

SAMEN WERKEN IN DE WIJK

*Kwalitatief onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam
en een wijkzorgnetwerk in Nederland*



Masterscriptie

Anna Scheepers

SAMEN WERKEN IN DE WIJK

*Kwalitatief onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en een
wijkzorgnetwerk in Nederland*

Augustus 2015

Masterscriptie Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie

Anna Scheepers

Studentnummer: 3666867



Universiteit Utrecht

ceg

Centrum voor ethiek en gezondheid

Universiteit Utrecht

Faculteit Sociale Wetenschappen
Master Arbeid, zorg en welzijn: beleid en
Interventie

Eerste supervisor: Dr. M.A. Yerkes
Tweede supervisor: Prof. Dr. T. Knijn

Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG)

Stagebegeleider: Dr. A.J. Alies Struijs

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
1. Inleiding	7
1.1. Aanleiding: de bijdrage van wijkteams en wijkzorgnetwerken aan de decentralisaties in zorg en welzijn	7
1.2. Probleemstelling: nog weinig bekend over interdisciplinaire samenwerking in wijkteam en wijkzorgnetwerk.....	9
1.3. Onderzoeksvragen	10
1.4. Leeswijzer: opbouw van onderzoek naar wijkteams en wijkzorgnetwerken.....	10
2. Theoretisch kader	11
2.1. Achtergrond en context: veranderingen in de verzorgingsstaat en decentralisaties	11
2.1.1. <i>De wijk als new governance site</i>	12
2.1.2. <i>Potentiële voordelen wijkgericht samenwerking</i>	13
2.2. Interdisciplinaire samenwerking in netwerken.....	15
2.2.1. <i>Netwerksamenwerking: vormgeving van het netwerk</i>	15
2.2.2. <i>Het 'succes' van interdisciplinaire samenwerking</i>	17
2.2.3. <i>Interdisciplinaire samenwerking</i>	19
3. Methode	23
3.1. Type onderzoek.....	24
3.2. Dataverzamelmethode	25
3.3. Operationalisering.....	27
3.4. ASW relevantie.....	28
4. Resultaten	29
4.1. Vormgeving van het wijkteam en het wijkzorgnetwerk.....	29
4.1.1. <i>Vormgeving: Organisatie en samenstelling wijkteam</i>	29
4.1.2. <i>Vormgeving: Organisatie en samenstelling wijkzorgnetwerk</i>	32
4.1.3. <i>Het wijkteam en het wijkzorgnetwerk in de toekomst?</i>	34
4.2. Verloop van de interdisciplinaire samenwerking tussen professionals in een wijkteam en in een wijkzorgnetwerk.....	36
4.2.1. <i>Wijkteam gemeente A</i>	36
4.2.2. <i>Wijkzorgnetwerk gemeente B</i>	43
5. Conclusie en discussie	49
5.1. Conclusies.....	49
5.1.1. <i>Antwoord: Hoe is het wijkteam en het wijkzorgnetwerk vormgegeven?</i>	49
5.1.2. <i>Antwoord: In hoeverre zijn elementen van interdisciplinaire samenwerking aanwezig in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk? En: Hoe verschilt de interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk?</i>	50
5.1.3. <i>Antwoord centrale vraagstelling: Hoe verloopt de interdisciplinaire samenwerking binnen een wijkteam en wijkzorgnetwerk en wat zijn de verschillen?</i>	53
5.2. Reflectie	54
5.3. Suggesties vervolgonderzoek.....	54

Literatuurlijst	56
Bijlage 1: Overzicht geïnterviewde respondenten.....	61
<i>Tabel 1: Respondenten wijkteam gemeente A</i>	<i>61</i>
<i>Tabel 2: Respondenten wijkzorgnetwerk gemeente B</i>	<i>62</i>
<i>Tabel 3: Experts</i>	<i>63</i>

Voorwoord

Na zes maanden ligt mijn scriptie dan voor u. Het was een proces van vallen en opstaan. Tijdens deze periode heb ik veel steun ontvangen van familie en vrienden, vanuit de Universiteit en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Graag wil ik een aantal personen in het bijzonder bedanken.

Allereerst wil ik mijn stage begeleidster dr. Alies Struijs van het CEG bedanken. Gedurende mijn stage heeft u mij op een plezierige wijze begeleid en heeft daarbij van goede adviezen voorzien en mij een duwtje in de rug gegeven wanneer dat nodig was. Ook wil ik graag Boukje van der Zee bedanken voor de fijne samenwerking en de vele interessante en leuke gesprekken die wij samen hebben mogen voeren met mensen door het land. Ook wil ik Jos Kole en Jasper Zuure bedanken voor hun kritische blik en constructieve reflecties voor mijn scriptie. Gedurende mijn stageperiode bij het CEG heb ik veel mogen zien, horen en meemaken. Ik heb er van genoten en het was bovendien leerzaam en gezellig. Ik kijk uit naar het eindresultaat van het signalement “Samenzorgen. Ethische aspecten van wijkgericht samenwerken in zorg en welzijn”.

Ook wil ik graag de geïnterviewde professionals uit het wijkteam en het wijkzorgnetwerk bedanken, evenals de experts die hun medewerking hebben verleend aan een interview ten behoeve van het onderzoek. Zonder uw bijdragen had ik mijn scriptie niet kunnen schrijven.

Daarnaast wil ik graag dr. Mara Yerkes, als begeleider vanuit de Universiteit van Utrecht, noemen. Hartelijk dank voor uw begeleiding, de kritische blik en het constructieve commentaar op mijn stukken. Eveneens wil ik prof. dr. Trudie Knijn bedanken, als mijn tweede begeleidster. Mijn medestudenten mogen ook niet ontbreken in dit rijtje. Bedankt, Ayla, Dasha, Danielle en Justina voor de informele en ontspannen momenten naast de meetings die we hadden en de feedback die ik van jullie heb mogen ontvangen.

En niet te vergeten mijn vrienden. Jullie boden mij een luisterend oor en waren er altijd om me een hart onder de riem te steken. Samen een kopje koffie drinken doet wonderen. Bedankt.

Last but not least, mijn familie, papa, mama, Lotte en Ruth. Bedankt voor jullie steun en vertrouwen. Bij jullie kon ik altijd terecht.

Het was fijn om de afgelopen maanden te merken dat er zoveel mensen er voor mij zijn als ik het even nodig heb. Bedankt allemaal!

Anna Scheepers

Samenvatting

Per januari 2015 zijn door de invoering van de nieuwe Jeugdwet, de Participatiewet en de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling de verantwoordelijkheden voor zorg en welzijn van de burgers gedecentraliseerd naar de gemeenten. Deze nieuwe wetten geven de gemeenten beleidsvrijheid om zorg en welzijn in de gemeente te gaan organiseren. Dit beleid zou moeten onder andere moeten zorgen voor effectievere en efficiëntere zorg en ondersteuning voor de burger. Gemeenten kiezen daarbij voor verschillende organisatievormen, zoals wijkteams en wijkzorgnetwerken, waarin interdisciplinaire moet worden samengewerkt tussen professionals in de wijk.

Dit onderzoek is een eerste verkenning naar de interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk in twee verschillende gemeenten in Nederland. Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag: *Hoe verloopt de interdisciplinaire samenwerking binnen een wijkteam en een wijkzorgnetwerk en wat zijn de verschillen?* Om antwoord te geven op deze vraag zijn er interviews gehouden met professionals in een wijkteam in gemeente A en een wijkzorgnetwerk in gemeente B. Daarnaast zijn er experts geïnterviewd om meer inzicht te krijgen in wat er speelt omtrent interdisciplinaire samenwerking in de wijk.

Uit het onderzoek blijkt dat elementen van interdisciplinaire samenwerking sterker aanwezig zijn in het wijkteam dan in het wijkzorgnetwerk. De vaste groep professionals in het wijkteam kennen elkaar en maken gebruik van elkaars expertise en kennis. Terwijl men in wijkzorgnetwerk nog sterk bezig is met de vormgeving van het netwerk en het leren kennen van de professionals. Het wijkzorgnetwerk is een stuk diffuser en breder dan het wijkteam, als het gaat om participatie in het netwerk. Zowel het wijkteam als het wijkzorgnetwerk zijn nog sterk in ontwikkeling. Er kan worden verwacht dat de interdisciplinaire samenwerking in de toekomst zich verder zal ontwikkelen.

Suggesties voor vervolgonderzoek zijn om dit onderzoek over twee jaar nog eens te herhalen als het wijkteam en het wijkzorgnetwerk verder zijn ontwikkeld. Daarnaast zou er kunnen worden onderzocht of interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en wijkzorgnetwerk ook daadwerkelijk leidt tot efficiëntere en effectiever zorg voor de cliënt.

1. Inleiding

1.1. Aanleiding: de bijdrage van wijkteams en wijkzorgnetwerken aan de decentralisaties in zorg en welzijn

De begrippen decentralisatie, zelfredzaamheid en participatie staan centraal in het debat over de noodzakelijke hervormingen in de verzorgingsstaat (van Bergen, 2014; Putters et al., 2010). Zij stonden ook centraal bij het debat over de nieuwe Jeugdwet, de Participatiewet en de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling (WMO). Deze drie wetten zijn per 1 januari 2015 van kracht geworden. Gemeenten zijn sindsdien verantwoordelijk voor jeugdhulp, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Taken omtrent zorg en welzijn worden daarbij gedecentraliseerd van de Rijksoverheid naar de lokale overheid, de gemeenten. Deze maatregelen komen enerzijds voort uit de voortdurende stijging van de vraag naar zorg en de daarmee gepaard gaande stijging in zorgkosten en anderzijds uit de veranderende visie omtrent zelfstandigheid, eigen verantwoordelijkheid en het welzijn van cliënten (Veldheer et al., 2012).

Het kabinet Rutte II verwoordt de hervormingen op het gebied van zorg en welzijn in het laatste regeerakkoord als volgt: 'Het overbrengen van een groot aantal taken van het Rijk naar gemeenten maakt meer maatwerk mogelijk en vergroot de betrokkenheid van burgers. Gemeenten kunnen de uitvoering van de taken beter op elkaar afstemmen en zo meer doen voor minder geld. Hiertoe biedt het Rijk hen ruime beleidsvrijheid' (Regeerakkoord, 2012: 40). De centrale overheid decentraliseert niet alleen de verantwoordelijkheden voor sociale zorg en ondersteuning naar de lokale overheid, maar de decentralisatie is tevens 'a broader paradigm shift that should change the way in which clients, citizens, governments and providers act and think.' (Putters et al., 2010: p.3). De formele wijkgerichte zorg en ondersteuning die geboden worden door professionals in publieke dienstverlening moeten daarbij plaatsmaken voor meer informele hulp en ondersteuning door burgers en hun sociale netwerk in de wijk. De regering gaat er daarbij vanuit dat wijkgerichte ondersteuning en zorg meer effectief en efficiënt zijn omdat onder andere professionals mensen meer aansporen tot zelfredzaamheid en omdat het nieuwe mogelijkheden creëert voor professionals om samen te werken als mensen niet zelfstandig problemen kunnen oplossen (Putters et al., 2010). De decentralisaties leiden zo tot betere en goedkopere zorg en ondersteuning.

Veel gemeenten trachtten doelstellingen van efficiëntere en effectievere zorg en ondersteuning te bereiken met behulp van interdisciplinaire samenwerking in de wijk op het gebied van zorg en welzijn (Sok et al., 2013, RMO, 2009). Een belangrijk doel van 67% van de gemeenten is het creëren van een integrale aanpak in de wijk, die moet leiden tot efficiëntere en effectievere zorg en ondersteuning dichtbij de burger (Van Arum & Schoorl, 2015).

Interdisciplinaire samenwerking door professionals is niet nieuw in de gezondheid- en welzijnssector internationaal gezien (Paul & Peterson, 2001; Reese & Sontag, 2001; Schofield & Amodeo, 1999; Sicotte et al., 2002; Xyrichis & Lowton, 2008). De World Health Organisation (WHO) promoot zelfs al sinds de jaren '70 interdisciplinaire samenwerking in teamverband: "Primary Health Care relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community." (WHO Alma Ata Declaration, 1978, p.2). In Canada en Engeland wordt er bijvoorbeeld al lange tijd interdisciplinair gewerkt in verschillende samenwerkingsverbanden op het gebied van zorg en welzijn. In Canada wordt er sinds de jaren '80 gewerkt met 'Community Health Care Centers', professionals die interdisciplinair samenwerken in groepen (Sicotte et al., 2002). In Engeland bestaat deze traditie al veel langer, daar deed het Ministerie van Gezondheid al in 1920 de aanbeveling om zorgprofessionals te laten samenwerken met huisartsen in zogenaamde gezondheidscentra (Xyrichis & Lowton, 2008). In Nederland wordt er pas recent op grotere schaal interdisciplinair samengewerkt tussen professionals uit de zorg en welzijnssector in wijkteams en wijkzorgnetwerken (Sok et al., 2013).

Naast de ontwikkeling dat professionals uit de zorg en welzijnssector meer interdisciplinair gaan samenwerken, is een tweede ontwikkeling dat deze samenwerking vaker plaatsvindt in wijken. Potentiële voordelen van wijkgericht werken zijn volgens Lownes & Sullivan (2008) onder andere dat het mogelijkheden biedt voor burgerparticipatie en ontmoeting. Ook kan door samenwerking van lokale dienstverlenende partijen problemen op een holistische en integrale wijze worden opgelost. Door de kleinschaligheid zouden burgers tevens gemakkelijker lokale bestuurders of politici ter verantwoording kunnen roepen wanneer zich problemen voordoen op onder andere het gebied van zorg en welzijn. Verder kan het leiden tot meer effectieve dienstverlening omdat het aansluit op de individuele behoefte van de burger. Bovendien kan het leiden tot meer efficiëntie doordat 'overlap' van aanbod kan worden ingeperkt. Daarnaast kan directere communicatie door de kleinschaligheid leiden tot betere doorverwijzingen naar de juiste dienstverlenende partijen in de wijk (Lownes & Sullivan, 2008).

Er zijn tenminste twee manieren waarop interdisciplinair wordt samengewerkt op wijkniveau in zorg en welzijn in Nederland. De eerste is in wijkteams waarin professionals vanuit verschillende disciplines samenwerken in een team om samen met mantelzorgers en vrijwilligers de zorg en ondersteuning van een cliënt in te vullen. Binnen de nieuwe context van het gedecentraliseerde zorg en welzijnsbeleid kiest een groot deel van de Nederlandse gemeenten voor het oprichten van wijkteams (Van Arum & Schoorl, 2015; Oude Vrielink et al., 2014). Volgens een literatuurstudie van

Van Arum en Lub (2014) is er maar weinig bekend over de motivatie van gemeente voor het kiezen voor het oprichten van wijkteams, als organisatievorm. Zij suggereren dat het misschien slechts om een 'hype' gaat (Van Arum & Lub, 2014). De afgelopen jaren is er geëxperimenteerd met deze interdisciplinaire samenwerking door middel van pilots van wijkteams in verschillende gemeenten (Sok et al., 2013; Van Arum & Schoorl, 2014). Een tweede manier is interdisciplinaire samenwerking in wijkzorgnetwerken. In deze wijkzorgnetwerken werken, net zoals in wijkteams, professionals uit verschillende disciplines samen op het gebied van zorg en welzijn in de wijk. De organisatievorm van een wijkzorgnetwerk lijkt breder en diffuser dan een wijkteam, maar hierover is nog weinig bekend.

1.2. Probleemstelling: nog weinig bekend over interdisciplinaire samenwerking in wijkteam en wijkzorgnetwerk

Interdisciplinaire samenwerking in de wijk moet leiden tot betere en goedkopere zorg en ondersteuning, echter er is nog weinig bekend over hoe deze samenwerking verloopt. Een van de redenen dat er nog maar weinig bekend is over interdisciplinaire wijkgerichte samenwerking op het gebied van zorg en welzijn is dat er pas sinds 1 januari 2015 op grote schaal op deze manier wordt samengewerkt in wijken. Deze interdisciplinaire samenwerking gebeurt in gemeenten op veel verschillende wijzen. Veel gemeenten kiezen voor het oprichten van wijkteams als organisatievorm voor interdisciplinaire samenwerking (Van Arum & Schoorl, 2015). Er zijn ook enkele gemeenten die kiezen voor andere vormen, zoals een wijkzorgnetwerk. Er is echter nog maar weinig bekend over hoe de interdisciplinaire samenwerking verschilt tussen deze twee verschillende organisatievormen. Dit onderzoek richt zich daarom op hoe de interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk in twee verschillende gemeenten in Nederland verloopt. Dit onderzoek is een eerste verkenning en wil daarmee een bijdrage leveren aan meer kennis over de interdisciplinaire samenwerking van professionals in zorg en welzijn in wijkteams en wijkzorgnetwerken. Die zou moeten leiden tot betere en goedkopere zorg en ondersteuning. Of deze interdisciplinaire samenwerking ook daadwerkelijk leidt tot betere en goedkopere zorg wordt niet onderzocht in dit onderzoek.

1.3. Onderzoeksvragen

In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal:

- Hoe verloopt de interdisciplinaire samenwerking binnen een wijkteam en een wijkzorgnetwerk en wat zijn de verschillen?

Voordat de centrale vraag wordt beantwoordt zal eerst antwoordt gegeven worden op de volgende deelvragen:

- Hoe is het wijkteam en het wijkzorgnetwerk vormgegeven?

- In hoeverre zijn elementen van interdisciplinaire samenwerking aanwezig in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk?

