

Structurele en culturele bronnen van macht van zorgvoorzieningen

1. Inleiding

De studie van de organisatie van de zorg vanuit de netwerken van relaties tussen voorzieningen is reeds enkele decennia oud. Reeds veertig jaar geleden vroegen Levine en White (1961) aandacht voor de netwerken van ruilrelaties tussen instellingen in de welzijnszorg en de gezondheidszorg. Recentelijk kan deze benadering op vernieuwde aandacht rekenen. Deze evolutie valt samen met een algemene toename van de belangstelling voor netwerken in de meest uiteenlopende sectoren van de samenleving en in de meest divergente domeinen van het wetenschappelijk onderzoek. Zo kwam men pas onlangs nog tot de veronderstelling dat de werking van het menselijk genoom volgt uit de samenwerking van genen in zichzelf organiserende, heterogene netwerken (Venter, Adams en Myers 2001). Het zinnen betoverende karakter van de ontwikkelingen in de informatie- en communicatietechnologieën fungeert ongetwijfeld als een katalysator van dit netwerkdenken.

De groeiende aandacht voor de netwerken van contacten tussen instellingen in de zorgsector volgt eveneens uit ontwikkelingen meer eigen aan de organisatie van de zorg zelf. Het aantal voorzieningen neemt gestaag toe, ze werken met een diversiteit van benaderingen en hebben verschillende doelstellingen. Deze uitbreiding geeft aanleiding tot een exponentiële stijging van de contacten tussen instellingen en deze contacten organiseren zich in regionale netwerken van verbanden tussen organisaties. Deze netwerken zijn zo prominent aanwezig dat van een nieuw principe van organiseren – naast de werking van de markt en de hiërarchische organisatie van een bureaucratie (Powell 1991) – gesproken wordt. Dit organisationeel samenleven vormt een werkelijkheid op zich, met zijn eigen wetmatigheden. Drie basisprocessen openbaren zich telkens als individuele instellingen systematisch met elkaar omgaan: differentiatie of specialisatie, integratie of de groei van de wederzijdse afhankelijkheid en centralisatie of het ontstaan van een ongelijke spreiding van macht en prestige. In wat volgt wensen we aan te tonen hoe de posities die voorzieningen innemen op de

assen van differentiatie, integratie en centralisatie beperkingen opleggen en uitdagingen scheppen. Alle aandacht gaat naar de verhoudingen tussen instellingen uit de welzijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg, naar de wijze waarop deze organisaties elkaar beïnvloeden, de machtsmiddelen waarvan ze gebruikmaken en de hiërarchische verhoudingen die zich tussen hen ontwikkelen. Deze machtsverhoudingen maken zelden expliciet deel uit van onderzoek binnen de zorgsector. Ze mogen evenwel niet genegeerd worden. Zo kunnen uitgesproken machtsverschillen tussen instellingen de samenwerking hinderen of de kansen op welslagen van allerlei pogingen tot samenwerken hypothekeren (Benson 1975).

De studie van de machtsverhoudingen tussen voorzieningen in de zorgsectoren is vooral het domein van de ruiltheoretische benadering en haar kompaan, het structuralisme (Cook 1977; Levine en White 1961). Enkele centrale concepten uit deze perspectieven worden hieronder behandeld, hoofdzakelijk om aan te tonen hoe ze met elkaar verknoopt zijn. Instellingen gaan relaties aan op zoek naar middelen om hun doelstellingen te bereiken. Deze ruilrelaties maken instellingen wederzijds afhankelijk en scheppen mogelijkheden om macht te verwerven en invloed uit te oefenen.¹ Een tweede, meer recente benadering van de verhoudingen tussen voorzieningen, met name het institutionele perspectief (Benson 1975), laten we niet links liggen. Immers, ze vormt een wezenlijke aanvulling op de ruiltheoretische invalshoek door aandacht te vragen voor andere dan sociaal-structurele determinanten van macht. De identificatie van zorgvoorzieningen met invloedrijke professionele groepen en gezaghebbende ideologieën/technologieën vormt een niet te negeren cultureel-ideologische bron van macht. Beide benaderingen worden aangewend om tot concrete inzichten in de machtsverhoudingen tussen voorzieningen in de welzijnssector en de sector van de geestelijke gezondheid te komen.

Het empirisch gedeelte van de studie is beperkt tot enkele bevindingen uit een onderzoek naar de relaties tussen organisaties in de welzijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg in de regio's Brugge, Gent en Zeeland en tot deze organisaties die rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken zijn bij de toeleiding naar aangepaste arbeid als middel tot maatschappelijke integratie van personen 'die omwille van persoons- en/of maatschappijgebonden redenen niet (meer) kunnen werken onder arbeidscontract in het reguliere of beschermde tewerkstellingscircuit' (Lauwereys en Nicaise 1999). Nagegaan wordt hoe deze zorgvoorzieningen elkaar beïnvloeden en welke rol de controle over structurele en culturele bronnen van macht daarbij speelt.

2. Netwerken van relaties tussen zorgvoorzieningen

Instellingen vormen geen autarkische eilanden. Verschillende factoren sporen hen aan tot het aangaan van duurzame relaties met elkaar. In de eerste plaats worden ze geconfronteerd met een schaarste aan middelen, die hen

verplicht tot functionele specialisatie (Cook 1977). Duurzame interorganisatiele relaties dragen bovendien bij tot het verzachten van wat men de *organisatiele onzekerheid* noemt (Cook 1977). Deze onzekerheid volgt, onder meer, uit voortdurende fluctuaties in het aanbod van middelen en, zeker voor wat de zorgsectoren betreft, onduidelijkheid over de kwaliteit van de output (Alter en Hage 1993; Kirk en Kutchins 1992). Elke interventie is immers een complex proces (Kirk en Kutchins 1992) en de hulpverleners moeten vaak de feedback missen die nodig is om hun handelen bij te sturen (Alter en Hage 1993). Meer nog dan in andere sectoren van de samenleving onderhouden organisaties uit de zorgsector omwille van deze redenen contacten met elkaar. Deze contacten kunnen beschouwd worden als relaties van wederzijdse afhankelijkheid, waarin de middelen nodig voor het bereiken van de centrale organisatiele doelstellingen worden geruild. Verschillende middelen kunnen uitgewisseld worden en in principe kan alles het voorwerp van ruil zijn. Doorgaans beperkt men zich bij het bestuderen van de relaties tussen organisaties uit de zorgsectoren van de samenleving tot de uitwisseling van administratieve middelen – zoals financiële middelen, personeel en gebouwen – en middelen meer direct verbonden met de dienstverlening, zoals cliënten en informatie over deze cliënten (Bolland en Wilson 1994). Alter en Hage (1993) spreken in dit verband van een onderscheid tussen *administratieve* en *operationele* ruilrelaties.

Ongeacht de redenen waarom organisaties in het algemeen, en in de welzijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder, met elkaar interageren en wat ook de inhoud van deze interorganisatiele contacten is, het is steeds zo dat deze verbanden zich ordenen in netwerken van relaties. De sociale processen die zich binnen deze netwerken ontplooiën worden doorgaans omschreven als processen van differentiatie, integratie en centralisatie. Een eerste vorm van differentiatie treedt op wanneer instellingen activiteiten ontwikkelen in verschillende locaties, de ruimtelijke differentiatie (Baker 1992). Een andere vorm van verscheidenheid is de horizontale, de structurele of de functionele differentiatie (Alter en Hage 1993). Deze treedt op als instellingen een gespecialiseerde dienstverlening aanbieden of zich richten op specifieke doelgroepen. In systemen met een doorgedreven ruimtelijke en functionele differentiatie ontwikkelt zich, ten slotte, een derde vorm van verscheidenheid, de verticale differentiatie of de centralisatie van de beslissingsmacht (Baker 1992). Instellingen met een coördinerende functie ontstaan. Differentiatie moet immers hand in hand gaan met integratie wil ze niet leiden tot fragmentatie. In de zorgsectoren staan de processen van differentiatie en integratie als beheersproblemen momenteel hoog op de agenda. Zowel binnen (De Brouwere 1997; Peuskens 1997) als buiten (Bolland en Wilson 1994; Dill en Rochefort 1989; Morrissey 1999; Morrissey, Calloway, Johnsen e.a. 1997; Provan 1997; Provan en Milward 1995; Provan, Sebastian en Milward 1996; Provan en Sebastian 1998; Rosenheck, Morrissey, Lam e.a. 1998; Tausig 1987; Van de Ven en Walker 1984) de Lage Landen wordt gewaarschuwd

voor de fragmentatie van een (te) sterk gedifferentieerde en gespecialiseerde dienstverlening.

Differentiatie en integratie zijn zeer algemene, evolutionaire processen, die uiteindelijk leiden tot heterogene netwerken van onderling afhankelijke instellingen. Omdat afhankelijkheid de tegenhanger van macht is, scheppen deze processen de voorwaarden voor wederzijdse beïnvloeding of machtsuitoefening. Ruiltheoretici stellen bij de studie van de (netwerken van) relaties tussen organisaties deze verhouding tussen afhankelijkheid en macht centraal (Cook en Emerson 1978; Emerson 1961). Ook factoren extern aan het netwerk van interorganisationale relaties zijn voor de machtsverhoudingen tussen instellingen relevant (Oliver en Montgomery 1996). Zij die de ruiltheoretische benadering bekritisieren (Benson 1975), beschouwen de legitimiteit van zorgvoorzieningen als een minstens even belangrijke bron van macht. In de eerstgenoemde benadering worden de sociaal-structurele bronnen van macht beklemtoond; het laatstgenoemde perspectief vraagt aandacht voor de culturele machtsbasis van zorgvoorzieningen.

