionering van de knopen is het algoritme ForceAtlas in het programma Gephi 0.10.1 gebruikt. Daarna zijn Expansion en NoOverlap gebruikt om de afbeelding leesbaar te maken.

Na organisatie B heeft organisatie C het hoogst aantal verbindingen met andere organisaties, namelijk 33. Van deze 33 verbindingen is de indegree acht en de outdegree 25. Dit betekent dat acht andere organisaties aangeven samen te werken met organisatie C en deze organisatie geeft zelf aan dat zij met 25 andere organisaties samenwerken. Hierna volgt de organisatie D. Zij geven aan een totale degree van 30 te hebben, waarvan de indegree 25 is en de outdegree 5. Dit betekent dat 25 andere organisatie aangeven met organisatie D samen te werken en organisatie D zelf geeft aan met 5 organisatie samen te werken.

4.4.2 Interpretatie van degree cijfers

Wat de degree cijfers, zoals beschreven in de vorige paragraaf, van deze organisaties vooral weergegeven, is dat zowel de indegree als de outdegree hoog zijn. In Figuur 11 is een scatterplot weergegeven waarin de in- en out degree tegen elkaar zijn afgezet. Organisaties geven zelf aan met veel andere organisaties samen te werken, maar ook andere organisaties geven aan samen te werken met deze organisaties. Dit betekent dat deze organisaties dat zij door een hoge indegree en outdegree een invloedrijke positie hebben binnen het netwerk. Hierdoor kunnen zij een belangrijke rol spelen voor het netwerk, omdat zij andere organisaties kunnen verbinden en informatie kunnen verspreiden.



Figuur 11: In- en outdegree tegen elkaar afgezet per categorie

Daarnaast passen deze hoge in- en outdegree cijfers ook bij deze organisaties. Als eerste heeft de organisatie A de hoogste cijfers en dit past ook bij de werkzaamheden die zij verrichten. Organisatie A werkt veel samen met verloskundigen en kraamverzorgenden doordat na de kraamperiode er een overdracht plaatsvindt naar zowel de organisatie A en de huisarts voor de zorg van deze vrouwen. Daarnaast werken zij veel samen met organisaties in het sociaal domein om de kinderen van deze vrouwen in een veilige omgeving te laten opgroeien, als hier een indicatie of hulpvraag voor is. Het is dan ook te verwachten dat organisatie B daaropvolgend de hoogste degree cijfers heeft. Organisatie B is één van de grootste kraamzorgorganisatie in het noorden van Nederland. Hierdoor is het te verwachten dat zij ook met veel andere organisaties samenwerken en dan andere organisaties aangeven met hen samen te werken.

Na organisatie B volgt organisatie C. Ook van deze organisatie is te verwachten dat zij met veel andere organisaties samenwerkt en dit heeft een tweetal redenen. Ten eerste is er al een goede samenwerking met andere organisaties zoals organisatie B, omdat zij de verloskundigen ondersteunen bij een thuisbevalling en er is veel contact tijdens de kraamperiode. Daarnaast blijkt dat de zorgprofessionals van deze organisaties veel nevenfuncties hebben. Dit zorgt ervoor dat zij ook meer samenwerken met andere organisaties en dat deze zorgprofessionals beter weten welke persoon hen kan helpen bij een bepaalde hulpvraag.

Als laatste organisaties met een hoge in-en out-degree is de organisatie D. Ook organisatie D is een van de grootste zorginstelling voor mensen met een LVB en/of psychische beperking in het noorden van Nederland. Hierdoor is het ook te verwachten dat deze organisatie vaak wordt genoemd door andere organisaties als samenwerkingspartner.

4.4.3 Overige degree cijfers

Daarnaast zijn er 67 organisaties die een indegree van 0 hebben (zie Figuur 11). Een indegree van 0 kan erop wijzen dat er geen andere organisaties zijn die samenwerkingen hebben met deze specifieke organisaties. Dit kan betekenen dat deze organisaties geïsoleerd zijn van de andere organisaties in het netwerk. Dit kan leiden tot een gebrek aan toegang tot het sociale kapitaal van andere organisaties. Wat ervoor zorgt dat een organisatie bijvoorbeeld minder goede zorg kan leveren. Daarnaast zijn er ook vier organisaties met een indegree van 0 en een outdegree van 11 en 12. Dit geeft aan dat deze organisaties niet worden benoemd door andere organisaties, maar wel zelf aangeven samen te werken met anderen.

Ook zijn er vijf organisaties die een outdegree van 0 hebben. Een outdegree van 0 kan betekenen dat een organisatie een passieve rol heeft binnen het netwerk. Een organisatie kan bijvoorbeeld geen initiatief nemen om samenwerkingen aan te gaan met andere organisaties. Ook dit kan leiden tot weinig toegang tot andermans sociaal kapitaal, dat als gevolg kan hebben dat er minder goede zorg geleverd kan worden. Deze vijf organisaties hebben daarentegen een indegree van drie, 12, 13, 14 en 17, wat betekent dat ze wel als samenwerkingspartner benoemd worden door anderen. Het gaat hierom de huisartspraktijken en één kraamzorgorganisatie. De combinatie van een outdegree van 0 en een indegree van tussen de drie en 17 laat zien dat het hier om organisaties gaat die specifieke zorg leveren. Ze bevinden zich daarom aan de rand van het netwerk en deze plek is ook te verwachten bij deze organisaties. Een kanttekening die geplaatst moet worden bij deze uitkomsten, is dat sommige uitkomsten mogelijk worden beïnvloed door non-respons. Een voorbeeld hiervan zijn de huisartsenpraktijken. Doordat er bij deze respondentengroep sprake was van een hoge non-respons is het niet betekent met welke organisaties zij samenwerken. Hierdoor worden deze organisaties ook op deze positie geplaatst, terwijl bij een hoge respons de positie in het netwerk anders zou zijn geweest.

4.4.4 Structural holes

Om de structural holes in kaart te brengen, worden twee maatstaven gebruikt: betweenness en constraint. De maatstaf betweenness meet hoe een organisatie fungeert als brug tussen andere organisaties in dit netwerk. Dit betekent dat een organisatie met een hoge betweenness-score een centrale positie inneemt in het netwerk. Hierdoor kan zo'n organisatie de informatie-uitwisseling tussen en met andere organisaties beïnvloeden en ook controleren. Daarnaast kan een organisatie nieuwe samenwerkingen tussen en met andere organisaties organiseren. De betweenness wordt berekend door het aantal kortste paden te tellen die door een specifieke organisatie lopen en die andere organisaties met elkaar verbinden.

De maatstaf constraint bepaalt in hoeverre de contracten van een organisatie bijdragen aan nieuwe informatie of mogelijkheden. Dit in vergelijking met de andere contacten die overbodig zijn, omdat zij deze toegang niet hebben. Een lage constraint betekent dat een organisatie toegang heeft tot verschillende informatiebronnen. Dit kan een strategisch voordeel voor een organisatie opleveren, omdat dit kan leiden tot nieuwe inzichten. Maar ook kan dit een organisatie beter inspelen op veranderingen in de zorg of fungeren als brug tussen andere organisaties. Hierdoor wordt de positie en invloed van deze organisatie versterkt binnen dit netwerk. De constraint score wordt berekend door te onderzoeken hoe sterk contacten van een

organisatie onderling met elkaar verbonden zijn. Hierbij geldt dat hoe hogere de constraint score hoe sterker de organisaties onderling verbonden zijn. Dit betekent dat deze organisaties minder kans hebben om toegang tot nieuwe informatie. Een lage constraint score wijst erop dat organisaties onderling niet sterk verbonden zijn en dus een grotere kans hebben om toegang te krijgen tot verschillende informatiebronnen.

4.4.5 Betweenness

Als er gekeken wordt naar eerste maatstaf betweenness dan komt hier naar voren dat de organisatie A de hoogste betweenness-score heeft van 754. Dit betekent dat dat organisatie A veel contacten heeft met andere organisaties en ook dat veel contacten via deze organisatie verlopen. Bij de tweede maatstaf constraint heeft organisatie A de laagste score van 0,066. Dit betekent dat organisatie A contact heeft met andere organisaties die geen of weinig contacten hebben met anderen. Organisatie A heeft door een hoge betweenness en een lage constraint score een grote rol in het sociale netwerk doordat zij de rol van broker op zich kunnen nemen en daarnaast toegang hebben tot verschillend uniek sociaal kapitaal. De positie van organisatie A in het midden van het netwerk ten opzichte van de andere organisaties is een positie die te verwachten is. Dit komt doordat organisatie A veel samenwerkt met zorgprofessionals uit de geboortezorg doordat de zorg van vrouwen na hun kraamtijd wordt overgedragen van de verloskundigen en kraamverzorgende naar de huisarts en organisatie A. Daarnaast werken zij veel samen met andere organisaties uit het sociaal domein om ervoor te zorgen dat kinderen een stabiele omgeving hebben om in op te groeien.

Op een gedeelde tweede plek komen de kraamzorgorganisatie B en verloskundigenorganisatie C. Organisatie B heeft betweenness van 241 en een constraint van 0,10. Organisatie A heeft een betweenness van 211 en een constraint van 0,09. Door de hoge betweenness organisatie B staat deze organisatie iets centraler in het netwerk dan organisatie C. Beide organisaties hebben een lage constraint score, wat aangeeft dat ze beide een belangrijke positie hebben in het netwerk met toegang tot verschillend sociaal kapitaal. De score van organisatie C is een klein beetje lager dan die organisatie B, wat aangeeft dat deze organisatie iets meer toegang heeft tot unieke contacten. Samenvattend vormen deze twee organisaties samen met organisatie A de essentie van het netwerk van project DOEN!

4.4.6 Overige betweenness cijfers

Uit de analyses komt naar voren dat 19 organisaties een betweenness hebben van tussen de zes en 754 en 74 organisaties een betweenness van 0. Een betweenness van 0 betekent dat de organisatie niet fungeert als brug tussen andere organisaties binnen het netwerk. Dit houdt in dat ze dus geen sleutelpositie in het netwerk innemen en dat andere organisaties elkaar ook kunnen vinden zonder deze organisatie. Het feit dat veel organisaties een betweenness van 0 hebben past ook bij dit netwerk en onderstreept de eerder gevonden bevindingen bij het uittekenen van het netwerk. In dit netwerk is er geen sprake van netwerksegregatie, maar er is wel sprake van twee netwerksegmenten. Doordat veel organisaties een betweenness score hebben van 0 toont aan dat veel organisaties niet verbonden zijn met andere organisaties buiten hun eigen cluster.

4.4.7 Totale degree en betweenness

Als de totale degree en betweenness met elkaar worden vergeleken valt op dat er twee organisaties zijn die een hoge betweenness hebben en een lage degree. Als een organisatie een hoge betweenness en een lage degree hebben kan dit duiden op een specialistische bruggenfunctie. Hiermee wordt bedoeld dat een bepaalde organisatie een sleutelrol heeft in het verbinden van verschillende netwerksegmenten, terwijl het zelf maar een aantal directe verbindingen heeft. De eerste organisatie is kraamzorgorganisatie E. Deze organisatie heeft een betweenness van 55 en een totale degree van 9. Als deze organisatie in de netwerkaafbeelding (Zie Figuur 10) wordt opgezocht is te zien dat deze organisatie aan de rechterbuitenzijde enkele organisaties die zich aan de buitenzijde van het netwerk bevinden, verbindt met het centrale deel van het medisch domein.