- Hoe verschilt de interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk?

1.4. Leeswijzer: opbouw van onderzoek naar wijkteams en wijkzorgnetwerken

In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader van dit onderzoek uiteengezet. Vervolgens zal in hoofdstuk 3 worden beschreven welke onderzoeksmethoden worden gehanteerd en wordt ingegaan op de dataverzameling. In hoofdstuk 4 worden de onderzoeksresultaten weergegeven. Ten slotte worden in hoofdstuk 5 de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd en de onderzoeksvragen beantwoordt.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk beschrijft relevante inzichten uit de wetenschappelijke literatuur over interdisciplinaire- en wijkgerichte samenwerking op het gebied van zorg en welzijn. In paragraaf 2.1. wordt de achtergrond en context van interdisciplinaire samenwerking in de wijk geschetst. Bij paragraaf 2.2 wordt ingegaan op de vormgeving van netwerken en belangrijke elementen van interdisciplinaire samenwerking.

2.1. Achtergrond en context: veranderingen in de verzorgingsstaat en decentralisaties

Om interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk te begrijpen is het belangrijk om dit te plaatsen in het kader van maatschappelijke veranderingen in de verzorgingsstaat, die ten grondslag liggen aan het ontstaan van het wijkteam en het wijkzorgnetwerk.

In de jaren vijftig en zestig ging het economische voor de wind in Nederland en kwam er naast een roep om welvaartsgarantie ook een roep om *welzijns*garantie van individuen (Vreugdenhil, 2012). Mensen kregen hierbij bepaalde rechten op zorg gegarandeerd door de overheid, waardoor burgers niet langer aangewezen waren op gunsten van medeburgers. Dit recht op *welzijns*garantie kan worden opgevat als een sociaal grondrecht, in navolging van Marshall (1950). De uitbreiding van deze individuele sociale rechten, zorgde er voor dat mensen minder afhankelijk werden van de steun van familieleden en andere naasten wanneer men hulp of zorg nodig had (Vreugdenhil, 2012). Met een hulpvraag kon men terecht bij de nationale overheid. In combinatie met een economische crisis in de jaren '70 en een toenemende werkloosheid, zorgde dit voor een explosieve stijging van de kosten (Trommel & van der Veen, 2009; Yerkes & van der Veen, 2011). Tevens ontstond er door de jaren heen een grote verscheidenheid aan voorzieningen en uitvoerende partijen. Dit veroorzaakte bij zorgvragers een onoverzichtelijk geheel van aanbieders en tussenpersonen. Deze bureaucratisering, zo stelde Schuyt (1991) zorgde er voor dat er een 'cumulatie van afhankelijkheden' optrad, omdat regelingen maar een bepaald deel van het leven van een persoon betroffen. Ook werden personen steeds meer als een administratieve eenheid gezien en werd het lokaliseren van de meest hulpbehoevende en de 'zwaksten in de samenleving' een steeds moeilijker opgave (Schuyt, 1991). Dit leidde er toe dat de voorzieningen niet optimaal aansloten op de leefsituatie van de zorgvrager waardoor voorzieningen niet op een efficiënte en effectieve manier konden worden ingezet (Trommel & van der Veen, 2009). Door de complexiteit van wet- en regelgeving werd het voor de nationale overheid steeds lastiger om aan te sluiten op de behoeften van het individu als uniek persoon. Vanwege kritiek op de oplappende kosten, toenemende bureaucratie en het verdwijnen van

solidariteit tussen mensen, werd versobering en hervorming van de verzorgingsstaat noodzakelijk geacht (Schuyt, 1991; Trommel & van der Veen, 2009).

Een van deze hervormingen in de verzorgingsstaat is decentralisatie van verantwoordelijkheden omtrent zorg en welzijn van de centrale rijksoverheid naar gemeenten. Dit heeft geresulteerd in drie wetten die sinds 1 januari 2015 van kracht zijn, de nieuwe Jeugdwet, Participatiewet en de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling (WMO). Gemeenten krijgen daarbij beleidsruimte om hun zorg en welzijnsbeleid op eigen wijze in te richten.

Er zijn twee belangrijke argumenten vanuit de beleidsbenadering voor deze decentralisatie, efficiëntere toewijzing van diensten en meer mogelijkheden voor burgerparticipatie (Putters et al., 2010; Kim, 2008). Het eerste argument is dat lokale aanbieder van publieke diensten beter aansluit bij wat burgers willen en nodig hebben (Gallagher et al. 1995). Dit zou tevens een kosten besparing moeten opleveren (Putters et al., 2010). Waar een centrale aanpak kan leiden tot gestandaardiseerde producten en diensten, kan juist een lokale aanpak zorgen voor grote flexibiliteit en specialisatie van diensten die aansluit bij de lokale omstandigheden. Elke gemeente heeft de vrijheid om eigen beleid te ontwikkelen, dat aansluit bij de samenstelling en eisen van de burger. Daarnaast is de lokale overheid meer efficiënt in het geven van zorg en hulp, die aansluit bij de wensen van de lokale burger (Kim, 2008). Ook kan de lokale overheid beter aansluiten bij de al bestaande sociale initiatieven die aanwezig zijn in de buurt. Dit alles zou moeten leiden tot betere allocatie en een efficiëntere aanpak (Kim, 2008).

Kortom, er kwam vanaf de jaren '70 een roep om hervorming van de verzorgingsstaat. De meest recente hervorming is decentralisatie middels wetgeving omtrent zorg en welzijn richting gemeenten. Decentralisatie zou moeten leiden tot effectievere en efficiëntere zorg en hulpverlening voor burgers, waarbij ook de burger geacht wordt actiever te participeren.

2.1.1. De wijk als *new governance site*

Veel gemeenten kiezen bij decentralisatie voor een wijkgerichte aanpak, waarbij de wijk in toenemende mate gebruikt wordt als organisatorische schaal (Brenner, 2004; RMO, 2009; RVZ, 2012; Van Arum & Lub, 2014). De wijk is daarbij in opkomst als *new governance site* voor horizontale samenwerking tussen verschillende dienstverlenende partijen op het gebied van onder andere zorg en welzijn (Oldenhof, 2015).

De 'wijk' wordt door beleidsmakers, overheden en dienstverleners gezien als een plek om verschillende beleidsdoelen te realiseren, die gerelateerd zijn aan de eerder genoemde nieuwe wetgeving omtrent de decentralisatie. Het gaat daarbij om doelen zoals integrale dienstverlening,

stimuleren van participatie en zelfredzaamheid van de burger (Putters et al., 2010; Lowndes & Sullivan, 2008). In de literatuur wordt *governance* op wijkniveau ook wel aangeduid als '*neighbourhood governance*' (Lowndes & Sullivan, 2008; Durose & Lowndes, 2010). Dit houdt in dat besluitvorming en samenwerking wordt georganiseerd op lokaal niveau in de wijk binnen de gemeenten. Newman (2005) wijst er op dat door deze nieuwe manier van *governance* het bekende onderscheidt tussen staat, markt, burger en maatschappij en het verschil tussen publiek en private voorzieningen onduidelijk kan worden. Het verplaatst tevens de politieke autoriteit van 'hoge' naar 'lage' niveaus van actoren (Lowndes & Sullivan, 2008). Dit betekent dat 'lage' lokale actoren, zoals individuele burgers, professionals van dienstverlenende organisaties en lokale politici in 'de hoofdrol' worden gezet (Lowndes & Sullivan, 2008). Het geeft volgens Newman (2005) burgers meer ruimte voor nieuwe mogelijkheden en verantwoordelijkheden in de wijk. De burger maakt daarbij een verandering door van een rechtdragend en passief subject naar een coproductent van dienstverlening en een actieve participerende burger (Newman, 2005).

De betekenis van *neighborhood*, ofwel wijk, blijft in de literatuur vaak ambigu (Oldenhof, 2012; Oldenhof, 2015). Lowndes & Sullivan (2008) stelden wel aantal basiskennmerken op van een wijk. Wijken zouden onder andere de ontwikkeling bepalen van individuele en collectieve identiteiten. Daarnaast faciliteren wijken de uitwisselingen tussen verschillende mensen en voorzien wijken in een basis behoefte zoals gezondheid, wonen en onderwijs. Ook bieden ze een platform voor voorspelbare ontmoetingen. Ten slotte hebben wijken geografische grenzen, die sociaal geconstrueerd worden. De betekenis van 'de wijk' is subjectief volgens Lowndes & Sullivan (2008) en staat daarom niet vast. In dit onderzoek zullen we niet verder in gaan op wat een wijk precies is in verband met de beperkte omvang van dit onderzoek.

Kortom de wijk wordt door de decentralisaties en de daar mee gepaard gaande doelen een steeds belangrijkere *governance site*, waarbij lokale actoren zoals burgers en professionals uit de dienstverlening een grotere rol gaan spelen. Dit krijgt in Nederland vorm in de wijkteams en wijkzorgnetwerken in gemeenten.

2.1.2. Potentiële voordelen wijkgericht samenwerking

Het is niet voor niets dat veel gemeenten in Nederland kiezen voor een wijkgerichte aanpak en samenwerking. Er zijn immers verschillende potentiële voordelen van wijkgericht werken, deze kunnen worden onderverdeeld in vier verschillende categorieën volgens Lowndes en Sullivan (2008).

Een van de categorieën wordt door Lowndes en Sullivan (2008) 'civic rationale' genoemd. In deze categorie gaat het er om dat wijkgericht werken mogelijkheden zou bieden voor burgerparticipatie en

ontmoeting. Op wijkniveau zouden burgers eerder geneigd zijn te participeren in besluitvorming en het vinden van oplossingen van lokale problemen. Het kan daarbij gaan om kleine problemen zoals hondenpoep, maar ook grotere problemen zoals eenzaamheid of een slechte gezondheid. Hierbij worden burgers gezien als coproducten van oplossingen en diensten voor deze problemen. Dit betekent dat niet alles een professionele verantwoordelijkheid is van dienstverleners, maar ook van de burgers in de wijk (Lowndes & Sullivan, 2008).

De tweede categorie is van organisatorische aard (Lowndes & Sullivan, 2008). Daarbij gaat het om de mogelijkheden voor een integrale benadering van dienstverlening in de wijk. Door dienstverlenende partijen lokaal te laten samenwerken, kunnen problemen op een alles omvattende en integrale wijze worden opgelost. Dit past ook in het kader van het wijkteam en het wijkzorgnetwerk waarbij er wordt samenwerkt op verschillende domeinen zoals wonen, welzijn en zorg (Lowndes & Sullivan, 2008).

De derde categorie is economisch van aard (Lowndes & Sullivan, 2008). Daarbij gaat het om de mogelijkheid van meer efficiënte en effectieve dienstverlening. Ten eerste maakt het maatwerk mogelijk. Een voordeel van maatwerk is effectieve dienstverlening, waarbij de dienstverlening is afgestemd op de individuele behoefte van de burger. Daarnaast zou wijkgerichte samenwerking in de wijk verschillende efficiëntie voordelen hebben. Ten eerste zou samenwerking tussen verschillende dienstverlenende partijen 'overlap' aan aanbod kunnen beperken. Ten tweede kunnen concrete aanspreekpunten en direct communicatielijnen in de wijk zorgen voor een betere doorverwijzing van vragen naar de juiste dienstverlenende partijen in de wijk. Ten derde kan er eventueel substitutie plaatsvinden waarbij duurdere zorg achterwege blijft omdat er ingezet wordt op welzijnsinterventies (Lowndes & Sullivan, 2008).

De vierde en laatste categorie is politiek van aard (Lowndes & Sullivan, 2008). Wijkgericht werken zou leiden tot meer responsiviteit en verantwoording van lokale bestuurders en politici. Door de kleinschaligheid van de wijk, kunnen burgers makkelijker partijen zoals lokale bestuurders en politici ter verantwoording roepen wanneer zich problemen voordoen op onder andere het gebied van zorg en welzijn.

Er hebben nog maar mondjesmaat systematische effectevaluaties van wijkgerichte samenwerking in termen van efficiëntie en effectiviteit plaats gevonden. (RMO, 2009; RVZ, 2012). Een van de meeste recent verschenen reviews concludeert dat wijkgerichte samenwerking gezondheidszorgprocessen en uitkomsten kan verbeteren (Zwarenstein et al., 2009). Door het gelimiteerde aantal studies, problemen met de conceptualisering en meten van samenwerking is het moeilijk om deze resultaten te generaliseren (Zwarenstein et al., 2009). In een effectevaluatie van het Verwey-Jonker instituut genaamd *Goede hulp is veel waard* (2013) wordt de evaluatie van twee integrale buurtteams in

Utrecht beschreven (De Meere et al., 2013). In deze evaluatie wordt geconcludeerd dat wijkgericht werken waarbij integrale samenwerking van verschillende dienstverlenende partijen plaatsvindt leidt tot hogere kwaliteit van diensten tegen lagere kosten. De effectiviteit zou ontstaan door een combinatie van het gebruik van eigen kracht en het eigen netwerk van de burgers. Ook het proactief werken zonder indicatie zou een positief effect hebben op de effectiviteit van de interventie. Deze elementen zouden leiden tot meer vertrouwen van cliënten, hogere kwaliteit, minder en goedkopere hulpverlening en lagere transactiekosten (Meere et al., 2013). Ook deze resultaten zijn lastig generaliseerbaar omdat het ook hier gaat om een beperkt aantal casussen. Een belangrijke reden dat er nog maar weinig systematische omvangrijkere effectevaluaties over wijkgerichte samenwerking in wijkteams en wijkzorgnetwerken beschikbaar zijn is omdat veel wijkteams en wijkzorgnetwerken pas per 1 januari 2015 van start zijn gegaan.

Kortom, potentiële voordelen van wijkgericht werken zijn dat burgers meer verantwoordelijkheid gaan dragen, het mogelijkheden biedt voor een integrale aanpak, kan het leiden tot effectievere en efficiëntere dienstverlening en kunnen bestuurders en politici makkelijker ter verantwoording worden geroepen. Er is echter nog maar weinig bekend of wijkgerichte samenwerking hier ook daadwerkelijk hier toe leidt. Dit onderzoek beperkt zich echter tot onderzoek naar de aanwezigheid van belangrijke elementen voor interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en wijkzorgnetwerk, die eventueel zouden kunnen leiden deze potentiële voordelen van interdisciplinaire samenwerking.

2.2. Interdisciplinaire samenwerking in netwerken

Wijkgericht werken op het gebied van zorg en welzijn gebeurt in Nederland onder andere in wijkteams en wijkzorgnetwerken. Alvorens verder te kijken naar interdisciplinaire samenwerking door professionals in wijkteams en wijkzorgnetwerken is het noodzakelijk om het onderscheid te maken in verschillende vormen van netwerksamenwerking. Verschillende vormen van netwerksamenwerking worden uiteengezet in paragraaf 2.2.1. Vervolgens zal in paragraaf 2.2.2. beschreven worden wat onder interdisciplinair samenwerken en het 'succes' van interdisciplinaire samenwerking kan worden verstaan. Ten slotte zal in paragraaf 2.2.3. een overzicht van belangrijke concepten gegeven worden die onderdeel uitmaken van interdisciplinaire samenwerking.

2.2.1. Netwerksamenwerking: vormgeving van het netwerk

Een netwerk kan op vele manieren gedefinieerd worden. In dit onderzoek gaat het om organisaties die in netwerken samen doelen nastreven op het gebied van het zorg en welzijn. Dit sluit aan de bij de definitie die Provan, Fish & Sydow (2007). Onder een 'geheel netwerk' wordt door hen verstaan: 'Een netwerk is een groep van drie of meer organisaties die op een zodanige wijze zijn verbonden dat het bereiken van een gemeenschappelijk doel wordt gefaciliteerd.' (Provan et al., 2007, p.482).

Netwerken worden onder andere gekenmerkt door wederzijdse afhankelijkheden tussen leden van het netwerk, op het gebied van informatie, financiële middelen, sociale steun en diensten (Provan et al., 2007). Tevens komt uit de definitie naar voren dat deelnemers in een netwerk een gezamenlijk doel voor ogen hebben om een maatschappelijk probleem op te lossen (Provan & Kenis, 2008).

De veronderstelling vanuit de *governance* gedachte is dat organisaties in staat zijn om complexe problemen effectief op te lossen door bewust met elkaar samen te werken in een netwerk. (Geuijen, 2011; Rhodes, 1996). Het ontwerp van het netwerk bepaald hoe het netwerk het beste aangestuurd kan worden (Kenis & Provan, 2008). Kenis en Provan (2008) spreken in dit verband over *governance of networks*. Het ontwerp van netwerken wordt volgens Provan en Kenis (2008) gecategoriseerd op twee verschillende dimensies. Bij de eerste dimensie gaat het om de mate van contact en de afstemmingen tussen de verschillende organisaties die samenwerken in het netwerk. Bij de andere dimensie gaat het om de wijze waarop het netwerk wordt gestuurd, extern of intern. Provan en Kenis (2008) onderscheiden op basis van deze twee dimensies drie verschillende typen netwerken: het zelfsturend netwerk, het leider-organisatienetwerk en de netwerk administratieve organisatie (NAO).

In een zelfsturend netwerk vindt de sturing plaats door de deelnemers van de netwerksamenwerking, waarbij er geen aparte sturingseenheid aanwezig is (Provan & Kenis, 2008). Deze sturing kan zowel op informele als op formele wijze plaatsvinden. In dit netwerk verhouden alle organisaties zich op een gelijkwaardige wijze en is er geen overkoepelend orgaan of organisatie die toeziet op het functioneren van het netwerk. De organisatie van het netwerk is in handen van alle aangesloten organisaties en andere actoren in het netwerk.

