

Samenwerking in instellingsverband: wensen en grenzen door segmentenorganisatie

door W. Koot

Inleiding

In 1978 werd de veel besproken televisiedocumentaire HELP uitgezonden, waarin de psychotherapie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (aggz) ter discussie gesteld werd. Wij zien hulpverleners in deze film uitleggen wat hun werk inhoudt, we horen de cliënten hun ervaringen en klachten vertellen, zoals: van het kastje naar de muur verwezen zijn vóórdat men belandde bij het instituut waar men nu aanklopt. Verder gaat het relaas over gebrekkige samenwerking en informatie door hulpverleners en tussen instellingen; dat zijnde meest gehoorde klachten. Niettemin laat de film ook zien hoe vormen van hulp ook in een klimaat van teamverbanden worden gecoördineerd. Zo vinden aanmeldingen via een receptie plaats en worden deze besproken in een zogenaamd intake-team, hetwelk vervolgens beziet welke hulpverlener er op een bepaalde hulpvraag het beste lijkt te kunnen ingaan. Het onuitgesproken devies luidt dan dat intake door een team van een georganiseerde instelling beter is dan een individuele ontvangst door een hulpverlener in diens spreekkamer. De toevalsfactor is in deze laatste situatie te groot: zo de cliënt al weet bij welke hulpverlener hij moet aankloppen, is de kans dat niet de juiste specifieke hulp wordt aangeboden door zo'n specialist tamelijk groot.

Op een ander moment in de film zien we hoe, alweer teamgewijs, een behandelingsplan voor cliënten wordt besproken: hoe een bepaalde hulpverlener te werk zal gaan om de problemen bij een bepaalde cliënt op termijn aan te pakken. Ook daar is de teamgewijze bespreking voor het geval de normale werkwijze, die voordelen heeft boven behandeling door solitaire psychotherapeuten met bijvoorbeeld een eigen privé-praktijk. In het belang van de cliënt kan de hulpverlener bijvoor-

Schrijver is socioloog, verbonden aan 'Nijenrode', Hogeschool voor Bedrijfskunde, Straatweg 25, 3621 BG Breukelen

beeld geadviseerd worden over wat hij moet doen en er vindt zekere collegiale verantwoording plaats van wat hij doet.

Eén beeld dat zowel deze film als vele daarna verschenen publikaties oproepen, is dat het *succes van hulpverlening* in de aggz *afhangt van de samenhang tussen hulpverleners in samenwerkingsverbanden*. Een belangrijke empirische vraag is dan of die *samenwerking nu werkelijk plaatsvindt of niet*. Daarover handelt dit artikel. Vindt samenwerking wel plaats, dan wordt zij in het algemeen door publiek en de branche zelf als positief beoordeeld. Samenwerking tussen psychotherapeuten wordt verondersteld grote voordelen te hebben: gemeenschappelijke intake, betere toewijzing van cliënten aan de juiste hulpverlener, beter overzicht op de behandeling, het niet eindeloos verwezen worden, meer efficiëntie en dergelijke. Wordt er feitelijk wèl samengewerkt, dan kan dit bovendien impliceren dat een nieuwe professionele teamgeest is ontstaan die het oude ondernemerschap van de psycho-dokter in zijn spreekkamer aan het vervangen is. De organisatie- en beheersingsdrang van de overheid zijn in dit geval goeddeels ten onrechte uitgeoefend, en de cliënt, al klaagt hij dan, weet eenvoudig niet beter wat er allemaal omgaat. Vindt deze samenwerking evenwel niet plaats, dan zouden de oude professionele sologeest, het ondernemerschap, het solitaire psychowerk en 'hobbyen' nog prevaleren — met een bevestiging van klachten van cliënten en alle negatieve ideeën van de overheid die daarbij passen.

De vraag is, zeker na de golf van kritiek die op de ambulante psychotherapie en welzijnswerk is terechtgekomen: vindt deze samenwerking tussen psychotherapeuten plaats? *In hoeverre werken zij* binnen de instellingen van de aggz *samen*, en is daarvoor een *verklarend kader* te geven? Met dit artikel wordt niet beoogd normen aan te geven of een ideologische discussie aan te wakkeren over samenwerking. Eerst en vooral wordt gepoogd eens vast te stellen in hoeverre een dergelijke samenwerking volgens psychotherapeuten in instellingsverband vorm krijgt en wat hun houding jegens teamwerk en jegens beleidsvorming in teamverband nu eigenlijk is.

Door deze empirische benadering zal de discussie over het 'losse zand', waarmee de organisatie van de hulp wel eens wordt aangeduid, genuanceerd en vooruitgeholpen kunnen worden. In dit artikel wordt genoemde problematiek dan geïllustreerd met nieuw feitenmateriaal en worden gedachten over organisatorische houding en gedrag van psychotherapeuten geordend, waarna een poging tot verheldering wordt gewaagd. Verklaringen van de vaak geringe samenwerkingskracht worden onder meer gezocht in de organisatievorm van de instellingen. Onze illustratie in hoeverre er feitelijk wordt samengewerkt en waarom samenwerking principieel beperkt is, probeert nuchtere constatering te doen om daarna pas discussie aan te kunnen gaan.

Samenwerking tussen therapeuten: afbakening

Voordat hier gepoogd wordt met enig onderzoeksmateriaal vast te stellen in hoeverre hulpverleners samenwerken en wat zij van samenwerking vinden, is een nadere afbakening van het gebruikte begrip 'samenwerking' op haar plaats. Samenwerking wordt hier primair gezien als een organisatorische factor, namelijk als een vorm van coördinatie.

Behalve de reeds vermelde negatieve beeldvorming over hulpverleningsinstellingen bij publiek en overheid, wijst ook organisatieliteratuur op grote problemen in zulke zogenaamde professionele organisaties. In een samenvatting van veel onderzoeksbevindingen stelt Mintzberg' vast dat coördinatie het hoofdprobleem vormt waar deze organisaties mee worstelen. Het sterkste, maar vaak ook enig werkbare middel tot interne coördinatie waarover zij beschikken, is de 'coordination by skills': via het aantrekken van categorieën hooggeschoold, bekwaam personeel die aan bepaalde opleidings- en vaardigheidsnormen voldoen, verzekert de organisatie zich van een minimale samenhang. Voor het overige wordt de behandeling van cliënten — de hoofdtaak van de instelling — overgelaten aan dit daartoe geschoolde personeel. Is er verder dan geen coördinatie of controle van bovenaf? Vaak nauwelijks.