3. Ruil en de structurele basis van de macht van zorgvoorzieningen

De macht van de ene organisatie over de andere is functie van de middelen waarover beide organisaties beschikken, van de waarde van deze middelen en van de mate waarin beide instellingen toegang hebben tot alternatieve ruilpartners (Cook en Emerson 1978). Bijvoorbeeld, voor de werking van elke organisatie is een voorspelbare instroom van cliënten noodzakelijk. De controle over cliënten is evenwel ongelijk gespreid over de verschillende posities van het netwerk van organisaties – sommige inrichtingen verlenen diensten aan een omvangrijke groep cliënten, sommige instellingen ontvangen cliënten van een beperkt aantal andere organisaties – waardoor ze aangewend kan worden om invloed uit te oefenen.

Men noemt deze macht structureel, in de eerste plaats, omdat ze bepaald wordt door de posities die de voorzieningen innemen in het netwerk en de distributie van gewaardeerde middelen over deze posities heen. Niet enkel de controle over de stroom van cliënten is een belangrijk structureel machtsmiddel. Ook de controle over financiële en materiële middelen, de beheersing van de informatiestromen, de contacten tussen professionele hulpverleners en de aanwezigheid van formele afspraken tot samenwerking kunnen belangrijke bronnen van macht zijn. Dat het weinig uitmaakt of organisaties bewust van hun machtspositie gebruikmaken of niet – invloed kan zelfs verworven worden door doelbewust af te zien van manifeste machtsuitoefening – is een tweede reden waarom over structurele macht gesproken wordt. De ongelijke distributie van middelen creëert ongelijke ruilratio's – tien cliënten meer of minder maakt weinig uit voor een grote instelling, maar des te meer voor een kleine organisatie – en deze onevenwichtigheden leiden na verloop van tijd tot ongelijke machtsverhoudingen.

Afhankelijke instellingen zullen anticiperen op een mogelijke uitoefening van macht en zich reeds a priori inschikkelijker opstellen. Ze zullen bovendien niet in staat zijn eventuele voordelen uit de ruil met gelijkwaardige middelen te beantwoorden, waardoor diffuse, of niet nader gespecificeerde, verplichtingen ontstaan (Blau 1967). Deze verplichtingen omvatten het uiten van waardering en respect en het tonen van de bereidheid om bepaalde diensten voor de andere te verrichten of bepaalde wensen van de andere in te willigen.

Een belangrijke indicator van de structurele macht van een instelling in een interorganisatieel netwerk is haar netwerkcentraliteit (Hanneman 1998; Scott 1991). Deze maat weerspiegelt het aantal organisaties waarmee ze verbonden is. Hoe groter de centraliteit van een organisatie, hoe meer alternatieve ruilpartners ze ter beschikking heeft. Hoe meer alternatieven, hoe meer macht.

4. Legitimiteit en de culturele basis van de macht van zorgvoorzieningen

Voor de netwerken van voorzieningen in de zorgsectoren is de *organisationale legitimiteit* een belangrijke machtsbron (Benson 1975; Oliver en Montgomery 1996). De kwaliteit van de dienstverlening kan immers moeilijk op een objectieve wijze – volgens algemeen aanvaarde indicatoren – bepaald worden. Instellingen moeten daarom bijkomende strategieën ontwikkelen om anderen te overtuigen van de kwaliteit en effectiviteit van hun handelen. Het leveren van een kwaliteitsvolle dienstverlening op zich volstaat niet, de diensten moeten als kwaliteitsvol worden ervaren door hen die middelen en cliënten ter beschikking stellen. Organisaties kunnen deze herkenning en erkenning verwerven als ze een eigen domein binnen het brede spectrum van voorzieningen voor zich kunnen winnen met respect voor de autonomie van andere invloedrijke medespelers. Dergelijke erkende of gelegitimeerde aanspraken op het uitvoeren van specifieke programma's binnen bepaalde probleemgebieden of voor bepaalde doelgroepen vanuit specifieke doelstellingen, worden *organisationale domeinen* genoemd (Benson 1975). Bezitten instellingen een organisatieel domein, dan kunnen ze autonoom handelen binnen een bepaalde sfeer, aanspraak maken op ondersteuning voor hun activiteiten en de gepaste of geijkte handelingen, praktijken of interventies binnen deze sferen omschrijven en definiëren (Benson 1975; Mijs 1989). Zo wordt de aanspraak die algemene psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen maken op het domein van de crisisinterventie bij personen met acute psychiatrische problemen of op het gebied van de diagnose en behandeling van personen met psychiatrische stoornissen, algemeen erkend en doorgaans niet betwist. Instellingen kunnen elkaars domein betreden en elkaars legitimiteit ter discussie stellen. Dit leidt tot conflicten en bemoeilijkt uiteraard de samenwerking. Aanvaarden ze evenwel elkaars aanspraken op

een organisationeel domein, dan wordt van een toestand van domeincon-sensus gesproken. Het ontstaan van deze overeenstemming is functie van velerlei factoren. Omdat weinig directe criteria voor de evaluatie van de doeltreffendheid en de kwaliteit van de dienstverlening voor handen zijn, volgt de mate van erkenning, in de eerste plaats, uit meer uiterlijke tekenen van succes, zoals de omvang van de organisatie (Aldrich 1976) of de hoeveelheid middelen onder controle (Provan, Sebastian en Milward 1996). Andere factoren die de erkenning of de legitimiteit ten goede komen, zijn de aanwezigheid van banden met formele autoriteiten en gezaghebbende professionele groepen of het aanhangen van een algemeen aanvaarde technologie/ideologie (Mijs 1989; Schneider 1993).²

De dominante technologie/ideologie in de geestelijke gezondheidszorg is die van de medisch-psychiatrische benadering en de invloedrijkste professie is die van de geneesheren. De legitimiteit van instellingen in dit maatschappelijk veld is functie van de mate waarin ze zich met beide kun-nen vereenzelvigen. Hun organisationeel domein wordt verhoudingsgewijs weinig betwist en hun dienstverlening wordt doorgaans als kwaliteitsvol ervaren. Ze kunnen zich binnen het regionale netwerk van zorgvoorzienin-gen relatief autonoom opstellen.

Een andere technologie/ideologie die de laatste jaren vaste voet aan de grond heeft gekregen, is die van de rehabilitatie en de maatschappelijke in-tegratie. Deze benadering is sterk ingeworteld in de gemeenschapsgeori-ënteerde welzijnszorg, maar kent eveneens een opgang in instellingen op het raakvlak van de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg, zoals psychosociale rehabilitatiecentra en alle voorzieningen gericht op de maat-schappelijke integratie van personen met psychische problemen (Anthony, Cohen en Farkas 1990). Vooral in de zorg voor personen met chronische psychische problemen heeft deze werkwijze zich tot een alternatief ontwik-keld voor de op diagnose, behandeling en genezing gerichte medische be-nadering.

De identificatie met een bepaalde interventie-ideologie is zichtbaar in de organisatie van de instelling en in de personeelsbezetting. Instellingen vormen daardoor de organisatorische basis van technologieën/ideologieën (Schneider 1993). Voorzieningen werkzaam vanuit een medisch, psychia-trisch perspectief zijn gewoonlijk meer hiërarchisch georganiseerd en hun interne organisatie staat in functie van diagnose en behandeling. In voor-zieningen werkzaam vanuit een rehabilitatieperspectief staat de genees-heer niet langer centraal, de nadruk ligt op een multidisciplinaire aanpak. Meer verantwoordelijkheid wordt gedelegeerd naar de niet-medische of niet-paramedische staf, zoals naar psychologen en maatschappelijk wer-kers. Deze instellingen gaan minder categorisch te werk.

Omdat psychiatrische instellingen doorgaans op een relatief stabiele stroom van middelen kunnen rekenen en bovendien vaak supraregionale functies vervullen, is het niet geheel duidelijk in welke mate hun invloed op legitimatie (of gezag) of op de controle over middelen gebaseerd is. Vanwe-

ge de sterke verwevenheid tussen de sectoren van de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg, is het niet duidelijk of identificatie met de medisch/psychiatrische ideologie en technologie überhaupt nog als bron van invloed functioneert. Op deze en andere vragen wordt naar een empirisch antwoord gezocht, gebruikmakend van gegevens over netwerken van zorgvoorzieningen uit twee Belgische en één Nederlandse regio.

5. Steekproef en operationalisatie

Onderzoekspopulatie en steekproef

De buitenste grens of de bovengrens van de netwerken wordt omschreven met behulp van een geografisch en een functioneel criterium (Lauman, Galaskiewicz en Marsden 1978). De gegevens waarop onderstaande analyses gebaseerd zijn, zijn afkomstig van een onderzoek naar de relaties tussen zorginstellingen in de regio's Brugge (West-Vlaanderen), Gent (Oost-Vlaanderen) en Goes (Zeeland). Deze geografische beperking sluit alle instellingen die geen onderdeel vormen van het lokale netwerk van organisaties, uit. Supralokale en hiërarchische relaties met invloedrijke actoren, zoals subsidieverstrekkende overheidsinstellingen en koepelorganisaties, worden genegeerd.