De tweede organisatie is een jeugdhulp organisatie F. Deze organisatie heeft een betweenness van 23 en een totale degree van 6. In de netwerkaafbeelding (zie Figuur 10) is deze organisatie te vinden onder de het knooppunt van de organisatie A. Organisatie F lijkt met name met organisaties uit de categorieën zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB en ondersteuning sociaal domein samen te werken en met de twee ziekenhuizen UMCG en Martini Ziekenhuis.

4.4.8 Lage betweenness en lage constraint

In de analyses is er ook gekeken naar de discrepanties tussen deze twee scores. Er is onderzocht of er organisaties zijn met zowel een hoge betweenness als een hoge constraint, of met een lage

betweenness maar ook een lage constraint. Deze discrepanties kunnen belangrijke inzichten bieden. Een voorbeeld hiervan is dat een organisatie met een hoge betweenness en hoge constraint fungeert vaak als brug tussen andere organisaties, maar de contacten die deze organisatie heeft bieden weinig nieuwe informatie of mogelijkheden, wat kan wijzen op overbodige verbindingen. Omgekeerd heeft een organisatie met lage betweenness en lage constraint mogelijk een minder verbindende rol, maar benut deze organisatie de contacten efficiënt voor nieuwe informatie en kansen. Als dergelijke discrepanties niet voorkomen, kan dat erop wijzen dat betweenness en constraint in dit netwerk sterk gecorreleerd zijn en hetzelfde aspect van netwerkstructuur meten.

Uit de analyses blijkt dat er geen organisaties zijn met een hoge betweenness en een hoge constraint. Dit betekent dat er geen organisaties zijn die fungeren als brug tussen andere organisaties of bijdrage aan het verspreiden van nieuwe informatie. Wel blijkt uit de analyses dat er één organisatie is die een lage betweenness (0,00) en een lage constraint score (0,08) heeft. Deze organisatie heeft daarnaast een totale degree van 20, waarvan de indegree 19 is en de outdegree 1. Dit betekent dat de organisatie zelf aangeeft met 1 andere organisatie samen te werken en 19 andere organisaties aangegeven met deze organisaties samen te werken. Deze twee scores kunnen erop duiden dat deze organisatie een beperkte rol en invloed heeft binnen het netwerk. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat de organisatie minder interactie heeft met andere organisaties en hierdoor ook minder informatie uitwisselt. Ook kan de organisatie zich meer aan de rand van het netwerk bevinden waardoor de organisatie zelf minder directe contacten heeft met de kern van het netwerk. Hierdoor blijft hun impact beperkt.

Een kanttekening die geplaatst moet worden bij deze uitkomst is dat er sprake was van veel non-respons bij deze organisatie. Hierdoor lijkt het alsof deze organisatie weinig samenwerkt met anderen, terwijl dit in de praktijk misschien wel zo is. Aannemelijker is dat de twee maatstaven betweenness en constraint in dit netwerk sterk gecorreleerd zijn en dus hetzelfde aspect van de netwerkstructuur meten.

5. Discussie en Conclusie

De bevindingen van dit onderzoek zijn waardevol voor alle zorgprofessionals en organisaties die actief zijn op het snijvlak van het medische en sociale domein. In dit onderzoek stonden de twee onderzoeksvragen centraal. Als eerste luidde de beschrijvende onderzoeksvraag: *Hoe zijn de organisaties die te maken hebben met de doelgroep van project DOEN! met elkaar verbonden via samenwerkingsrelaties, en hoe zijn de organisaties uit het sociaal en medisch*

domein verbonden aan een zorgorganisatie in Groningen? Als tweede ging de toetsende onderzoeksvraag over de tevredenheid van zorgprofessionals over hun samenwerkingen op dit gebied en deze luidde als volgt: *In welke mate verklaren bereikbaarheid, samenwerkingsfrequentie, en interdisciplinariteit de tevredenheid van zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen over hun samenwerkingsrelaties?* Om een antwoord te kunnen geven op deze toetsende onderzoeksvraag zijn drie hypothesen opgesteld. Voor de analyses zijn 82 respondenten gebruikt en voor het uittekenen van het netwerk zijn 109 respondenten betrokken. De uiteindelijke dataset bevatte 735 alters verdeelt over 82 ego's. Als eerste zal de beschrijvende onderzoeksvraag worden beantwoord en hiervan volgt het beantwoorden van de drie hypothesen om antwoord te geven op de toetsende onderzoeksvraag.

5.1 Beschrijvende vraag

De beschrijvende vraag in dit onderzoek was als volgt: *Hoe zijn de organisaties die te maken hebben met de doelgroep van project DOEN! met elkaar verbonden via samenwerkingsrelaties, en hoe zijn de organisaties uit het sociaal en medisch domein verbonden aan een zorgorganisatie in Groningen?* Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag is één sociaal netwerk uitgetekend en ingekleurd op twee verschillende manieren. In de eerste in netwerkaafbeelding is het sociale netwerk van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn verdeeld over het sociale en medisch domein afgebeeld. In de tweede netwerkaafbeelding is het sociale netwerk van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn uit het sociaal en medisch domein verdeeld over categorieën in kaart gebracht. Bij deze laatste inkleuring van het netwerk is ook gekeken naar het organisatiekenmerk centraliteit, en twee netwerkeigenschappen dichtheid en structural holes.

5.1.1 Netwerk van organisaties waar zorgprofessionals werkzaam zijn uit het sociaal en medisch domein

Dit onderzoek heeft laten zien dat het netwerk van organisaties dat werkt in het domein van project DOEN! is te verdelen over twee netwerksegmenten, die overeenkomen met het medische en sociale domein (zie Figuur 8). Er lijkt een lichte voorkeur te bestaan voor samenwerkingen binnen het eigen domein, maar deze is niet heel sterk. Er is dus wel sprake van wat segregatie, maar dit is beslist niet sterk.

Wat vooral opvallend was, is dat medische organisaties makkelijker lijken samen te werken met organisaties uit het sociale domein dan andersom, maar zoals te zien in Figuur 8 blijft de daadwerkelijke samenwerking tussen de organisaties uit de twee domeinen beperkt.

Daarnaast blijkt dat er in het sociaal domein één organisatie is die de meeste samenwerkingsrelaties heeft met andere organisaties, namelijk organisatie A. Zowel met organisaties uit het sociaal domein als het medische domein. Vanwege deze positie heeft deze organisatie een centrale rol in dit netwerk en kan hierdoor een invloedrijke positie verkrijgen. In het medisch domein heeft niet één organisatie deze centrale rol, maar is dit verdeeld over meerdere organisaties. Hiermee wordt bedoeld dat niet één organisatie een duidelijke centrale positie heeft zoals het geval is bij het sociaal domein, maar dat deze positie wordt gedeeld door meerdere organisaties. Dit betekent ook dat de invloed die bij een centrale positie komt kijken en de mogelijkheid om informatie te delen wordt gedeeld door deze organisaties.

5.1.2 Netwerk van de organisaties verdeeld over de categorieën

Dit onderzoek heeft laten zien dat vooral de categorie publieke zorg, waar de jeugdverpleegkundigen onder vallen, een centrale positie inneemt in het netwerk. Zij hebben de meeste samenwerkingen met andere organisaties en anderen geven ook aan dat zij samenwerken met hen.

Wat daarnaast opvallend is, is dat de organisaties die onder de categorie ondersteuning sociaal domein en zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB weinig samenwerken met andere organisaties uit andere categorieën. Terwijl deze twee categorieën organisaties bevatten die veel te maken hebben met de doelgroep waar project DOEN! zich voor inzet.

Wat ook interessant is, is dat de organisaties uit de geboortezorg voornamelijk gericht zijn op samenwerking met organisaties uit de geboortezorg. Daarnaast hebben ze samenwerkingen met organisaties uit de ziekenhuiszorg en het publieke domein. Ook zijn er samenwerking met de psychische hulpverlening, maar minimaal contact met sociale ondersteuningsorganisaties.

5.1.3 Organisatiekenmerk centraliteit en netwerkenmerk structural holes

De netwerkanalyse heeft ook belangrijke inzichten gegeven over de centraliteit van de organisaties binnen het sociaal en medisch domein. De organisatie die duidelijk centraal staat in dit netwerk is organisatie A, met op afstand gevolgd de organisatie B, organisatie C en organisatie D.

Ook bij het identificeren van de structural holes en de positie van broker in dit netwerk komt organisatie A als organisatie naar voren die deze positie inneemt. Door deze positie vormen zij bruggen tussen andere (geïsoleerde) clusters van het netwerk. Organisaties die na organisatie A een tweede centrale speler zijn in dit netwerk zijn organisatie B en organisatie C. Samenvattend vormen deze twee organisaties samen met organisatie A de essentie van het netwerk van project DOEN!

De rol voor specialistische bruggenbouwers is volgens dit onderzoek weggelegd voor organisatie E en organisatie F.

5.2 Toetsende onderzoeksvraag en drie hypothesen

Naast het beantwoorden van de beschrijvende onderzoeksvraag is in dit onderzoek ook gekeken naar hoe de specifieke samenwerkingsrelaties van de zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen met andere zorgprofessionals in het sociaal en medisch domein eruitzien. Hiervoor is de volgende toetsende onderzoeksvraag opgesteld: *In welke mate verklaren bereikbaarheid, samenwerkingsfrequentie, en interdisciplinariteit de tevredenheid van zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen over hun samenwerkingsrelaties?* Om deze vraag te beantwoorden zijn drie hypothesen opgesteld.

5.2.1 Eerste hypothese

De eerste hypothese is: *Naarmate zorgprofessionals van het sociaal en medisch domein een grotere contactfrequentie hebben tijdens het samenwerken met andere zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen, zijn zij meer tevreden over de samenwerkingsrelaties.* In model 3 is deze hypothese getest en het blijkt dat het niet uitmaakt of er veel of weinig contact is tussen zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen en andere zorgprofessionals en hoe tevreden zij zijn over de samenwerking.

Een reden hiervoor zou kunnen zijn, is dat er meerdere factoren van invloed zijn op de ervaren tevredenheid over een samenwerking dan alleen de frequentie van het contact. Volgens het mere exposure effect van Zajonc (1968) ontwikkelen mensen een voorkeur voor elkaar als zij regelmatig aan elkaar worden blootgesteld. Dit zou voor vertrouwen zorgen en is een belangrijke voorwaarde voor een goede samenwerking (Weiss et al., 2021). Echter, wordt vertrouwen niet alleen gewekt door een regelmatige blootstelling aan elkaar, maar ook door andere factoren zoals wederkerigheid en betrouwbaarheid. Een theorie die dit verklaart is de sociale-uitwisselingstheorie van Peter Blau (1964), Richard Emerson (1976) en George

Homans (1961). Volgens deze theorie komen samenwerkingen tot stand op basis van een persoonlijk afweging van kosten en baten over de relatie. Daarbij worden er vergelijkingen gemaakt met vergelijkbare relaties. Positieve factoren die van invloed zijn op de afweging zijn beloningen zoals sociale acceptatie, respect en het verkrijgen van status. Negatieve factoren zijn de kosten die een relatie met zich meebrengt zoals straffen of verlies van beloningen. In samenwerkingsrelaties impliceert deze theorie dat samenwerkingspartners afhankelijk zijn van elkaar door sociale uitwisseling, waarbij iemand zijn persoonlijke doelen alleen kan behalen door samen te werken met iemand anders (Blau, 1964). Daarnaast stelt deze theorie dat mensen de neiging hebben om op een vergelijkbare manier op elkaar te reageren. Als een persoon betrouwbaar is in zijn handelen, dan wordt dit vaak beloond met welwillendheid. Als de kosten hoger zijn dan de beloning kan dit leiden tot ontevredenheid (Emerson, 1976). Wanneer wederkerigheid en betrouwbaarheid aanwezig zijn in de samenwerkingsrelatie, mensen eerder geneigd zijn om samen te werken. Als mensen ervaren dat ze op gelijkwaardig worden behandeld en erop kunnen vertrouwen dat anderen hun beloften nakomen, wordt de relatie versterkt en groeit het vertrouwen waardoor mensen willen samenwerken.