Ook de instellingen voor aggz zoals Medisch Opvoedkundige Bureaus en Sociaal-Psychiatrische Diensten is een dergelijke schets niet vreemd, zoals ik nu zal aanduiden. Onderwerp van deze beschouwing zijn hier de vrouwelijke en mannelijke beroepskrachten. Dat zijn behalve enkele psychiaters vooral pedagogen, psychologen, maatschappelijke of inrichtingswerkers. Deze beroepskrachten mag men vanwege hun langdurige opleiding en training in methodische hulpverlening als 'professionelen' aanduiden. Zij zijn het die de hulpverlening in verreweg de meeste gevallen uitvoeren binnen hun eigen spreekkamer, in (groep)therapieën die soms samen met collega's verwerkt worden. Cliënten worden veelal onder de hulpverleners verdeeld en het hulpverleningsgedrag vormt voorts onderwerp van enig overleg in teamverbanden.

Belangrijk is om te constateren dat bepaalde coördinatiemechanismen eenvoudig van weinig betekenis zijn in zulke instellingen. Daar is professionele associatie er één van. De beroepskrachten, in vele categorieën opgedeeld, zijn lang niet altijd in hechte, machtige associaties verenigd. De invloed van die associaties op de coördinatie van de hulp binnen instellingen is zeker niet direct merkbaar. Ook prijsvorming is als coördinatiemechanisme afwezig: hulpvraag van cliënten en aanbod van werkers worden bijvoorbeeld niet via de prijsvorming op elkaar afgestemd. Beroepskrachten krijgen een vast salaris of consulttarief, voor het overgrote deel gesubsidieerd door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: door de overheid dus. Er is praktisch geen eigen

financiële bijdrage van cliënten meer, zodat tussen hulpverlener en gebruikers van hun diensten geen financiële band bestaat.

Ook centralisering, arbeidssplitsing en reglementering zijn in deze instellingen spaarzaam gebruikte coördinatiemechanismen, waartegen de cultuur van de professionele instelling bijna altijd in opstand komt. Het zijn bruikbare methoden om er het op zichzelf ingewikkelde therapeutische werk beter mee gecoördineerd te krijgen, alle wensen van overheidsbureaucraten ten spijt. Vandaar dat *naast de selectie en scholing van personeel juist samenwerking tussen dat personeel* in de hulpverlening *één van de weinige en potentieel belangrijke mechanismen tot coördinatie en beleidsvorming kan zijn.*

Deze samenwerking van beroepskrachten vindt overwegend plaats binnen teamverbanden in deze overwegend kleine instellingen. Andere vormen van samenzijn zoals samenwerking tussen (medewerkers van) verschillende instellingen, bijvoorbeeld twee MOB's, worden hier niet belicht. Wij beperken ons tot het toch al lastig onderzoekbare samenspel binnen de instellingen, die in omvang variëren van zo'n 10 tot 50 medewerk(st)ers. Die externe samenwerking valt trouwens in het niet bij de samenwerking binnen de instellingen.

Als illustratie wordt hier feitenmateriaal gebruikt dat betrekking heeft op 122 'professionelen' in vier bureaus, in een regio in het oosten des lands. Deze vier instellingen stonden op het tijdstip van het onderzoek, in 1980, op het punt één regionaal instituut (*riagg*) te vormen. Het onderzoek behelsde na intensieve voorgesprekken en observaties vooral gestructureerde interviews. De 122 vormen, op een gering aantal medewerkers na, het totale bestand van de vier instellingen. Een onderzoeksrapport werd met de instellingen doorgesproken.

Er zijn ook stagiair-psychotherapeuten binnen deze populatie opgenomen, mensen dus die hun werk vanuit een studie psychologie of verpleegkunde-B verrichten, om daarna te proberen aan dergelijke instellingen werk te krijgen. De opname van deze stagiairs in het onderzoek wil overigens niet zeggen dat zij als volwaardige psychotherapeuten beschouwd worden: zij krijgen een beperkte rol in de uitvoering van therapieën te spelen, en worden door ervaren beroepskrachten ingewijd en praktisch opgeleid. Voor het onderhavige studieobject, *meningen en gedragingen rond teamwerk en beleid-in-teams*, zijn gegevens van stagiairs echter evenzeer van belang als die van de volwaardig-professionele therapeuten. Vaak zijn stagiairs namelijk ingevoegd in een teamverband en dáárin draaien zij wel volledig mee, anders dan in de individuele spreekkamers waarop het onderzoek niet werd gericht.

Met de weergave van deze gegevens uit vier instellingen in Nederland wordt niet gepretendeerd de stand van teamwerk en beleidsvorming in teamverband voor de aggz weer te geven. Maar al is de geconstateerde *mate* van samenwerking tussen de therapeuten niet algemeen geldend, toch is de problematiek die met het materiaal zal worden

aangeduid, evenals de interpretatie ervan, wel degelijk op de Nederlandse aggz toepasbaar.

Teamwerk in de psychotherapie: wens en realiteit?

De samenwerking nu tussen psychotherapeuten, zo bleek ook uit oriënterende bezoeken aan de instellingen, kan vooral op twee vlakken bestaan: dat van de uitvoering en dat van het ondersteunende, c.q. beleidsvoorbereidende therapeutische werk.

De uitvoering van therapie in de aggz is in de meeste gevallen solo-werk. De eenmaal door het bureau toegewezen cliënt of groep cliënten wordt doorgaans door één therapeut behandeld. Er is sprake van enige toename van cotherapie (meer dan één therapeut is met dezelfde cliënt bezig) maar het standaardmiddel op basis waarvan de instelling organiseert, blijft de solo-therapeut in diens werkkamer. Ongetwijfeld houdt deze werkwijze verband met de aard van het werk: serieus, mentaal zwaar, ingewikkeld en rusteloos werk.

Dat psychotherapie serieus en geestelijk zwaar is, lijdt geen twijfel. Een enkel woord over het werk dat in een Medisch Opvoedkundig Bureau wordt verricht, zal duidelijk maken dat het hier niet alleen om hulp aan verbaal begaafde mensen gaat. Er is ernstig leed, bijvoorbeeld: kinderen die zichzelf verwonden, kinderen met sterk terugtrek- of repeteergedrag, slaapstoornissen, leerproblemen. Voorts moet terreur in gezinnen bespreekbaar gemaakt worden, of chronische afwezigheid van ouders, alcoholisme. Terreur die zich uit in verwondingen, weg blijven uit school, weglopen uit huis, autisme, criminaliteit, geen vriendjes meer kunnen krijgen. Er wordt getracht deze verscheidenheid van problemen bij cliënten in kaart te brengen, samen met de cliënten, en te verhelpen. Dit is geen eenvoudige zaak en het is ook niet altijd aangenaam werk.