De tweede netwerkform wordt door Provan en Kenis (2008) het leider-organisatienetwerk genoemd. Dit netwerk is samengesteld uit een leidende organisatie en andere organisaties die aangesloten zijn bij het netwerk. De activiteiten van het netwerk worden gecoördineerd door een van de leden van het netwerk, de organisatieleider. Deze vorm van netwerken zijn vaak aanwezig wanneer er sprake is van een verticale relatie tussen verschillende partijen, zoals bij een *buyer-supplier relationships*. Ook in horizontale netwerken, kan er een leider-organisatie zijn. Welke organisatie deze rol krijgt is dan afhankelijk van de omvang van middelen waarover organisatie beschikt om deze rol op zich te nemen en de legitimiteit die de organisatie van andere partijen krijgt. Het leider-organisatienetwerk komt regelmatig voor bij lokaal gezondheidsbeleid (Brandes et al., 2003). In een leider-organisatienetwerk worden de belangrijke beslissingen genomen en gecoördineerd door één deelnemende partij in het netwerk, de leider-organisatie. Het netwerk wordt daardoor gecentraliseerd en er sprake van ongelijke macht tussen de verschillende betrokken organisaties. De rol van de leider-organisatie kan ontstaan door de toewijzing van de verschillende organisaties zelf, gebaseerd op wat het meest

efficiënt en effectief lijkt. Maar er kan ook een mandaat zijn van een partij die het totale netwerk financiert (Provan & Kenis, 2008).

De derde netwerkvorm is het netwerk administratieve organisatie (NAO) model. De essentie achter dit model is dat er een aparte administratieve entiteit bestaat die speciaal is opgezet om het netwerk en de activiteiten van het netwerk aan te sturen. Deze entiteit wordt de NAO genoemd. De NAO speelt een sleutelrol bij de coördinatie en het behoudt van het netwerk. In tegenstelling tot het leider-organisatie model is de NAO geen nieuwe organisatie die uit die naam als organisatie diensten verleend. Deze NAO kan een formele organisatie zijn met een manager en speciale huisvesting (Provan et al., 2004).

Kortom, er zijn drie verschillende netwerkvormen, een zelfsturend netwerk, een leider-organisatienetwerk en de netwerk administratieve organisatie (Provan & Kennis, 2008). Het wijkteam en het wijkzorgnetwerk kunnen worden ondergebracht onder een van deze categorieën.

2.2.2. Het 'succes' van interdisciplinaire samenwerking

Voordat er ingegaan wordt op het 'succes' van interdisciplinaire samenwerking is het belangrijk om de term interdisciplinaire samenwerking nader toe te lichten.

Er zijn verschillende termen die worden gebruikt voor de beschrijving van samenwerking tussen professionals in de literatuur zoals 'inter-professionele samenwerking' en 'teamwerk'. De termen 'multiprofessionaal', 'interdisciplinair' en 'multidisciplinaire', worden ook vaak afwisselend gebruikt in de literatuur (Payne, 2000). De term 'samenwerking' is tevens een complex fenomeen dat vaak vaag wordt geformuleerd en op een onjuiste manier wordt gebruikt in onderzoek (Henneman et al., 1995). Deze onduidelijkheid over de definitie hebben de bruikbaarheid van variabelen in onderzoeken gehinderd (Henneman et al., 1995; Xyichis & Lowton, 2008).

Petri (2010) deed een conceptuele analyse van het concept interdisciplinaire samenwerking in de context van de gezondheidszorg. Het gaat in dat onderzoek om de samenwerking tussen verschillende professionele disciplines waaronder verpleegkundigen, artsen, sociaal werkers, psychologen en tandartsen. Het concept interdisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg tussen professionals omschrijft Petri (2010) als volgt: 'An interpersonal process characterized by healthcare professionals from multiple disciplines with shared objectives, decision-making, responsibility, and power working together to solve patient care problems' (Petri, 2010, p. 79). Zowel een wijkteam als een wijkzorgnetwerk kunnen worden gezien als een vorm van interdisciplinaire samenwerking waarbij professionals uit verschillende disciplines samenwerken. Professionals die deel uitmaken van een wijkteam of wijkzorgnetwerken worden vanuit het beleidsidee geacht dezelfde

doelen na te streven, verantwoordelijk te zijn en samen sterk te staan om problemen van een patiënt of cliënt op te lossen.

Effectiviteit en het teamproces

In de literatuur wordt op twee manieren onderscheid gemaakt in de mate van 'succes' bij samenwerken in samenwerkingsverbanden..

Bij de ene manier is de mate van succes gericht op de uitkomst van de samenwerking. Daarbij gaat het om de effectiviteit van de samenwerking tussen professionals op het welzijn en de gezondheid van de cliënt. Over de effecten van inter-professionele samenwerking op bijvoorbeeld het welzijn van de cliënt is nog maar weinig onderzoek gedaan (Glendinning, 2003). Een van de meest recente reviews concludeert dat inter-professionele samenwerking gezondheidszorgprocessen en uitkomsten kan verbeteren, al is deze conclusie slecht generaliseerbaar (Zwarenstein et al., 2009). De beperkte steekproefgrootte, problemen met de conceptualiseren en het meten van samenwerking maakt het moeilijk om conclusies te trekken over de effectiviteit van inter-professionele samenwerking in teams (Zwarenstein et al., 2009).

De tweede manier gaat in op de mate van succes van interdisciplinaire samenwerking in wijk op het gebied van teamorganisatie en het teamproces. Daarbij gaat het om hoe goed teamgenoten of mensen in een netwerk samenwerken, waarbij men probeert een gemeenschappelijk doel te bereiken (Dowling et al., 2004). Hierover is meer internationaal wetenschappelijke literatuur beschikbaar. Uit Canadees onderzoek blijkt dat interdisciplinaire teamsamenwerking de klachten zoals stress en burn-out onder professionals en andere zorgverleners kan verminderen (CHSRF, 2006). Daarnaast lijkt functionele diversiteit van professionals door de aanwezigheid van personen met verschillende beroepsachtergronden er toe leiden dat interdisciplinaire teams flexibeler kunnen omgaan met complexe vraagstukken waar zij mee te maken krijgen. Ook is er een verminderd risico op *groupthink* (Janis, 1972). *Groupthink* is een proces waarbij teamleden het nalaten om kritisch te kijken naar het eigen handelen, omdat zij gewend zijn om hun werk op een bepaalde manier uit te voeren (Janis, 1972). Door functionele diversiteit kan dit voorkomen worden. Kennis en ervaringen van andere teamleden zorgt ervoor dat het werk op verschillende invalshoeken wordt bekeken en men kritisch blijft. Dit geeft een positief effect op het probleemoplossend vermogen (De Dreu & West, 2001) van het team. Naast deze voordelen van interdisciplinaire samenwerking bestaan er ook een aantal risico's. Zo kan het samenwerken van professionals met een verschillende beroepsachtergrond zorgen voor een verhoogd risico op miscommunicatie en subgroepvorming (Fiske, 1998). Dat kan vervolgens een negatief effect hebben op de communicatie binnen teams, dat dan vervolgens ook weer kan leiden tot meer kansen op ontstaan van conflicten (Rink & Ellemers,

2010). Het is daarom van belang dat teams zo worden georganiseerd dat de voordelen van interdisciplinair werken optimaal mogelijk worden benut (Kearney & Gebert, 2009).

Kortom, het 'succes' van interdisciplinaire samenwerking in teams kan uitgedrukt worden in de mate van effectiviteit van de samenwerking en de verbetering van het welzijn en de gezondheid van de cliënt. Daarnaast kan het 'succes' van interdisciplinaire samenwerking in teams worden uitgedrukt in hoe de teamgenoten in een netwerk samenwerken en in staat blijken een gemeenschappelijk doel te bereiken.

Dit onderzoek richt zich niet zo zeer op het effect van interdisciplinaire samenwerking op de verbetering van welzijn en gezondheid van cliënten die betrokken zijn bij het wijkteam of wijkzorgnetwerk, maar beperkt zich tot onderzoek naar de organisatie van het team of netwerk en het proces van interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en wijkzorgnetwerk dat eventueel zou kunnen leiden tot 'succes' van interdisciplinaire samenwerking.

2.2.3. Interdisciplinaire samenwerking

In dit onderzoek zal er gesproken worden over hoe de interdisciplinaire samenwerking verloopt in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk. Volgens D'Amour et al. (2005) zijn er verschillende concepten die regelmatig terugkeren in de definitie van interdisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg, zoals delen (*sharing*), partnerschap (*partnership*), onderlinge afhankelijkheid (*interdependency*) en macht (*power*). In deze paragraaf worden deze concepten besproken.

Sharing

Als het gaat om *sharing* gaat het vaak om gedeelde verantwoordelijkheid en gezamenlijke besluitvorming. (Baggs & Schmitt, 1988; D'Amour et al., 2005; Liedtka & Whitten, 1998). Het delen van verantwoordelijkheid impliceert dat alle disciplines deelnemen aan het proces van interdisciplinaire samenwerking en verantwoordelijk zijn voor de uitkomst (D'Amour et al., 2005; Lindeke & Sieckert, 2005). Daarnaast is het delen van gemeenschappelijke waarden van belang voor samenwerking (Clark, 1997; Henneman, 1995). Tijdens de opleiding krijgen professionals verschillende waarden en normen mee over wat goede zorg is. Vaak zijn leden van interdisciplinaire samenwerkingsverbanden zich hiervan niet bewust (McCallinn, 2001; Mizrahi & Abramson, 1985). Zo bestaan er verschillende waarden tussen medische professionals en sociaalwerkers. Medische professionals richten zich op het redden van levens terwijl sociaal werkers zich meer richten op kwaliteit van leven (Roberts, 1989). In wijkteams en wijkzorgnetwerken werken professionals uit verschillende disciplines samen. Deze professionele disciplines zijn in het bezit van verschillende beroepscode's en werken vanuit verschillende beroepsvisies. Deze verschillen in waarden en normen van professionals heeft effect op de samenwerking en het maken van keuzen (Joseph & Conrad,

1989; Sharp, 1995). Ook het formuleren van gemeenschappelijke doelen door een team is van belang voor interdisciplinaire samenwerking zodat professionals vanuit verschillende disciplines gezamenlijk werken aan het zelfde resultaat (Dowling et al., 2004; Xyrichis & Lowton, 2008; D'Amour & Oandasan, 2005). Ten slotte is ook het delen van een gemeenschappelijke visie belangrijk (Fay et al., 2006; Xyrichis & Lowton, 2008).

Kortom, als het gaat om *sharing* bij interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk is het van belang dat er een sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid, besluitvorming, waarden, doelen en visie.

Partnership

Bij *partnership* gaat het om twee of meer actoren die samenwerken. Deze samenwerking wordt gekarakteriseerd door een collegiale relatie (D'Amour et al., 2005; Henneman, 1995). Zo'n relatie wordt gekenmerkt door een open en eerlijke communicatie en wederzijds respect en vertrouwen (Henneman et al. 1995; San Martin-Rodriquez et al., 2005; Pike et al., 1993; Siegler & Whitney, 1994).

Deze open en eerlijke communicatie binnen samenwerkingsverbanden kunnen op verschillende manieren versterkt worden (Horwarth & Morrison, 2007). Een van de manieren is door het frequent organiseren van bijeenkomsten, bijvoorbeeld van professionals die onderdeel uitmaken van een netwerk of team. Deze bijeenkomsten geven de gelegenheid om informatie uit te wisselen over onder andere de cliënten (Cameron et al., 2007). Ook verbeteren volgens Xyrichis & Lowton (2008) teambijeenkomsten de communicatie onder teamleden. Ook het hebben van een gezamenlijke vestiging waar professionele hulpverleners elkaar kunnen ontmoeten zorgt er voor dat zij makkelijker en sneller communiceren. Het wederzijds begrip en het informeel contact wordt hiermee gestimuleerd. (Moran et al., 2007; Nottle & Thomson, 1999).). Anderzijds kan de omvang en betekenis van informele contacten een dergelijke omvang krijgen dat het op termijn de professionaliteit van de hulpverleners kan ondermijnen (Cameron et al., 2012). Korte communicatielijnen in een team van professionals die elkaar goed kennen heeft een positieve invloed op de communicatie tussen teamleden. Goede communicatie maakt een vrije en open discussie onder teamleden en met de cliënt mogelijk. Hierdoor wordt de kans op een consistente benadering door verschillende professionals richting de cliënt vergroot (Nottle & Thomson, 1999; Xyrichis & Lowton, 2008). Een gebrek aan communicatie onder de teamleden kan leiden tot misverstanden over professionele rollen en verantwoordelijkheden. Een hoge mate van participatie in het team wordt volgens Molyneux (2001) onder andere behaald door het regelmatig hebben van teambijeenkomsten. Deze teambijeenkomsten dragen tevens bij aan het doorbreken van professionele barrières (Rutherford & McArthur, 2004). Voor het delen van relevante informatie over bijvoorbeeld een gezin of kind waarbij verschillende professionals betrokken zijn is het belangrijk dat deze informatie

beschikbaar is voor alle betrokkenen, zodat een ouder of kind de situatie niet telkens opnieuw hoeven uit te leggen. Een goede infrastructuur voor communicatie zoals het inzetten van informatietechnologie kan hier aan bijdragen (Jones, 2008).

Het gebrek aan respect, begrip en waardering kan volgens Stichler (1995) een barrière zijn voor interdisciplinaire samenwerking. Wederzijds respect veronderstelt kennis en erkenning van de bijdragen die professionals leveren binnen het samenwerkingsverband en onderlinge afhankelijkheid (Siegler & Whitney, 1994; Stichler, 1995).

Volgens Henneman (1995) is vertrouwen binnen een samenwerkingsverband tevens van groot belang voor goede samenwerking. Het gaat daarbij om vertrouwen in eigen kunnen en vertrouwen in het kunnen van ander binnen het samenwerkingsverband. Dit vraagt tijd, inspanning, geduld en positieve ervaringen (Henneman et al., 1995).

Partnership bij interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en wijkzorgnetwerk is van belang en uit zich in open en eerlijke communicatie tussen de professionals, en wederzijds respect en vertrouwen.

Interdependency

Het concept wederzijdse afhankelijkheid (*interdependency*) komt voort uit een verlangen om patiënten of cliënten gezamenlijk te helpen bij problemen (D' Amour et al., 2005; Liedtka, 1998). Wanneer professionals bewust worden van hun onderlinge afhankelijkheid worden individuele bijdragen gemaximaliseerd. De uitkomst van het gehele samenwerkingsverband is groter dan de inbreng van elk individu apart (Pike et al., 1993). Dit betekent dat teams efficiënter en effectiever zouden werken met de beschikbare middelen. Volgens Hackman (1987) is het voor een efficiënte en effectieve samenwerking dan ook van belang dat teamleden alle belangrijke taak-gerelateerde kennis en expertise kunnen inzetten in het team.

Professionele hulpverleners in interdisciplinaire teams werken samen aan een gemeenschappelijk taak, namelijk het helpen van patiënten en cliënten, waarbij teamleden parallel werken aan subtaken. Coördinatie van deze taken is daarbij van belang. Teamleden zijn productiever wanneer er sprake is van wederzijdse ondersteuning van taken binnen het team, dan wanneer er sprake is van competitie binnen het team (Tjosvold, 1995). Individuele taken als onderdeel van de algemene taak moeten harmonieus en gesynchroniseerd verlopen om de kwaliteit van de teamsamenwerking te garanderen (Brannick et al., 1995). Daarbij spelen ook rolverwachtingen binnen een team en netwerkcontacten. Rolverwachtingen in een team, en dan voornamelijk hoe teamleden tegen hun eigen rol en die van anderen aankijken binnen een team zijn van belang voor de taakverdeling (Nottle & Thompson, 1999). Onenigheid over de rollen en taken in een team leiden eerder tot conflicten over status en

hiërarchie in team (Nottle & Thompsom, 1999). Conflicten tussen teamleden in het algemeen en over de vraag of iedere teamlid ook voldoende inzet toont heeft negatieve consequenties voor de samenwerkingskwaliteit in het team. Er moet overeenstemming zijn over de minimale inzet van teamleden. Grote inzet van alle teamleden zorgt voor een goede kwaliteit van samenwerking binnen een team (Hoegl & Gemuenden, 2001). Wanneer gezondheidsprofessionals zich focussen op wat de cliënt nodig heeft, zorgt dat er voor dat strikte grenzen tussen verschillende professionals en rolconflicten minder belangrijk worden en minder voorkomen (Suter et al., 2009).

Het is eveneens belangrijk dat teamleden informatie delen met elkaar (Atwal & Caldwell, 2002). Daarbij dient rekening gehouden te worden met het delen van privacy gevoelige informatie van de cliënt (Perera, et al., 2011;) Ook hier is openheid binnen het team van belang, als er informatie wordt achtergelaten, hindert dat de integratie van kennis en ervaring van de teamleden (Hoegl & Gemuenden, 2001; Gladstein, 1984).

Kortom, als onderdeel van *interdependency* van professionals bij interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en wijkzorgnetwerk zou er sprake moeten zijn van wederzijdse ondersteuning tussen professionals, waarbij er informatie openlijk met elkaar wordt gedeeld .