5.2.2 Tweede hypothese

De tweede hypothese is als volgt: *Naarmate zorgprofessionals van het sociaal en medisch domein beter bereikbaar zijn tijdens het samenwerken met andere zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen, zijn zij meer tevreden over de samenwerkingsrelaties.* In model 3 is deze hypothese getest en uit de resultaten blijkt dat vooral bereikbaarheid van invloed is op de ervaren tevredenheid bij zorgprofessionals uit het sociale domein, terwijl de mate van bereikbaarheid minder groot is voor jeugdverpleegkundigen en zorgprofessionals uit het medisch domein. Daarnaast blijkt dat bereikbaarheid belangrijker is in samenwerkingen met professionals uit het sociale domein dan voor samenwerkingen met professionals uit het medische domein. Opvallend uit deze beantwoording van de hypothese, is dat het voor zorgprofessionals uit het sociale domein bereikbaarheid dus belangrijker is dan voor zorgprofessionals uit het medische domein en bij jeugdverpleegkundigen.

Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat zorgprofessionals uit het sociale domein uit noodzaak meer waarde hechten aan bereikbaarheid van hun collega's. Dit kan te maken hebben met de aard van het werk, waarbij samenwerking en communicatie belangrijk zijn voor het verlenen van goede zorg. Voor zorgprofessionals uit het sociale domein is het noodzakelijk om meer samen te werken met andere zorgprofessionals, omdat cliënten vaak meerdere hulpvragen

of problematiek hebben (CPZ, 2021; Struijs et al., 2019). Om deze hulpvragen en problematiek aan te pakken zijn er vaak meerdere zorgprofessionals uit meerdere organisaties nodig. Een voorbeeld hiervan is een LVB-cliënt met psychische problemen en een kindervens heeft. Om deze cliënt de juiste zorg te verlenen heb je bijvoorbeeld al een casemanager, een persoonlijk begeleider, een psycholoog of psychiater en daarnaast een huisarts of verloskundige nodig. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek bleek in gesprekken met deelnemers dat het voor zorgprofessionals uit het sociale domein noodzakelijk is om samen te werken. Voor zorgprofessionals uit het medische domein heeft de mate van bereikbaarheid geen invloed op de tevredenheid over de samenwerking. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat in het medische domein zorgprofessionals vaker werken met strikte protocollen, gestandaardiseerde procedures en een duidelijke taakverdeling die de samenwerking meer structuren (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Deze protocollen en procedures zorgen voor duidelijkheid en voorspelbaarheid in de werkwijze waardoor er minder afhankelijkheid is van anderen. Een voorbeeld hiervan is dat verloskundigen een duidelijk afgebakend takenpakket hebben en wanneer er een indicatie is, kan zij de zwangere vrouw doorsturen naar de gynaecoloog. Voor het doorsturen zijn ook weer duidelijke procedures vastgelegd. Daarnaast wordt de verantwoordelijkheid van de zorg voor de zwangere bij het doorsturen overgedragen naar de gynaecoloog. Dit is duidelijk anders vergeleken met de zorg in het sociaal domein, waar soms meerdere zorgprofessionals uit meerdere organisaties deze verantwoordelijkheid dragen.

5.2.2.1 Jeugdverpleegkundigen

Een interessante uitkomst is dat het voor de jeugdverpleegkundigen, die onder het sociale domein vallen, minder belangrijk is of een andere zorgprofessional bereikbaar is en hoe tevreden zij zijn over de samenwerking. Een reden voor deze uitkomst zou kunnen zijn dat de werkwijze van een jeugdverpleegkundige meer overeenkomt met de werkwijze van een zorgprofessional uit het medisch domein. Zorgprofessionals uit het medische domein, zoals eerder uitgelegd, werken volgens strikte protocollen, gestandaardiseerde procedures en een duidelijke taakverdeling waardoor zij minder afhankelijk zijn van continue samenwerking (Lette et al., 2020). Zorgprofessionals uit het sociale domein moeten vaak meer samenwerken vanwege de soms complexe casussen en hulpvragen van hun cliënten. Als je naar de werkwijze van jeugdverpleegkundigen kijkt, dan zie je dat zij ondanks hun positie in het sociale domein, vaak zelfstandig werken volgens wetenschappelijke gestandaardiseerde richtlijnen ter ondersteuning bij het maken van besluiten. Hierbij is er sprake van een duidelijk afgebakend takenpakket, ook is het duidelijk wanneer en naar wie een jeugdverpleegkundige kan doorsturen

in geval van ernstige problemen (Achterberg et al., 2020). Dit kan verklaren waarom jeugdverpleegkundigen zich daardoor meer identificeren met de zorgprofessionals uit het medische domein en waarom de bereikbaarheid van een ander minder belangrijk is voor tevredenheid over de samenwerking.

5.2.3 Derde hypothese

De derde en laatste hypothese is als volgt: *Zorgprofessionals uit het sociale domein en jeugdverpleegkundigen van een zorgorganisatie in Groningen ervaren meer tevredenheid over de samenwerkingsrelaties als zij samenwerken met zorgprofessionals uit het sociale domein dan met zorgprofessionals uit het medische domein.* In model 2 wordt deze hypothese getest en uit de resultaten komt naar voren dat het niet uitmaakt of een zorgprofessional en jeugdverpleegkundigen samenwerken hebben met andere zorgprofessionals uit het medische of sociale domein en hoe tevreden zij zijn over de samenwerking. Als theoretische onderbouwing werd in dit onderzoek aangedragen dat er in samenwerkingsrelaties tussen het sociaal en medisch domein sprake is van grenswerk. Volgens dit begrip spannen mensen zich in om invloed uit te oefenen op de grenzen, scheidslijnen en onderscheidende factoren die van invloed zijn op onder andere groepen tijdens het samenwerken. Door deze inspanningen proberen sociale, symbolische, materiële en tijdelijke barrières te beïnvloeden en te doorbreken (Lamont & Molnár, 2002). Het doen van grenswerk tijdens een samenwerking is belangrijk, omdat het de manier waarop mensen samenwerken beïnvloedt. Een voorbeeld is dat mensen zich willen onderscheiden om bepaalde werkzaamheden te mogen uitvoeren. Daarnaast helpt grenswerk ook om samenwerking mogelijk te maken door de grenzen tussen organisaties af te stemmen of te verminderen, zodat ze samen doelen kunnen bereiken (Langley et al., 2019). Bovendien kan grenswerk bestaande hiërarchieën binnen en tussen organisaties en groepen behouden of veranderen (Bucher et al., 2016). Daarnaast is als theoretische onderbouwing aangedragen dat naast grenswerk er ook sprake is van het netwerkkenmerk homophily. Dit houdt in dat mensen de neiging hebben om vooral samenwerkingsrelaties aan te gaan met mensen die op hen zelf lijken. Mensen hebben deze neiging, omdat zij het makkelijker vinden om gedrag van anderen, wat zij van zichzelf herkennen of op zichzelf vinden lijken, te begrijpen (Caza et al., 2017).

Dat deze nulhypothese niet verworpen wordt kan verklaard worden door twee factoren. Als eerste kan het zijn dat er al meer grenswerk heeft plaatsgevonden dan in eerste instantie is gedacht, waardoor grenzen en hiërarchie tussen de verschillende organisaties verminderd zijn.

Doordat deze grenzen zijn verminderd werken zorgprofessionals meer samen om de gezamenlijke doelen te behalen. Een gezamenlijk doel in dit geval is het leveren van goede zorg voor cliënten en patiënten door samen te werken zonder oog te hebben voor het domein waarin een professional werkzaam is. Een gevolg hiervan is ook dat zorgprofessionals meer van zichzelf gaan herkennen in andere zorgprofessionals, waardoor er een voorkeur ontstaat om samen te werken met de ander. Dit wijst terug naar het netwerkkenmerk homophily.

Als tweede factor die ertoe kan leiden dat de uitkomst van de hypothese anders is dan verwacht, is dat zorgprofessionals en jeugdverpleegkundigen tevreden zijn met hoe de huidige hiërarchie en machtsposities op dit moment zijn. Hierdoor accepteren zij hoe de situatie op dit moment is verdeeld. Dit geeft enerzijds voorspelbaarheid in de samenwerking en anderzijds veiligheid van de eigen positie (Langley et al., 2019).

5.3 Uitkomsten vergeleken met eerder uitgevoerd onderzoek

Als de effecten van dit onderzoek worden vergeleken met eerder uitgevoerd onderzoek van Groenen et al. (2017), dan blijkt dat de resultaten niet overeenkomen. In het onderzoek van Groenen et al. (2017) ligt de focus op het medische domein van de geboortezorg en hun samenwerking met de jeugdgezondheidszorg. Professionals die benaderd zijn voor het onderzoek zijn verloskundigen van verloskundigenpraktijken, gynaecologen, gynaecologen in opleiding, klinisch verloskundigen, kinderartsen, teamleiders van kraamzorgorganisatie, jeugdgezondheidszorgartsen, en jeugdgezondheidszorg-verpleegkundigen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat klinische verloskundigen gemiddeld de hoogste score in centraliteit hebben. Daarop volgen de gynaecologen en eerstelijns verloskundigen, gynaecologen in opleiding en kinderartsen. Volgens dit onderzoek scoorden de JGZ-professionals en de teamleiders van de kraamzorg het laagst. Het meten van de dichtheid hebben de onderzoekers op twee manieren gedaan namelijk, tussen de verschillende beroepsgroepen en binnen elke beroepsgroep. Naar voren kwam dat tussen de eerstelijns verloskundigen en klinische verloskundigen de hoogste dichtheid bestaat. Daarna is de hoogste dichtheid gemeten tussen de eerstelijns verloskundigen en gynaecologen. Daarnaast geven de onderzoekers aan dat meerdere professionals geen contact hebben met andere professionals zoals tussen JGZ-artsen met klinische verloskundigen en tussen teamleiders van kraamzorg. Ook blijkt dat Gynaecologen geen patiëntencontact hebben met JGZ-verpleegkundigen of kinderartsen met kraamzorgteamleiders. Volgens de onderzoekers zouden alleen de eerstelijns verloskundigen contact hebben met een professional van een beroepsgroep. De dichtheid tussen de

professionals onderling was het hoogste binnen de kraamzorg.

Volgens de auteurs van het onderzoek hebben de eerstelijns verloskundigen duidelijk een verbindende rol en daardoor zouden zij de rol van casemanager op zich moeten nemen. De JGZ daarentegen staat meer aan de rand van het netwerk. Dit resultaat is het tegenovergestelde van het resultaat dat in dit onderzoek is gevonden. Een reden hiervoor zou kunnen zijn, is dat bij dit onderzoek naar zowel het medisch domein als het sociale domein is gekeken. Hierdoor ontstaat een beter beeld van het verloop van samenwerkingen, in plaats van alleen te focussen op een klein deel van het netwerk.

5.4 Sterke punten en beperkingen

Dit onderzoek heeft een aantal sterke punten, maar ook beperkingen. Als eerste zullen de sterke punten worden besproken en daarna volgen de beperkingen.