Tabel 1

Onderzoekspopulatie en steekproef voor de regio's Brugge, Gent en Goes

	Omvang populatie	Aantal aangeschreven organisaties	Aantal (en %) deelnemende organisaties
Brugge	195	47	40 (85,1%)
Gent	313	48	36 (75,0%)
Zeeland	74	34	18 (52,9%)

De netwerken worden functioneel beperkt tot organisaties die rechtstreeks of onrechtstreeks bijdragen tot de maatschappelijke integratie van personen met psychische problemen door middel van toeleiding naar geschikte arbeid. Organisaties die onrechtstreeks bijdragen tot deze dienstverlening, zijn organisaties die contacten onderhouden met voorzieningen voor wie deze doelgroep centraal staat. Arbeidstrajectbegeleiding van personen met psychische problemen is een dienstverlening op het raakvlak van de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg. De steekproef van instellingen vormt daardoor een uitstekende dwarsdoorsnede van beide zorgsectoren in de verschillende regio's.

Uiteraard werden niet alle instellingen bij het onderzoek betrokken. Voorbereidend onderzoek wees, voor de drie regio's samen, op een totaal van meer dan 580 organisaties. Uit deze populatie werd een steekproef van

organisaties getrokken door middel van een sneeuwbalprocedure. In eerste instantie werden organisaties begaan met arbeidszorg bij personen met psychische problemen gevraagd aan te duiden met welke organisaties – binnen of buiten de regio – zij samenwerken. Onder samenwerken werd verstaan: ‘alle contacten die betrekking hebben op de uitwisseling van informatie, cliënten, personeel, financiële en andere middelen’. Alle organisaties die door deze instellingen werden aangeduid, werden op hun beurt aangeschreven en werden uitgenodigd op dezelfde vraag te antwoorden. Per regio werd op die wijze een lijst van organisaties aangelegd (Brugge, N=195; Gent, N=313 en Goes, N=74), zie tabel 1). In navolging van Provan en Milward (1995) werden uiteindelijk alle organisaties in deze lijst die door minstens drie instellingen aangeduid zijn, in de steekproef opgenomen en verzocht aan het onderzoek deel te nemen.

Deze procedure is niet zonder problemen. Zo worden, in tegenstelling tot andere steekproeftrekkingen, de organisaties niet onafhankelijk van elkaar geselecteerd. Bovendien heeft deze steekproefprocedure twee bijkomende nadelen als ze bij netwerkanalyses wordt angewend (Hanneman 1998). Ten eerste kunnen geïsoleerde instellingen over het hoofd worden gezien, wat een overschatting van de verbondenheid of densiteit in het netwerk met zich meebrengt (Scott 1991). Bovendien bestaat het gevaar dat bepaalde verbonden instellingen niet in de steekproef worden opgenomen als men bij de verkeerde startpunten begint. Om deze euvels te vermijden, werden twee bijkomende controles op de kwaliteit van de steekproef ingebouwd. Vooraf werden in elke regio sleutelpersonen gevraagd de lijsten van organisaties op hun volledigheid te controleren. Enkele minimale aanpassingen werden op hun advies doorgevoerd. Tijdens het onderzoek werden de deelnemende instellingen uitgenodigd om de lijst met organisaties aan te vullen. In elke regio werden heel wat bijkomende instellingen aangeduid, wat aangeeft dat de onderzochte netwerken geen geïsoleerde entiteiten zijn, maar deel uitmaken van nog ruimere netwerken van instellingen. Geen enkele belangrijke instelling bleek evenwel te ontbreken.

Het onderzoeksteam heeft op verschillende manieren – voorafgaand overleg met de zorgvoorzieningen tijdens bijeenkomsten van regionale overlegorganen, contacten met sleutelpersonen in elke regio, oproepen tot deelname aan het onderzoek in lokale contactbladen en herhaalde schriftelijke en telefonische contacten met alle instellingen – getracht zich van een volledige deelname aan de studie te verzekeren. Toch hebben niet alle aangezochte instellingen deelgenomen aan het onderzoek. De uitval is groot in Zeeland – tot bijna 50% van de organisaties nam niet deel – en eerder gering in de regio Brugge, waar slechts 15% afhaakte. De uitvalpercentages voor de Belgische regio's zijn vergelijkbaar met deze uit andere studies (Bolland en Wilson 1994; Fried en Worthington 1995; Provan en Milward 1995; Wright en Shuff 1995). Oliver en Montgomery (1996) hebben geen uitval, maar beperken hun steekproef tot 19, 20 en 20 organisaties per regio.

In de regio Brugge blijkt geen enkele van de ontbrekende organisaties

een centrale plaats in het netwerk in te nemen. In de regio Gent bevinden er zich onder de ontbrekende instellingen vijf belangrijke organisaties. Alle categorieën van instellingen zijn evenwel aanwezig. Zo weigerde één Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg om aan het onderzoek te participeren, maar waren twee andere centra wel tot deelname bereid. Voor de regio Zeeland is de uitval niet zonder problemen: onder de zestien niet-deelnemende organisaties bevinden zich zes instellingen van betekenis, met soms unieke posities binnen het regionale netwerk van interorganisationele relaties.

Schriftelijke vragenlijsten werden verzonden naar alle instellingen, waar ze werden ingevuld door contactpersonen die op de hoogte waren van zowel de interne werking van de instelling als van de contacten met andere voorzieningen. In kleine instellingen werd de vragenlijst door één verantwoordelijke ingevuld, meestal een diensthoofd/directeur/coördinator die zowel de directe leiding over de therapeutische staf had, voor het beheer van de instelling in stond en de contacten met de andere voorzieningen onderhield. In grotere instellingen werd de vragenlijst door verschillende verantwoordelijken ingevuld. Vaak werden stafmedewerkers belast met het invullen van de meest toegankelijke, eerder administratieve gegevens – zoals over het personeelsbestand, het lidmaatschap van formele samenwerkingsverbanden –, terwijl vragen over de interorganisationele contacten door leden van de therapeutische staf en/of leden van de directie beantwoord werden. Hiaten en onduidelijkheden in de antwoorden werden met een telefonisch gesprek weggewerkt.

Operationalisatie

Bij het meten van de invloed van organisaties werd een onderscheid gemaakt tussen dyadische invloed en regionale invloed. In navolging van Hall, Clark, Giordano e.a. (1977) en Oliver en Montgomery (1996) wordt dyadische invloed gelijkgesteld aan de mate waarin een instelling de activiteiten van andere organisaties beïnvloedt. Deze indicator verwijst naar wat Benson (1975) omschrijft als macht die 'permits one organization to reach across agency boundaries and determine policies or practices in weaker organizations'. In elke regio werd aan alle deelnemende instellingen de volgende vraag voorgelegd: 'Van welke organisatie oefenen de beleidsbeslissingen een belangrijke invloed uit op uw organisatie?' Een maximum van vijf organisaties konden in volgorde van belangrijkheid worden aangeduid in de lijst van deelnemende instellingen. Een aantal open antwoordcategorieën liet toe eventuele niet genoemde organisaties aan te duiden. De dyadische invloed van een instelling is dan gelijk aan het aantal keer dat ze door de andere voorzieningen werd gemarkeerd, gedeeld door het aantal deelnemende organisaties per regio min één. Een instelling die door alle anderen in het netwerk als de invloedrijkste wordt aangeduid krijgt een score van 1. In de totale steekproef werden zeventien instellingen meer dan viermaal genoemd. De Brugse instellingen werden, bij wijze van voorbeeld, ge-

middeld 3,2 maal aangeduid. Dit komt neer op een gestandaardiseerde score van 3,2/40 of 0,08 (zie tabel 2).

De meer algemene, regionale invloed van een voorziening werd bepaald met behulp van de antwoorden van alle organisaties op de vraag: 'Met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg in het algemeen, welke organisatie oefent een belangrijke invloed uit in de regio (Brugge/Gent/Zeeland)?'. Organisaties kunnen zichzelf als invloedrijk zien. Daarom werd de regionale invloed van een instelling gelijkgesteld aan het aantal keer dat ze door alle deelnemende voorzieningen – zichzelf inbegrepen – als invloedrijk werd gemarkeerd, gedeeld door het aantal deelnemende organisaties per regio. Deze indicator meet de reputatie van invloed op beslissingen over algemene aangelegenheden in een lokale of een functionele gemeenschap (Mizruchi en Galaskiewicz 1994; Knoke 1983; Knoke 1998). Bijvoorbeeld, de instellingen van de Zeeuwse steekproef werden gemiddeld tweemaal genoemd, of hebben een gemiddelde, gestandaardiseerde score van 2/18 of 0,11 (zie tabel 2). De gestandaardiseerde scores van de instellingen op deze indicatoren van invloed vormen de centrale afhankelijkke veranderingen. Ze meten de statuspositie van de instellingen. De (ongelijke) spreiding van deze scores over de instellingen heen vormen een indicatie van de (ongelijke) spreiding van hun dyadische en hun regionale macht of de graad van sociale ongelijkheid.