Power

Macht (*power*) is het vierde concept, deze macht wordt gedeeld onder professionals (D'Amour , 2005). Samenwerking wordt door verschillende auteurs gezien als 'true partnership'. Dit wordt gekarakteriseerd door een gelijkwaardige verdeling van macht gerelateerd aan het vermogen van een professional in een team, deze macht wordt erkend door alle professionals in het team (D'Amour, 2005; Stichler, 1995). Het gaat daarbij om de kennis van de professionals en niet om de titels of functies (Henneman, 1995; Henneman et al., 1995, Stichler, 1995). De verdeling van macht is een product van de relatie en interactie tussen verschillende professionals in een samenwerkingsverband (D'Amour et al., 2005).

Kortom, de gelijkwaardige verdeling van macht gerelateerd aan de kwaliteiten van professionals in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk zijn van belang voor interdisciplinaire samenwerking.

3. Methode

In dit hoofdstuk staan de methodologische keuzen in dit onderzoek naar wijkgerichte interdisciplinaire samenwerking centraal. Eerst wordt er in gegaan op twee gekozen casussen die worden onderzocht in dit onderzoek. Vervolgens wordt in gegaan op het type onderzoek (paragraaf 3.1.), dataverzamelmethode en de onderzoekseenheden (paragraaf 3.2.). Ook worden variabelen geoperationaliseerd (paragraaf 3.3). Ten slotte zal de relevantie voor de studie Algemene Sociale Wetenschappen worden besproken (paragraaf 3.4).

In dit onderzoek wordt er aan de hand van twee casussen een antwoord gegeven op de vraag hoe de interdisciplinaire samenwerking verloopt binnen een wijkteam en een wijkzorgnetwerk en wat de verschillen zijn. Samen met het Centrum voor Ethiek en Gezondheid, die tevens op zoek was naar wijkteams in verband met het schrijven van hun signalement over ethische kwesties in wijkgerichte samenwerking, is er op zoek gegaan naar wijkteams die zouden willen participeren in dit onderzoek en een bijdrage zouden willen leveren aan het signalement van het CEG. Aan de hand van twee gevonden zou antwoord kunnen worden gegeven op de gestelde onderzoeksvraag.

Bij de selectie voor het benaderen van de wijkteams was er aandacht voor de diversiteit in de werkwijze van de wijkteams, de diversiteit aan problematiek van burgers in de betreffende wijken en de demografische samenstelling van de wijk. Om informatie over deze wijkteams te krijgen onder andere gebruik gemaakt van een overzichtsrappport van bestaande wijkteams in Nederland (Van Arum & Schoor, 2015). Ongeveer vijftien wijkteams zijn vervolgens per telefoon en/of mail benaderd met de vraag of men wilde participeren in het onderzoek. Daarnaast is er gebruik gemaakt van contacten van medewerkers van het CEG en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RV&S) om geschikte gemeente te vinden. Ook heb ik een bezoek gebracht aan het congres 'Toegang tot teams' op 7 april 2015 dat door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten werd georganiseerd. Dit heeft tevens contacten opgeleverd met verschillende gemeenten. Ook bijeenkomsten van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving die ik heb bijgewoond hebben contacten opgeleverd met gemeenten en wijkteams.

Veel gemeenten reageerden echter afwijzend op de vraag of ze wilden meewerken aan het onderzoek. Een veel gehoorde reden was dat professionals in de wijkteams te druk zijn en geen tijd kunnen vrijmaken voor een interview. Het oorspronkelijke doel was om onderzoek te doen naar het samenwerkingsproces binnen twee wijkteams in Nederland, waarbij professionals interdisciplinair samenwerken. Deze opzet om twee wijkteams te onderzoeken bleek in verband met de respons op deelname aan het onderzoek niet mogelijk. Daarom is er vervolgens voor gekozen om breder te kijken dan wijkgerichte interdisciplinaire samenwerking in wijkteams, en andere vormen van

interdisciplinaire samenwerkingsverbanden in de wijk te betrekken. Gemeenten gaan namelijk allemaal anders om met verkregen beleidsvrijheid omtrent zorg en welzijn. Het oprichten van wijkteams is slecht één uitwerking van de nieuwe wetgeving omtrent zorg en welzijn. Er zijn namelijk ook enkele gemeenten die werken met wijkzorgnetwerken.

Tijdens het congres op 7 april 2015 heb ik het eerste contact kunnen leggen met een voormalig manager van wijkteams in een gemeente. Uiteindelijk heeft de huidige projectleider en manager betreffende wijkteams in deze gemeente toegezegd om medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Later te noemen als het wijkteam in gemeente A. Ook is er uiteindelijk contact gekomen met een wijkzorgnetwerk. Via een bijeenkomst dat door een kwartiermaker van een wijkzorgnetwerk werd georganiseerd in gemeente B, kwam een medewerker van het CEG in contact met professionals die actief zijn in het wijkzorgnetwerk en die wilden meewerken aan een interview. De professionals die wilden meewerken aan een interview vormen een deel van het wijkzorgnetwerk in gemeente B.

Kortom, aan de hand van twee casussen, een wijkteam in gemeente A en een wijkzorgnetwerk gemeente B, wordt antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag over interdisciplinaire samenwerking in een wijk.

3.1. Type onderzoek

Het onderzoek richt zich op interdisciplinaire samenwerking tussen professionals in een wijkteam en wijkzorgnetwerk. Door middel van twee kwalitatieve casestudies van een wijkteam en een wijkzorgnetwerk. Hierdoor wordt voldoende diepgang bereikt door bestudering van de complexe relaties van interdisciplinaire samenwerking binnen een wijkteam en een wijkzorgnetwerk (Boeije, 2014).

Een casestudy onderzoeksdesign kan beschreven worden als een onderzoeksstrategie dat focust op het bestuderen van complexe sociale fenomenen in hun natuurlijke context (Braster, 2000). Deze intensieve van manier van bestuderen geeft de onderzoeker de mogelijkheid om het fenomeen in een groter geheel te plaatsen. Een casestudy beoogt diepgaande kennis op te leveren over een specifieke case of cases (Yin, 2013). Casestudies zijn geschikt voor 'hoe' en 'waarom' vragen. In dit onderzoek wordt een 'hoe' vraag gesteld omtrent de interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en wijkzorgnetwerk (Baarda et al., 2013).

Het gebruik van het analyseren van specifieke casussen heeft een aantal nadelen. Een van de nadelen is dat er vaak sprake is van onscherpe concepten en begrippen. Dit zorgt voor een lagere begripsvaliditeit, 'De adequate vertaling van theoretische begrippen naar empirische variabelen' (Braster, 2000, p.62). Dit heeft tot gevolg dat de operationalisering moeilijk is. Een ander nadeel van casestudies is de kleine externe validiteit van het onderzoek, dit betekent dat conclusies

bepikt generaliseerbaar zijn. Casestudies zijn ook niet gericht op het doen van generaliseerbare uitspraken (Braster, 2000; Swanborn, 1994). De resultaten over in dit onderzoek kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd naar andere wijkteams en wijkzorgnetwerken in Nederland.

3.2. Dataverzamelmethode

Het kwalitatieve onderzoek bestaat uit observaties tijdens een teamoverleg in het wijkteam en een wijktafel-bijeenkomst in het wijkzorgnetwerk. Daarnaast zijn er semigestructureerde interviews met professionals gehouden in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk. En zijn experts geïnterviewd.

Observaties

Er hebben twee observaties plaatsgevonden, één observatie van het wijkteam tijdens een teamoverleg in gemeente A en één observatie tijdens een wijktafel-bijeenkomst in gemeente B. Het gaat daarbij om een participerende observatie, waarbij de onderzoeker een open rol heeft (Baarda et al., 2013). Tijdens de observatie wordt gekeken naar hoe de interdisciplinaire samenwerking tijdens de bijeenkomst in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk verloopt.

Interviews

Naast de observaties in de twee wijken hebben er semigestructureerde interviews plaatsgevonden met professionals van het wijkteam in gemeente A en van het wijkzorgnetwerk in gemeente B. Factoren die van belang zijn voor interdisciplinaire samenwerking in netwerken en in teams vormen de basis voor de topiclijst van de interviews. In bijlage 1 staat een overzicht van de geïnterviewde respondenten.

Om een beeld te krijgen van het wijkteam in gemeente A hebben er tien interviews plaatsgevonden, waaronder negen professionals die onderdeel uitmaken van het team en de manager van de wijkteams in gemeente A. De geïnterviewden zijn werkzaam binnen een coöperatie, waarvan het wijkteam een uitvloeisel is. In deze coöperatie worden de krachten gebundeld van verschillende zorg- en welzijnsorganisaties. Er zijn zes verschillende organisaties onderdeel van deze coöperatie. In het wijkteam dat centraal staat in dit onderzoek zijn vijf van de zes organisaties vertegenwoordigd. Uit deze organisaties is minimaal één professional geïnterviewd om zo een goed beeld te krijgen van de professionals die werkzaam zijn vanuit een eigen discipline en specialisatie. Daarnaast is de manager, de projectleider, van de coöperatie geïnterviewd om ook een beeld te krijgen van de achterliggende organisatie en huidige ontwikkelingen van het wijkteam die van invloed kunnen zijn op de samenwerking binnen het team. De interviews hebben plaatsgevonden in de periode mei tot en met juli 2015.

In het wijkzorgnetwerk in gemeente B hebben er zes interviews plaatsgevonden in mei en juni 2015. Voor deze interviews zijn professionals uit verschillende organisaties benaderd die onderdeel uit

maken van het wijkzorgnetwerk. Vijf professionals uit vier verschillende organisaties waren bereid om mee te werken aan een interview. Daarnaast heeft er een interview plaatsgevonden met de kwartiermaker van het wijkzorgnetwerk in gemeente B. Deze respondent is door de gemeente aangesteld om het wijkzorgnetwerk vorm te geven en kon daarbij net zoals de manager in gemeente A een beeld geven van de achterliggende organisatie van het wijkzorgnetwerk en de huidige ontwikkelingen omtrent wijkgerichte interdisciplinaire samenwerking. In het wijkzorgnetwerk was het aantal interviews afhankelijk van de betrokken partijen in het wijkzorgnetwerk en organisaties en professionals die willen meewerken aan een interview.

Naast de interviews met de personen die direct betrokken zijn bij het wijkteam of het wijkzorgnetwerk zijn er interviews gehouden met experts op onder andere het gebied van wijkteams, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en interdisciplinaire samenwerking. Deze interviews worden gebruikt om meer inzicht te krijgen in welke kwesties er spelen omtrent interdisciplinaire samenwerking in wijken na de transformatie op 1 januari 2015. Deze informatie wordt tevens gebruikt om de topiclijst voor de interviews met de professionals in de het wijkteam en het wijkzorgnetwerk te verbeteren. Daarnaast geven deze interviews achterliggende informatie over de context waarin de professionals in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk aan het werk zijn. In bijlage 1 kunt u een overzicht vinden van de geïnterviewde professionals.

De interviews met de professionals en de experts hebben plaatsgevonden in samenwerking met een onderzoeker van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), Boukje van der Zee. Tijdens deze interviews komen een aantal onderwerpen aanbod die specifiek ingaan op het signalement van het CEG dat zich richt op ethische kwesties die spelen bij wijkgerichte samenwerking waarmee het CEG op dit moment bezig is. Enkele ethische kwesties die aanbod kwamen tijdens de interviews zijn verantwoordelijkheid, privacy en beroepsgeheim. De onderwerpen die van belang waren voor deze scriptie kwamen ook aan de orde tijdens de interviews.

De interviews zijn opgenomen met een voicerecorder. De interviews met de professionals zijn woordelijke getranscribeerd. Dit is van belang voor de betrouwbaarheid van de het onderzoek (Boeije, 2014). Er heeft één interview plaatsgevonden waarbij de respondent het niet wenselijk vond dat het interview werd opgenomen. Van dit interview is een verslag gemaakt. Van de interviews met experts is tevens een verslag gemaakt met daarin relevante informatie voor het onderzoek. De transcripties van de interviews van de professionals en managers uit het wijkteam en het wijkzorgnetwerk zijn geïmporteerd in het softwareprogramma Nvivo. Dit computerprogramma maakt het mogelijk om de data te structureren aan de hand van coderingen. Aan de hand van het theoretisch kader werden deze codes geconstrueerd. Deze codes vormden de start van het coderingssysteem. Gedurende de analyse van de data wordt het coderingsschema uitgebreid met codes die voortkomen

uit de interviews zelf. Tijdens de analyse van de data is gezocht naar overeenkomende codes in de data die een patroon vormen. Die kunnen worden teruggeleid naar de eerdere theoretische bevindingen omtrent interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk. Dit wordt ook wel axiaal coderen genoemd (Boeije,2014).

3.3. Operationalisering

Vanuit het theoretische kader zijn elementen naar voren gekomen van interdisciplinaire samenwerking. De indicatoren voor deze elementen worden hieronder in tabel 1 schematisch weergegeven. Ook indicatoren voor de vormgeving zijn in tabel 1 weergegeven. De indicatoren vormen de basis voor de codeboom.

Tabel 1: Operationalisering

Element	Indicator
Vormgeving	Sturing
	Mate contact
	Afstemming tussen organisaties
Sharing	Gedeelde verantwoordelijkheid
	Gezamenlijk besluitvorming
	Gedeelde waarden
	Gemeenschappelijke doelstelling
	Gedeelde visie
Partnership	Open en eerlijke communicatie
	- <i>teambijeenkomsten</i>
	- <i>gezamenlijke vestiging</i>
	- <i>facilitaire ondersteuning</i>
	- <i>informatie systeem</i>
	Wederzijds respect
	- <i>erkenning kennis en bijdragen andere professionals</i>
	- <i>onderlinge afhankelijkheid</i>
Interdependency	Coördinatie
	Wederzijdse ondersteuning
	Taakverdeling
	Overeenstemming minimale inzet
	Delen informatie cliënt onder professionals
Power (macht)	Macht op basis van kennis

3.4. ASW relevantie

De master Arbeid, Zorg en Welzijn: beleid en interventies is één van de masteropleidingen die valt onder de opleiding Algemene Sociale Wetenschappen (ASW). Bij deze opleiding worden maatschappelijke problemen vanuit verschillende disciplines benaderd. In dit onderzoek wordt er gekeken naar interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk. Dit wordt vanuit aantal perspectieven benaderd als het gaat om de vormgeving en de organisatie van het wijkzorgnetwerk.: bestuurlijk, organisatorisch, psychologisch en sociologisch. Het onderzoek richt zich dan ook op implementatie van nationale wetgeving voor zorg en welzijn die vanaf 1 januari 2015 leidt tot operationele invulling door gemeentelijke overheden gericht op effectievere en efficiëntere zorg en ondersteuning en participatie van de burger.

4. Resultaten

In dit vierde hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd. Eerst wordt er paragraaf 4.1 een schets gegeven van de vormgeving en organisatie van het wijkteam en het wijkzorgnetwerk. Vervolgens zal in paragraaf 4.2 worden ingegaan op de aanwezigheid van verschillende elementen van interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk. De concepten van interdisciplinaire samenwerking uit het theoretisch kader vormen de rode draad in dit resultatenhoofdstuk. Citaten uit de interviews worden aangeduid met de letter R en de letter van de gemeente (A of B) en het cijfer van de respondent. In bijlage 1 vindt u een overzicht van de respondenten.

4.1. Vormgeving van het wijkteam en het wijkzorgnetwerk.

Eerst wordt er een schets gegeven van de organisatie en samenstelling van het wijkteam in gemeente A en vervolgens wordt er een schets gegeven van de organisatie en samenstelling van het wijkzorgnetwerk in gemeente B. Ten slotte wordt er ingegaan op de verwachte toekomstige ontwikkeling van het wijkteam en het wijkzorgnetwerk.

4.1.1. Vormgeving: Organisatie en samenstelling wijkteam

Organisatie

Het wijkteam in gemeente A dat in dit onderzoek wordt onderzocht is een van de drie wijkteams die actief is in deze gemeente. Dit wijkteam is als pilot begonnen in april 2013. Het beleidsidee achter dit wijkteam is dat ze zijn opgericht voor de maatschappelijke ondersteuning en kortdurende begeleiding van volwassenen inwoners in gemeente A. Inwoners uit de wijk kunnen bij het wijkteam terecht voor vragen over situaties waar zij in het dagelijks leven tegenaan lopen, zoals werk, inkomsten, wonen, zorg, gezondheid, mantelzorg, dagbesteding, gezin of relatie.

Het wijkteam maakt onderdeel uit van een coöperatie die op 1 januari 2015 is opgericht. Het gaat bij deze coöperatie om een projectperiode van 3 jaar om het concept van wijkteams neer te zetten. De gemeente is "*regiehouder en opdrachtgever*" (R10A) van deze coöperatie. De projectleider omschrijft de coöperatie ook wel als een "*WMO-organisatie*" (R10A). De coöperatie is een aparte juridische entiteit. Door het wijkteam onder te brengen in een coöperatie zou het wijkteam moeten functioneren als een onafhankelijke organisatie die niet zou moeten worden gehinderd of gevoed door instellingsbelangen. De financiering van de coöperatie ligt bij de gemeente, de coöperatie wordt gefinancierd door de subsidiebudgetten van de WMO.