5.4.1 Sterke punten

Het eerste sterke punt is dat de resultaten van belang zijn voor zowel organisaties in het sociale en medische domein, en organisaties die op het snijpunt van beide domeinen werkzaam zijn. Daarnaast is dit onderzoek het eerste van zijn soort in de gemeente Groningen, waardoor het belangrijke inzichten geeft voor het werkveld en een aanzet kan geven voor verder onderzoek. Het derde sterke punt is dat voor de socialenetwerkanalyse veel respondenten uit verschillende organisaties zich bereid hebben gevoeld om de vragenlijst in te vullen. Dit heeft ervoor gezorgd dat er een uitgebreide dataset beschikbaar is voor analyse. Dit levert inzichten op hoe de samenwerkingen tussen organisaties binnen de gemeente Groningen verlopen en waar onder andere project DOEN! adviezen kan geven om de samenwerking nog verder te verbeteren.

5.4.2 Beperkingen

Naast dat er sterke punten zijn, heeft dit onderzoek ook beperkingen. De eerste beperking hangt samen met de vragenlijst die is gebruikt voor dit onderzoek. De vragenlijst werd als te omvangrijk, te lang en soms onduidelijk ervaren door de respondenten. Dit kan mogelijk hebben geleid tot een verminderde respons en dat niet alle gegevens bruikbaar waren voor dit onderzoek. Daarnaast is bij de opzet van de vragenlijst het theoretische kader van Donabedian (2003) gebruikt en wordt veel gebruikt om de kwaliteit van gezondheidsdiensten te beoordelen en verbeteren. Echter, hoewel het inzicht kan bieden in de evaluatie van zorgkwaliteit, is het niet een geschikte methode voor het opstellen van een vragenlijst over sociale netwerken.

Daarnaast is de categorisatie van de organisatie in de verschillende categorieën een beperking van dit onderzoek. Dit geldt vooral voor de jeugdgezondheidszorg. Organisatie A is in dit onderzoek ingedeeld bij het sociale domein, terwijl het eigenlijk een hybride karakter heeft en zou moeten worden ingedeeld bij beide domeinen. De reden hiervoor is dat de organisatie A een integrale benadering hanteert die zowel medische als sociale aspecten omvat. Door organisatie A alleen bij het sociale domein in te delen, kan belangrijke informatie over de samenwerkingsverbanden met medische instellingen mogelijk over het hoofd worden gezien. Dit kan leiden tot een beperkter begrip van de daadwerkelijke netwerkdynamiek binnen de jeugdgezondheidszorg en de andere organisaties. Door twee netwerken uit te tekenen, namelijk die van het sociale en medische domein en het netwerk van de verschillende categorieën is dit punt gedeeltelijk aangepakt.

Als laatste werd bij het uitzetten van de vragenlijst verschillende uitdagingen gevonden, waaronder het bereiken van de zorgprofessionals zoals de huisartsen. De professionals van de huisartsenzorg zijn een lastige groep om te bereiken. Terwijl zij wel een belangrijke positie hebben in het zorgsysteem. Ondanks deze belangrijke rol in het netwerk, hebben de huisartsen helaas niet meegewerkt aan het onderzoek. Dit betekent dat er belangrijke informatie over hun positie en bijdrage binnen in het netwerk ontbreekt in de verzamelde gegevens.

5.5 Aanbevelingen

De aanbevelingen op basis van de uitkomsten van dit onderzoek bestaan uit twee delen namelijk, aanbevelingen voor verder onderzoek en praktische aanbevelingen voor project DOEN!

5.5.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Als

eerste de drie aanbevelingen voor verder onderzoek. Dit onderzoek heeft laten zien dat het sociaal en medisch domein elkaar moeizaam kunnen vinden in het samenwerken. Een organisatie die een centrale positie inneemt kan voor bruggen zorgen tussen de verschillende domeinen en organisaties. Uit dit onderzoek kwam de organisatie A naar voren als een organisatie die deze centrale positie inneemt. Maar zoals bij de discussie is besproken waren de organisaties uit de categorie huisartsenzorg niet goed vertegenwoordigd in dit onderzoek door non-respons. Terwijl de verwachting is dat deze organisaties wel een belangrijke positie innemen in dit netwerk. Of dit ook een centrale positie is zoals de organisatie A heeft is niet te zeggen. Een aanbeveling is dan ook om een soortgelijk onderzoek opnieuw uit te voeren waarin de huisartsenzorg goed is vertegenwoordigd om op deze manier nog een beter beeld te krijgen

van dit netwerk.

De tweede aanbeveling voor verder onderzoek omvat de centrale positie van de jeugdverpleegkundigen in dit netwerk. Uit de netwerkbijeenkomsten van project DOEN! en Kansrijke Start Groningen kwam vaak naar voren dat niet elke zorgprofessional ervaart dat de organisatie A goed bereikbaar is of bepaalde taken goed oppakt. Aangezien organisatie A wel een centrale positie heeft in dit netwerk en dat volgens de CPZ (2016, 2021) deze positie nog meer versterkt mag worden in de toekomst is een aanbeveling om specifiek te onderzoeken wat zorgprofessionals verwachten in hun werkrelatie met organisatie A en dan specifiek de jeugdverpleegkundigen. Hiermee wordt bedoeld dat in vervolgonderzoek onderzocht moet worden hoe de relatie tussen zorgprofessionals die te maken hebben met de doelgroep van project DOEN! en organisatie A en specifiek de jeugdverpleegkundigen positief verbeterd kan worden door aandacht te hebben voor waardoor de samenwerking beter wordt.

De derde aanbeveling voor verder onderzoek omvat de positie van broker. In dit onderzoek is gekeken naar de positie van broker die een organisatie of zorgprofessional kan hebben en hiervoor is geen onderscheidt gemaakt in de verschillende typen brokers. Hiermee wordt bedoeld dat volgens de classificatie van Gould & Fernandez (1989) brokers ingedeeld kunnen worden in bepaalde classes zoals de coördinator, broker, gatekeeper, vertegenwoordiger en liaison. Door bij verder onderzoek ook bij deze classificaties van de verschillende type brokers aandacht te besteden kan er meer inzicht worden verkregen wat de rol is van de positie van broker in een organisatie en samenwerkingsrelaties.

5.5.2 Aanbevelingen voor project DOEN!

Als tweede de twee praktische aanbevelingen voor project DOEN! Uit dit onderzoek kwam naar voren dat organisaties in de categorie ondersteuning sociale domein en zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB eigenlijk niet samenwerken met organisaties uit de geboortezorg. De eerste aanbeveling is dan ook om een interventie op te zetten om de samenwerking tussen organisaties in de categorie ondersteuning sociale domein en zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB te verbeteren. Hierbij is het belangrijk om interventies te ontwikkelen die ervoor zorgen dat zij de geboortezorg beter kunnen vinden en efficiënter kunnen samenwerken.

Als tweede praktische aanbeveling voor project DOEN! is het essentieel om een interventie te ontwerpen die de samenwerkingsrelaties tussen de organisatie A verbeteren met zowel zorgprofessionals uit het sociale als het medische domein. Organisatie A heeft een centrale positie in dit netwerk, maar zoals ook besproken bij een aanbeveling voor verder

onderzoek, wordt dit niet door elke zorgprofessional zo ervaren. Door een interventie te bedenken die ervoor zorgt dat de samenwerking verbetert, zal hopelijk dit gevoel afnemen en de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein optimaliseren.

Literatuurlijst:

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Achterberg, P.W., Harbers, M.M., Post, N.A.M., & Visscher, K. (2020). *Beter weten: een beter begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap*. Geraadpleegd van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0140.pdf>
- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work*, 41(2), 101–109. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1093/hsw/hlw006>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591–604. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30057-9)
- Bastian M., Heymann S., Jacomy M. (2009). Gephi: een open source software voor het verkennen en manipuleren van netwerken. Internationale AAAI-conferentie over weblogs en sociale media.
- Bates D, Mächler M, Bolker B, Walker S (2015). “Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4.” *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48. [doi:10.18637/jss.v067.i01](https://doi.org/10.18637/jss.v067.i01).
- Bertens, L. C. M., Ochoa, L. B., Van Ourti, T., Steegers, E. a. P., & Been, J. V. (2019). Persisting inequalities in birth outcomes related to neighbourhood deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(3), 232–239. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213162>
- Blau, P. M. (1964). Justice in social exchange. *Sociological Inquiry*, 34(2), 193–206. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682x.1964.tb00583.x>
- Bleker, L. S., De Rooij, S. R., & Roseboom, T. J. (2019). Prenatal psychological stress exposure

- and neurodevelopment and health of children. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3657. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193657>
- Bojanowski, M., & Corten, R. (2014). Measuring segregation in social networks. *Social Networks*, 39, 14–32. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2014.04.001>
- Borgatti, S. P., & Halgin, D. S. (2011). On network theory. *Organization Science*, 22(5), 1168–1181. <https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0641>
- Bornstein, R. F. (1989). Exposure and affect: Overview and meta-analysis of research, 1968–1987. *Psychological Bulletin*, 106(2), 265–289. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.106.2.265>
- Brass, D. J. (2022). New developments in social network analysis. *Annual Review Of Organizational Psychology And Organizational Behavior*, 9(1), 225–246. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012420-090628>
- Bucher, S., Chreim, S., Langley, A., & Reay, T. (2016). Contestation about collaboration: Discursive boundary work among professions. *Organization Studies*, 37. <https://doi.org/10.1177/0170840615622067>
- Burt, R. S. (1992). *Structural holes: The social structure of competition*. Harvard University press.
- Burt, R. (1995). *Structural holes: The social structure of competition*. Harvard University press.
- Burt, R.S.(2007). The network structure of social capital. *Research in Organizational Behavior* 2000, 22, 345-423. [dio:https://doi.org/10.1016/S0191-3085\(00\)22009-1](https://doi.org/10.1016/S0191-3085(00)22009-1)
- Burt, R. S., Reagans, R. E., & Volvovsky, H. C. (2021). Network brokerage and the perception of leadership. *Social Networks*, 65, 33–50. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2020.09.002>
- Carron, T., Rawlinson, C., Arditi, C., Cohidon, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Gilles, I., & Peytremann-Bridevaux, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. *International Journal of Integrated Care*, 21(2). <https://doi.org/10.5334/ijic.5588>
- Caza, B., Vough, H., & Puranik, H. (2018). Identity work in organizations and occupations: Definitions, theories, and pathways forward. *Journal of Organizational Behavior*, 39. <https://doi.org/10.1002/job.2318>
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95–S120.

- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. The Belknap press of Harvard university press.
- College Perinatale Zorg. (2016). *Zorgstandaard Integrale geboortezorg*. Geraadpleegd van <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/zorgstandaard-integrale-geboortezorg-2/>
- College Perinatale Zorg. (2021). *Evaluatie Zorgstandaard Integrale geboortezorg*. Geraadpleegd van <https://www.kennisnetgeboortezorg.nl/evaluatie-zorgstandaard-integrale-geboortezorg>
- Creswick, N., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2009). Understanding communication network in the emergency department. *BMC health services research*, 9, 247. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-247>
- Cunningham, F. C., Ranmuthugala, G., Plumb, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2011). Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 21(3), 239–249. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000187>
- Curry, O., & Dunbar, R. I. M. (2013). Do birds of a feather flock together? *Human Nature*, 24(3), 336-347.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*, 8(1), 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Daemers, D., Feijen- de Jong, E., van den Hof-Boering, M., Quadvlieg, L., Nieuwenhuijze, M., & Hendrix, M. (2022). *Samen voor Gezondheid. Positieve start voor aanstaande moeders en kinderen: onderzoeksrapport*.
- De Coninck, L., Declercq, A., Bouckaert, L., Döpp, C., Graff, M. J., & Aertgeerts, B. (2023). The willingness and barriers to collaborate in the care of frail older adults: perspectives of primary care professionals. *BMC Geriatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04163-y>
- De Graaf, J.P., Ravelli, A.C., Wildschut, H.I., Denktas, S., Voorham, A.J., & Bonsel, G.J. (2008). Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 2734-40.
- DiBenigno, J., & Kellogg, K. C. (2014). Beyond occupational differences: The importance of cross-cutting demographics and dyadic Toolkits for collaboration in a U.S. hospital. *Administrative Science Quarterly*, 59(3), 375-408. <https://doi.org/10.1177/0001839214538262>

- Dijkstra, P. (2018). *Sociale psychologie: Inzicht in sociale relaties en het psychologisch functioneren van mensen*. Boom.
- District Verloskundig Platform Rijnmond. (2019). Definite Kwetsbaarheid. Geraadpleegd op 23 september 2024 van https://www.dvprijmond.nl/wp-content/uploads/2019/10/003-2019-09-02-Definitie-Kwetsbaarheid_def.pdf
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A., Lipshutz, A. K. M., & University of California, S. F. C. C. I. G. (2018). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Crit Care Med*, 46(6), 980-990. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003067>
- Duxbury, S.W. (2024). Micro effects on macro structure in social networks. *Saga Journals*, 54 (1), 1-26. doi: 10.1177/00811750231209040
- Enders, C. K., & Tofighi, D. (2007). Centering predictor variables in cross-sectional multilevel models: A new look at an old issue. *Psychological Methods*, 12(2), 121–138. <https://doi.org/10.1037/1082-989x.12.2.121>
- Emerson, R. M. (1976). Social exchange theory. *Annual Review Of Sociology*, 2(1), 335–] 362. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.02.080176.002003>
- Feryn, N., De Corte, J., & Roose, R. (2022). The bridging role of social work: the quest towards installing a structural approach within primary health care. *European Journal Of Social Work*, 27(1), 43–55. <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2077319>
- Fredheim, T., Danbolt, L. J., Haavet, O. R., Kjøsberg, K., & Lien, L. (2011). Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *International Journal Of Mental Health Systems*, 5(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-13>
- Freeman, L. C. (1978). Centrality in social networks conceptual clarification. *Social Networks*, 1(3), 215-239. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0378-8733\(78\)90021-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0378-8733(78)90021-7)
- Gao, S., Song, X., & Ding, R. (2020). Promoting Information Transfer in Collaborative Projects through Network Structure Adjustment. *Journal of Construction Engineering and Management*, 146(2). [https://doi.org/10.1061/\(asce\)co.1943-7862.0001772](https://doi.org/10.1061/(asce)co.1943-7862.0001772)
- Gemeentelijke GezondheidsDienst Groningen. (2024) Ongewenste zwangerschap *Programma Nu niet zwanger | GGD Groningen*. Geraadpleegd op 25 juni 2024) van <https://ggd.groningen.nl/voor-professionals/gemeenten/programma-nu-niet-zwanger/>

- Getha-Taylor, H. (2019a). *Partnerships that Last*. <https://doi.org/10.1017/9781108775335>
- Gilbert, J. H., Yan, J., & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Allied Health, 39* (1), 196-197. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21174039>
- Gould, R. V., & Fernandez, R. M. (1989). Structures of Mediation: A Formal Approach to Brokerage in Transaction Networks. *Sociological Methodology, 19*, 89. <https://doi.org/10.2307/270949>
- Groenen, C. J., van Duijnhoven, N. T., Faber, M. J., Koetsenruijter, J., Kremer, J. A., & Vandenbussche, F. P. (2017). Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role. *Midwifery, 45*, 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.007>
- Han, S. H., Yoon, S. W., & Chae, C. (2020). Building social capital and learning relationships through knowledge sharing: a social network approach of management students' cases. *Journal Of Knowledge Management, 24*(4), 921–939. <https://doi.org/10.1108/jkm-11-2019-0641>
- Hansen, M. T., Podolny, J. M., & Pfeffer, J. (2001). So many ties, so little time: A task contingency perspective on corporate social capital in organizations. In S. M. Gabbay & R. T. A. J. Leenders (Eds.), *Social Capital of Organizations* (Vol. 18, pp. 21-57). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S0733-558X\(01\)18002-X](https://doi.org/10.1016/S0733-558X(01)18002-X)
- Havinga, P. J., Boschloo, L., Bloemen, A. J., Nauta, M. H., de Vries, S. O., Penninx, B. W., Schoevers, R. A., & Hartman, C. A. (2017). Doomed for Disorder? High Incidence of Mood and Anxiety Disorders in Offspring of Depressed and Anxious Patients: A Prospective Cohort Study. *Journal of Clinical Psychiatry, 78*(1), e8-e17. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m09936>
- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science, 312*(5782), 1900–1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Hemphälä, J., & Magnusson, M. (2012). Networks for innovation – But what networks and what innovation? *Creativity and Innovation Management, 21*(1), 3–16. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8691.2012.00625.x>
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. Harcourt Mifflin Harcourt Publishing Company.
- Howlett, M., & Howlett, M. (2019). *Designing Public Policies: Principles and Instruments* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315232003>

- Jones, G. R., & George, J. M. (1998). The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and teamwork. *The Academy of Management Review*, 23(3), 531–546. <https://doi.org/10.2307/259293>
- Kadushin, C. (2012). *Understanding social networks : concepts, theories, and findings*. Oxford University press.
- Kida, R., Suzuki, R., Fujitani, K., Ichikawa, K., & Matsushita, H. (2023). Interprofessional team collaboration as a mediator between workplace social capital and patient Safety Climate: A Cross-Sectional Study. *Quality Management in Health Care*, 33(1), 12–17. <https://doi.org/10.1097/qmh.0000000000000421>
- Kloosterman, K. (2022). Armoedemonitor. <https://gemeenteraad.groningen.nl/Documenten/Overig-ingekomen-stuk/Nr-02-Armoedemonitor-2022-Wethouder-Eikenaar.pdf>
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. (z.d.). *Kwetsbare zwangere vrouwen*. <https://www.knov.nl>. <https://www.knov.nl/kennis-en-scholing/vakkennis-en-wetenschap/vakkennis/kwetsbare-zwangere-vrouwen>
- Labun, A., Wittek, R. (2014). Structural Holes. *Encyclopedia of Social Network Analysis and Mining*. Springer, New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6170-8_263
- Lamont, M., & Molnár, V. (2002). The study of boundaries across the social sciences. *Annual Review of Sociology*, 28, 167-195.
- Langley, A., Lindberg, K., Mørk, B., Nicolini, D., Raviola, E., & Walter, L. (2019). Boundary work among groups, occupations and organizations: From cartography to process. *Academy of Management Annals*, 13. <https://doi.org/10.5465/annals.2017.0089>
- Lette, M., Boorsma, M., Lemmens, L., Stoop, A., Nijpels, G., Baan, C., & de Bruin, S. (2020). Unknown makes unloved-A case study on improving integrated health and social care in the Netherlands using a participatory approach. *Health Soc Care Community*, 28(2), 670-680. <https://doi.org/10.1111/hsc.12901>
- Lin, N. (2001). *Social capital*. Cambridge University Press.
- Lin, N., Smith, J., & ebrary, I. (2001). *Social capital : a theory of social structure and action*. In *Structural analysis in the social sciences*. Cambridge University.
- Lin, Z., Zhang, Y., Gong, Q., Chen, Y., Oksanen, A., & Ding, A. Y. (2022). Structural hole Theory in Social Network Analysis: A review. *IEEE Transactions On Computational Social Systems*, 9(3), 724–739. <https://doi.org/10.1109/tcss.2021.3070321>
- Long, J. C., Cunningham, F. C., & Braithwaite, J. (2013). Bridges, brokers and boundary

- spanners in collaborative networks: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-158>
- Love, H. B., Cross, J. E., Fosdick, B., Crooks, K. R., VandeWoude, S., & Fisher, E. R. (2021). Interpersonal relationships drive successful team science: an exemplary case-based study. *Humanities And Social Sciences Communications*, 8(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00789-8>
- Mahatmya, D., Brown, E.L., Valenti, M., Celedonia, K.L., Sweet, T., & Bethea, C. (2022). Developing social capital through school-based collaborations: A mixed methods social network analysis. *Journal of Education Human Resources*, 0(0), e20220005. doi: <https://doi.org/10.3138/jehr-2022-0005>
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a Feather: Homophily in Social Networks. *Annual Review Of Sociology*, 27(1), 415–444. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.415>
- Meng, J., & Berger, B. K. (2019). The impact of organizational culture and leadership performance on PR professionals' job satisfaction: Testing the joint mediating effects of engagement and trust. *Public Relations Review*, 45(1), 64-75. doi: 10.1016/j.pubrev.2018.11.002
- Ministerie van Algemene Zaken. (2024). Aanpak onbedoelde en ongewenste zwangerschap. Zwangerschap en Geboorte | geraadpleegd op 1 oktober 2024 van [www.rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zwangerschap-en-geboorte/nieuwe-aanpak-onbedoelde-zwangerschappen). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zwangerschap-en-geboorte/nieuwe-aanpak-onbedoelde-zwangerschappen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024*. Geraadpleegd op 26 april 2023, van <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2020-2024>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023). *Actieprogramma Kansrijke Start* [Internet]. Geraadpleegd op 31 maart 2023 van <https://www.kansrijkestart.nl/actieprogramma-kansrijke-start>
- Mulunga, S. N., & Yazdanifard, R. (2014). Review of Social Inclusion, Social Cohesion and Social Capital in Modern Organization. *Global Journal Of Management And Business Research*, 14(3). https://globaljournals.org/GJMBR_Volume14/3-Review-of-Social-Inclusion.pdf
- Mrkva, K., & Van Boven, L. (2020). Salience theory of mere exposure: Relative exposure increases liking, extremity, and emotional intensity. *Journal Of Personality And Social*

- Psychology*, 118(6), 1118–1145. <https://doi.org/10.1037/pspa0000184>
- Nederlands Jeugd instituut. (2023). *Armoede en stress bij ouders* [internet]. Geraadpleegd op 6 april van <https://www.nji.nl/armoede/stress-bij-ouders>
- Oh, J., Wang, J., & Yoon, S. W. (2023). Employees' social capital in South Korea: A systematic review and implications for HRD research and practice. *Human Resource Development International*, 1–23. <https://doi.org/10.1080/13678868.2023.2249624>
- Pomare, C., Churruca, K., Long, J. C., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2019). Organisational change in hospitals: a qualitative case-study of staff perspectives. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4704-y>
- Piskorski, M. J., & Gorbatâi, A. (2017). Testing Coleman's Social-Norm Enforcement Mechanism: Evidence from Wikipedia. *American Journal of Sociology*, 122(4), 1183–1222. <https://doi.org/10.1086/689816>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij; Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Geraadpleegd op 26 april 2023, op <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/10/03/Gezondheidsverschillen-voorbij>
- Rijksoverheid. (2022). *Vergaande samenwerking in historisch integraal zorgakkoord*. Geraadpleegd op 26 april 2023, van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2022/09/16/verregaande-samenwerking-in-historisch-integraal-zorgakkoord>
- Robins, G. (2015). *Doing Social Network Research: Network-based Research Design for Social Scientists*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781473916753>
- Roseboom, T.J (2018). *De eerste 1000 dagen: het fundamentele belang van een goed begin vanuit biologische, medisch en maatschappelijk perspectief*. De Tijdstroom.
- Roseboom, T.J (2022). *Gelijk Goed Beginnen. Succesvol bouwen aan de basis voor gezonde generaties*. De Tijdstroom.
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 47–66. <https://doi.org/10.1080/13561820020022873>