Behalve serieus en zwaar werk, is psychotherapie als arbeid ook zeer afwisselend en rusteloos. Elke therapeut of 'werker' heeft zijn curatieve werk met bepaalde cliënten die hem zijn toegewezen. Toewijzing geschiedt op basis van bepaalde voorkeuren en bekwaamheden. De therapeut heeft daarmee binnen zijn spreekkamer voor een groot deel zijn eigen, zelfstandige werk. Daarbij heeft hij ook zijn contacten met de eerste lijn, en ander eigen contactwerk te doen; voorts het teamoverleg, de rapportage over cliënten, administratie, consultatie van huisartsen, maatschappelijk werkers en eventueel preventief werk. Dit alles vormt een veelal belastende taak, die voor de meesten evenwel tegelijk een uitdaging vormt.

Ingewikkeldheid, zwaarte en het drukke karakter van de arbeidstaak hebben tot gevolg dat therapeutisch werk inwendige concentratie, rust zowel als bespreking vereist. De keuze van deze drie componenten ligt voor elke therapeut verschillend, afhankelijk van zijn stijl en behoeften. De een zal zich sterk binnen zijn spreekkamer terugtrekken, de

ander zal juist vaak veiligheid zoeken en 'stoom afblazen' bij een teamgenoot/collega. Toch biedt dit tamelijk solistisch uitgeoefende vak wel degelijk mogelijkheden voor samenwerking bij de uitvoering. Hier en daar is sprake van supervisie (therapeuten bespreken hun werkwijze en cliënt met mentor-therapeuten uit de instelling). Ook van intervisie: collega's bespreken daarbij bepaalde cliënten met elkaar, en ook hun eigen moeilijkheden, grenzen en methodieken daarbij. Intervisie vereist echter een extreem vertrouwen tussen therapeuten onderling. Men moet vrijwillig evenveel haar of zijn emotionele 'hebben en houden' laten zien als de cliënt dat heeft gedaan. *Deze vormen van samenwerking zijn dan ook incidenteel en instabiel.* Contacten komen ad hoc tot stand en zijn van tamelijk korte duur in de onderzochte instellingen. Er is geen stelselmatig opgebouwd netwerk van bijvoorbeeld paren en groepen van therapeuten, die te zamen hetzelfde werk doen. Supervisie en intervisie zijn losse, niet instellingsgewijs georganiseerde contacten tussen werkers, op hun eigen initiatief. Bovendien zal het ook hier duidelijk zijn dat dt. één meer waarde hecht en behoefte heeft aan supervisie of intervisie dan de ander. Dit kan de belangrijkste verklaring zijn van het ontbreken van regelmaat in de samenwerking, de belangrijke bouwsteen van elke organisatie.

Het tweede vlak van samenwerking is dat van het ondersteunende therapeutische werk. Op dit vlak zijn veel *systematischer* samenwerkingsverbanden ontwikkeld, meestal *teamverbanden*. Die teamverbanden worden uitdrukkelijk door de instelling waarin men werkt gesteund en georganiseerd en geformaliseerd. Vóór en na het eigenlijke op genezing geconcentreerde werk in spreekkamers vinden namelijk de intake, consultatie, rapportage, contactwerk en het teamoverleg plaats waarin behalve genoemde zaken ook beleidsvoering plaatsvindt: welke doelgroepen helpen wij, met welke methoden, enzovoort. In speciaal de uitvoering dienen teams ook voor de intake, verdeling en registratie van behandelingsprocessen. Overzichten van aantallen cliënten en therapieën kunnen bijvoorbeeld worden opgesteld.

Voor dit veelzijdige activiteitenpakket worden dus teams ingericht. Werken psychotherapeuten nu in teams of verrichten zij 95% van hun werk binnen hun eigen spreekkamer? In elk geval, zo bleek uit oriëntatiegesprekken, vindt het teamwerk plaats *naast* het werk in de spreekkamers, en het heeft vaak het karakter van 'praten-met-elkaar'. Men spreekt over de richting van het werk, over de gebeurtenissen binnenskamers, over eigen problemen, over soorten cliënten. Dat betekent ook dat men bij elkaar stoom afblaast of te rade gaat. Teams zijn dus consultgroepen, sommigen spreken zelfs van 'de veilige haven' waarbinnen men zijn werk, dat immers heftige emoties kan oproepen, kan blijven doen. Teams zijn vaak multidisciplinair samengesteld, en betreffen vaak eenzelfde groep of soort cliënten, die een beperkt aantal verschillende categorieën van behandeling behoeven. Deze teams zijn

in wezen *groepen van vakgenoten*.

De mate waarin de therapeuten zich op het team verlaten, erin investeren en overleggen, is zo variabel als de persoonlijke voorkeuren en bekwaamheden in het werk zijn. De mate waarin men samenwerkt zal dus sterk verschillen tussen therapeuten en dus tussen teams. Dit betekent dat het team als groep van vakgenoten niet zo maar een echte groep is: de leden hebben niet zo maar het gevoel eenzelfde oplossing te delen. Uit oriënterende gesprekken bleek dat meningen over samenwerking sterk kunnen verschillen. Velen willen echt samenwerken. Anderen vinden dat er teveel wordt gepraat en dat er niet voldoende veiligheid is, dat zij teveel autonomie moeten inleveren, en dat er al werk genoeg is in de spreekkamers, om zich langdurig en intensief over de koers van het team te beraden. Voor een inzicht in de praktijk van deze materie wordt nu de vraag geformuleerd: *in welke mate zien de psychotherapeuten, verbonden aan de aggz-instellingen, zelf vóór- en nadelen van samenwerking-in-teamverbanden?* Voor de beantwoording van deze vraag zijn houdingen tegenover teamwerk geregistreerd. Aan de therapeuten is de vraag voorgelegd: 'Wij willen weten hoe u het werken in teamverband beoordeelt. Hieronder volgt een aantal uitspraken over het werken in teamverband. Wilt u daarbij aangeven in hoeverre u zich daarin kunt vinden? U kunt daarbij bijvoorbeeld a an uw eigen team denken'. Met het materiaal over teams illustreren wij overigens problematiek rond teamwerk bij vier instellingen, maar beogen niet deze problematiek in al haar facetten nauwgezet te meten.