In het wijkteam zijn twaalf professionals actief die worden gedetacheerd vanuit hun zes verschillende moederorganisaties. Dit betekent dat de professionals in dienst zijn van de moederorganisatie en dat

daar ook hun werkgeverschap belegd is. De professionals zijn dus werkzaam in het wijkteam op detachingsbasis, de moederorganisatie betaald het loon van de professionals die werkzaam zijn in het wijkteam. In de coöperatie worden de krachten gebundeld van de zes verschillende zorg- en welzijnsorganisaties. Deze organisatie detacheren hun medewerkers voor een bepaald aantal uren naar het wijkteam. De eerste organisatie (1) biedt maatschappelijke ondersteuning, zorg en welzijn aan mensen. Deze organisatie is voornamelijk gericht op maatschappelijk werk. De tweede organisatie (2) helpt mensen die door een handicap, chronische ziekte of een andere beperking zorg of begeleiding nodig hebben. De derde organisatie (3) is een organisatie die instellingen heeft in de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang, zij ondersteunen mensen met een psychische of sociale kwetsbaarheid bij wonen, werken, leren en recreëren. De vierde organisatie (4) ondersteunt mensen met een beperking en hun netwerk. Ze ondersteunen deze mensen op het gebied van opvoeding en ontwikkeling, leren en werken, samenleven en wonen, regelgeving en geldzaken in alle levensfasen. De vijfde organisatie (5) is gespecialiseerd in kleinschalige zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking en psychische problematiek. Ten slotte ondersteunt de zesde organisatie (6) mantelzorgers. Door personen te detacheren naar de coöperatie wordt volgens de projectleider de onafhankelijkheid van de professionals geborgd.

Naast deze zes organisaties wordt er nauw samengewerkt met een organisatie waar wijkverpleegkundigen in dienst zijn. Deze organisatie maakt officieel geen onderdeel uit van de coöperatie maar er is een samenwerkingsovereenkomst ondertekend in mei 2015. Het feit dat de wijkverpleging geen officieel onderdeel uitmaakt van de coöperatie heeft te maken met de wet- en regelgeving. De wijkverpleging wordt namelijk gefinancierd door de zorgverzekeraar en niet door de gemeente via de WMO. De projectleider zegt hierover het volgende: *“gelukkig heeft het ons er niet van weerhouden samen te werken, we hebben zeg maar een overeenkomst gesloten met de organisatie (...) die wijkverpleegkundigen zeg maar, in dienst hebben genomen. Want die moeten ook onafhankelijk opereren, en die werken heel nauw samen. En dat betekent bijvoorbeeld dat als er een vraag is over gezondheid, dat al heel snel een wijkverpleegkundige even mee kijkt. Dat werkt heel praktisch met elkaar samen.”* (R10A).

Kortom, het wijkteam maakt onderdeel uit van een coöperatie waar zes verschillende organisaties werknemers detacheren naar het wijkteam. Tevens wordt er nauw samengewerkt met de wijkverpleging.

Samenstelling

Het wijkteam kent vanaf 1 januari 2015 een bepaalde samenstelling die onder andere is gebaseerd op de benodigde capaciteit van professionals voor de wijk. Om de benodigde capaciteit te bepalen is er

een gebiedsanalyse uitgevoerd. Hierin werd onder andere gekeken naar gebiedskenmerken, zoals het aantal senioren in de wijk. Tijdens deze gebiedsanalyse is de volgende vraag gesteld en beantwoord: *“hoeveel capaciteit zou je nodig hebben voor een sociaal team volwassenen?”* (R10A). Uit deze gebiedsanalyse bleek dat er 19fte's te verdelen vielen over het wijkteam volwassenen en het jeugdteam. De fte's bestemd voor het wijkteam zijn over de verschillende moederorganisaties verdeeld.

Door de coöperatie zijn vervolgens profielschetsen gemaakt van onder andere de functie van sociaal werker en sociaal makelaar in het team. Binnen de eigen organisatie mochten de moederorganisaties op zoek gaan naar geschikte professionals die binnen deze profielschets passen. De profielenschetsen werden ook gestuurd naar professionals die werkzaam zijn bij de moederorganisaties. Voordat professionals eel gingen uitmaken van het wijkteam zijn er gesprekken met ze gevoerd. Een van de vragen die werd gesteld was de volgende *“wat denk je dat je bijdrage kan zijn in het sociaal team?”* (R10A). De projectleider zegt over de professionals die in het wijkteam werken: *“Mensen die nu in het sociaal team werken, dat die er ook min of meer bewust voor hebben gekozen, die zijn niet gedwongen door de moederorganisatie van ‘nou, weet je wat, ga maar naar het sociaal team, en zoek het maar uit’. Nee, die hebben daar voor gekozen.”* Een van de professionals in het team heeft het volgende ervaren toen ze werd gevraagd om te werken ten tijde van de pilot: *“Vanuit die ambulante positie kwam op een gegeven moment mijn leidinggevende naar me toe. ‘Van wij willen jou voordragen voor het sociaal team.’ ‘Nou ik?’ Dat was wel heel bijzonder, binnen vier dagen moest ik beslissen of ik dit werk wilde doen ja of nee. Het grappige was dat ook mijn leidinggevende niets wist wat het werk inhield.”* (R2A). Tijdens de gesprekken werd benadrukt dat men *“niet in een gespreid bedje”* komt en dat men met elkaar een hele ontwikkeling zal doormaken als wijkteam (R10a).

Op dit moment bestaat het wijkteam uit twaalf professionals. Het wijkteam wordt aangestuurd door een meewerkend teamleider. Deze teamleider fungeert als coach naar de individuele teamleden toe en speelt een coördinerende rol bij de casusverdeling binnen het team. Deze teamleider stuurt negen sociaal werkers, een sociaal makelaar en een sociaal raadvrouw aan.

De negen sociaal werkers hebben allen in het verleden een specialisme ontwikkeld bij hun moederorganisatie. Zij waren voorheen actief als cliëntondersteuner, maatschappelijk werker of ambulant begeleider van mensen met een psychische of verstandelijke beperking. Deze professionals worden gekarakteriseerd als generalisten die allemaal een specialistische achtergrond hebben op minimaal één van de domeinen van de zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). Deze ZRM dient als middel om de mate van zelfredzaamheid van een cliënt in beeld te brengen. De ZRM is ingedeeld in twaalf leefgebieden: Sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, verslaving, fysieke gezondheid, geestelijke gezondheid, vaardigheden bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL), inkomen,

dagbesteding, huisvesting, gezinsrelaties en justitie. Voor elk leefgebied is aangegeven welke feitelijke omstandigheden horen bij een bepaald niveau van zelfredzaamheid. De sociaal werkers zijn voor twee á drie domeinen van de ZRM verantwoordelijk om kennis over deze domeinen op peil te houden en deze met de andere professionals in het team te delen.

Naast de sociaal werkers is er een sociaal raadvrouw actief in het wijkteam. De sociaal raadvrouw heeft een sociaal juridische achtergrond, zij helpt cliënten met juridische vragen bijvoorbeeld omtrent echtscheiding, uitkeringen en schulden. Deze functie is in januari 2015 nieuw toegevoegd aan het team. Naast het hebben van individuele consulten met cliënten heeft ze een belangrijke taak als leidinggevende van de formulierenbrigade, die sinds enkele maanden onderdeel is van het wijkteam. De formulierenbrigade is een groep vrijwilligers die cliënten helpen met het invullen van formulieren.

Ook maakt een sociaal makelaar onderdeel uit van het wijkteam. Deze sociaal makelaar fungeert in het wijkteam als een schakelfunctie tussen de wijk, vrijwilligers, vrijwilligersorganisaties, de informele zorg in de wijk. De opdracht van de sociaal makelaar is om de 'eigen kracht' van de wijk te versterken en te mobiliseren. Een belangrijke taak is om de sociale kaart van de wijk in kaart te brengen en de banden te onderhouden met informele dienstverlenende partijen zoals vrijwilligers.

Ten slotte is er een wijkverpleegkundige die ook nauw betrokken is bij het wijkteam en ook aanwezig is bij teambesprekingen die elke dinsdagochtend plaatsvinden.

Samenvattend kan worden gesteld dat op basis van de benodigde capaciteit in de wijk, de aanwezige zorg en welzijnsorganisaties in de wijk en de te onderscheiden functies en capaciteiten van professionals, er twaalf professionals actief zijn in het wijkteam. Het wijkteam bestaat uit sociaal werkers, een sociaal makelaar en een sociaal raadslid. Ook is de wijkverpleging nauw betrokken bij het wijkteam.

4.1.2. Vormgeving: Organisatie en samenstelling wijkzorgnetwerk

Organisatie en samenstelling

Gemeente B heeft de gemeente opgedeeld in 22 gebieden. Het wijkzorgnetwerk dat in dit onderzoek wordt onderzocht bestaat uit vier gebieden ten westen van de stad. Het wijkzorgnetwerk is vanaf 1 januari 2015 actief. De kwartiermaker van drie van de vier gebieden in het wijkzorgnetwerk zegt over het ontstaan van de wijkzorgnetwerken: *“De wijkzorgnetwerken zijn in het leven geroepen in verband met de nieuwe wet, de wet maatschappelijke ondersteuning en in de gemeente eigenlijk iedereen moet gaan bezuinigen. ‘Hoe kan je dat doen?’ Dat bekend dat je minder zorg gaat verlenen maar meer vanuit eigenkracht, netwerken en collectieve voorzieningen gaat doen. Dus het vraagt een kanteling in de manier van denken en handelen. Die kanteling moeten wij als kwartiermakers eigenlijk*

in gang gaan zetten met de betrokkenen uit de wijkzorgnetwerk.” (R1B). Het wijkteamzorgnetwerk zou dus moeten leiden tot betere ondersteuning en lagere kosten. Volgens de gemeente zou het wijkzorgnetwerk moeten bestaan uit professionals die ondersteuning en zorg leveren aan huis of dicht bij huis, zoals cliëntondersteuners, wijkverpleegkundigen en maatschappelijkwerkers en informele hulpverleners zoals vrijwilligers en mantelzorgers. Professionals zouden dus interdisciplinair moeten gaan samenwerken in het wijkzorgnetwerk.

Ieder gebied beschikt over een kwartiermaker. Voor dit onderzoek is er een kwartiermaker uit het wijkzorgnetwerk geïnterviewd die gaat over drie van de vier gebieden in dit wijkzorgnetwerk. De opdracht van de kwartiermaker is het wijkzorgnetwerk te initiëren en te faciliteren. Deze persoon is in dienst van de gemeente en is een belangrijke schakel tussen de gemeente en de uitvoerende organisaties. Over de duur van de opdracht zegt de kwartiermaker: *“Ik heb een opdracht voor twee jaar dus over twee jaar moeten die netwerken zelfstandig draaien.”*

De kwartiermaker fungeert als *“spin in het web”* als coördinator van het wijkzorgnetwerk. Ze zegt hierover: *“Ik heb over niemand iets te zeggen want iedereen is gewoon in dienst van de eigen organisatie.” (R1B). Er zijn een aantal organisaties die de kernvormen van het wijkzorgnetwerk. Dit zijn maatschappelijkwerk, wijkverpleging en huisartsen. De kwartiermaker zegt over deze drie partijen dat het : *“een basis is waaruit je werkt zo moet je het eigenlijk zien. Iedereen is in feite welkom. Maar dat betekent niet dat iedereen letterlijk aan tafel moeten zitten.” (R1B)**

De kwartiermaker benadrukte tijdens het interview dat het in een wijkzorgnetwerk het gaat om een netwerk, *“een flexibel iets, partijen kunnen zich er bij aansluiten, betekent niet dat elke partij overal bij moet zijn, maar wat vooral belangrijk is dat partijen elkaar kunnen vinden. En de belangrijkste aansluiting die moet komen is tussen formeel en informeel.”(R1B). Het gaat er dus om dat mensen elkaar kennen, verder is deze relatie vrijblijvend zolang men niet gefinancierd wordt door gemeente om vast onderdeel uit te maken van het netwerk, zoals de drie kernpartijen.*

In elk gebied in het wijkzorgnetwerk hebben twee partijen opdracht gekregen om de wijkzorgnetwerken vorm te geven. Het gaat daarbij om een thuiszorgorganisatie en een andere zorgorganisatie die onder andere wijkverpleegkundigen in dienst hebben. Deze twee organisaties hebben voor ieder gebied een halve fte gekregen om dit wijkzorgnetwerk te gaan vormgeven. De kwartiermaker is samen met een groep mensen om tafel gaan zitten met de vraag: *“Zo van, ‘wat willen we nou, welke partijen zijn belangrijk?’” (R1B). Deze personen waren afkomstig vanuit enkele zorg- en welzijnsorganisaties.*

Om in kaart te brengen welke organisaties onderdeel kunnen uitmaken van het wijkzorgnetwerk werd er op 18 juni in één van de vier gebieden een wijktafel georganiseerd. In de andere drie

gebieden zou ook zo'n wijktafel plaatsvinden. Tijdens deze wijktafel waren er tussen de 35 en 40 personen aanwezig, vanuit verschillende organisaties zoals maatschappelijkwerkers, wijkverpleging, politie, fysiotherapeut, vrijwilligers, jongerenwerkers, cliëntondersteuners en gemeente ambtenaren. De gemeente faciliteert deze bijeenkomsten en is georganiseerd door de kwartiermaker. Tijdens deze wijktafel werd er geïnventariseerd welke organisaties er allemaal actief zijn op het gebied van zorg en welzijn, op basis van deze inventarisatie wordt er sociale kaart gemaakt van het gebied als onderdeel van het wijkzorgnetwerk. Het was voorheen dus niet duidelijk voor de gemeente welke initiatieven er allemaal op het gebied van zorg en welzijn in de wijk aanwezig zijn en welke organisaties een onderdeel zouden kunnen uitmaken van het wijkzorgnetwerk. De aanwezigen tijdens de wijktafel kunnen worden gezien als onderdeel van het wijkteam.

Naast de wijktafels zijn er casuïstiek besprekingen met professionals vanuit de verschillende organisaties uit het wijkzorgnetwerk. Elke gebied kent een casuïstiek bespreking deze besprekingen vinden eens in de maand plaats. Op dit moment zit de kwartiermaker nog regelmatig deze besprekingen voor en wordt door hen de agenda gemaakt. Het is echter de bedoeling dat de partijen die geld hebben ontvangen van de gemeente om het wijkzorgnetwerk vorm te geven deze besprekingen gaan organiseren en leiden. Bij deze casuïstiek besprekingen zijn vaak zorg en welzijnsorganisaties aanwezig die ook onderdeel uitmaken van de drie kernpartijen. Daarnaast kunnen andere partijen op vrijwillige basis aansluiten, zoals paramedici en mensen met veel kennis over verstandelijk beperkten.

Samenvattend: maatschappelijk werk, wijkverpleging en huisartsen moeten de drie kernpartijen in het wijkzorgnetwerk vormen. Andere organisaties worden ook bij het wijkzorgnetwerk betrokken. Deze hoeven niet altijd bij elke bijeenkomst aan tafel te zitten. De kwartiermaker initieert en faciliteert vanuit de gemeente de ontwikkeling van het wijkzorgnetwerk en vormt een belangrijke schakel tussen de organisaties in de vorming van het wijkzorgnetwerk en naar de gemeente.

4.1.3. Het wijkteam en het wijkzorgnetwerk in de toekomst?

Het wijkteam in gemeente A

Dit project met als uitgangspunt een de coöperatie als organisatievorm voor wijkteams zal in ieder geval tot en met 2017 duren. Veel zaken moeten volgens de projectleider nog worden uitgezocht en het wijkteam is nog volop in ontwikkeling. Hij zegt hierover het volgende:

“Weet je, ik vind met alles wat er nu in het sociaal domein gebeurt, en dat geldt dus ook voor zo'n coöperatie, moet je naar nieuwe oplossingen zoeken. Dat vraag je aan de burgers, dat vraag je aan de gemeente, en ook in zo'n coöperatie. En als je het leuk vindt, omdat je gelooft in je missie, en je visie (...)wij moesten wel zoeken, bijvoorbeeld (...)hoe je het vorm geeft. En het lukt ons wel. En ik merk, als

professionals met plezier hun werk uit kunnen voeren. En natuurlijk, bij ons gaan er ook dingen niet goed, en er gaan ongetwijfeld ook dingen mis, maar dan heb je veel meer een energie die plezier geeft, dat mensen ook altijd merken, in mijn optiek, ook als mensen bij je komen, als dat je als het ware iets door je strot geduwd krijgt, en zo moet het uitgevoerd worden. Dus er ontstaan nieuwe vragen, waar je ook nieuwe antwoorden op moet verzinnen. En het leuke is, in coöperatie verband, levert dat bijvoorbeeld op dat die zes organisaties, omdat ze nu bij elkaar in de keuken kijken rondom HRM, rondom deskundigheidsvordering, financiën, veel meer van elkaar weten, ook op andere fronten met elkaar samenwerking zoeken. Ja, ik vind dat wel een heel mooi neveneffect.” (R10A).

Er is dus ruimte om fouten te maken en nieuwe initiatieven te ontplooien naar aanleiding van nieuwe vragen die ontstaan. De projectleider verwacht onder andere dat de samenwerking tussen de organisaties zich verder zal gaan ontwikkelen.

Deze constructie van een coöperatie, waarbij nog doorontwikkeld kan worden biedt mogelijkheden volgens de projectleider, *“... zonder dat je zegt van ‘we gaan nu direct een nieuwe organisatie vormen’, om daar goed naar te kijken. Maar ik denk uiteindelijk dat tussen nu en twee jaar (...) zou zomaar kunnen zijn dat we dan een zelfstandige organisatie hebben.” (R10A).* De gemeente werkt toe naar een wijkteam voor de categorie *“van nul tot honderd” (R10A).* Dat is op dit moment nog niet het geval want is op dit moment ook team actief dat zich specifiek richt op jeugd, het jeugdteam. De projectleider verwacht dat het wijkteam en het jeugdteam op termijn in elkaar op zullen gaan.