- Seegers, E.A.P. (2017). Sociale verloskunde: gelijke kansen op een gezonde start. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 161(51/562),77-80
- Sifaki-Pistolla, D., Melidoniotis, E., Dey, N., & Chatzea, V. (2019). How trust affects performance of interprofessional health-care teams. *Journal Of Interprofessional Care*, 34(2), 218–224. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1631763>
- Soda, G., & Usai, A. (1999). The dark side of dense networks. In Anna Grandori (Red.) *Interfirm networks: Organization and industrial competitiveness* (pp. 136-149. Routledge.
- Sommet, N., & Morselli, D. (2017b). Keep Calm and Learn Multilevel Logistic Modeling: A Simplified Three-Step Procedure Using Stata, R, Mplus, and SPSS. *International Review Of Social Psychology*, 30(1), 203–218. <https://doi.org/10.5334/irsp.90>
- Stuurgroep zwangerschap en geboorte. (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Geraadpleegd van <https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/02/Advies-Stuurgroep-zwangerschap-en-geboorte-1.0-01-01-2009.pdf>
- Struijs, J., De Vries, E., Suijkerbuijk, A., Molenaar, J., Scheefhals, Z., & Baan, C. (2019). *Monitor Kansrijke Start 2019*. Geraadpleegd op 31 maart 2023 van <https://www.rivm.nl/documenten/factsheet-kansrijke-start>
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal Of Public Health*, fdu102. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102>
- Trimbos. (2022). *Cijfers: psychische gezondheid*. Geraadpleegd op 26 april 2023, van <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz>
- Tavakoly Sany, S., Behzad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research* 20 (60). 1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Van Dale NEDERLAND. (z.d.). Van Dale NEDERLAND. <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/tevreden>
- Vangen, S., & Huxham, C. (2013). Building and Using the Theory of Collaborative Advantage. In *Routledge eBooks* (pp. 65–81). <https://doi.org/10.4324/9780203752562-12>

- VZinfo| Volksgezondheid en Zorg. (2023) geraadpleegd op 31 maart 2023 van <https://www.vzinfo.nl/sterfte-rond-de-geboorte/sterfte>
- Volksgezondheid en zorg. (2024) geraadpleegd op 1 oktober 2024
<https://www.vzinfo.nl/nieuw/2024>
- Weiner, B. (1972). Attribution theory, achievement motivation, and the educational process. *Review of Educational Research*, 42(2), 203–215. <https://doi.org/10.2307/1170017>
- Weiner, B. (2012). An Attribution Theory of Motivation. In *SAGE Publications Ltd eBooks* (pp. 135–155). <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n8>
- Weiss, A., Michels, C., Burgmer, P., Mussweiler, T., Ockenfels, A., & Hofmann, W. (2021). Trust in Everyday Life. *Journal of Personality & Social Psychology*, 121(1), 95–114. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/pspi0000334>
- Winter, H. (2021). Evaluatie van overheidsbeleid. In A. Hoogerwerf, M. Herweijer, & A. Van Montfort (editors), *Overheidsbeleid: een inleiding in de beleidswetenschap* (10 uitgave, blz. 159-178). Wolters Kluwer.
- Wittner, B., & Kauffeld, S. (2021). Social capital and career planning amongst first generation and non-first generation high school and college students in Germany: a social network analysis approach. *International Journal For Educational And Vocational Guidance*, 23(2), 295–317. <https://doi.org/10.1007/s10775-021-09513-z>
- Wu, D., Rosen, D.W., Panchal, J.H., & Schaefer, D. (2016). Understanding communication and collaboration in social product development through social network analysis. *Journal of Computing and Information Science in Engineering*, 16(1), 011001. doi: <https://doi.org/10.1115/1.4031890>
- Zajonc, R. B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), 1–27. <https://doi.org/10.1037/h0025848>
- Zoon, M., van Rooijen, K., & Foolen, N. (2019). *Wat werkt voor licht verstandelijk beperkte ouders*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/\(313263\)-Watwerkt_lvbouders.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/(313263)-Watwerkt_lvbouders.pdf)

Bijlage A: Overzicht van zorgprofessionals werkzaam in het sociaal en medisch domein

Deze versie van de scriptie is geanonimiseerd, waardoor deze bijlage is verwijderd. Mocht u hier wel meer over willen weten, neem dan contact op met de begeleider van deze scriptie via: t.p.teekens@rug.nl.

Bijlage B: Vragenlijst van de Samenwerkstudie

Bent u werkzaam in de gemeente Groningen?

Ja

Nee

Wat is uw functie?

Uit welk soort werkzaamheden bestaat uw functie voornamelijk?

Uitvoerend: u bent een professional en met name werkzaam rondom de directe opdracht van het team of de organisatie.

Leidinggevend: u geeft leiding en draagt verantwoordelijkheid over een project of team.

Bestuurlijk: u heeft de formele bevoegdheid de aangelegenheden van een organisatie te leiden en regelen (beleid, toezicht gang van zaken, controle).

Uitvoerend

Leidinggevend

Bestuurlijk

In welke organisatie werkt u?

In welke sector werkt u?

Indien u in meerdere sectoren werkt, dan mag u dit aangeven en toelichten bij anders, namelijk...

Geboortezorg

Zorg & ondersteuning voor mensen met een LVB

GGZ (basis en specialistisch)

Publiek domein (gemeente, GGD)

Anders, namelijk...

Hoe lang werkt u al in deze sector?

Minder dan 2 jaar

2 tot 5 jaar

5 tot 10 jaar

Meer dan 10 jaar

De organisaties die wij noemen, werken mee aan het project DOEN! of zijn organisaties die mogelijk relevant zijn. De lijst is niet uitputtend. Wanneer u met andere organisaties samenwerkt, kunt u dat per domein aangeven.

Hieronder volgen vragen voor 12 verschillende domeinen, waarbij de door DOEN! geïdentificeerde organisaties expliciet worden benoemd, te weten:

Psychische hulpverlening (11 organisaties + ong. 30 zelfstandigen)

Zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB (8 organisaties),

Veilig opgroeien en jeugdzorg (7 organisaties)

Huisartsenzorg (34 praktijken)

Ondersteuning sociaal domein (13 WIJ teams en 10 organisaties)

Organisaties voor kraamzorg (11 organisaties)

Verloskundige praktijken (11 organisaties)
Martiniziekenhuis (3 afdelingen)
UMCG (3 afdelingen)
Verslavingszorg (2 organisaties)
Seksuele gezondheid (2 organisaties)
Onderwijs en kinderopvang (4 organisaties)]

Heeft u afgelopen half jaar voor uw cliënt of patiënt contact gehad met één van deze organisaties voor psychische hulpverlening?

X

Y

Z

Andere organisatie

Ja

Nee

[Onderstaande vragen worden gesteld bij elk domein, indien Ja wordt aangevinkt]

Kies de organisatie(s) met wie u het meeste contact heeft.

Kies maximaal 3 organisaties.

X

Y

Z

Andere organisatie, namelijk... _____

Was het duidelijk bij wie u bij [naam organisatie] terecht kon met uw vraag?

Ja het was duidelijk

Het was even zoeken

Het duurde lang totdat ik bij de juiste persoon terecht kwam

Noem max. 3 personen met wie u het afgelopen half jaar het meest contact had. Begin met diegene waarmee u het meest contact heeft.

Persoon 1 _____

Persoon 2 _____

Persoon 3 _____

Hoe vaak heeft u met [naam persoon 1]; [naam persoon 2] ; [naam persoon 3] contact gehad in het afgelopen half jaar?

meer dan 10 keer per maand (intensief)

tussen de 1 en 10 keer per maand (regelmatig)

minder dan 1 keer per maand (weinig)

Hoe vaak heeft u met [naam persoon 1]; [naam persoon 2] ; [naam persoon 3] contact gehad in het afgelopen half jaar?

meer dan 10 keer per maand (intensief)

tussen de 1 en 10 keer per maand (regelmatig)

minder dan 1 keer per maand (weinig)

Wat was de aard van het contact?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

informatie over zorgaanbod

verwijzing
intercollegiaal overleg
afstemming over zorg- of behandelplan
anders, namelijk... _____

Hoe bereikbaar is deze persoon?

heel makkelijk
kost enige moeite
kost veel moeite

Bent u tevreden over de samenwerking met deze persoon?

altijd
meestal wel
meestal niet

Bijlage C: Overzicht van organisaties werkzaam in het sociaal en medisch domein

Deze versie van de scriptie is geanonimiseerd, waardoor deze bijlage is verwijderd. Mocht u hier wel meer over willen weten, neem dan contact op met de begeleider van deze scriptie via: t.p.teekens@rug.nl.

Bijlage D: De slideshow van project DOEN! op linkedIn

Werk jij als hulp- of zorgverlener in de gemeente Groningen?

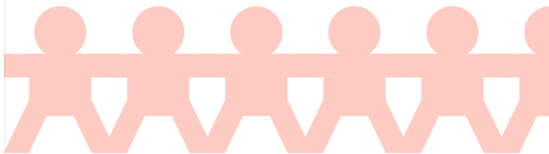
Dan willen we heel graag dat jij meewerkt aan de Samenwerkstudie van project DOEN!.



Je bent bijvoorbeeld:

- huisarts
- psycholoog
- psychiater
- (jeugd)verpleegkundige
- verloskundige
- gynaecoloog
- begeleider in het sociaal domein

Wij willen jouw ervaring weten op het gebied van samenwerking met andere organisaties binnen de gemeente Groningen



Jouw cliënten/patiënten hebben (impliciete) vragen over onderstaande onderwerpen:

- seksualiteit
- anticonceptie
- kindervens
- zwangerschap
- ouderschap



Waar zijn de lijnen kort?

Waar verloopt de samenwerking stroef?

Waar ontbreekt de samenwerking?



Om deze 3 redenen is het belangrijk dat wij hier kennis over verzamelen:



1



Met de resultaten monitoren we de doelen van het Integraal Zorgakkoord en Kansrijke Start.

2



Als mensen en organisaties samenwerken zorgt dit voor betere gezondheidsuitkomsten (WHO, 2010).

3



Betere samenwerking zorgt voor meer werktevredenheid, minder burn-out klachten en betere kwaliteit van zorg (Cunningham et al., 2011).



Werk mee aan de Samenwerkstudie! Klik op de link in het bericht.

Het invullen duurt ongeveer 10 minuten.



umcg



Referenties

Cunningham FC, Ranmuthugala G, Plumb J, Georgiou A, Westbrook JI, Braithwaite J. Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(3):239-49.

World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010.

Bijlage E: Flyer van project DOEN!

D!

Ben jij professional in het sociaal of medisch domein? Werk je met cliënten en/of patiënten in de gemeente Groningen?



Help ons inzicht te krijgen in hoe het medisch en sociaal domein in de gemeente Groningen samenwerken.

Het gaat om zorg en ondersteuning aan mensen rondom seksualiteit, anticonceptie, kindwens, zwangerschap en ouderschap.

Vul in 10 minuten de vragenlijst in!

Scan de QR code!



Of vul hem in op: www.kansrijkestartgroningen.nl/samenwerkstudie

Deze vragenlijst is onderdeel van project DOEN!.
www.doen-groningen.nl



Bijlage F: Begeleidende brief

Beste medewerker bij,

Heeft u in uw werk contact met vrijwilligers of deelnemers in de gemeente Groningen? Heeft u wel eens contact met andere hulp- of zorgverleners rondom zwangerschap of ouderschap? Of geeft u leiding of bestuurt u de organisaties die dit doen? Dan willen wij u vragen om [deze vragenlijst](#) in te vullen voor onze Samenwerkstudie. Voor deze studie willen wij weten of en hoe u samenwerkt met andere zorgaanbieders of ondersteuners en hoe dit contact verloopt. Het invullen duurt ongeveer 10 minuten.