Kansen op samenwerking in teamverband blijken dan uit een eventuele *positieve houding* tegenover teamwerk. Aan alle 122 geïnterviewde personen werden 10 algemene uitspraken voorgelegd over werken in teamverband. Om praktische redenen wordt hier niet al het feitenmateriaal weergegeven maar alleen de reacties op 5 vragen³. De individuele gegevens zijn geaggregeerd tot teamgegevens zodat per team de mediane waarde is geregistreerd. In de praktijk betekent dit dat het ons gaat om de vraag waar het punt ligt waarop meer dan de helft van de teamleden — een meerderheid — ja of nee zegt. De invloed van extreme reacties is zo gedempt⁴.

Zoals blijkt uit tabel 1 wordt werken in teamverband door verreweg de meeste teams in menig opzicht gewaardeerd. In het bijzonder ziet men voordelen in de *ondersteuning* van elkaar op het *sociaal-emotionele vlak*, en ontkent men eventuele nutteloosheid van besprekingen voor de cliënten. Duidelijk instrumentele voordelen ziet men in *gemeenschappelijke intake en hulp-voortgangsbesprekingen*. In de analyse is nagegaan of teams intern verdeeld zijn in hun antwoorden, hetgeen een basis kan zijn voor ideële conflicten tussen de leden-therapeuten⁵. De uitkomsten hieromtrent — op de vragen 2 en 5 bestaan bij een derde van de teams interne meningsverschillen — bevestigen toch dat er een lichte twijfel heerst over de gezamenlijkheid van het werk en het voordeel van voortgangsgesprekken. Alles bijeen ziet men

Tabel 1: Houding van psychotherapeuten tegenover werken in teamverband ; per team, mediane reacties op vijf uitspraken gedichotomiseerd, 15 teams, 110 hulpverleners

	mee eens	niet mee eens
1. team vormt een emotionele ondersteuning	15	0
2. gevoel dat we juist samen iets tot stand brengen	8	7
3. door gemeenschappelijke intake kan aan cliënt de beste hulpvorm en hulpverlener worden toegewezen	14	1
4. ik zie niet duidelijk dat onze besprekingen over cliënten ten goede komen aan de cliënten	0	15
5. binnen teams wordt voortgang van de hulp aan cliënten beter besproken	11	4

in de teams duidelijk voordelen van teamwerk. Men staat er tamelijk positief tegenover voor zichzelf, voor de cliënten en voor het hulpverleningsproces (de toewijzing).

Is teamwerk nu, behalve een wens, *ook een realiteit* volgens de therapeuten? In de interviews is ook gevraagd hoe het eigen team van de werkers *feitelijk functioneert*. De interviewgegevens, weer gecombineerd tot teamcijfers, geven hier weer *hoe de therapeuten de teams zien functioneren*. In dit artikel zien wij de teams dus door de ogen van de hulpverleners. Wanneer zij bijvoorbeeld zeggen samen te werken, volgen wij dit beeld. Of er 'werkelijk' samengewerkt wordt, d.i. ook in de ogen van buitenstaanders, is uiteraard moeilijk zonder observaties of groepsdiscussies te achterhalen en moet buiten beschouwing blijven. Tabel 2 geeft enig materiaal weer dat voor zichzelf spreekt.

Teamgenoten vragen elkaar vaak om raad ; dit illustreert het feitelijke consultkarakter van teamgesprekken, hetgeen ook aansluit bij de behoefte van het team als emotionele thuishaven. De zeer sterke vrijheid van uitvoering in het therapiewerk is zeker niet strijdig met enthousiasme voor teamwerk. Deze autonomie doet echter ook vragen rijzen over hoe het team als samenwerkingsverband functioneert: waarschijnlijk een in dit opzicht zeer los verband. Dit sluit ook aan bij de bevinding dat men nauwelijks weet waarin teamgenoten 'goed zijn'; kennelijk bestaat hier minimale informatie over en weer. Dit alles is ook als volgt te interpreteren: hoewel men voordelen ziet van, en positief staat tegenover teamwerk, *is men feitelijk toch nauwelijks op de hoogte van bepaalde professionele capaciteiten welke in het team aanwezig zijn, en ziet men de therapeut overwegend zelf uitmaken hoe deze helpend werkt*. Overigens is bij de vragen van tabel 2 praktisch geen verdeeldheid binnen de teams vastgesteld.

Tabel 2: Visie op de wijze waarop het eigen team feitelijk werkt ; per team, mediane reacties op drie uitspraken, gedichotomiseerd, 15 teams, 110 hulpverleners

(Vraag: 'Wij presenteren u nu een aantal uitspraken over de wijze waarop uw team *feitelijk* functioneert. Wilt u aangeven in hoeverre deze uitspraken voor uw team opgaan?')

	mee eens	niet mee eens
6. de hulpverlener heeft alle vrijheid hulp te geven zoals hij/zij zelf wil	14	
7. de leden van ons team vragen elkaar vaak om raad	11	
	precies	niet (precies), nauwelijks
8. hoe precies weet u in welke methode van behandeling uw college-teamleden goed zijn?	3	12

Tabel 3: Schatting van de mate waarin onderwerpen in feite in teamoverleg aan de orde komen, per team, mediane reacties voor vier aspecten van therapie, gedichotomiseerd, 15 teams, 110 hulpverleners

'Onderwerpen die in feite aan de orde komen in het team!'

	bij veel cliënten	bij sommige/ nooit
9. het behandelingsplan	11	4
10. hoe men het gewenste effect van de hulp denkt vast te stellen	5	10
11. de afsluiting van de behandeling	8	7
12. de problemen van de therapeut bij de cliënt	5	10

Een laatste aanwijzing voor de feitelijke uitvoeringswerkwijze van teams wordt gevormd door enig materiaal over hoe vaak, d.i. bij hoeveel cliënten bepaalde onderwerpen in het therapeutisch teamoverleg feitelijk aan de orde komen (tabel 3).