Kortom, het wijkteam in de huidige vorm als onderdeel van de coöperatie is nog recent. Het wijkteam is nog sterk in ontwikkeling. Het kan er over een aantal jaren heel ander uitzien als het gaat om organisatie en samenstelling van het wijkteam.

Het wijkzorgnetwerk in gemeente B

In de toekomst is het plan dat de functie van kwartiermaker verdwijnt, omdat het wijkzorgnetwerk volgens de gemeente dan zelfstandig zou moeten draaien. De kwartiermaker betwijfelt of dit ook daadwerkelijk mogelijk is. Professionele borging zou noodzakelijk zijn: *“Als je daar geen professionele borging op zet dan kan je wachten tot het mis gaat. Mensen krijgen ruzie, er ontstaan machtsconflicten andere belangen. Je moet er niet een heel professioneel systeem opzetten, maar wel een soort vinger aan de pols contact. En wie gaat zich verantwoordelijk voelen. Dat zijn ook wel signalen die we uit het veld krijgen, want wat als jullie er straks niet zijn. Wie? daar ben ik ook benieuwd naar.” (R1B).* Hoe dit in de toekomst zal verlopen is dus nog onzeker.

Tijdens het interview met de kwartiermaker vertelde ze dat twee van drie kernpartijen tijdens een van de bijeenkomsten elkaar niet kenden terwijl ze bij elkaar om de hoek zitten. Vervolgens zegt ze: *“Waar beginnen we dan, dan staan we nog heel erg aan het begin. Dus het is een uitdaging”.* Ook

een andere respondent zegt dat de samenwerkingsverbanden tussen de professionals in het wijkzorgnetwerk *“zijn bezig te ontstaan.”* (R4B). Om dit in de toekomst te verbeteren is men bezig met het opstellen van een sociale kaart. Hiervoor werd op 18 juni 2015 een wijktafelbijeenkomst georganiseerd om te bekijken wie allemaal deel uit maakt en kunnen uitmaken van het netwerk. Er is nog veel werk te verzetten als het gaat om de vormgeving van het netwerk.

Samenvattend: de kwartiermaker die door de gemeente is aangesteld speelt een belangrijke rol bij de totstandkoming van het wijkzorgnetwerk dat in ontwikkeling is. Op termijn zal het wijkzorgnetwerk zelfstandig moeten draaien. Het wijkzorgnetwerk is hier echter nog niet klaar voor. Zo is het nog onduidelijk wie allemaal onderdeel uitmaakt van het wijkzorgnetwerk.

4.2 Verloop van de interdisciplinaire samenwerking tussen professionals in een wijkteam en in een wijkzorgnetwerk.

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van het empirisch onderzoek in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk. In paragraaf 4.2 wordt er ingegaan op de aanwezigheid van belangrijke conceptuele elementen van interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk. Deze paragraaf is opgedeeld in twee delen; in paragraaf 4.2.1. wordt er ingaan op het wijkteam en in paragraaf 4.2.2. op het wijkzorgnetwerk.

4.2.1. Wijkteam gemeente A

In deze paragraaf worden aan de hand van de elementen van interdisciplinaire samenwerking die zijn beschreven in het theoretisch kader, de aanwezigheid van deze elementen beschreven in het wijkteam in gemeente A.

Sharing

Uit de interviews blijkt het volgende over besluitvorming binnen het wijkteam. Het wijkteam in gemeente A is een zelfsturend team, dit betekent onder andere dat de besluitvorming gemeenschappelijk gebeurt. Tijdens het wekelijkse teamoverleg op dinsdagochtend worden er gezamenlijk beslissingen genomen over onder andere de werkwijze en de taakverdeling in het team. Tijdens dit teamoverleg worden ook de casussen van patiënten verdeeld. Als een casus wordt toebedeeld aan iemand dan is die persoon vanaf dat moment verantwoordelijk voor het op gang brengen van de ondersteuning en zorg. Volgens de teamleider (R1A) is het de verantwoordelijkheid van de professional om informatie over de cliënt te delen als er vragen zijn. De teamleider geeft hiervan een voorbeeld:

“Ik kom van oudsher niet uit de GGZ dus ik kan niet beoordelen of ik de juiste handelingen heb gedaan. Dus het is mijn verantwoordelijkheid om het te delen met het team en is het een team verantwoordelijkheid” (R1A).

Hier mee zegt de teamleider dat het team uiteindelijk verantwoordelijk is voor de uitkomst van de zorg en ondersteuning die wordt verleend en wordt medewerking van de andere professionals verwacht bij de tot stand komen van de juiste ondersteuning en zorg van een cliënt.

Door de gemeente is er een doelstelling geformuleerd voor het wijkteam. Deze doelstelling is om goedkopere, meer effectieve en beter toegankelijke ondersteuning aan kwetsbare burgers te realiseren. Dit zou onder andere moeten resulteren in het systematisch benutten van eigen kracht, sociaal netwerk, algemene en voorliggende voorzieningen en burgerkracht en de verbinding met de dagelijkse omgeving. In de interviews is aan de professionals gevraagd wat zij zien als gemeenschappelijke doelen van het wijkteam. Bij het beantwoorden van deze vraag gebruiken enkele professionals beleidsjargon zoals 'eigen kracht' en 'zelfredzaamheid' en komen de doelstelling in grote lijnen met elkaar overeen. Een van de professionals formuleert het doel als volgt:

“Nou ons gemeenschappelijke doel is om te proberen om bewoners in hun eigen kracht te zetten en om in ieder geval te samen of zelfredzaamheid en ook de samenredzaamheid te bevorderen” (R7A).

Volgens hoogleraar zorgethiek aan de Universiteit van Humanistiek, Frans Vosman, houdt de overheid een taaloffensief met begrippen, zoals 'zelfredzaamheid' en 'eigenkracht' om een bepaald beleidsidee in de wijk te zetten. Hij betwijfelt of de termen in de buurt komen van de werkelijkheid belevingswereld van de burgers in de wijk. Zo zegt hij in het interview dat zo'n tien procent van de burgerij nooit zal voldoen aan deze zelfredzaamheid, zoals de overheid dat noemt, en dat ook nooit zal leren. Een aantal professionals in het wijkteam betwijfelen ook of het mogelijk is om bepaalde mensen zelfredzaam te maken, ook al zien zij dat als een belangrijke doelstelling van het wijkteam. De sociaal raadvrouw (R8A) geeft een voorbeeld waarbij het stimuleren van eigen kracht door inzet van het sociaal netwerk niet altijd leidt tot meer effectiviteit en efficiëntie.

“Er zijn ook aspecten in ons werk waar we cliënten niet kunnen stimuleren op zelfredzaamheid. Want als ze juist zelfredzaam zijn gaat het mis en dan moeten wij het weer overnemen. (...) Bijvoorbeeld mensen die belastingaangifte invullen die zeggen van ik laat wel door een buurman of vrouw doen. Maar dat zijn dan altijd van die welwillende mensen en die van die vragen stellen als: ‘Bent u allergisch?’. En dan zegt die man bijvoorbeeld: ‘ja’. ‘Ooh, maar dan kan je vast wel geld terugkrijgen voor katoenen linnen.’ En dan controleert de belastingdienst en dan blijkt dus dat ze dat helemaal niet hebben en dan moet de cliënt veel geld terugbetalen. En dan adviseer ik, kom bij mij dan doe ik het goed in plaats van iemand uit het netwerk die het fout gaat doen. Sommige aspecten moeten juist niet bij netwerken terecht, hoe ironisch dat ook klinkt in deze tijd, omdat het juist problemen veroorzaakt en juist fouten oplevert. Dat merk ik zelf wel van ja, het is altijd goed bedoeld, maar bij

ons is dat niet altijd handig want het kan best wel grote gevolgen hebben als die mensen fouten maken uit goede bedoelingen.” (R8A).

Tijdens het interview wordt er regelmatig over visie gesproken, waarbij een bepaalde werkwijze hoort waar in het wijkteam naar gestreefd zou moeten worden om de gemeenschappelijke doelstellingen te bereiken. De teamleider formuleert de werkwijze als volgt : *“In dit team wil ik graag dat er meer uit de inhoud stappen en meer proces begeleiders worden dan inhoudelijk begeleiders. Want anders wordt je in een situatie gezogen waar je echt gaat helpen, maar daar ben je veel te duur voor geworden. Je probeert nu een proces op gang te zetten waar mensen zelf verantwoordelijk worden voor hun eigen dingen en de mensen die daar om heen staan verantwoordelijk krijgen.” (R1A).*

Bepaalde professionals in het team zijn al meer vertrouwd met deze werkwijze, maar er zijn ook professionals die deze manier van werken zich nog eigen moeten maken. Tijdens het teamoverleg op dinsdagochtend werd door de teamleider deze werkwijze nog eens extra benadrukt. Mensen die voorheen in de langdurige ondersteuning werkten zoals ambulante begeleider van mensen met psychiatrische problematiek en mensen met een verstandelijke beperking geven aan dat het voor hen nog een “switch” is naar deze manier van werken (R4A). De professionals staan achter deze visie en werkwijze maar dit zijn ze vanuit hun beroepsachtergrond niet gewend. De maatschappelijk werkers zijn vanuit hun beroep al meer gewend om op deze wijze te werk te gaan zegt een van de professionals in het wijkteam. Volgens de teamleider draagt casuïstiekoverleg en intervisies bij aan het op één lijn krijgen van professionals in het wijkteam. De teamleider zegt hierover: *“We hebben natuurlijk gezamenlijk casuïstiekoverleg (...) Ook hebben we intervisies en dan leer je natuurlijk ontzettend veel over elkaar als persoon en hoe je in het werk staat en wat je basis overtuigingen zijn om het werk te doen. Dat zie je gebeuren en dan leer je elkaars taal heel snel. Op teamniveau zijn we zo met elkaar betrokken dan wordt je gedwongen om elkaar te leren begrijpen, dat gebeurt ook.” (R1A).*

Partnership

In het wijkteam blijkt het volgende over teambijeenkomsten. Elke dinsdagochtend tussen negen en half één is er een teamoverleg in het wijkteam. De invulling van deze teamoverleggen verschilt per week. Ongeveer eens per maand wordt aandacht besteed aan scholing en dan kan bijvoorbeeld een van de professionals een presentatie geven over specialistische kennis die deze professional bezit, waarvan de kennis ook van belang is zijn voor de werkzaamheden van andere professionals in het team. Ook vinden er intervisies en casuïstiekbesprekingen plaats tijdens deze teamoverleggen. Tijdens dit wekelijkse overleg worden tevens de binnengekomen nieuwe casussen onder de verschillende professionals verdeeld, waar de professionals vervolgens mee aan de slag gaan. Tijdens het teamoverleg op 2 juni 2015 waren totaal tien professionals aanwezig. Het sociaal raadslid en een

sociaal werker ontbraken bij dit teamoverleg. Over haar afwezigheid als sociaal raadvrouw tijdens het teamoverleg zegt ze in het interview het volgende: *“Het heeft zeker een meer waarde maar het lukt me gewoon niet.”* De reden dat deze professional niet aanwezig kon zijn heeft te maken met haar werk dagen. Ze is niet werkzaam in het wijkteam op dinsdag. Ze probeert wel de notulen te lezen en zich proactief op te stellen naar haar collega’s om haar afwezigheid te compenseren. Naast de sociaal werkers die actief zijn in het wijkteam inclusief de sociaal makerlaar, was ook de wijkverpleegkundige aanwezig bij het teamoverleg. Aan het einde van het teamoverleg op 2 juni werd er voor het eerste een evaluatie gehouden van de opgenomen casuïstiek van de professionals, waarbij het team in groepje van drie uit een ging om elkaars caseload door te spreken.

Dit jaar is er ook een teamdag geweest, waarin er is gesproken over hoe het team verder gaat in de zin van persoonlijke ontwikkeling en over het gebruik van overlegvormen in het team. Een van de professionals zegt het volgende over de teamdag: *Ondanks dat er best wel inhoudelijke dingen en werk gerelateerde dingen worden besproken op zo’n teamdag en afspraken worden gemaakt. Leer je elkaar toch wat meer op een persoonlijke manier kennen want je bent niet daadwerkelijk aan het werk, maar je bent wel samen aan het werken aan het werk. Dus je leert elkaar ook een beetje kennen, nou ja die houdt heel erg van structuur, die persoon houdt helemaal niet van structuur. Doordat je elkaar goed leert kennen kan je ook beter met elkaar samenwerken.”* (R7A). Een andere sociaal werker uit het team is ook positief over de teamdag: *“... het bevordert wel de samenwerking en elkaar beter leren kennen en respect naar elkaar toe. Jij bent een persoon die wat langzamer is en meer behoefte heeft aan een maatje of wat dan ook. Dus weten van elkaar hoe we zijn en daar vullen we elkaar aan en versterken we elkaar”*(R5A).

Een van professionals zegt het volgende over de communicatie in het wijkteam: *“Blijven communiceren, dus echt laagdrempelig communiceren, ik denk dat dat heel belangrijk is.”* (R2A). Een van de professionals in het wijkteam karakteriseert de communicatie ook in die lijn: *“Het is heel toegankelijk allemaal, maar alles kan wel gezegd worden en de houding is ook wel heel goed waarin dingen gezegd worden. De sfeer is goed. Het is open en eerlijk.”* (R3A). De communicatie kan gekarakteriseerd worden als laagdrempelig en open.

De communicatiemiddelen en ICT faciliteiten, zoals de telefoons en laptops worden gefaciliteerd door de moederorganisaties. Over de faciliteiten zijn een aantal professionals niet positief te spreken en belemmerd het volgens hen de samenwerking. Enkele professionals in het team zeggen hierover: *“Ik kan niet printen dat zijn allemaal dingen die toch niet heel handig zijn.”* (RA3) en *“Het is een beetje roeien met de riemen die je hebt en ja dat maakt het niet helemaal optimaal.”* (RA7). Een andere professional geeft ook aan problemen te ervaren met het binnenhalen van informatie op haar

computer en haar moederorganisatie krijgt deze problemen niet opgelost. Ze zegt hierover: *“Het is wel geprobeerd om toestemming te geven en minder te beveiligen dat is niet gelukt”* (R4A).

De professionals van het wijkteam houden kantoor in het gezondheidscentrum van de wijk. Hier ontvangt men tevens cliënten. De professionals gaan ook regelmatig op huisbezoek bij de cliënten, waardoor ze ook een gedeelte van de werktijd buiten de deur doorbrengen. Enkele respondenten geven aan dat er ruimtegebrek is in het pand. Ook geeft het hebben van een kantine volgens een respondent een meer waarde voor het team, deze is echter afwezig. Over de afwezigheid van de kantine zegt een van de respondenten: *“Wij hebben hier bijvoorbeeld geen kantine waar we even een boterhammetje eten, mensen eten op de fiets en gaan na de volgende klant, dat is een beetje hoe het hier gaat. Het is wel logisch, maar het zou wel goed zijn voor het team als je elkaar meer ziet en wel een kantine zou hebben. Even na praten over zowel klant of over ‘wie ben jij?’, zodat je meer zicht en beeld hebt van elkaar.”* (R4A).

Sinds kort werken professionals van het wijkteam in dezelfde digitale omgeving. Er wordt op dit moment overgeschakeld van de mailadressen met daar de naam van de moederorganisatie naar de mailadressen met de naam van het wijkteam. Er wordt gebruik gemaakt van een digitaal informatie systeem genaamd Gezin in Beeld (GIP). In dit digitaal informatie systeem staan de dossiers van de cliënten die alle professionals in het wijkteam kunnen inzien. Dit zorgt er voor dat als een van de collega's ziek wordt de casussen overgenomen kunnen worden door een andere professional zonder dat ze cliënt zijn of haar verhaal nogmaals zou moeten doen. *“Ik heb zelfs schrijfrechten gekregen, dat als mijn collega ziek is dat ik dan niet in een gat val.”* (R4A).

Tijdens de interviews met de professionals in het wijkteam is gevraagd hoe men het gesteld vindt staan met het onderling respect in het wijkteam. Geen van de professionals heeft aangegeven dat er disrespectvolle wijze met elkaar wordt omgegaan. De teamleider omschrijft de onderling omgang als volgt: *“Ik moet zeggen dat wel goed is eigenlijk, er is een open sfeer. Iedereens deskundigheid mag er zijn en wordt ook heel erg gewaardeerd heb ik het idee.”* (R1A). Een ander professionals zegt het volgende: *“Nou, als iemand eens wat zegt van nou hier heb ik niet zo veel kennis van, dan is iemand er nooit dat daar over wordt gelachen of nooit, nooit een sfeer daar heb je die weer helemaal niet in dit wijkteam, meer sfeer daar kan ik je wel mee helpen of zullen we dat samen oppakken zo reactie komt er dan, dus ja dat is wel heel respectvol en mensen zijn gewoon gericht om de ander of jezelf verder te brengen.”* (R4A). De professionals in het team hebben ook respect voor de expertise die de andere professionals in het team hebben. Dit blijkt uit de volgende citaten:

“Een collega waar ik van dacht ooh dat is echt een toppertje, ze is nu weg bij ons. Ze had zoveel werk en levenservaring, vooral ook werkervaring. En toen vroeg ze aan mij of ik een keer mee wilde op huisbezoek met een casus. Toen dacht ik echt heee vraagt ze dat aan mij? Weet je dat vond ik echt heel mooi, ik voelde me een soort van vereert” (R2A)

“Wat ik ontzettend leuk vind aan het team is dat je gewaardeerd wordt in het vak dat je uitvoert. Dat mensen elkaar ook echt zien in elkaars deskundigheden.” (R1A).