De netwerkposities van de instellingen werden in kaart gebracht met behulp van UCINET 5, een programma voor netwerkanalyse (Borgatti, Everett en Freeman 1999). Per regio werd de centraliteit van de instellingen binnen vier netwerken berekend: het netwerk van cliëntenverwijzingen, dat bestaat uit het netwerk van alle organisaties waarvan men cliënten ontvangt en het netwerk van alle organisaties waarnaar men cliënten verwijst, het netwerk van informele contacten (geschreven, telefonisch en/of 'face-to-face') tussen de stafleden van de instellingen en het netwerk van formele samenwerkingsakkoorden. De netwerken van cliënteninstroom en cliëntenuitstroom zijn asymmetrisch en daarom hanteren we een gerichte indicator van netwerkcentraliteit, respectievelijk de genormaliseerde *indegree* en de genormaliseerde *outdegree*. In het totaal werden twaalf maten van netwerkcentraliteit berekend of per regio vier indicatoren. Deze indicatoren zijn netwerkenmerken. Een volledig gecentraliseerd netwerk bevat één organisatie die contacten heeft met alle andere instellingen, terwijl deze instellingen geen contacten hebben met elkaar. Zo'n netwerk heeft een netwerkcentraliteit van 100%. Uit de percentages in tabel 2 kan afgeleid worden dat, bij wijze van voorbeeld, het meest gecentraliseerde netwerk dit van de cliëntenuitstroom in de Gentse regio is. Minst gecentraliseerd is het netwerk van formele samenwerking in de regio Brugge: de graad van centraliteit bedraagt slechts 12,1 %. Voor elke instelling kunnen afzonderlijke indicatoren van centraliteit worden berekend. Ze geven aan hoe centraal de positie is die de voorziening binnen het regionale netwerk inneemt. De centraliteit van elke instelling binnen de vier netwerken werd berekend

voor elke regio. Deze maten vormen een indicatie van de structurele macht van de instellingen. Een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis uit de regio Brugge heeft, bijvoorbeeld, een gemiddelde score van 51,5 op de indicator van centraliteit in het netwerk van de cliëntenuitstroom, wat wil zeggen dat ze cliënten verwijst naar 51,5% van alle instellingen uit de steekproef van de regio Brugge. De gemiddelde score van alle voorzieningen op deze maat in deze regio bedraagt 19,5 (zie tabel 2): 19,5% van alle potentiële interorganisatiele relaties van doorverwijzing worden in de Brugse regio gerealiseerd. De verhouding tussen beide cijfers maakt duidelijk dat de bovengenoemde psychiatrische afdeling in dit netwerk een zeer centrale plaats inneemt.

Tabel 2

Algemene kenmerken van de netwerken, kenmerken van de netwerkposities en organisatiekenmerken van de zorgvoorzieningen in de regio's Brugge, Gent en Zeeland

	Brugge (N=40)		Gent (N=36)		Zeeland (N=18)	
	Gemidd. of%	Std. afw.	Gemidd. of%	Std. afw.	Gemidd. of%	Std. afw.
Indicatoren van invloed						
Dyadische invloed	0,08	0,08	0,09	0,06	0,09	0,06
Regionale invloed	0,11	0,14	0,09	0,11	0,11	0,18
Graad van centraliteit van de verschillende netwerken^a						
Cliënten uitstroom	33,5%		40,7%		25,5%	
Cliënten instroom	25,4%		15,8%		13,7%	
Informele contacten	17,5%		22,7%		25,8%	
Formele samenwerking	12,1%		19,6%		19,3%	
Kenmerken van de netwerkpositie						
Cliënten uitstroom	19,5	13,6	17,5	11,8	16,1	11,8
Cliënten instroom	19,5	12,2	17,5	8,7	16,1	13,7
Informele contacten	14,1	7,4	15,7	8,4	15,7	9,1
Formele samenwerking	6,4 ^b	5,0	7,1 ^d	5,0	10,5 ^{bd}	7,2
Supraregionale functie						
Cliënten instroom buiten netwerk	0,08	0,09	0,05 ^c	0,02	0,13 ^c	0,12
Cliënten uitstroom buiten netwerk	0,09	0,11	0,07	0,02	0,06	0,07
Organisatiekenmerken						
Proportie (para)medici	0,15	0,23	0,20	0,26	0,17	0,35
Psychiatrische diensten	0,25	0,30	0,32 ^e	0,37	0,13 ^e	0,30
Maatschappelijke reïntegratie	0,25	0,22	0,24	0,21	0,26	0,24
Omvang organisatie (proportie > 50 fte)	0,23	0,43	0,28	0,48	0,33	0,49
^a : uitgedrukt in verhouding tot een volledig gecentraliseerd netwerk (100%); ^{b,c} : sig. t < 0,01; ^{d,e} : sig. t < 0,05						

De supraregionale functie van de instellingen werd afgeleid uit het aantal instellingen buiten het netwerk van wie cliënten werden ontvangen en het aantal instellingen buiten het netwerk waarnaar cliënten werden verwezen. In de regio Gent verwijzen instellingen cliënten naar gemiddeld 1,8 instellingen buiten het netwerk, wat neerkomt op een gemiddelde score van 1,8/36 of 0,05.

Drie indicatoren van de professionele oriëntatie en overheersende ideologie/technologie van de instellingen werden aangewend. In een lijst van twintig soorten diensten – zoals crisisinterventie, verslaafdenzorg, opname en behandeling, psychosociale begeleiding, hulp bij indienstneming, sollicitatietraining, budgetbeheer – konden organisaties deze behorende tot de hoofdpdracht van de instelling aanduiden. Een verkennende factoranalyse wees op vier dimensies van diensten: traditionele intramurale of ambulante psychiatrische hulpverlening, algemeen welzijnswerk, arbeidsrehabilitatie en aangepaste arbeid. Met de resultaten van deze factoranalyse als leidraad werden twee indicatoren geconstrueerd. De eerste indicator meet de graad van medisch/psychiatrische oriëntatie en kent alle instellingen een score toe voor de mate waarin ze instaan voor langdurige residentiële psychiatrische verzorging, crisisinterventie, diagnosestelling, opname en behandeling, verslaafdenzorg, psychotherapeutische counseling en/of psychotherapeutische dagbehandeling. De tweede indicator meet de mate waarin instellingen gericht zijn op maatschappelijke (re)integratie, of de mate waarin ze diensten zoals begeleid wonen, ondersteuning bij de maaltijden, budgetbeheer, arbeidszorg en begeleiding op de werkvloer, als hoofdpdracht hebben. De dimensies zijn niet orthogonaal. Sommige instellingen scoren hoog op slechts één dimensie, terwijl andere instellingen beide types van diensten aanbieden.

Als derde indicator werd per instelling de proportie van de staf bestaande uit geneesheren en/of psychiaters en verpleegkundigen berekend. Een hoge verhouding medici en paramedici weerspiegelt een gerichtheid op de medisch-psychiatrische benadering.

Het aantal personeelsleden, in voltijdse equivalenten, fungeert als een indicator van de omvang van de instelling (Aldrich 1976; Galaskiewicz 1979). Omdat enkele instellingen een heel omvangrijk personeelsbestand kennen, werd een logtransformatie op deze maat toegepast. Van tien organisaties ontbreekt informatie over de omvang van het personeelsbestand. Om deze instellingen toch bij de analyse te kunnen betrekken, werd hen op beide laatstgenoemde indicatoren een waarde gelijk aan het steekproefgemiddelde toegekend. Een dummyveranderlijke, die aangeeft bij welke instellingen deze substitutie is doorgevoerd, wordt bij de analyse betrokken als een controle op de gevolgen van deze kunstmatige ingreep.

6. De resultaten

Voor een eerste beschrijving van de drie netwerken verwijzen we naar tabel 2. De regionale gemiddelden op beide indicatoren van organisationele invloed zijn weinig informatief. Ze zijn sterk gelijklopend, wat grotendeels volgt uit de wijze waarop ze werden gemeten. De standaardafwijkingen van de scores op de indicator van regionale invloed zijn meer instructief. Ze tonen een meer uitgesproken ongelijkheid van regionale beslissingsmacht van de instellingen in het Zeeuwse netwerk aan. Wat de graad van centralisatie van de verschillende netwerken betreft, zijn de verhoudingen niet eenduidig. De meest uitgesproken verschillen in netwerkcentralisatie kunnen vastgesteld worden in de Belgische regio's. Zo is het Gentse netwerk van de cliëntenuitstroom veel sterker gecentraliseerd – enkele instellingen verwijzen cliënten door naar vele regionale voorzieningen, terwijl de meerderheid van de organisaties slechts naar een klein aantal anderen doorverwijst – dan dit van de cliënteninstroom – de meeste instellingen krijgen cliënten van vele andere voorzieningen doorverwezen. In elke regio behoort het netwerk van de cliëntenuitstroom tot de meest gecentraliseerde netwerken.

De regionale gemiddelden van de score van de instellingen op de kenmerken van hun netwerkpositie lopen niet sterk uiteen. Enkel voor wat betreft de formele samenwerking zijn de verschillen significant: in het Zeeuwse netwerk nemen formele samenwerkingsverbanden een meer prominente plaats in. De interorganisationele relaties zijn in het Brugse netwerk het minst geformaliseerd.

Een opvallend verschil is het overwicht – verhoudingsgewijs – van medisch-psychiatrische diensten in de Brugse en de Gentse regio's. Het Zeeuwse netwerk bestaat uit enkele omvangrijke psychiatrische instellingen en veel kleinere welzijnsorganisaties. In de Belgische regio's is de differentiatie tussen de sectoren van de welzijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg niet zo uitgesproken. Zoals reeds werd aangegeven moet – gezien de deugdelijkheid van de Zeeuwse steekproef – met deze verschillen omzichtig worden omgegaan. Dat instellingen uit Zeeland meer cliënten van buiten het onderzochte netwerk ontvangen dan de organisaties uit beide andere regio's, kan als bijkomende evidentie voor de mindere kwaliteit van de steekproef van het Zeeuwse netwerk van zorgvoorzieningen beschouwd worden.