Bij 11 van de 15 teams bespreken de leden het behandelingsplan voor véél — niet zomaar sommige — cliënten met elkaar (vraag 9). Deze uitkomst strookt met het belang dat men aan teamwerk hecht voor wat betreft toewijzing van cliënten en voortgangsbepredking (vraag 3 en 5,

tabel 1). Dit is één mogelijke graadmeter voor samenwerking: de bespreking van vele cliënten (gevallen) vereist immers veel meer samenwerking dan incidentele bespreking van gevallen. Bovendien is hier sprake van een geregelde d.i. door de organisatie gesanctioneerde werkwijze. De teamgewijze bespreking is zo een vastere vorm van samenwerking dan allerlei contacten op de wandelgangen of in min of meer toevallig ontstane 'paren' van elkaars consulterende hulpverleners.

Minder teams bespreken de afsluiting van behandelingen bij veel cliënten. Wellicht strookt dit met de gedachte om de therapeut autonoom te laten in hoe hij zijn diensten verleent, de kleinere behoefte om de ervaring van afsluiting te delen, is daaruit gedeeltelijk te verklaren.

Een sterk contrast met voorgaande vormen evenwel de uitkomsten over de vaststelling van het behandelingseffect, en de eigen problemen. Verreweg de meeste teams bespreken deze zaken nooit, of slechts bij sommige cliënten. Deze gegevens wekken de indruk van een slechts *beperkte samenwerking* in teamverband. Men kan hierin twee *contrasten* of zo men wil inconsequenties zien *tussen houding en werkwijze* van betrokken hulpverleners — een werkwijze die men eerder als 'los zand' in teams dan als teamwerk kan typeren.

(a) Men verwacht aanzienlijke voordel en van georganiseerde samenwerking, maar realiseert deze samenwerking beperkt naarmate het gaat om persoonlijke aanpak of controversiële zaken zoals 'eigen emoties' en 'het effect van je werk', en zelfs ten aanzien van afsluiting van behandelingen maar zeer ten dele.

(b) Men verwacht juist emotionele steun van een teamverband, maar dan toch juist niet waar die steun ook voor de cliënt het meest zou opleveren, namelijk bij het bespreekbaar maken van de problemen die therapeuten zelf hebben bij bepaalde cliënten. Ook hier is de houding een andere dan de werkwijze, en men kan stellen dat een wézenlijke collegiale consultatie vaak uitblijft — althans in de teams, want 'on-georganiseerd' kunnen individuele therapeuten een collega als steun of supervisie hebben.

Enige voorzichtigheid met dit materiaal is overigens geboden, want het kent zijn beperkingen. Het geeft weinig weer van de kwaliteit van besprekingen, of van de zwaarte van de te bespreken gevallen. Dat over specifieke cliënten heel grondig, en voor therapeuten zelf indringend gesproken wordt is dus zeker niet uitgesloten.

Bij alle geconstateerde discrepanties tussen wat therapeuten zeggen te zien in teamwerk en wat zij zeggen ervan te realiseren, kan men ook optimistischer blijven. Voor dit betoog over georganiseerde samenwerking kan een andere mogelijkheid immers van groter belang zijn: dienen teamverbanden in een dergelijke professionele organisatie niet veeleer het beleid dat in hulpverlening wordt nagestreefd dan de concrete werkvoorbereiding en uitvoering? Dan zou het toch geen wonder zijn dat men de cliëntbesprekingen maar beperkt houdt?

Teams als kaders voor beleidsvorming

Men kan hier de vraag stellen of medewerkers teambeleid belangrijk vinden, en vervolgens of betrokken therapeuten daadwerkelijk bijdragen leveren aan beleid in hun teams. Antwoorden op beide vragen worden nu samengevat uit het rapport 'Samenwerking en beleid' dat aan de vier instellingen werd uitgereikt, in het kader van een adviesproces.

Het ging hier vooral om beleid van teams inzake hulpverlening en doelgroepen. De beleidsaspecten waren deskundigheidsbevordering, preventie, de bepaling van doelgroepen, hulpverlening buiten de stad, voorlichting en onderlinge verwijzing. Niet zozeer aan de orde waren: methodiekverschillen binnen een bepaalde therapie; danwel beleid inzake financiële en personele middelen, organisatie- en personeelsbeleid, afbakening met eerste- en derdelijnsgezondheidszorg. Aan het 'voeren van een beleid' is de nieuwe definitie gegeven van: de graad waarin medewerkers in een bepaald team weten wat ze willen, waarin zij een eerste definitie van een gezamenlijke lijn ten aanzien van de hulpverlening hebben uitgestippeld. Concreter houdt dit in dat de teamleden hierover onderling afspraken hebben gemaakt, waaraan zij zichzelf en elkaar houden zodat het werk conform de beleidsafspraken wordt uitgevoerd. Het zwakst is beleid dan daar waar geen duidelijkheid over een gezamenlijke lijn bestaat of waar geen afspraken bestaan.

In het rapport staat op basis van soortgelijk materiaal als hierboven de conclusie dat in tegenstelling tot enkele jaren tevoren toen de riagg-vorming nog slechts een vage schim was, 75-80% van alle (122) medewerkers aangaf dat er beleid nodig is en dat dit op teamniveau tot stand moet komen voor zover het er niet is. Een gezamenlijke koers is zeker op teamniveau gewenst — met name voor deskundigheidsbevordering, preventie, doelgroepen, voorlichting, verwijzing. Dat betekent ook dat men zegt in de teams afspraken te *willen* maken waaraan medewerkers zich willen houden. In sommige teams waren echter ook geluiden tegen die beleidswens te horen: geringe bereidheid van een minderheid van medewerkers om zich aan hun teams inderdaad te verantwoorden. Nog minder bereid was men om teams gezamenlijk verantwoordelijkheid te laten delen.

Vervolgens is nu de vraag te stellen of teams beleid maken, dat wil zeggen of de leden ten aanzien van genoemde zes beleidsgebieden *inderdaad interne afspraken maken*. Het onderzoek wees uit dat de meeste teams in vier van de zes gebieden géén beleid hadden; wel was er in het algemeen een verwijzingsbeleid. In tabel 4 wordt, ten overvloed, een en ander voor de zes gebieden waarop men wel beleid wenselijk vond, weergegeven.