Samenwerken rondom kwetsbare cliënten: hoe kan het beter?

Wij weten dat de samenwerking, zorg en ondersteuning voor mensen in een kwetsbare situatie beter kan. Heeft iemand de regie? Wie is de beste persoon of organisatie voor regie? Wie is nu de spin in het web? Waar zijn korte lijnen en waar ontbreekt juist de samenwerking? Dit willen wij onderzoeken met de Samenwerkstudie van project DOEN!.

Uw gegevens worden anoniem verwerkt

Om dit zo goed mogelijk in beeld te brengen wordt u in de vragenlijst gevraagd om namen in te vullen van de personen waarmee u samenwerkt. Het is belangrijk om te weten dat wij deze namen niet bekendmaken in de rapportages. Deze namen blijven anoniem. Alleen de onderzoekers kunnen de namen zien om analyses te doen.

Over DOEN!

Samenwerkingsproject DOEN! is gericht op het verbeteren van de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking of een psychische kwetsbaarheid in de gemeente Groningen die vragen hebben op het gebied van seksualiteit, anticonceptie, kinderswens, (onbedoelde) zwangerschap of ouderschap.

Uw input is belangrijk

U bent bij Moeders Informeren Moeders een schakel in de keten. Uw mening is van onschatbare waarde om het samenwerken zoals wij dat NU doen in de gemeente Groningen in kaart te brengen.

Doet u mee? [Klik hier](#) om naar het onderzoek te gaan.

Hartelijk dank en vriendelijke groeten,

Namens het projectteam DOEN!

Linda Quadvlieg
Esther Feijen-de Jong
Frederike Jörg

Meer weten? www.doen-groningen.nl



SAMEN SIGNALEREN EN BESPREKEN

DOEN! is gericht op het verbeteren van de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking of een psychische kwetsbaarheid in de gemeente Groningen die vragen hebben op het gebied van seksualiteit, anticonceptie, kinderwens, (onbedoelde) zwangerschap of ouderschap.

Bijlage G: Informed Consent

TOESTEMMINGSFORMULIER EN VRAGENLIJST

DOEN! Samenwerkstudie

Wij nodigen u uit om deze vragenlijst in te vullen. Met de resultaten brengen wij in kaart hoe de samenwerking tussen het gezondheidszorgdomein en het sociaal domein in Groningen plaatsvindt.

Het gaat om zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en/of psychische kwetsbaarheid, in relatie tot de thema's seksualiteit, anticonceptie, kinderwens, zwangerschap en ouderschap.

Over de vragenlijst

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten. We vragen u namen in te vullen met wie u korte lijnen heeft en met wie de samenwerking stroef loopt. Deze namen zijn belangrijk voor de analyse, maar worden anoniem verwerkt. Het benoemen van de namen is nodig. Zo kunnen wij zien of de samenwerking via dezelfde of wisselende personen verloopt.

Bewaren van uw antwoorden

Uw antwoorden worden voor een periode van 15 jaar bewaard op een beveiligde schijf van het UMCG. Wij zijn hiertoe verplicht. De onderzoekers weten niet wie welke antwoorden heeft gegeven. Alleen de onderzoekers hebben toegang tot de namen die u in de lijst heeft ingevuld.

Uw input is belangrijk en vrijwillig

U bent als professional van onschatbare waarde om het samenwerken zoals we dat nu doen in de gemeente Groningen in kaart te brengen. Uw deelname is volledig vrijwillig. Toch hopen wij dat u deel wilt nemen aan deze studie, zodat wij een volledig mogelijk beeld krijgen van de samenwerking.

Heeft u vragen?

Neem contact op met het onderzoeksteam van het project DOEN!:

Dr. Frederike Jörg, f.jorg@umcg.nl

Dr. Esther Feijen-de Jong, e.i.feijen-de.jong@umcg.nl

Linda Quadvlieg MSc., l.quadvlieg@umcg.nl

Indien u de eindrapportage wil ontvangen kunt u dat per mail aan Linda laten weten.

Gaat u akkoord met het verwerken van uw antwoorden in het onderzoek zoals aangegeven?

Ja

Nee

Bijlage H: Code samenwerkingsstudie in R

Deze versie van de scriptie is geanonimiseerd, waardoor deze bijlage is verwijderd. Mocht u hier wel meer over willen weten, neem dan contact op met de begeleider van deze scriptie via: t.p.teekens@rug.nl.

Bijlage I: Code samenwerkingsstudie in R, alleen netwerkaafbeelding

Deze versie van de scriptie is geanonimiseerd, waardoor deze bijlage is verwijderd. Mocht u hier wel meer over willen weten, neem dan contact op met de begeleider van deze scriptie via: t.p.teekens@rug.nl.

Bijlage J: Namen van de schaalconstructie

	Gecentreerde variabele	Beschrijvende analyse
De altercount	AlterCountModel.	AlterCount.
Zorgprofessionals uit het medisch domein	MedischModel	Medisch
Jeugdverpleegkundigen	JeugdverpleegkundigeModel.	Jeugdverpleegkundige.
Samenwerking met een zorgprofessional uit het medisch domein	EGO_MedischModel	Ego_Medisch
Frequentie van het contact	Score_ContactModel.	Score_Contact.
Bereikbaarheid	Heel BereikbaarModel	Heel Bereikbaar.
Tevredenheid		Heel Tevreden

Bijlage K: Gedetailleerde bespreking van organisaties medisch en sociaal domein

De eerste netwerkvisualisatie die wordt geanalyseerd is het netwerk van de organisaties waar de zorgprofessionals werkzaam zijn verdeeld over het sociaal en medisch domein (Figuur 7). De afbeelding toont een verzameling van knooppunten en lijnen. Elk knooppunt is een organisatie. De knooppunten variëren in grootte. Hoe groter een knooppunt, hoe meer verbindingen (degree) het heeft met andere knooppunten. Met andere woorden: hoe meer samenwerkingen een organisatie aangaat met andere organisaties. Organisaties die tot het medische domein behoren hebben een blauwe kleur en organisaties die tot het sociale domein behoren hebben een oranje kleur. De groene knooppunten staan voor organisaties die niet ingedeeld konden worden in het sociale of medische domein, maar wel benoemd zijn door de respondenten. Een voorbeeld hiervan is de gemeente Groningen. Als laatste zijn de twee zwarte knooppunten organisaties waarvan niet bekend is om welke organisatie het gaat en tot welk domein deze behoort. Aangezien professionals uit de organisaties toch deze samenwerking hebben aangegeven, staan deze samenwerkingen met onbekende organisaties alsnog in de afbeelding. Daarnaast geven de lijnen tussen de knooppunten de relatie tussen de organisaties weer. Hoe dikker deze lijn, hoe meer contact er is tussen de organisaties. De kleur van de lijn geeft aan of een organisatie samenwerkt met een andere organisatie uit het sociale of medisch domein. Bijvoorbeeld als een lijn oranje van kleur is, dan heeft een professional uit het sociaal domein aangegeven samen te werken met een andere organisatie. Een uitzondering hierop is een donkerroze lijn, deze lijn geeft aan dat de samenwerking van beide organisaties komt.

In Figuur 7 bevinden organisaties van het sociale domein (oranje) zich vooral aan de linkerkant van de netwerkaafbeelding en organisaties van het medische domein (blauw) aan de rechterkant. De organisaties die niet bij een domein ingedeeld konden worden bevinden zich zowel in het sociaal als het medische domein. Doordat de organisaties van het sociale domein zich aan de linkerkant van de netwerkaafbeelding bevinden en de organisaties uit het sociale domein aan de rechterzijde, zou er sprake kunnen zijn van segregatie, maar dat is niet het geval. Met segregatie in een netwerk wordt bedoeld dat de knooppunten in het netwerk geclusterd zijn in afzonderlijke groepen. Aan de hand van de assortativiteitsmeting kan bepaald worden of er sprake is van segregatie in dit netwerk en voor dit netwerk heeft een score 0,11. Dit betekent dus dat er een licht voorkeur lijkt te bestaan voor samenwerkingen binnen het eigen domein, maar deze is niet heel sterk. Er is dus wel sprake van wat segregatie, maar dit is beslist niet sterk. Dit is ook terug te zien in de netwerkaafbeelding door clusters van knooppunten die niet

of nauwelijks zijn verbonden met de knooppunten buiten hun eigen cluster. Met andere woorden: als er sprake zou zijn van segregatie, dan zouden de organisaties uit het sociale domein alleen samenwerken met organisaties uit het sociale domein en organisaties uit het medische domein alleen met organisaties uit het medische domein.

Uit deze twee afzonderlijke

In deze twee afzonderlijke netwerksegmenten is lijkt te weergeven dat organisaties uit het medische domein meer samenwerken met organisaties uit het sociale domein. Dit is te zien doordat de blauwe knooppunten van de medische organisaties vaker terug te vinden zijn tussen de oranje knooppunten van het sociale domein. Deze donkerblauwe knooppunten hebben vaak donkerroze lijnen tussen elkaar lopen, wat aangeeft dat de organisaties elkaar aan beide kanten weten te vinden in hun samenwerking. Er zijn een aantal sociale organisaties te vinden die meer samenwerken met organisaties uit het medisch domein, maar dit zijn er minder dan de medische organisaties die samenwerken met de organisaties uit het sociale domein. Dit is te zien doordat deze organisaties als oranje knooppunten terug zijn te vinden tussen de donkerblauwe organisaties van het medische domein. Van deze organisaties werkt de helft met beide domeinen samen. Hoewel het dus voor organisaties uit het medische domein makkelijker lijkt om samen te werken met organisaties uit het sociale domein, blijkt uit de netwerkaafbeelding dat de daadwerkelijke samenwerking tussen organisaties uit beide domeinen beperkt is. Dit wordt weergegeven door de aanwezigheid van de twee afzonderlijke netwerksegmenten, waarbij slechts een klein aantal organisaties in beide domeinen daadwerkelijk samenwerken met het andere domein. Ondanks de aanwezigheid van verbindingslijnen tussen de domeinen, blijft de samenwerking tussen organisaties uit het medische en sociale domein beperkt.

Naast dat uit Figuur 7 blijkt dat er geen sprake is van segregatie, maar wel van twee afzonderlijke netwerksegmenten, geeft de afbeelding ook aan dat een aantal organisaties een centrale positie inneemt. Met centrale positie wordt bedoeld dat een organisatie veel contacten heeft met andere organisaties door samenwerkingen en ook dat er veel samenwerkingen van andere organisaties via deze organisaties lopen. De organisatie heeft dus een belangrijke rol in het sociale netwerk. In Figuur 7 is in het sociale domein te zien dat in ieder geval één knooppunt de grootste is in vergelijking met de overige knooppunten. In Figuur 7 is deze organisatie weergegeven met een C. Deze organisatie heeft ook de meeste samenwerkingen met andere organisaties uit het medische domein. Dit is te zien doordat de lijnen die naar de organisaties in medische domein lopen donkerroze van kleur zijn. Wat aangeeft dat de samenwerking wederkerig is. Naast de hoeveelheid samenwerkingen met het medisch domein heeft deze organisatie ook de meeste samenwerkingen met de overige organisaties in het sociale domein.