411

Vorbereidende, multivariate analyses maakten duidelijk dat noch de regionale invloed, noch de dyadische invloed van de instellingen in verband stonden met de omvang van hun relaties met organisaties buiten de onderzochte netwerken. Om het aantal vrijheidsgraden zo hoog mogelijk te houden, werd gebruikgemaakt van deze bevinding om beide indicatoren van de aanwezigheid van extraregionale alternatieve ruilpartners te weren uit alle verdere analyses. De resultaten van de schattingen van onderstaande regressiemodellen zonder en met deze variabelen zijn overigens gelijk.

Bij de ontleding van de verbanden werd de volgende logica gevolgd.

Eerst gaan we na of de omvang van de dyadische invloed afhangt van de posities van de instellingen in de verschillende netwerken (zie tabel 3, model 1). Vervolgens houden we rekening met de invloed van andere organisatiekenmerken (model 2). We herhalen beide stappen, maar gericht op het verklaren van de variatie in de regionale invloed van de instellingen (modellen 3 en 4). Ten slotte brengen we beide maten van invloed met elkaar in verband (model 5).

De netwerkpositie en de dyadische invloed van zorginstellingen

De resultaten van de schatting van het eerste regressiemodel (zie tabel 3, model 1) zijn duidelijk: de dyadische invloed van zorgvoorzieningen is functie van hun controle over de uitstroom van cliënten – dit is de instroom van de ruilpartners – en hun centraliteit in het netwerk van formele interorganisatiele relaties. Beide verbanden zijn sterk significant en verklaren samen een vierde van de variantie. Recipiënt zijn van de uitstroom van de andere voorzieningen verschaft geen invloed. Ook organisaties die centraal staan in de netwerken van informele contacten tussen hulpverleners, puren uit deze netwerkpositie geen macht.

Na controle voor de overige organisatiele kenmerken blijven deze verbanden ongewijzigd (zie tabel 3, model 2). Bovenvermelde significante associaties zwakken af. De afname van de sterkte van de verbanden is evenwel gering. Van de vier toegevoegde organisatiele karakteristieken blijkt enkel de omvang van de instellingen relevant: grote instellingen oefenen meer dyadische invloed uit ($\beta=0,27$, $p<0,05$). De ideologische/technologische gerichtheid van de instellingen speelt geen rol van betekenis.

De grotere dyadische invloed van instellingen die centraal staan in de netwerken van formele contacten, doet vermoeden dat strategieën expliciet gericht op de verwerving van macht lonen. Verschillende processen van machtsverwerving kunnen een rol spelen: (a) kleine instellingen en instellingen die in de netwerken van cliëntenverwijzingen een perifere positie innemen, verwerven invloed als ze tot formele samenwerking met andere instellingen komen (de relaties van formele samenwerking tussen deze relatief machteloze instellingen kunnen worden beschouwd als coalities gericht op de reductie van de machtsonevenwichtigheden binnen de netwerken); (b) invloedrijke instellingen werken formeel samen en bevestigen daardoor de bestaande statushiërarchie en (c) invloedrijke en zwakkere instellingen werken formeel samen, verstevigen daarmee eveneens deze rangorde en bieden bovendien aan de laatstgenoemden de kans om meer invloed te verwerven. Meer onderzoek is nodig om deze processen van elkaar te scheiden. Bijkomende analyses doen evenwel vermoeden dat vooral het eerstgenoemde proces van machtsverwerving werkzaam is. Zo blijkt dat instellingen gericht op de maatschappelijke reïntegratie van personen met psychische problemen en instellingen met hulpverleners met veel informele contacten met collega's uit andere instellingen, meer centrale posities in het netwerk van formele relaties innemen ($r=0,24$, $p<0,05$; $r=$

0,53, $p < 0,001$, resp., geen tabel), terwijl dit niet het geval is voor instellingen die centraal staan in de netwerken van de cliëntenuitstroom ($r = 0,1$, $p = \text{n.s.}$).

Samenvattend kan gesteld worden dat de mate waarin instellingen elkaars beleid beïnvloeden, functie is van hun controle over de uitstroom van cliënten, van hun omvang en van het innemen van een centrale positie in het netwerk van formele contacten.

De netwerkpositie en de algemene, regionale invloed van zorginstellingen

De resultaten van de schatting van het derde regressiemodel tonen aan dat de meer algemene, regionale invloed van zorgvoorzieningen afhangt van andere factoren dan deze die hun meer directe, dyadische invloed bepalen. Gelijkenissen zijn evenwel niet volledig afwezig.

Tabel 3:

De centraliteit van instellingen uit de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg in de regionale netwerken van zorgvoorzieningen en hun dyadische en regionale invloed (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)

	Dyadische invloed		Regionale invloed		
	model 1	model 2	model 3	model 4	model 5
<i>Centraliteit (degree-centraliteit)</i>					
Cliënteninstroom	-0,09	-0,05	0,07	0,11	0,13
Cliëntenuitstroom	0,50***	0,43***	0,50***	0,23*	0,07
Informele contacten	-0,06	-0,06	-0,25*	-0,22* ^a	-0,19 ^b
Formele samenwerking	0,29**	0,24*	0,09	0,15	0,06
<i>Organisatiekenmerken</i>					
Percentage (para)medici		-0,09		0,03	0,06
Psychiatrische diensten		-0,02		0,51***	0,51***
Maatschappelijke reïntegratie		0,03		-0,06	-0,07
Omvang organisatie (log personeel)		0,27*		0,03	-0,07
(Ontbrekende informatie=1)		0,06		0,21*	0,19*
Dyadische invloed					0,38***
Aangepaste R ²	0,25	0,28	0,19	0,42	0,51

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ a: $p = 0,057$ b: $p = 0,067$

We zien terug, dat het innemen van een centrale positie in het netwerk van de uitstroom van cliënten, of de mate waarin organisaties de cliënteninstroom van hun ruilpartners controleren, van doorslaggevend belang is ($\beta = 0,50$, $p < 0,001$). Anders is het gesteld met de positie in het netwerk van formele relaties: centrale instellingen en meer perifere instellingen wordt evenveel regionale invloed toegekend. Verschillend van voorgaande analy-

ses is eveneens de vaststelling dat ook de aard van de positie in het netwerk van informele contacten een rol speelt: instellingen met veel informele contacten kenmerken zich door een lagere regionale invloed. Deze laatste bevinding staat loodrecht op de verwachtingen en vraagt daarom om een post-hocverklaring. Tijdens de discussie en de verdere bespreking van de onderzoeksresultaten wordt op deze interpretatie teruggekomen.

Tabel 4

De regionale invloed van psychiatrische zorgvoorzieningen in de regio's Brugge, Gent en zeeland^a

	B	s.e. B	β
Psychiatrische diensten (PD)	0,318	0,046	0,76***
PD*Zeeland	0,190	0,079	0,19*
PD*Gent	-0,249	0,058	-0,49***
Zeeland = 1	-0,04	0,03	0,13
Gent = 1	0,02	0,03	0,06
Constante	-0,04	0,02	
Aangepaste R ²			0,67

a: gecontroleerd voor de graden van centraliteit, de overige organisatiekenmerken en de omvang van de dyadische invloed

In een volgende stap van de analyse worden de andere organisationele kenmerken aan de vergelijking toegevoegd (zie model 4). Daardoor blijkt, ten eerste, dat organisaties waarvan de samenstelling van het personeelsbestand ($N=11$) niet gekend is, gemiddeld meer regionale invloed hebben. Deze bevinding doet vermoeden dat invloedrijke instellingen minder bereid waren alle gevraagde informatie te verschaffen. Een tweede bevinding is het opvallend sterke verband tussen de aard van de dienstverlening van de voorzieningen en de omvang van hun regionale invloed. Instellingen met uitgesproken psychiatrische diensten worden als invloedrijk ervaren, zelfs als ze in de verschillende netwerken geen centrale posities innemen. De geringe betekenis van de controle over de cliëntenuitstroom voor de statistische verklaring van de variantie in regionale invloed, wanneer met de aard van de dienstverlening wordt rekening gehouden, is het derde belangwekkende resultaat van deze analyse. Het verband tussen deze indicator van netwerkcentraliteit en de omvang van de regionale invloed blijkt significant, maar de sterkte ervan wordt in regressiemodel 4 meer dan gehalveerd ($\beta = 0,23$, $p < 0,05$). Beide vaststellingen doen vermoeden dat institutionele of culturele factoren – identificatie met de medisch-psychiatrische ideologie/technologie – belangrijker zijn dan structurele factoren – de netwerkpositie en de controle over machtsmiddelen – bij het verwerven van regionale invloed in de zorgsectoren.