In de interviews is er ook aandacht voor het vertrouwen onder de professionals in het wijkteam. De sociaal makelaar omschrijft de relatie onder de professionals als volgt: *“Op zich voelen we denk ik dat we ons allemaal best veilig voelen onder elkaar. Dat je elkaar vertrouwt in elkaars handelen of dat je bij collega's terecht kan. Maar ik denk dat er ook onderling personen zijn, waar ieder sneller geneigd zijn om naar toe te gaan.” (R7A).* De sociaal raadvrouw zegt over het onderling vertrouwen in het wijkteam: *“Ik heb het vertrouwen in mijn collega's dat het waarschijnlijk niet willens en wetens is gedaan, maar dat je elkaar daar wel over informeert. Ook andersom naar mij toe als ik een fout maak, dat probeer ik wel zeker te doen.” (R8A).*

Andere professionals zeggen over het laten zien van kwetsbaarheid binnen het team: *“Openheid, dus durven te laten zien, wat wel in huis hebt en niet in huis hebt, dus wat je van elkaar nodig hebt, is volgens mij best een moeilijke, omdat je daar best kwetsbaar in zult zijn.” (R4A).* Deze professional durft deze kwetsbaarheid ook te tonen. Dit wordt ook bevestigd door de teamleider van het wijkteam: *“... de sfeer zo veilig is en mensen ook wel de dingen die ze moeilijk vinden of in vastlopen kunnen zeggen binnen het team.” (R1A).* De professionals in het team vertrouwen elkaar en durven zich kwetsbaar op te stellen.

Interdependency

De professionals laten in het interview blijken dat ze elkaar weten te vinden als ze vragen hebben over een bepaalde casus wanneer ze zelf niet over de voldoende kennis beschikken om de cliënt op een juiste wijze bij te staan. Men kan voor vragen en hulp bij elkaar terecht. Onderstaande citaten uit de interviews illustreren dit:

“ En kijk als het zo is dat als ik nu naar een oudere ga waar ik niet zo veel verstand van heb, dan ga ik wel naar de wijkverpleegkundige en dan vraag ik van: ‘ik zie dit en dit en dit moet ik ergens aandenken ofzo?’ En als ik eens iets tegen kom waar iets juridisch in zit dan raadpleeg ik die collega die daar meer verstand van heeft. Dus de lijntjes zijn heel kort, dat is wel heel prettig hoor.” (R1A)

“Ik denk dat we elkaar goed aanvullen. Iedereen heeft zijn eigen ding denk ik waar die het beste in is. Maar het team is ook wel zo. Als ik iets niet weet dan naja dan stap ik ook wel naar een collega van

hé: ‘mag ik je iets vragen?’ Net was ik bij een collega en die is hier meer in thuis en trek ik die even bij haar jasje en vraag ik: ‘heb je even tijd?. En dan plannen we even tijd en gaan we even bij elkaar zitten, tien minuutjes en dan geeft zij mij wat informatie en daar leer ik weer van en andersom ook. Net als (R..) die was dan net hier en we wisselen even wat informatie uit, zij helpt mij en ik help haar.”
(R2A)

“Als ik een vraag over gezinnen en scheidingen heb ga ik vaak over naar collega (R..) Als ik een vraag heb over LVB problematiek ga ik naar (R..) Of heb ik een vraag over financiën ga ik naar (R..) of (R..) Als het gaat over netwerkstrategie ligt dan ga ik weer naar (R.. Daar zoek ik mijn collega's voor uit.”
(R3A).

Dat professionals elkaar tot steun kunnen zijn als ze problemen ervaren blijkt uit de volgende citaten:

“Ik voel gewoon dat men er voor mij wil zijn en ik voel dat andersom ook.” (R5A)

“Een tijdje geleden had ik aangegeven dat ik het echt, dat ik echt gewoon tot hier zat, omdat ik op een gegeven moment door de bomen het bos niet meer zag. En dan zie ik wel echt, dat collega's zeggen van he doe rustig aan en maak je geen zorgen. Dat geeft wel een goed gevoel. Als ik ergens mee zit dan kan ik bij mijn collega's terecht en dat is fijn om te merken.” (R8A).

In het wijkteam werken specialisten met specifieke kennis over bepaalde doelgroepen of mensen met specifieke problematiek. Professionals hebben deze kennis onder andere opgedaan in het verleden tijdens opleiding en werk, voordat men werkzaam was in het wijkteam. Binnen het wijkteam heeft iedereen zijn of haar specialisme, maar naar buiten toe richting de burger presenteren ze zich als generalisten. Een van de professionals verwoordt dit als volgt: *“Naar buiten zijn we generalist en pakken we alle casuïstiek op. Intern hebben we specialisten. De professionals in het wijkteam zijn naar buiten toe een generalist”* (R1A). Als professionals mensen begeleiden met problematiek waar men minder kennis over beschikt dan gaat men te raden bij andere professionals in het team: *“Ik werk als generalist. Als ik het niet weet dan vraag ik het aan de collega die wel specialist er in is. Bijvoorbeeld als ik iets van financiën wil weten dan vraag ik een specialist die er wel wat meer van weet. Wil ik iets weten over LVB problematiek dan ga ik naar iemand die daar meer van weet. Je zoekt wel de kennis op binnen het team om zo als generalist goed te kunnen functioneren.”* (R3A). Er wordt niet specifiek geschoold op het worden van een generalist, wel krijgen de professionals vanuit het wijkteam cursussen, zoals sociale netwerk versterking. Zodat zij allemaal over een bepaalde basiskennis beschikken van deze manier van werken, die niet gerelateerd is aan een specifiek specialisme. De

teamleider zegt hierover: *'... op bepaalde methodieken dat we willen werken en vanuit bepaalde attitude waaruit we willen werken, scholen we hier. Zo scholen we nu op sociale netwerkversterking, een bepaalde visie waaruit we werken. Vanuit hier hebben we de zelfredzaamheidsmatrix geschoold, wat een kwaliteitsinstrument is waaruit je wil werken. Ja, dat kan je niet van de moederorganisaties vandaan halen, wij vinden dat dit moet gebeuren dus dan betalen en faciliteren we dat ook zelf.* (R1A). Over de ontwikkeling tot generalist zegt een van de professionals dat je: *"...informatie meeneemt uit teambesprekingen en teamoverleggen, waarbij je gefocust bent op het generalist zijn waar ik informatie uithaal en hoe ik mijn houding kan verfrissen of aan te passen."* (R3A).

Power

Het wijkteam is een zelfsturend team, met een meewerkend teamleider, zoals eerder is aangegeven. Een van de professional beschrijft de rol van de teamleider: *"Hij stuurt wanneer het nodig is, hij zit veel meer op het proces dat vind ik echt sterk van hem."* (R3A). Men waardeert hem om zijn kennis en ervaring, met zijn werkwijze dat zich focust op het proces, zoals eerder besproken in dit hoofdstuk. De professionals zien hem als een voorbeeld. Het teamoverleg op 2 juni werd niet geleid door de teamleider, maar door een van de sociaalwerkers in het wijkteam. Toen ik na afloop aan een van de andere sociaal werkers vroeg waarom niet de teamleider het overleg voorzat, vertelde ze mij dat de sociaal werker dit graag deed en dit ook goed kan en dat zij daarom het overleg leidde en niet de teamleider.

4.2.2. Wijkzorgnetwerk gemeente B

In deze paragraaf zullen de aanwezige elementen van interdisciplinaire samenwerking beschreven worden die aanwezig zijn in het wijkzorgnetwerk in gemeente B.

Sharing

De kwartiermaker constateert in een van de vier gebieden van het wijkzorgnetwerk het volgende over de interdisciplinaire samenwerking in wijk: *"Dat gebeurde beperkt, maar iedereen was wel heel betrokken bij de burger en voelt zich ook snel overbelast, van ik moet heel veel doen, maar er werd niet bedacht dat als we samen dingen gaan doen dan bereiken we misschien wel meer en versterk je elkaar. Dus het betekent heel erg dat je moet gaan ontschotten dat je niet binnen het kader van je eigen organisatie kijkt maar de burger als uitgangspunt neemt en bedenkt waar kan die het beste terecht."* (R1B).

Tijdens een informele netwerk borrel van het wijkzorgnetwerk constateert een andere respondent hetzelfde als het gaat over het beschermen van de organisatie in plaats van de burger als uitgangspunt te nemen. Deze respondent zegt: *"... ze zijn heel erg gedreven, maar meer op het niveau van: 'Heb jij nog klanten voor mij, wij hebben te weinig cliënten, denk aan ons, kun je cliënten aan ons doorverwijzen?' Ik ga dan liever praten over wat is nou het idee van hoe je wilt werken, hoe we*

kunnen aanhaken bij elkaar. Maar dat is denk ik ook wel iets dat zich nog moet ontwikkelen.” (R5B). Deze respondent verwacht dat dit zal verbeteren als er vaker casuïstiek besprekingen worden gehouden. Ook een andere respondent bevestigt dit: *“Ieder moet zijn eigen toko verdedigen. Iemand belangeloos helpen, doe je niet meer. Het gaat om de ‘eigen’ productie.”* (R6B). Dit zou voortkomen uit de zakelijke opdrachten en de strikte registratieplicht die er is.

Het beleidsidee dat organisaties die onderdeel uitmaken van de drie kernpartijen van het wijkzorgnetwerk de verantwoordelijkheid op zich nemen voor de organisatie van het wijkzorgnetwerk wordt nog niet altijd tot uitvoering gebracht. Over het nemen van verantwoordelijkheid door de organisaties voor deze opdracht zegt de kwartiermaker het volgende: *“Het heeft voor hen nog helemaal geen prioriteit, maar het moet wel gebeuren. Ik bedoel, ik kan het wel gaan trekken, maar ik ben niet het wijkzorgnetwerk. Ik ga weer weg, weet je wel.”* (R1B).

De verantwoordelijkheid omtrent de ondersteuning en zorg van een cliënt is in het wijkzorgnetwerk geregeld in het zogenaamde klanthouderschap als rol binnen het wijkzorgnetwerk. De klanthouder is verantwoordelijk voor het proces omtrent de aanvraag van eventuele indicaties voor een cliënt. Het klanthouderschap kan worden overgedragen naar een andere organisatie en professional. Tijdens een casuïstiekbespreking speelt het klanthouderschap ook een rol, hierover zegt de kwartiermaker: *“De klanthouder dat is vaak wel de persoon die de casus in brengt. In deze overleggen moet je het meer als sparren zien, dus het blijft gewoon de cliënt van die persoon. En soms kan ook wel besloten worden van deze organisatie doet ook al zoveel misschien moet je het klanthouderschap gaan overdragen.”* (R1B).

Partnership

In het wijkzorgnetwerk vinden ontmoetingen van professionals in het wijkzorgnetwerk plaats tijdens verschillende bijeenkomsten. Dit kan zijn tijdens de maandelijkse georganiseerde casuïstiekbespreking, wijktafels en informele borrels. Deze bijeenkomsten zouden onder andere er voor moeten zorgen dat professionals elkaar beter leren kennen. Volgens de kwartiermaker kennen professionals elkaar nog onvoldoende in het wijkzorgnetwerk, wat het bereik van de doelstellingen van het wijkzorgnetwerk belemmert.

“Ze kennen elkaar niet, dat is dus doordat ze eigenlijk hun eigen gebied en elkaar niet kennen biedt dat ook, belemmert ze dat in het afschalen, noem ik het maar, of in het handelen vanuit de eigen kracht en netwerk. Dus de bezuiniging kan daarmee nog niet behaalt worden, dat is nog hoe het nu voorstaat. Dus dat is ook de grootste behoefte, weten wat er speelt, weten wie ik waar voor, wat kan vinden.” (R1B).

De casuïstiekbesprekingen hebben voor professionals in het wijkteam verschillende meerwaarde. De casuïstiekbespreking zou volgens de kwartiermaker een middel zijn kennis te delen over de nieuwe manier van werken, gericht op de zelfredzaamheid en eigen kracht van de cliënt.

“Het zijn niet altijd acute casussen. Maar het kunnen casussen zijn van vroeger, ‘zo zou ik het gedaan hebben en hoe zou ik nu op de nieuwe manier doen, hoe kan ik op die andere manier, hoe kan ik gaan kantelen, welke mogelijkheden zijn er?’. Van nu doet de thuiszorg medewerker het, maar het kan eigenlijk ook iemand uit het buurthuis of een vrijwilligersorganisatie zijn. Dat je elkaar dan op ideeën brengt.” (R1B).

De cliëntondersteuner ziet ook de meerwaarde van voor casuïstiekoverleg in het wijkzorgnetwerk.

“Daar merkte ik dat er nog erg wordt gezocht naar hoe samen te werken en bij dat overleg is afgesproken ook casuïstiek te gaan doen. Daar zijn wij heel erg voor. Ik persoonlijk ook, omdat ik heb gemerkt dat dat het enige is dat echt werkt. Dat je aan de hand van de praktijk begint te bespreken hoe jij het ziet, wat werkt, wat de lijnen zijn en dat samenwerking tot stand komt”. (R5B). Volgens deze professional is het “...heel simpel. Kijk je hebt allemaal kennis en die breng je bij elkaar in zo’n netwerk” (R5B).

De inhoud van de casuïstiek besprekingen is nog in ontwikkeling is. De kwartiermaker geeft aan dat er tijdens de casuïstiekoverleggen niet veel casuïstiek wordt besproken, terwijl dit wel de bedoeling is van het casuïstiekoverleg. Professionals hebben de neiging om tijdens deze casuïstiekoverleggen organisatorische en administratieve problemen op tafel te leggen, zoals over het persoonsgebondenbudget (PGB). Hierover zegt ze: *“Elke keer dat ik ze zie gaat het weer over de pgb's. Dan weet ik dat in het eerste overleg, het gaat weer over de pgb's. En ik heb bijvoorbeeld in een overleg ook gezegd, ik ga het niet over pgb's hebben we zijn hier om met elkaar te kijken naar hoe kunnen we gaan kantelen, hoe kunnen we elkaar helpen om op een andere manier te gaan denken, om van elkaar te leren.” (R1B).*

De wijktafels en borrels die worden georganiseerd zijn vrijblijvender en informeler van opzet. Over deze informele bijeenkomsten zegt de kwartiermaker: *“Weet je waar het om gaat, er zijn natuurlijk heel veel partijen die misschien helemaal niet de tijd hebben om aan tafel te zitten maar wel tijdens zo'n borrel komen, vooral informele partijen. Volgende week hebben we er dan ook een. Daar schuift dan wel een huisarts, fysiotherapeut of ergotherapeut of informele partijen of de pastoor, terwijl die niet altijd bij het overleg willen zitten. Maar is wel belangrijk dat ze elkaar kennen en dat je weet daar kan ik ook naar verwijzen.” (R1B).*

Deze wijktafels en borrels worden onder andere gebruikt om de sociale kaart te construeren van de wijk. Om te weten welke organisatie je moet benaderen voor een bepaalde vraag, daarvoor moet je weten welke opties je hebt. Volgens een wijkverpleegkundige dragen deze wijktafels daar aan bij. Hierover zegt ze: *“Soms weet je niet wat er op de markt is en dan kan je de behoefte ook moeilijk formuleren, daar zijn die tafels wel heel belangrijk voor.”* (R2B).

Over de samenwerking tussen maatschappelijk werkers en de wijkverpleging bestaan verschillende opvattingen. Een maatschappelijk werker typeert de samenwerking als volgt: *“De samenwerking tussen de wijkverpleging en maatschappelijkwerk hangt vooral van toevalligheden aan elkaar”* (R6B). De wijkverpleegkundige geeft echter aan dat ze net voordat het interview plaatsvond nog contact had met een maatschappelijk werker via de telefoon en zegt daarover: *“ja, eigenlijk is er vrij veel dat je overlegt.”* (R2B).

De communicatiemiddelen en ICT faciliteiten, zoals de telefoon en laptops van de professionals in het wijkzorgnetwerk worden allen gefaciliteerd door hun eigen organisatie. In gemeente B wordt er gebruik gemaakt van een algemeen registratiesysteem (RIS) waar de uren en casusregistratie in plaatsvindt. In het gebruik van RIS krijgen zorg- en welzijnsorganisaties scholing. Op dit moment schakelen de organisaties over naar dit registratiesysteem van de gemeente. Een onderdeel van de registratie in dit systeem is het doorlopen van de zelfredzaamheidsmatrix, vertelt een cliëntondersteuner (R5B) tijdens het interview.

Het wijkzorgnetwerk kent geen eigen vestiging in de vier verschillende gebieden. Het wijkzorgnetwerk maakt gebruik van de faciliteiten van de zorg- en welzijnsorganisaties die onderdeel zijn van het wijkzorgnetwerk. De bijeenkomsten vinden regelmatig plaats in buurthuizen. De wijktafel op 22 juni vond ook plaats in een buurthuis.

Over het creëren van vertrouwen onder de professionals zegt de kwartiermaker: *“Mensen zeggen als ze gezichten kennen en als ze mensen kennen dan ontstaat er vertrouwen en dan ga je door verwijzen. Een lijst alleen met namen heb je niks aan. Mensen willen weten wie er achter die namen zit. Daarom moet je eigenlijk ook de ontmoeting organiseren dan kan in die wijkzorgnetwerk bijeenkomsten maar dat kan bijvoorbeeld ook in de wijktafels.”* (R1B). De cliëntondersteuner zegt over de ontwikkeling van vertrouwen binnen het wijkzorgnetwerk: *“Vertrouwen dat is iets dat moet groeien. Wat mij betreft moet je dan eerst goed zien hoe de dingen worden aangepakt.”* (R5B). Positieve ervaringen uit het verleden zou er voor zorgen dat het vertrouwen groeit. Hierover zegt wijkverpleegkundige: *“Vaak is het toch zo dat als je iemand hebt gezien, goede ervaringen met iemand hebt gehad, dan zoek je iemand weer op, dan is het lijstje korter.”* (R2B).