Ook dit is te zien in Figuur 7 aan de hand van de lijnen die de andere knooppunten met elkaar verbinden. Voor het medisch domein geldt dat er niet één organisatie een centrale positie heeft, maar dat meerdere organisaties samen een centrale positie innemen. Dit is te zien aan de meerdere blauwe knooppunten die dezelfde grootte hebben. Dit betekent dat zij ongeveer hetzelfde aantal samenwerkingen hebben en dus ook dezelfde centrale positie. Ook deze organisaties werken meer samen met de organisatie die een centrale positie heeft uit het sociale domein. In deze afbeelding is dit te zien doordat deze knooppunten veelal met donkerroze lijnen zijn verbonden.

Tussen de twee clusters van het sociale en medische domein zijn een paar kleinere knooppunten te vinden. De organisaties op deze positie werken veel samen met de organisatie die de centrale positie inneemt in het sociale domein. Dit is weergegeven voor de donkerroze lijnen die tussen deze knooppunten lopen zoals te zien in Figuur 7. Daarnaast werken deze organisaties ook veel samen met de drie organisaties die een centrale positie innemen bij het medische domein. Deze organisaties werken dus veel samen met de organisaties die een centrale positie innemen in zowel het medische als sociale domein, maar bijna niet met organisaties die aan de rand van het netwerk zijn gepositioneerd. Wat opvalt is dat al deze knooppunten een blauwe kleur hebben en maar twee een oranje kleur, wat betekent dat veelal organisaties uit het medische domein op deze positie zitten.

Aan de buitenkant van het netwerk zijn er een aantal organisaties te vinden die maar met één of twee andere organisatie zijn verbonden. In de afbeelding is dit weergegeven door knooppunten die aan de buitenkant van de afbeelding zijn gepositioneerd en waar maar één of twee lijn heen of vanaf lopen. De kleuren van de lijnen wisselen van blauw, oranje en donkerroze. Deze organisaties werken weinig samen met andere organisaties. Het kan betekenen dat deze organisaties een gespecialiseerd beroep heeft die voor een paar andere organisaties van belang zijn. Zo'n organisatie kan op deze manier wel specifieke middelen of informatie leveren aan andere organisaties zonder deel uit te maken van de kern van het netwerk. In de netwerkaafbeelding is dit bij sommige knooppunten ook terug te zien doordat de samenwerkingen veelal bij de organisaties vandaan komen die tot de kern van het netwerk behoren. Dit is te zien doordat veel van de lijnen die deze knooppunten verbinden een oranje of blauwe kleur hebben en niet donkerroze. Dit betekent dat de organisatie die zich aan de buitenrand bevindt niet heeft aangegeven samen te werken met de organisatie in de kern van het netwerk.

Bijlage L: Gedetailleerde bespreking categorieën

Wat opvalt aan dit netwerk is dat met name organisaties uit het publieke domein, waar de jeugdverpleegkundigen toe behoren, een centrale positie innemen. Dit is te zien aan het grote groene knooppunt aan de linkerkzijde van het netwerk. De categorie publiek domein heeft een gemiddelde degree van 8,29. Dit betekent dat organisaties uit de categorie publiek domein gemiddeld meer dan 8 samenwerkingsrelaties hebben met anderen. In Figuur 8 is dit ook terug te zien doordat één organisatie een centrale rol inneemt in de samenwerking met anderen en andere organisaties uit de categorie publiek domein niet. In de netwerkafbilding wordt dit ook zichtbaar gemaakt door de grote hoeveelheid lijnen die van en naar dit knooppunt lopen. De lijnen variëren ook in dikte, wat aangeeft dat de hoeveelheid contacten die dit domein verschild per organisatie. Het publiek domein heeft veel samenwerkingen met organisaties uit de geboortezorg. In de afbeelding wordt dit weergegeven doordat er veelal paarse lijnen lopen tussen de donkerblauwe knooppunten van de geboortezorg en de groene knooppunten van het publieke domein.

Daarnaast valt op dat de dikste pijl die zich aan de linkerkzijde van het groene knooppunt bevindt wijst naar een relatief klein donkerrood knooppunt. Dit is een organisatie die valt onder de ondersteuning sociaal domein. Deze organisatie staat ook veel in contact met organisaties uit de categorie zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB. Deze categorie is weergegeven als een lichtpaars knooppunt. Tussen drie van deze lichtpaarse knooppunten loopt een verbinding met de organisatie uit de ondersteuning sociale domein. Deze organisatie is eigenlijk de enige organisatie in de categorie ondersteuning sociaal domein die zich in de kern van het netwerk bevindt. Zoals te zien in de netwerkafbilding liggen alle organisaties uit de categorie ondersteuning sociaal domein aan de rand van het gehele netwerk. Het gemiddelde degree van de categorie ondersteuning sociaal domein is 5,44. Deze gemiddelde degree betekent dat de organisaties uit deze categorie gemiddeld 5,44 samenwerkingsrelaties hebben met andere organisaties.

De organisaties die vallen onder de categorie zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB liggen net zoals ondersteuning sociaal domein aan de buitenrand van het netwerk. Waar de organisaties van de ondersteuning sociaal domein nog verdeeld zijn over de gehele buitenzijde van het netwerk, valt op dat de categorie zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB zich met name aan de linker buitenrand van de netwerkafbilding bevinden. Veel samenwerkingen met bijvoorbeeld organisaties uit de geboortezorg zijn er niet.

Bij de categorie huisartsenzorg valt op dat zij zich over het gehele netwerk verdeeld aan de periferie van het netwerk bevinden. Dit is te zien in Figuur 8 doordat de lichtblauwe knooppunten verdeeld zijn aan de buitenzijde van het gehele netwerk. De lijnen zijn smal, wat aangeeft dat er niet veel contact is tussen de knooppunten.

Daarnaast zijn ze veelal de kleur van het knooppunt waarmee de huisartsenzorg samenwerkt, wat aangeeft dat de samenwerking vanuit andere organisaties wordt gestart. De samenwerkingen met het soort organisaties is erg gevarieerd. Het valt op dat de huisartsenzorg samenwerkt met organisaties uit de geboortezorg, het publieke domein, de organisaties uit de zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB en het sociale domein. In de netwerkaafbeelding is dit te zien doordat de lichtblauwe knooppunten naar de knooppunten van deze organisaties lopen. Hierdoor lijkt het erop dat de huisartsenzorg niet tot de kern van dit netwerk behoort. Daarnaast is hun rol meer ondersteunend is, omdat zij vooral benaderd worden door andere organisaties in plaats van dat zij een coördinerende rol in het aansturen van zorg. De gemiddelde degree van de categorie geboortezorg is 13,14 en de standaarddeviatie is 10,79. Dit betekent dat de organisaties in de categorie geboortezorg gemiddeld 13,14 samenwerkingsrelaties hebben met anderen. De standaarddeviatie van 10,79 laat een grote variabiliteit zien in het aantal samenwerkingsrelaties per organisatie binnen deze categorie. Sommige organisaties in de geboortezorg hebben aanzienlijk meer samenwerkingsrelaties dan het gemiddelde en andere organisaties hebben veel minder dan het gemiddelde. Het aantal samenwerkingsrelaties wat de organisaties in deze categorie hebben verschilt dus sterk.

Daarnaast valt op dat organisaties die onder de geboortezorg vallen vooral veel met andere organisaties samenwerken die ook onder de categorie geboortezorg vallen zoals andere verloskundigen en kraamverzorgers. Dit wordt duidelijk in de netwerkaafbeelding doordat de donkerblauwe knooppunten vooral verbonden zijn door donkerblauwe lijnen met andere donkerblauwe knooppunten. Tussen de knooppunten van de geboortezorg komen veel gele knooppunten voor wat aangeeft dat er ook veel wordt samengewerkt met de ziekenhuiszorg. Dit wordt weergegeven door de dikkere oranje verbindingen die tussen de donkerblauwe knooppunten lopen. Naast de samenwerkingen met de ziekenhuiszorg werkt de geboortezorg ook veel samen met het publieke domein. Ook dit wordt weergegeven door de in dikte variërende lijnen die tussen de donkerblauwe en groene knooppunten lopen. Daarnaast werkt geboortezorg samen met de psychische hulpverlening. In de netwerkaafbeelding is dit te zien doordat de donkerblauwe knooppunten zijn verbonden met de rode knooppunten. Als laatste valt op dat de geboortezorg minimaal contact heeft met organisaties in de sociale ondersteuning. In de afbeelding is dit te zien doordat maar twee organisatie uit de ondersteuning sociaal domein

direct contact hebben met de geboortezorg. Deze bevinden zich aan de rechterbovenzijde van de afbeelding. Met de huisartsenzorg is meer contact. Dit wordt weergegeven door verbindingen tussen de licht en donkerblauwe knooppunten. De lijnen zijn smal van dikte wat aangeeft dat er weinig contact is en deze wordt vaak geïnitieerd door de geboortezorg. Samenvattend laat dit netwerk zien dat organisaties in de categorie geboortezorg vooral intern samenwerken en daarnaast sterke banden hebben met de categorieën uit de ziekenhuiszorg en het publieke domein. Er is ook samenwerking met de psychische hulpverlening, maar minimaal contact met sociale ondersteuningsorganisaties en beperkt contact met de huisartsenzorg.

De organisaties die onder de categorie ziekenhuiszorg vallen worden weergegeven als gele knooppunten en deze zijn verspreid over de kern van het netwerk. Dit is te zien in de netwerkaafbeelding doordat de gele knooppunten verdeeld zijn in het midden van het netwerk. De verbindingen laten zien dat er samenwerkingen zijn met vooral de geboortezorg en met andere organisaties in de ziekenhuiszorg. Daarnaast zijn er een aantal samenwerkingen met organisatie in de zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB, organisaties uit ondersteuning sociaal domein. De samenwerkingsverbanden van de organisaties in de ziekenhuiszorg zijn dus beperkt tot bepaalde zorgcategorieën, en daarnaast hebben zij met de vier andere categorieën zoals psychische hulpverlening geen samenwerking.

Als laatste de organisaties die onder de psychische hulpverlening vallen. Deze zijn net als de huisartsenzorg meer aan de buitenzijde van het netwerk gepositioneerd. Dit wordt weergegeven in de netwerkaafbeelding doordat de rode knooppunten zich aan de buitenzijde van het netwerk bevinden. Veel van deze knooppunten van de categorie psychisch hulpverlening staan in verbinding met de donkerblauwe knooppunten van de organisaties uit de geboortezorg, maar ook met de groene knooppunten van de organisaties uit het publieke domein. Ook bij deze organisaties is er variantie van lijndikte, wat aangeeft dat het per organisatie verschilt hoeveel samenwerking er is. Daarnaast is er een enkele samenwerking met organisaties uit ondersteuning sociaal domein en organisaties voor zorg en ondersteuning mensen met een LVB. Dit is te zien aan de linkerzijde van de netwerkaafbeelding doordat drie organisaties van de zorg en ondersteuning voor mensen met een LVB, die te herkennen zijn aan de lichtpaarse knooppunten in verbinding staan met de rode knooppunten. De lijn tussen deze twee organisaties is dun, wat aangeeft dat er niet veel samenwerking is. Ditzelfde geldt voor één organisatie uit de categorie ondersteuning sociaal domein. Deze bevindt zich ook aan de linker onderzijde van de netwerkaafbeelding en geeft als enige aan samen te werken met twee organisaties in de psychische hulpverlening. Samenvattend weergeeft deze netwerkvisualisatie dat de organisaties uit de categorie psychische hulpverlening zich aan de buitenrand van het

netwerk bevinden en voornamelijk zijn verbonden met organisaties uit de geboortezorg en het publieke domein. Er is variatie in de mate van samenwerking tussen deze organisaties. Daarnaast is er slechts een beperkte samenwerking met organisaties uit het sociaal domein en die voor de zorg en ondersteuning van mensen met een LVB.