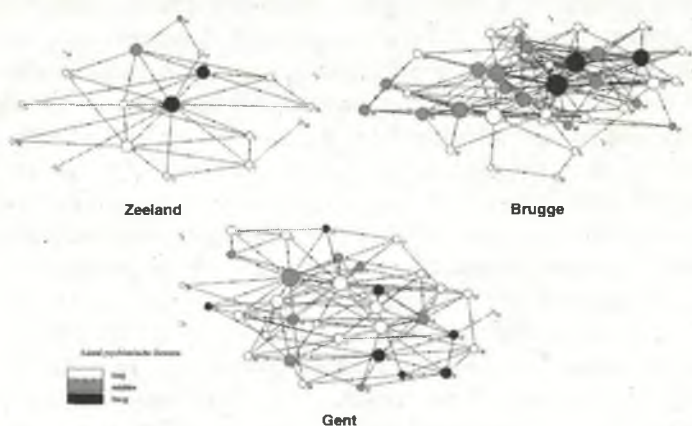
De regionale invloed van de instellingen is geen functie van de omvang van hun personeelsbestand. Analyses tonen bovendien aan dat, alhoewel instellingen met een medisch georiënteerde staf wel invloedrijker zijn ($r = 0,43$, $p < 0,001$ ($N=85$); $r = 0,34$, $p < 0,001$ ($N=96$)), de aard van de dienstverlening het verband tussen beide variabelen statistisch volledig kan verklaren (model 4: $\beta = 0,03$, $p = n.s.$). Deze bevinding is inhoudelijk interessant. Deze inhoudelijke interpretatie kaarten we later aan. Ook voor de inschatting van de betrouwbaarheid en de validiteit van de analyses is ze niet zonder belang. Immers, ze laat toe de indicatoren van de omvang en de samenstelling van het personeelsbestand, samen met de correctie voor ontbrekende informatie, uit regressiemodel 4 te verwijderen en een meer eenvoudig model te schatten. Dit afgeslankte regressiemodel verklaart 39% van de variantie in regionale invloed en kent drie significante regressiecoëfficiënten ($\beta_{\text{cliëntenuitstroom}} = 0,31$, $p < 0,05$; $\beta_{\text{informele contacten}} = -0,24$, $p < 0,05$ en $\beta_{\text{psych. diensten}} = 0,51$, $p < 0,001$, geen tabel). Zowel de proportie verklaarde variantie als de sterkte van de coëfficiënten zijn van dezelfde orde van grootte als van het volledige regressiemodel.

In model 5 wordt, tot slot, nagegaan of de omvang van de dyadische invloed een mediërende rol speelt. Dit blijkt het geval te zijn, althans gedeeltelijk. Als instellingen die een centrale plaats innemen in het netwerk van de cliëntenuitstroom meer regionale invloed hebben, dan kan dit volledig aan hun invloed op de beleidsbeslissingen van de andere voorzieningen worden toegeschreven ($\beta_{\text{cliëntenuitstroom}} = 0,07$, $p = n.s.$). Verder blijkt dat de regionale invloed van medisch-psychiatrische instellingen niet tot hun dyadische invloed terug te brengen is. Beide vaststellingen versterken het vermoeden dat het onderscheid tussen structurele en cultureel-institutionele bronnen van macht binnen dit onderzoeksdomein steek houdt. Meer dan 50% van de variantie in regionale invloed wordt statistisch verklaard. Een meer afgeslankt model – in overeenstemming met bovenvermelde gereduceerde regressievergelijking – verklaart 49% van de variantie en de regressiecoëfficiënten zijn van dezelfde orde van grootte (geen tabel).

Regionale verschillen

Tussen de regio's zijn weinig significante verschillen vast te stellen. De geringe omvang van de steekproeven laat overigens enkel toe de meest uitgesproken verschillen te ontdekken. Een opvallende uitzondering betreft de differentiële impact van de aard van de dienstverlening op de omvang van de regionale invloed. In tabel 4 staat dit interactie-effect met meer detail weergegeven. Enkele dummyvariabelen die de regio's voorstellen – Brugge fungeert als referentiecategorie – en enkele multiplicatieve interactietermen werden aan model 5 uit tabel 3 toegevoegd. De resultaten van deze oefening wijzen op een omvangrijk effect: het percentage verklaarde variantie stijgt met 16 procentpunten tot 67. De regionale invloed van voorzieningen die psychiatrische diensten aanbieden blijkt, *ceteris paribus*, zeer groot in Zeeland ($\beta = 0,318 + 0,190 = 0,508$), minder groot in de regio Brugge ($\beta =$

0,318) en zwak in de regio Gent ($\beta = 0,318 - 0,249 = 0,069$). Gezien de minder goede kwaliteit van de steekproef van Zeeuwse instellingen, moeten we ons hoeden voor een overinterpretatie van de gegevens. Daarbij komt dat interactie-effecten doorgaans zeer steekproefgevoelig zijn. Niettemin veroorloven we ons om een hypothese ter verklaring van dit regionale verschil op te stellen: de invloed van de traditioneel psychiatrische instellingen neemt af als de heterogeniteit van het netwerk van voorzieningen toeneemt. In vergelijking tot Gent is Zeeland een landelijke regio. De regio Brugge is uiteraard meer geurbaniseerd dan de Zeeuwse regio, maar bereikt zeker het niveau van de regio van haar Vlaamse zusterstad niet. Samen met de urbanisatie neemt de heterogeniteit van de netwerken van voorzieningen toe. Er zijn meer voorzieningen in de meer urbane gebieden en de diensten zijn meer gespecialiseerd. Er ontstaan verschillende subsystemen, alternatieve denkkaders over gepaste interventies of behandelingsstrategieën verwerven een organisatorische basis en nieuwe beslissingscentra ontstaan. De traditionele, psychiatrische instellingen moeten in heterogene regionale netwerken van voorzieningen bijgevolg hun invloed delen.



Figuur 1

De regionale invloed en de medisch-psychiatrische oriëntatie van zorgvoorzieningen in drie regionale netwerken

Een visuele voorstelling van de verschillende netwerken maakt de regionale verschillen duidelijk. In figuur 1 staan de netwerken van de drie regio's weergegeven.³ Het Zeeuwse netwerk wordt gekenmerkt door een sterke centralisatie van de regionale invloed. In het centrum bevinden zich voorzieningen die een psychiatrische dienstverlening aanbieden. Het Brugse netwerk kent verschillende instellingen met een grote regionale invloed. Alle conventionele, psychiatrische instellingen zijn regionaal invloedrijk. Ze moeten deze positie echter delen met meer instellingen die psychiatrische diensten, naast andere diensten, aanbieden en met een instelling die geen psychiatrische hulpverlening aanbiedt. Er is wel nog een duidelijke hi-

ërarchie merkbaar. In de regio Gent, ten slotte, is deze hiërarchie verdwenen. Ze maakt plaats voor een meer gefragmenteerd of gedifferentieerd systeem. De instellingen die enkel conventionele psychiatrische diensten aanbieden, hebben invloed maar moeten deze delen met meer partners uit de welzijnszorg of met instellingen die een mengvorm van diensten aanbieden.

7. Besluit en verdere bespreking

Ruiltheoretici omschrijven de verbanden tussen instellingen als relaties waarin middelen, nodig om de organisationele doelstellingen te bereiken, worden geruild. Deze ruilrelaties scheppen relaties van wederzijdse afhankelijkheid. Omdat afhankelijkheid en invloed hand in hand gaan, leiden de posities die instellingen in de netwerken van voorzieningen innemen en de ongelijke distributie van middelen tussen deze posities tot verschillen in invloed en macht. De heropleving van de institutionele benadering in de organisatiesociologie gaf binnen dit studiedomein aanleiding tot een hernieuwde aandacht voor bronnen van macht die de lokale netwerken van interorganisationele verbanden overstijgen en die eerder cultureel, dan sociaal-structureel, van aard zijn (Benson 1975). De binding met geneesheren als gezaghebbende professionele groepen en de identificatie met de psychiatrie als gezaghebbende professionele ideologie/technologie is een voorbeeld van een culturele of institutionele bron van macht in de zorgsector. Gegevens van een onderzoek bij 96 instellingen uit de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg in de regio's Brugge, Gent en Zeeland lieten toe uit te maken, in welke mate de lokale invloed van voorzieningen functie was van de toegang tot deze structurele en culturele bronnen van macht. Voorzover we hebben kunnen nagaan, is deze studie de eerste die zo duidelijk de sociaal-structurele en culturele/ideologische bronnen van macht in de zorgsectoren van elkaar weet te scheiden. Ze toont aan dat voor de verklaring van de processen van machtsverwerving in netwerken van interorganisationele verbanden een integratie van de inzichten van de ruiltheoretische met deze van de institutionele benadering nodig is.

Vooraleer dieper op de resultaten van de analyse in te gaan, past het stil te staan bij een belangrijk tekort van deze studie: de kwaliteit van de Zeeuwse steekproef laat te wensen over. Belangrijke actoren uit de zorgsectoren hebben niet deelgenomen aan het onderzoek. Vandaar dat bij de interpretatie van de Zeeuwse gegevens voorzichtigheid geboden is. Ook in de steekproef van de Gentse regio ontbreken enkele belangrijke instellingen. In deze regio zijn alle categorieën van voorzieningen evenwel aanwezig. Deze conditie laat zonder problemen uitspraken over categorieën van instellingen en soorten van posities in netwerken van voorzieningen toe.

De oorzaken van de uitval in de Nederlandse regio zijn niet duidelijk. Is de bereidheid tot deelname aan een studie van een onderzoeksteam van een

buitenlandse universiteit lager? Of is de uitval verbonden met de wijze waarop de zorgvoorzieningen regionaal georganiseerd zijn? Dit laatste is niet onmogelijk. De sneeuwvalsampling vertrok immers vanuit instellingen begaan met het verstrekken van arbeidszorg aan personen met psychische problemen. Deze instellingen nemen in de Zeeuwse regio een meer perifere positie in. Dit kan de bereidheid van de andere instellingen om aan het onderzoek deel te nemen, beïnvloed hebben.