De conclusie moet ook hier zijn dat er een discrepantie bestaat tussen de wenselijkheid van beleid die de psychotherapeuten uitspreken en hun feitelijke beleidsdaden die zij in teamverband zeggen te

Tabel 4: Beleid gevormd in teamverbanden; de mate waarin 15 teams een gezamenlijke lijn in hun team vaststellen met betrekking tot genoemde onderwerpen

Bron: Van Delft, Koot en Lamboo, 1981 / gebaseerd op proporties van teamleden)

	beleid gewild en aanwezig	beleid niet nagestreefd of niet aanwezig
deskundigheidsbevordering	5	10
preventie	5	10
te bereiken doelgroepen	2	13
hulp buiten de stad	1	14
voorlichting bestaande voorzieningen	0	15
verwijzing	8	7

verwerklijken. In genoemd rapport wordt een eerste verklaring geleverd. Op teamniveau zijn namelijk obstakels gevonden die op de besprekingsprocedure van teams betrekking hebben: beleidsonderwerpen werden niet geagendeerd, er werd veelal geen extra opstarttijd voor beleidsbesprekingen uitgetrokken.

Een derde uitkomst die wij hier samenvatten, betreft de samenwerking *binnen instellingen, tussen teams van een instelling* en zelfs tussen teams van de vier instellingen in dezelfde regio. Ook hier vond men, samengevat, zowel beleid in de hulpverlening alsook contacten tussen de teams wel wenselijk. Daarentegen worden juist die contacten niet gelegd, ook per instelling worden tussen de teams nauwelijks contacten gelegd. Men spreekt uit een afwachtende houding te hebben jegens het kader van de instellingen, dat wel met initiatieven moet komen. Voorts stelt men dat de leiding van de op te richten riagg een dergelijk organisatorisch netwerk maar moet gaan bouwen. De medewerkers wijzen het duidelijk af om in hun teams energie te steken in contacten tussen teams waaruit eventuele beleidsvorming binnen de instellingen zou kunnen voortvloeien. Men verwacht uitdrukkelijk teveel organisatorische ballast, dat is de grootste vrees van medewerkers in dit verband. Gegevens om uit te maken of hier sprake is van een reële ballast en reële vrees zijn helaas niet beschikbaar.

Conclusie uit de uitkomsten van deze paragraaf zijn inmiddels duidelijk. *Net als bij de uitvoering van de hulpverlening werken teams ook op het niveau van beleidsvorming niet als samenwerkingsverband.* Ook daar is de eerste conclusie dat er een *discrepantie* bestaat tussen *wat teams wensen* over beleidsvorming — zij staan er positief tegenover — en *wat zij werkelijk doen*: een gezamenlijke koers uitstippen blijft vaak achterwege. Een gedeeltelijke verklaring werd gevonden doordat procedurele voorwaarden niet vervuld bleken te zijn: beleidsonderwerpen stonden niet geagendeerd en er werd geen extra

tijd voor uitgetrokken. Men neigt ertoe een en ander op het kader van de instelling af te wentelen. Ook de discrepantie op het niveau van de instelling, van wenselijkheid van gezamenlijk beleid en onderlinge contacten tussen teams, tegenover de feitelijk nagenoeg ontbrekende contacten, wijst in eenzelfde richting. Op dit niveau zeggen overigens de directies van de instellingen op hun beurt dat zij wegens gebrek aan informatie en steun vanuit de teams ook geen beleid kunnen voeren of samenwerking kunnen bewerkstelligen.

Men kan zich nu afvragen hoe genoemde discrepanties te verhelderen zijn. Is hier onwil van eigenwijze psychotherapeuten in het spel? Is er sprake van rationalisaties ('we vinden het belangrijk maar komen er helaas niet aan toe')? Is er teveel angst om zaken met elkaar te delen, speelt de aantrekkelijkheid van het werk of het loopbaanbelang mee?

Samenwerking heeft weinig kracht: een analyse

Beoogd wordt een verklaring van de discrepanties en van de feitelijk geringe samenwerkingskracht nu verder uit te werken. Eén verklaring wordt gezocht door toepassing van arbeidssociologische ideeën over dienstverband en mobilisatie van mensen in een organisatie. Via een analyse van nadere gegevens zal het effect van onder meer het medewerkerschap van de therapeuten worden verkend. Een tweede verklaring wordt aangeboden door de discrepanties te plaatsen binnen een organisatiemodel dat grote invloed heeft op instellingen voor psychotherapie, namelijk de segmentenorganisatie.

Nevenfuncties en dienstverband – Wij willen op de beperkte, volgens velen gebrekkige samenwerking tussen psychotherapeuten een licht werpen door te onderzoeken of arbeidssociologische ideeën over *de aard van het werkverband* verhelderend kunnen werken. Daarbij wordt dan niet beoogd een geheel sluitende statistische of theoretische verklaring te bieden.

De betrokkenheid van het individu bij arbeid en organisatie is vandoord een studieobject van de sociologie. Een veel belicht verschijnsel is dat het telkens een minderheid van medewerkers in elke instelling is die zich vrijwillig actiever opstelt, bijvoorbeeld in commissies en bestuursorganen of -projecten. Een grote meerderheid van functionarissen blijft passief, in die zin dat zij zich beperken tot de uitvoering van werk, tot hun lidmaatschapsverplichtingen⁷. Dit geldt in sterkere mate voor organisaties met een sociaal-bewegingskarakter⁸. Men kan dit verschijnsel ook zien in het licht van mobilisatietheorieën over mobilisering van energie voor nieuwe ideeën, tijdelijke groepsvorming in het belang van gecoördineerde actie, al of niet op vernieuwing gericht⁹. Zo komen wij dan op de werkhypothese dat het samenwerkingsgedrag als uiting van betrokkenheid van werknemers zou kunnen samenhangen met de *mate van activiteit* in sociologische zin. Het

gaat dan om de organisatorische of zelfs institutionele 'activering', die betrokken psychotherapeuten kennen. Ook in de onderzochte instellingen was het, zo werd beweerd, 'telkens eenzelfde groep van mensen' die commissie- of bestuurswerk op zich nam. Geprobeerd is nu die mensen zeer globaal te identificeren; die medewerkers dus die als het ware telkens op de bres staan om teamleden te mobiliseren tot samenwerking en gezamenlijke bestuurlijke standpunten over wat buiten de instellingen gebeurt.

Uit extra gegevens uit het onderzoek komt een driedeling van de (122) medewerkers naar voren: (1) diegenen die geen nevenfuncties hebben (89), (2) diegenen (13) die elders ook hulpverleningswerk verrichten (veelal betaald), en (3) die mensen (20) die een of meer commissie- of bestuursfuncties bekleden, en die wij in dit kader als de meest 'actieven' in sociologische zin beschouwen.