In de huidige studie staan twee indicatoren van macht centraal. De eerste, de dyadische macht van een instelling, verwijst naar de mate waarin ze het beleid van andere organisaties bepaalt. De tweede indicator is meer algemeen van aard en meet de reputatie van invloed op beslissingen over algemene aangelegenheden in een lokale of een functionele gemeenschap. Oliver en Montgomery (1996) vragen expliciet om onderzoek naar de processen van machtsverwerving in de zorgsectoren met behulp van verschillende omschrijvingen en indicatoren van macht. Er is volgens deze auteurs nood aan onderzoek waarin macht, onder andere, beschouwd wordt als de capaciteit om andere voorzieningen te beïnvloeden en als de capaciteit om invloed uit te oefenen op het systeem van voorzieningen in het algemeen. De huidige studie komt tegemoet aan deze vraag en de resultaten van bovenstaande ontleding tonen de validiteit van dit onderscheid aan. Samenvattend kan gesteld worden dat de basis van de eerstgenoemde dimensie van invloed eerder structureel van aard is, terwijl de andere dimensie eveneens culturele of institutionele wortelen heeft.

De aanwezigheid van een verband tussen netwerkcentraliteit en invloed is gekend (Cook 1977; Galaskiewicz 1979). Uit de huidige studie blijkt dat vooral de graad van centraliteit in het netwerk van de uitstroom van cliënten van belang is. Deze bevindingen bevestigen de resultaten van voorgaand onderzoek. Zo vinden Oliver en Montgomery (1996) in een studie van 59 instellingen uit de gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg in drie regio's in de Verenigde Staten, dat instellingen die centraal staan in het netwerk van verwijzingen een aanzienlijke regionale invloed hebben. Hun positie in het netwerk van cliënteninstroom is van geen belang. Deze auteurs stellen dat instellingen die cliënten doorverwijzen in een gemeenschapsgeoriënteerde en gedisinstitutionaliseerde zorgsector invloedrijk zijn, omdat ze als *gatekeepers* fungeren. In een traditionele, geïnstitutionaliseerde zorgsector is de macht van de instellingen die cliënten ontvangen of de instellingen die centraal staan in het netwerk van cliënteninstroom groter, omdat alle cliënten naar deze voorzieningen verwezen moeten worden (Benson 1975). In elk geval kan, aldus Oliver en Montgomery (1996), deze bevinding als een gewenst gevolg van een gemeenschapsgericht netwerk van voorzieningen gezien worden. Een andere, minder vleiende interpretatie is evenwel mogelijk. Het is niet duidelijk op welke type van cliënten deze doorverwijzingen betrekking hebben. Het vermoeden bestaat dat vooral moeilijk behandelbare cliënten frequent doorverwezen worden. Behandelbare cliënten blijven immers binnen de in-

stellingen of verlaten na een succesvolle interventie het circuit van de zorg. Is dit het geval, dan zou een hypothese kunnen zijn dat machtige instellingen in staat zijn om moeilijk behandelbare cliënten door te verwijzen, terwijl zwakke of meer perifere instellingen een grote instroom van moeilijk behandelbare cliënten kennen. De observatie dat instellingen die centraal staan in het netwerk van de uitstroom van cliënten en niet centraal staan in het instroomnetwerk de meeste invloed hebben, spreekt deze hypothese in elk geval niet tegen. Nieuw onderzoek is nodig om deze veronderstelling te testen.

Ook Galaskiewicz (1979) toont aan dat instellingen als invloedrijk worden gepercipieerd als ze gewaardeerde middelen controleren. Evenals Oliver en Montgomery (1996) stelt hij invloed gelijk aan algemene regionale invloed. De resultaten van de huidige analyse maken duidelijk dat hun grotere dyadische invloed een belangrijke mediërende factor is: de algemene regionale invloed van instellingen met controle over de uitstroom van cliënten volgt uit hun macht over de beleidsbeslissingen van andere regionale instellingen.

De capaciteit om de beleidsbeslissingen van andere instellingen te beïnvloeden, is niet enkel functie van de graad van centraliteit in het netwerk van de uitstroom van cliënten. Ook met instellingen die centraal staan in het netwerk van formele contacten en met omvangrijke instellingen moeten de anderen rekening houden. Volgens Benson (1975) moeten formele relaties tussen instellingen beschouwd worden als coöperatieve strategieën, gericht op het expliciet beïnvloeden van de netwerkstructuur. Een formeel akkoord om samen te werken, eventueel slechts op projectmatige basis, is een manier waarop instellingen zich verzekeren van een voorspelbare stroom van middelen. Formele relaties zijn, volgens dezelfde auteur, doorgaans beperkt tot organisaties met ten minste een zekere macht over elkaar: beide instellingen controleren iets van waarde voor elkaar en zijn in staat om de eisen van de ander te weerstaan. Vooral instellingen uit de sector van de welzijnszorg of de geestelijke gezondheidszorg met gerichte aandacht voor maatschappelijke integratie hebben van deze strategie gebruikgemaakt om invloed te verwerven. Instellingen, zoals de Vlaamse Centra voor Algemeen Welzijnswerk, hebben daardoor hun capaciteit om het beleid van andere voorzieningen te kleuren, zien groeien. Hun algemene invloed in de regio is daardoor eveneens, zij het onrechtstreeks, toegenomen. De aard van de steekproef laat niet toe na te gaan of dit besluit tot beide Vlaamse regio's beperkt moet blijven of eveneens voor het Zeeuws netwerk geldt.

Of instellingen in de regio's als centrale actoren worden beschouwd, heeft een sterke sociaal-structurele basis. De huidige analyse bevestigt empirisch wat door ruiltheoretische verklaringsmodellen wordt geponeerd: de posities die instellingen innemen in de netwerken van interorganisatorische verbanden bepalen hun controle over gewaardeerde middelen en bijgevolg de macht die ze over andere instellingen uitoefenen. Deze invloed

bepaalt vervolgens hun positie in de lokale statushiërarchie van instellingen (Galaskiewicz 1979).

De macht van instellingen is, in weerwil van wat soms gesteld wordt (Galaskiewicz 1979), evenwel niet volledig functie van de aard van hun netwerkpositie. Ten eerste blijkt dat omvangrijke instellingen of voorzieningen met een uitgebreide staf dyadische macht hebben onafhankelijk van de centraliteit van hun verschillende netwerkposities. De invloed van de tewerkstellingspolitiek van deze instellingen op de regionale arbeidsmarkt in de zorgsectoren laat zich hier wellicht voelen. Oefenen instellingen met een groot personeelsbestand invloed uit, omdat ze kansen op opwaartse mobiliteit bieden aan hulpverleners uit de andere kleinere instellingen in de regio? Of hebben ze een impact op het beleid van andere voorzieningen, omdat ze als een kweekschool voor de stafleden van andere instellingen fungeren? Beide processen kunnen werkzaam zijn.

Minstens even belangrijk is de bevinding dat niet enkel sociaal-structurele factoren bepalen welke instellingen als gezaghebbend worden ervaren in kwesties van algemeen regionaal belang. Veruit de meest doorslaggevende factor heeft betrekking op de aard van de aangeboden diensten: psychiatrische instellingen worden als zeer invloedrijk gepercipieerd en deze invloed overstijgt de sociaal-structurele basis van hun macht. Hier is ongetwijfeld sprake van de werking van een ingrijpend cultureel, ideologisch of institutioneel effect. Instellingen met sterke banden met de psychiatrische ideologie/technologie worden binnen de regionale zorgsectoren als heel invloedrijk ervaren, zelfs al hebben ze geen impact op de beleidsbeslissingen van andere voorzieningen. Psychiatrische dienstverlening is onlosmakelijk verbonden met de psychiatrie als medische discipline. Deze discipline is invloedrijk en dit onderzoek is niet het eerste om daarop te wijzen. Opmerkelijk is evenwel dat deze invloed niet tot de sector van de geestelijke gezondheidszorg beperkt blijft. De huidige steekproef bestaat immers bijna voor de helft uit voorzieningen uit de welzijnssector die binnen de eigen organisatie geen medici of paramedici tellen. Wij vermoeden dat de hoge graad van onzekerheid met betrekking tot het bepalen van gepaste interventiestrategieën voor personen met complexe problemen er zorgvoorzieningen toe aanspoort aansluiting te zoeken tot de medische professie en haar rationaliteit (Kirk en Kutchins 1992). Het rehabilitatieperspectief mist voorlopig de legitimiteit en het gezag om op het regionaal niveau op het beslissingsproces te wegen. Of de verhoudingen tussen deze oriëntaties aan verandering onderhevig zijn, is met cross-sectionele gegevens niet uit te maken. Een analyse van de drie regio's afzonderlijk doet evenwel veronderstellen dat, naar mate de organisatie van de zorgsectoren zich verder differentieert en aan complexiteit wint, alternatieve interventiestrategieën en hun bijbehorende organisaties legitimiteit en gezag zullen verwerven.

De samenstelling van het personeelsbestand oefent geen invloed uit op de regionale status van de organisatie, wanneer met de aard van de dien-

sten rekening gehouden wordt. Naderhand beschouwd is dit niet verwonderlijk, aangezien de hiërarchische opbouw van psychiatrisch gerichte instellingen ervoor zorgt dat het volstaat dat medici en paramedici enkel de leidinggevende functies innemen om de oriëntatie van de volledige instelling te bepalen.