De vraag wordt dus of verschillen in samenwerkingsbehoeften) verklaard kunnen worden door deze verschillen in actief optreden, zoals hier aangeduid. Alle gegevens over samenwerking bij uitvoering en ondersteuning van het hulpverleningswerk die in teamverband gebeurt—onderwerpen uit tabel 1, 2 en 3—zijn nu aan een variantieanalyse onderworpen, met een resultaat dat ons weinig verder brengt—tabellen blijven dan ook achterwege. De conclusie hieruit luidt namelijk als volgt: individuele hulpverleners die extra bezigheden hebben in commissies, besturen of neven-hulpwerk zijn *niet* wezenlijk meer bereid tot, of bezig met samenwerking in teamverband.

Na de 'nevenfuncties' is vervolgens het type dienstverband van de psychotherapeuten onderzocht. Beschouwen wij psychotherapie namelijk niet als dienstverlening maar juist als arbeid voor hulpverleners, dan wordt het type dienstverband een andere mogelijke verklaring voor verschillen in samenwerking. Wij gaan ervan uit dat het team het primaire werkverband is waarbinnen deze hoofdarbeiders in hun instelling ingeschakeld staan. De onderzoekshypothese luidt hier dat het dienstverband de betrokkenheid in de organisatie beïnvloedt⁹. De samenwerkingsgegevens worden dan als uiting van betrokkenheid, opgenomen-zijn in de organisatie via het team, opgevat. De gevestigde staf zou in deze gedachtengang een voortrekkersrol kunnen hebben, meer bij de organisatie betrokken zijn, meer bereid tot samenwerking en meer samenwerking 'waarnemen' dan aankomende vrijwilligers of kortverbanders.

Via kruistabellering van dienstverbandgegevens vielen de 122 medewerkers in te delen in: 23 kortverbanders¹², 60 junior-stafmedewerkers (3-4 jaar in loondienst) en 39 senior-stafleden (langer dan 4 jaar in loondienst), en wederom vond een variantieanalyse plaats van genoemde samenwerkingsgegevens naar type dienstverband. Ook hier bleek *geen* verband te bestaan: *dienstverband* en de waargenomen behoefte aan *samenwerking* of de gezamenlijke uitvoering van *werk hangen niet met elkaar samen*. Er is evenwel één interessante uitzon-

dering, die de feitelijke samenwerking betreft, namelijk de kennis over collega's. Senior-stafleden, de oudere, meer gevestigde werkers in de organisatie zijn iets beter op de hoogte van de facetten waar collega's uit hun teams 'goed in zijn' (zie tabel 5). Zij weten daar nog iets van, zij het dat ze de kwaliteiten van collega's soms precies, soms niet precies kennen. Maar alle medewerkers met een kortere dienstperiode hebben deze wetenschap niet of nauwelijks!

Tabel 5: Samenhang tussen dienstverband en gepercipieerde samenwerking van medewerkers in team- en instellingsverband; variantieanalyse, tweezijdige toetsing

	Kortverband N=	Junior N=	Senior N=
precisie waarmee men weet waar collega's goed in zijn in team:	(23) 2.74* DF = 2.114	(57) 2.95* F = 7.48	(37) 3.46* P = 0.0009
kennis over andere teams binnen de eigen instelling	(23) DF=2.119 2.43*	(60) F = 5.75 2.97*	(39) P = 0.004 3.05*

* De gemiddelde scores geven een weerslag van de antwoordcategorieën: 1 = niet; 2 = nauwelijks; 3 = niet precies; 4 = precies.

Nog iets minder precies dan voor hun eigen team weten werkers van *andere* teams hoe die werkzaam zijn. Op deze globale kennisvraag reageerden de senior-stafleden gemiddeld met 'niet precies', alle anderen wederom met 'weet ik niet of nauwelijks'. De contacten in de instelling leiden kennelijk nog minder tot functionele informatie over collega's; dit betekent evenwel niet vanzelf dat die contacten bij senioren veel tot stand komen¹³. Een eenvoudige verklaring kan zijn dat men over elkaars kwaliteiten of sterke kanten functioneel geïnformeerd wordt, eenvoudig door langer in dezelfde instelling te werken, zodat werkers elkaar vaker op plenaire bijeenkomsten of in de gang of koffiekamer treffen. Dit verschijnsel heeft uiteraard *niets met georganiseerde samenwerking van doen*, met de organisatie die in de volgende paragraaf aan de orde komt. Gepoogd zal nu worden de geringe samenwerkingskracht te verhelderen door een schets van het *organisatieregime* waarbinnen psychotherapeutische beroepskrachten vaak werkzaam zijn.

Bescheiden samenwerking door segmentenorganisatie — Het verschijnsel van geringe samenwerkingskracht tussen hooggeschoolde beroepskrachten — hetgeen psychotherapeuten toch zijn — is beter te

begrijpen vanuit een beschrijving van het organisatieregime dan vanuit de waargenomen 'bereidheid tot samenwerken'. Psychotherapeutisch werk, maar ook andere soorten van hulpverlening, onderwijs en onderzoek vinden vaak plaats in het kader van een zogenaamde segmentenorganisatie. Deze segmentenorganisatie nu beperkt samenwerking principieel, door een eigenaardige, specifieke combinatie van organisatiekenmerken. Een complete, uitvoerige beschrijving van het organisatiemodel en de achtergronden van dit organisatietype heb ik inmiddels elders gepubliceerd; de geïnteresseerde lezer verwijst ik naar dit recente artikel in 'Mens en Organisatie'⁴. In dit artikel wordt volstaan met de weergave van een *selectie* van drie eigenschappen, die te zamen juist de samenwerkingskansen beperken:

- de arbeidsverdeling in de organisatie leidt tot 'repeterende losbandigheid';
- de verhoudingen tussen organen zijn uitdrukkelijk niet van organisatiewege gedefinieerd;
- taakgerichte groepsvorming is uiterst moeilijk zodat interne uitwisseling van kennis beperkt blijft.

Een noodzakelijk summiere aanduiding van deze drie verschijnselen moge op de hier beschreven beperkte samenwerkingskracht enig licht werpen.