Ten slotte nog het volgende voor wat de resultaten van het onderzoek betreft. Instellingen die centraal staan in de netwerken van informele contacten tussen hulpverleners hebben niet meer, maar minder, regionale invloed! Een mogelijke verklaring behelst het ter discussie stellen van de vooropgestelde richting van de causaliteit. Het kan zijn dat instellingen met een geringe regionale invloed trachten zich een centrale positie binnen het informele netwerk van hulpverleners te verzekeren via 'netwerken' (als werkwoord). We denken hierbij vooral aan organisaties met weinig structurele machtsmiddelen zoals kleine instellingen, instellingen die de cliëntenstromen niet controleren of instellingen niet verbonden met de medische professie. Een alternatieve verklaring kan zijn dat instellingen met een grote regionale invloed zich meer in de periferie van de informele netwerken ophouden, juist omdat ze zo invloedrijk zijn. 'Netwerken' is een tijdrovende activiteit en zij kunnen zich, meer dan de andere instellingen, veroorloven daarin minder te investeren. Bijkomende analyses maken inderdaad duidelijk dat instellingen begaan met rehabilitatie en maatschappelijke integratie en instellingen met een grote regionale invloed posities in het netwerk van informele contacten innemen die respectievelijk meer en minder centraal zijn dan uit hun posities in de andere netwerken af te leiden is. Oliver en Montgomery (1996) komen met hun onderzoek tot een gelijkaardige conclusie. Geruststellend zijn deze voorlopige onderzoeksresultaten niet. Ze geven aan dat de instellingen met de meeste invloed zich het minst inlaten met de dagelijkse interacties en contacten tussen hulpverleners gericht op de coördinatie van de dienstverlening aan de cliënten!

Bij de interpretatie van de regionale verschillen is voorzichtigheid geboden. Weinig of geen aandacht gaat immers uit naar diepgaande institutionele verschillen tussen de zorgsectoren in Nederland en Vlaanderen. Zo zijn, bij wijze van voorbeeld, de verhoudingen tussen de Zeeuwse instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en in de welzijnszorg met betrekking tot de dienstverlening gericht op het zoeken naar gepast werk voor personen met psychische problemen, meer gedifferentieerd en geformaliseerd. Deze institutionele omkadering oefent ongetwijfeld invloed uit op de aard van de verbanden tussen de organisaties. Uiteraard is de huidige steekproef van instellingen ontoereikend voor dergelijk vergelijkend onderzoek. Slechts één Nederlandse regio werd onderzocht. Deze regio verschilt grondig van de bestudeerde Vlaamse regio's op meer dan enkel de aangehaalde institutionele dimensie. Het is een meer rurale regio, die bovendien enkele specifieke landschappelijke grenzen kent. Dit zijn slechts enkele van de vele regionale condities die ongetwijfeld grondig de sociale organisatie van de verbanden tussen de zorgvoorzieningen bepalen.

Noten

- 1 De begrippen macht en invloed worden door elkaar gebruikt. Het onderscheid tussen beide begrippen (Gibbs 1989) (Wrong 1988) is voor de huidige probleemstelling van ondergeschikt belang.
- 2 Beide zijn niet goed van elkaar te scheiden in sectoren waar de interventies vooral gericht zijn op het veranderen van motivaties, houdingen en betekenissen (Benson 1975; Schneider 1993).
- 3 De afbeeldingen werden gegenereerd met behulp van het softwarepakket Pajek 0.70 (Batagelj en Mrvar 2001). De cirkels stellen de instellingen voor. De pijlen tonen aan welke voorzienin-

gen door de anderen als invloedrijk worden ervaren. Instellingen met een grote regionale invloed staan meer centraal in het netwerk en de omvang van de cirkels is evenredig met de grootte van hun regionale invloed. De cirkels zijn ingekleurd in verhouding tot het aantal traditioneel psychiatrische diensten dat de voorzieningen aanbiedt. Donkergrijze cirkels stellen organisaties voor zoals algemene psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen, lichtgrijze cirkels wijzen op instellingen zoals psychosociale rehabilitatiecentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg of ontwenningssklinieken en de witte cirkels bevatten algemene welzijnsvoorzieningen.

Geraadpleegde literatuur

- Aldrich, H. (1976) Resource dependence and interorganizational relations: Local employment service offices and social-services sector organizations. *Administration & Society* 7 (4) 419-54.
- Alter, C. en Hage, J. (1993) *Organizations working together*. Newbury Park: Sage.
- Anthony, W., Cohen, M. en Farkas, M. (1990) *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Baker, W.E. (1992) The network organization in theory and practice. In: N. Nohria en R.G. Eccles (red.) *Networks and organizations: Structure, form and action*, Boston: Harvard Business School Press, pp. 397-429.
- Batagelj, V. en Mrvar, A. (2001) Pajek. Vers. 0.7.
- Benson, J.K. (1975) The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly* 20: 229-48.
- Blau, P.M. (1967) *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Bolland, J.M. en Wilson, J.V. (1994) 3 faces of integrative coordination: A

- model of interorganizational relations in community-based health-and-human-services. *Health Services Research* 29 (3) 341-66.
- Borgatti, S.P., Everett, M.G. en Freeman, L.C. (1999) *Ucinet 5 for Windows: Software for social network analysis*. Natick: Analytic Technologies.
- Cook, K.S. (1977) Exchange and power in networks of interorganizational relations. *Sociological Quarterly* 18 (1) 62-82.
- Cook, K.S. en Emerson, A.M. (1978) Power, equity and commitment in exchange networks. *American Sociological Review* 43: 721-39.
- De Brouwere, J. (1997) Toekomstvisie op de geestelijke gezondheidszorg. *Acta Hospitalia* 17-21.
- Emerson, R.M. (1961) Power-dependence relations. *American Sociological Review* 26: 31-41.
- Fried, B.J. en Worthington, C. (1995) The multiconstituency approach to organizational performance assessment: A Canadian mental health system approach. *Community Mental Health Journal* 31: 11-24.
- Galaskiewicz, J. (1979) The structure of community organizational net-

- works. *Social Forces* 57 (4) 1346-64.
- Gibbs, J.P. (1989) *Control: Sociology's central notion*. Urbana & Chicago: University of Illinois Press.
- Hall, R.H., Clark, J.P., Giordano, P.C., Johnson, P.V. en Vanroekel, M. (1977) Patterns of interorganizational relationships. *Administrative Science Quarterly* 22 (3) 457-74.
- Hanneman, R. (1998) *Introduction to social network methods*. Online publication, Department of Sociology, University of California, Riverside.
- Kirk, Stuart A. en Herb Kutchins (1992) Diagnosis and uncertainty in mental health organizations. In: Yeheskel Hasenfeld (red.) *Human services as complex organizations*, California: Sage Publications, pp. 163-83.
- Knoke, D. (1983) Organization sponsorship and influence reputation of social-influence associations. *Social Forces* 61 (4) 1065-87.
- Knoke, D. (1998) Who steals my purse steals trash: The structure of organizational influence reputation. *Journal of Theoretical Politics* 10 (4) 507-30.
- Lauman, E.O., Galaskiewicz, J. en Marsden, P.V. (1978) Community structure as interorganizational linkages. *Annual Review of Sociology* 44: 55-84.
- Lauwereys, L. en Nicaise, I. (1999) *Morfologie van de sociale tewerkstelling in België*. Leuven: K.U. Leuven: H.I.V.A.
- Levine, S. en White, P.E. (1961) Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships. *Administrative Science Quarterly* 55: 83-601.
- Mijs, A.A. (1989) Ontstaan en levensvatbaarheid van interorganisatiele verbanden. *Sociologische Gids* 38 (1) 48-61.
- Mizruchi, M.S. en J. Galaskiewicz (1994) Networks of interorganizational relations. In: S. Wasserman en J. Galaskiewicz (red.) *Advances in social network analysis: Research in the social and behavioral sciences*, London: Sage Publications, pp.230-253.
- Oliver, A.L. en Montgomery, K. (1996) A network approach to outpatient service delivery systems: Resources flow and system influence. *Health Services Research* 30 (6) 771-89.
- Peuskens, J. (1997) Heeft de reconversie aan de verwachtingen beantwoord? *Acta Hospitalia* 97-107.
- Powell, W.W. (1991) Neither market nor hierarchy: Network forms of organization. In: G. Thompson, J. Frances, R. Levacic en J. Mitchell (red.) *Markets, hierarchies and networks: The coordination of social life*, London: Sage, pp. 265-76.
- Provan, K.G. en Milward, H.B. (1995) A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative-study of 4 community mental-health systems. *Administrative Science Quarterly* 40 (1) 1-33.
- Provan, K.G., Sebastian, J.G. en Milward, H.B. (1996) Interorganizational cooperation in community mental health: A resource-based explanation of referrals and case coordination. *Medical Care Research and Review* 53 (1) 94-119.
- Schneider, S.C. (1993) Conflicting ideologies: Structural and motivational consequences. *Human Relations* 46 (1) 45-64.
- Scott, J. (1991) *Social Network Analysis*. London: Sage Publications.
- Venter, J.C., Adams, M.D. en Myers, E.W. (2001) The sequence of the human genome. *Science* 291 (5507) 1304+.
- Wright, E.R. en Shuff, I.M. (1995) Specifying the integration of mental-health and primary health-care services for persons with HIV aids: The Indiana integration of care project. *Social Networks* 17 (3-4) 319-40.
- Wrong, D.H. (1988) *Power: Its forms, bases, and uses*. Oxford: Basil Blackwell.