(a) Ook in instellingen voor psychotherapie wordt *het werk* in de organisatie naar beroepsgroepering of *discipline verdeeld*. Anders dan de bureaucratie, láát de segmentenorganisatie zich bepalen door het externe maatschappelijke beroepssysteem. Op het hoogste niveau is sprake van onderling 'losbandige' secties zoals psychotherapeutische staf en ondersteunend personeel. Lager in de organisatie herhaalt zich dit principe tussen vaksecties of (vak)teams, en zelfs tussen de leden van elk team die ieder voor zich geneigd zijn een *spécialité* toebedeeld te krijgen. De zo ontstane arbeidsverdeling bemoeilijkt functionele contacten tussen therapeuten.

(b) Verhoudingen tussen organen en tussen functionarissen zijn soms wel bij traditie of via een instellingsgeest enigszins omkaderd, maar zij zijn *zéker ní ét van organisatiewege gedefinieerd*. Als het erop aankomt heeft géén van de organen bevelsmacht, is géén van de functionarissen typisch adviseur, en is er géén orgaan dat voor de hele instelling systematisch speurwerk doet. In plaats van een stevig gebouw is de organisatie overwegend te zien als een '*groeisel*' rond (historisch zelfstandige) therapeutische beroepen, die tot functies zijn uitgegroeid. De kunst van de organisatie en medewerkers lijkt juist om zo weinig mogelijk te regelen, zo vrij mogelijk te blijven werken: — vrij-te-blijven.

(c) *Groepsvorming*, nodig als kader voor samenwerking, is *zeer moeilijk*. Juist omdat specifieke bevels-, advies- en mandaatverhoudingen ideaaltypisch ontbreken (zie punt b), moet elk initiatief als het ware vanuit de mensen komen, en moet voor elk contact naar contact-

spelregels gezocht worden. Gevoegd bij de soms hoge werknormen die therapeuten aan menselijke communicatie stellen (Wheel de mens'), is er dan een principiële barrière om tot bevredigende *taakgerichte* contacten te komen — de verwachting daarvan lijkt al bij voorbaat te moeten ontbreken. Daar komt bij dat het overleg in en tussen teams als 'extra opgave' gezien wordt omdat de beroepskrachten met de uitgebreide scholingsbagage die zij hebben, al het uitvoerende hulpwerk zelfstandig kunnen verrichten. De neiging om dit te doen is zeker onder psychotherapeuten dan bijna een automatisme.

Uit dit alles blijkt hoe juist vanuit zulke segmentenorganisaties principiële barrières tot samenwerking bestaan, vaak onbewust en zonder isolationistische bedoelingen van betrokkenen, via *mechanismen* in de arbeidsverdeling en coördinatie tussen de werkers. Hoewel deze barrières en de aard van de segmentenorganisatie hier summier zijn weergegeven, kan bewustwording van dit organisatie-model tot meer inzicht in kansen op samenwerking leiden. Vaak is kennis van een organisatie-model eenvoudig noodzakelijk om conflicten en samenwerking te begrijpen. Zo zijn in bijvoorbeeld vele bedrijven en ziekenhuizen de moeizame omgang tussen leiding en ondersteunende functionarissen tussen uitvoerende en adviserende staf vaak te verklaren door het 'ingebouwde' conflictpotentieel van lijn-staforganisaties.

Noten

1. H. Mintzberg, *The structuring of organizations. A synthesis of the research*. Prentice Hall, Englewood Cliffs 1979, p. 348-373.
2. T. van Delft, W. Koot, J. Lamboo. *Voorwaarden voor samenwerking en beleid. Inventarisatie in vier instellingen voor AGGZ*. Sociologisch Instituut, Nijmegen 1981.
3. Te ondubbelzinnige vragen zijn weggelaten, en er is een selectie gemaakt (vragen zijn zo geselecteerd dat de eventuele voordelen 'voor elkaar', voor de hulpverlening en direct voor de cliënt zelf zijn meegenomen/weergegeven).
4. De antwoorden zijn geregistreerd op een vijfpuntsschaal van sterk mee eens (1) tot sterk niet mee eens (5), en gedichotomiseerd. Wij hebben als norm gehanteerd dat een team het met een uitspraak meer eens dan oneens is bij een groepsmediaan van 3.5 of meer; bij de vragen met een vierpuntsschaal in tabel 3 gold een mediaan van 2.5 of meer (2 = score 'sommige cliënten', 1 = 'nooit').
5. Scores op extreme waarden (1 of 5) kwamen in geen van de teams regelmatig voor. Een team scoorde heterogeen (verdeeld) als meer dan de helft van de teamleden links en rechts van de middenscore, op beide empirische extremen, scoorde.
6. De normen voor teamcijfers waren hier: de score van meer dan 50% van de antwoorden per team werd de teamscore.
7. N. J. Smelser, *Sociology*, New York 1967, p. 180 e.v.
8. R. Michels, *Zur Soziologie des Part eiwesens in der modernen Demokratie*, Kbiner Verlag, Stuttgart 1925. Ook: J. E. T. Eldridge, A. D. Combie, *A Sociology of organizations*, George Allen & Unwin, London 1974.
9. A. Etzioni, *The active society. A theory of societal and political processes*.

Collier-McMillan, London 1968; J. A. A. van Doorn, *Met man en macht. Sociologische studies over maatschappelijke mobilisatie*. Boom, Meppel 1973.

10. Hier nemen wij aan dat de beroepsassociatie van hulpverleners nauwelijks van invloed is op de interne werking van instellingen en de betrokkenheid van de werkers. Er is trouwens geen Nederlands materiaal dat daarop zou wijzen.

11. Zie o.a. N. Smelser; op. cit.

12. 'Kortverbanders' omvatten ten eerste vrijwilligers, niet in loondienst, ten tweede (tijdelijke) werknemers niet langer dan 2 jaar in dienst. De juniorstafleden verrichten hun werk soms onbetaald (N = 10), de zogenaamde blijvende groep van vrijwilligers e.g. aspirant-werknemers.

13. Voor zover de kennis over collega's iets aangeeft over de betrokkenheid in de instelling en in het team, betreft het hier overigens alleen informatiele betrokkenheid, opgenomen zijn in informatiestromen over wie-wat-doet-en-hoe. Deze informatiestromen hangen dus vooralsnog samen met het dienstverband. Opvallend is ook dat er geen onderscheid is tussen vrijwilligers en beroepskrachten die voor niet langer dan 3 jaar in dienst zijn: beide categorieën kennen volstrekt vergelijkbare behoeften aan en percepties van samenwerking.

14. W. T. M. Koot, 'De segmentenorganisatie. Typering en implicaties van botsingen met de bureaucratie'. *Mens en Organisatie*, 1983, 5, p. 333-353.