Interdependency

Eerder in dit hoofdstuk werd het al aangegeven dat professionals nog bezig zijn met het verdedigen van hun *“eigen toko”* (R6B). Het richten op samenwerking dat moet leiden tot betere en goedkopere ondersteuning van de cliënt moet zich *“nog ontwikkelen”* volgens een andere respondent (R5B).

In het interview geeft een cliëntondersteuner aan dat ze de neiging heeft om te zoeken naar samenwerking in verband met wachtlijsten. Hierover zegt ze: *“Je wilt niet dat mensen lang moeten wachten, dus dan bel ik met collega’s uit het wijkzorgnetwerk om te kijken of zij dat voor nu kunnen oppakken, dat zou ik andersom ook met alle plezier doen. Ik moet zeggen, dat doe ik nu wel sneller”* (R5B). Hierbij handelt de cliëntondersteuner in het belang van de patiënt en ontlast het tevens haar organisatie. Door de samenwerking in het wijkzorgnetwerk is de maatschappelijk werker er achter gekomen dat: *“... de wijkverpleging veel meer doet dan ik dacht, meer ondersteunend. Er is in potentie dus overlap.”* (R6B). Meer samenwerking zou in potentie kunnen leiden tot meer efficiëntie.

In het wijkzorgnetwerk zijn er drie kernpartijen, die een vast onderdeel uitmaken van het wijkzorgnetwerk. De rol van twee organisaties die deel uitmaken van deze drie kernpartijen is onder andere dat ze het wijkzorgnetwerk moeten vormgeven. Ze maken deze rol echter nog niet waar volgens de kwartiermaker, ze geven er *“geen prioriteit”* aan (R1B). De huisarts, een van de drie kernpartijen, houdt zich ook afzijdig en was niet aanwezig bij de wijktafel. De kwartiermaker ervaaarde in het begin van de totstandkoming van het wijkzorgnetwerk bij de huisartsen *“veel weerstand en men zei dat men ‘niet zat te wachten op de nieuwe ontwikkeling’”*. (R1B). De huisartsen zouden als argument hebben geven: *“Het gaat ons meer tijd kosten en wat levert het ons op, we doen het eigenlijk al.”* (R1B). Andere partijen die onderdeel uitmaken van het wijkzorgnetwerk die geen contract hebben met de gemeente kunnen op een vrijblijvender basis participeren in het netwerk dan de gecontracteerde partijen.

Het delen van cliëntinformatie onder de professionals in het wijkzorgnetwerk vindt plaats in het eerder genoemde registratiesysteem RIS. Bij het delen van cliëntinformatie met andere professionals in RIS maakt de cliëntondersteuner zich zorgen over de privacy van de cliënt: *“Dus dan moet je iemand hele doopceel daarin gaan zetten, maar dat zien ze bij de gemeente ook. Ik snap het niet goed, want ik kan niet garanderen dat het met die privacy helemaal goed zit.”* (R5B). De maatschappelijk werker zegt het volgende over het delen van informatie: *“de uitwisseling van gegevens gaat steeds beter, de privacy steeds minder”*. (R6B). Er is dus twijfel of privacy van de cliënt wel voldoende gewaarborgd blijft binnen het wijkzorgnetwerk als het gaat om het delen van informatie over een cliënt in RIS. In verband met de privacy van de cliënt mogen cliëntondersteuners volgens het privacy protocol van hun organisatie niet het burgerservicenummer (BSN) registreren in RIS echter wordt dit door RIS wel als noodzakelijk geacht. Tijdens het interview met de manager van

deze organisatie, MEE Amstel-Zaan, Brigitte Lambregts, zegt zij hierover het volgende: *“Nu is het een soort van belemmering als we het niet vragen, want als we het niet vragen kunnen we het niet registreren. Een BSN nummer heb je nodig als je zorg moet vragen. Maar soms moeten wij iets registreren in RIS zonder dat daar een zorgvraag meteen aan gekoppeld wordt. Want dan ben je alleen maar die ZRM aan het invullen. Daar doen wij dan moeilijk over dat dat eigenlijk niet zo door de gemeente gevraagd mag worden, dat als een soort voorwaarde wordt gesteld om verder te kunnen komen in het systeem. Dat wordt anders gehanteerd door de gemeente dan door ons.”* De cliëntondersteuner in het wijkzorgnetwerk vindt het terecht dat het BSN niet wordt gedeeld in RIS omdat volgens haar *“heel veel misbruik wordt gemaakt”* van dit soort informatie (R5B). Ook de maatschappelijk werker maakt zich zorgen over misbruik van informatie als het gaat om *“kwetsbare groepen”* (R6B). Over richtlijnen omtrent delen van informatie binnen zijn organisatie zegt de maatschappelijk werker: *“Ik kan op mijn eigen kompas terugvallen, we hebben geen richtlijnen.”*(R6B). De kwartiermaker gaf tijdens het interview aan dat men bezig is met het opstellen van een privacyprotocol in het wijkzorgnetwerk. Ze zegt hierover: *“We hebben al een tijd staan van het privacyprotocol moet opgeleverd worden, dat moet dan ook aan iedereen verspreid worden, dat is nog niet definitief, er is een soort eerste opzet gemaakt.”*. (R1B). Vooral huisartsen zouden aansturen op dit privacy protocol, *“... die maakten zich daar zorgen over”* (R1B). In het signalement van het CEG zal nader worden ingegaan op deze ethische kwestie omtrent het delen van privacy gevoelige informatie.

Power

Eerder in dit hoofdstuk is aangegeven door de kwartiermaker dat de drie kernpartijen taken van haar zouden moeten overnemen. Op dit moment nemen deze partijen echter nog te weinig verantwoordelijkheid hiervoor. De kwartiermaker wil zich op termijn meer terugtrekken maar dat is volgens haar op dit moment nog niet mogelijk. Het beleidsidee dat het wijkzorgnetwerk zichzelf in de lucht zal moeten houden kan tot problemen leiden in de toekomst geeft de kwartiermaker aan en betwijfelt of dit wel mogelijk zal zijn. De macht dan de kwartiermaker zal moeten worden teruggebracht, dit is echter op dit moment lastig omdat het wijkzorgnetwerk nog volop in ontwikkeling is.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken op basis van de resultaten van het onderzoek. In paragraaf 5.1 wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen en worden conclusies getrokken. Vervolgens wordt in paragraaf 5.2 het onderzoek kritisch tegen het daglicht gehouden en in paragraaf 5.3. worden ten slotte suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

5.1. Conclusies

Dit onderzoek is bedoeld als eerste verkenning naar interdisciplinaire samenwerking binnen wijken van gemeenten in twee nieuw ontstane *governance networks*, een wijkteam en een wijkzorgnetwerk. Het wijkteam en het wijkzorgnetwerk zijn recent ontstaan naar aanleiding van de nieuwe wetgeving die per 1 januari 2015 van kracht is omtrent zorg en welzijn, waarbij de wijk een belangrijk *governance site* is geworden. Deze twee samenwerkingsvormen, het wijkteam en het wijkzorgnetwerk, moeten leiden tot effectievere en efficiëntere zorg en ondersteuning van cliënten op het gebied van zorg en welzijn en een grotere betrokkenheid van de burger. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in hoe de interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk verloopt en wat de verschillen zijn tussen deze twee verschillende organisatievormen als het gaat om verschillende elementen van interdisciplinaire samenwerking. Door middel van een kwalitatief onderzoek, waarbij onder andere interviews zijn gehouden met professionals in een wijkteam en een wijkzorgnetwerk, wordt antwoord gegeven op de volgende centrale vraag: *Hoe verloopt de interdisciplinaire samenwerking binnen een wijkteam en wijkzorgnetwerk en wat zijn de verschillen?* Alvorens er een antwoord wordt gegeven op deze centrale vraagstelling wordt antwoord gegeven op de gestelde deelvragen.

5.1.1. Antwoord: Hoe is het wijkteam en het wijkzorgnetwerk vormgegeven?

Het antwoord op de eerste deelvraag: *Hoe is het wijkteam en het wijkzorgnetwerk vormgegeven?* wordt in deze paragraaf gegeven.

In het wijkteam en het wijkzorgnetwerk wordt samengewerkt door verschillende organisaties, waar professionals werken vanuit diverse disciplines. Zowel het wijkteam als het wijkzorgnetwerk kunnen worden getypeerd als een netwerk. Ze voldoen beide aan de definitie van Provan & Kenis (2007), want er wordt door drie of meer organisaties samengewerkt, die aan elkaar verbonden zijn en streven naar een gezamenlijk doel. In het wijkteam zijn zes organisaties betrokken bij het wijkteam via een opgerichte coöperatie, tevens is er een nauwe samenwerking met de wijkverpleging. In het wijkzorgnetwerk, zijn er drie kernpartijen actief in het wijkzorgnetwerk. Daarnaast zijn er vele andere organisaties die vrijwillig aanschuiven tijdens bijeenkomsten van het wijkzorgnetwerk. Zowel in het wijkteam als het wijkzorgnetwerk streven organisaties naar betere en goedkopere zorg en

ondersteuning voor cliënten op het gebied van zorg en welzijn. Daarnaast streeft men naar meer 'zelfredzaamheid' en 'eigen kracht' van de cliënt en probeert men de cliënt daarin te begeleiden.

Het wijkteam kan volgens de netwerkvorm typering van Provan & Kenis (2007) worden getypeerd als een netwerk administratieve organisatie (NAO). Voor de organisatie van het wijkteam is een aparte administratieve entiteit opgericht, een coöperatie. Daarnaast heeft het een manager speciale huisvesting. Ook speelt de coöperatie een sleutelrol bij de coördinatie en het behoudt van het netwerk.

Het wijkzorgnetwerk zou op termijn moeten functioneren als het type netwerkvorm, zelfsturend netwerk. Op dit moment neigt het wijkzorgnetwerk echter naar de leider-organisatie netwerkvorm. De kwartiermaker die in dienst van het de gemeente heeft namelijk een belangrijke coördinerende rol in het wijkzorgnetwerk. Waarbij er een ongelijke machtsrelatie is tussen de kwartiermaker en de organisaties die aangesloten zijn bij het wijkzorgnetwerk. De gemeente kan worden gezien als de organisatieleider.

Samenvattend, zowel het wijkteam als het wijkzorgnetwerk kunnen worden getypeerd als een netwerk. Het wijkteam kan worden gekarakteriseerd als een netwerk administratie organisatie vorm en het wijkzorgnetwerk functioneert op dit moment als een leider-organisatie netwerk vorm.

5.1.2. Antwoord: In hoeverre zijn elementen van interdisciplinaire samenwerking aanwezig in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk? En: Hoe verschilt de interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk?

Er zal nu antwoord worden gegeven op de tweede deelvraag die luidt: *In hoeverre zijn elementen van interdisciplinaire samenwerking aanwezig in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk?* Daarnaast zullen direct de verschillen geduid worden die aanwezig zijn tussen het wijkteam en het wijkzorgnetwerk. Dat aansluit op de derde deelvraag: *Hoe verschilt de interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk?*

Tijdens het onderzoek wordt gekeken in hoeverre elementen van interdisciplinaire samenwerking aanwezig zijn in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk. In de literatuur hebben D'Amour et al., (2005) elementen van interdisciplinaire samenwerking uiteengezet. Het gaat daarbij om de elementen: *sharing, partnership, interdependency* en *power*. In dit onderzoek wordt bekeken in hoeverre deze elementen aanwezig zijn in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk.

Als het in het wijkteam gaat om *sharing*, is er sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid, gedeelde besluitvorming en een gedeelde doelstelling en visie. Het werken volgens de visie van het wijkteam, waarbij gefocust wordt op het proces in plaats van de inhoud van de dienstverlening. Is

voor bepaalde professionals in het wijkteam nog lastig, omdat ze vanuit hun moederorganisatie anders gewend waren. Ook wordt sterk gefocust op het juist handelen in het belang van de cliënt en is men minder gericht op het rekening houden van belangen van de organisaties zoals in het wijkzorgnetwerk het geval is. In het wijkteam werken de professionals nauw met elkaar samen, waarbij men de verantwoordelijkheid voelt om als team goede zorg en ondersteuning te verlenen aan de cliënt en de gestelde doelstellingen voor het wijkteam te behalen. In het wijkzorgnetwerk is men sterker gericht op het belang van de eigen organisatie. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de registratie en verantwoordingsdruk naar de gemeente. De drie kernpartijen nemen ook nog niet altijd de verantwoordelijkheid om het wijkzorgnetwerk vorm te geven. Wel zien de professionals meerwaarde van de interdisciplinaire samenwerking, als het gaat om de betere en efficiëntere zorg en ondersteuning van de cliënt.

Er kan worden geconcludeerd dat in het wijkteam het element van *sharing* sterker aanwezig is dan in het wijkzorgnetwerk.

Bij *partnership* is een open en eerlijke communicatie van belang (Horwarth & Morrison, 2007). Binnen het wijkteam kan gesproken worden van een open en eerlijke communicatie. Deze wordt ondersteund door de teambijeenkomsten, zoals teamoverleggen die wekelijks plaatsvinden in het wijkteam. Bij deze teamoverleggen zijn zoveel mogelijk van de werkzame professionals in het wijkteam aanwezig. De teamoverleggen hebben een positief effect op de communicatie in het wijkteam geven de professionals aan tijdens de interviews. In het wijkzorgnetwerk vinden eveneens bijeenkomsten plaats in de vorm van casuïstiekbespreking, wijktafels en informele borrels. Tot op heden zijn deze bijeenkomsten sterk gericht op het elkaar leren kennen en het inventariseren van de aanwezige partijen die onderdeel zouden kunnen uitmaken van het wijkzorgnetwerk en het oplossen van acute problemen die ontstaan zijn door de nieuwe wetgeving die is ingevoerd. Professionals die onderdeel uitmaken van het netwerk geven ook aan dat ze de andere organisaties en professionals in het wijkzorgnetwerk nog onvoldoende kennen. De bijeenkomsten zouden daar een positieve bijdrage aanleveren volgens de professionals. Waardoor de lijntjes tussen de professionals korter kunnen worden, zo ver is men echter nog niet in het wijkzorgnetwerk. In het wijkteam schieten de facilitaire voorzieningen zoals ICT middelen, waaronder laptops en printers nog af en toe te kort volgens de professionals. Dit heeft volgens de professionals een negatief effect op de samenwerking. Zowel in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk worden deze voorzieningen vanuit de moederorganisaties gefaciliteerd. Zowel het wijkteam als het wijkzorgnetwerk maken gebruik van een centraal registratiesysteem, waarin cliëntinformatie wordt gedeeld onder alle professionals. In het signalement van het Centrum van Ethiek over ethische kwesties die spelen in wijkgerichte samenwerking, zal dit aspect van delen van privacy gevoelige informatie over cliënten onder

professionals en informele hulpverleners een rol spelen. Het wijkteam beschikt over een gemeenschappelijke vestiging in het gezondheidscentrum in de wijk. Het wijkzorgnetwerk heeft geen vaste huisvesting en de bijeenkomsten vinden op verschillende plekken plaats in de wijk. Dit zorgt ervoor dat professionals in het wijkteam elkaar vaker ontmoeten en elkaar beter kennen dan in het wijkzorgnetwerk, wat de interdisciplinaire samenwerking spontaner doet verlopen.

Naast open en eerlijke communicatie is ook respect, begrip en waardering onder de professionals van belang als het gaat om interdisciplinaire samenwerking (Henneman, 1995). Er kan gesteld worden dat professionals in het wijkzorgnetwerk vinden dat er begripvol en respectvol met elkaar wordt omgegaan in het team en dat men waardering heeft voor elkaars kwaliteiten en kennis. Tevens vertrouwd men elkaar. In het wijkzorgnetwerk zal dit respect en vertrouwen nog moeten groeien. De professionals geven aan dat dit zal groeien naarmate men elkaar beter leert kennen.

Er kan worden geconcludeerd dat in het wijkteam het element *partnership* sterker aanwezig is dan in het wijkzorgnetwerk.

Bij *interdependency* het erom dat men het gezamenlijke verlangen heeft om cliënten gezamenlijk te helpen (Evans, 1994; D'Amour et al., 2005; Liedka, 1998), waarbij men onderling afhankelijk is voor het bereik van de gestelde doelen (Evans, 1994). In het wijkteam kan men bij elkaar terecht wanneer men zelf niet over de juiste kennis beschikt. Ze weten vervolgens bij wie men deze kennis vervolgens kunnen halen binnen het wijkteam. Er wordt daar door optimaal gebruik gemaakt van de beschikbare kennis in het wijkteam. Daarnaast zijn ze elkaar tot steun wanneer men problemen ervaart. In het wijkzorgnetwerk weet men elkaar nog niet altijd te vinden en kan er overlap bestaan tussen de organisaties. Er wordt door het gebrek aan kennis over elkaar geen optimaal gebruik gemaakt van elkaars expertise. Zowel in het wijkteam als in het wijkzorgnetwerk kan er op een snelle manier informatie gedeeld worden door een centraal registratiesysteem dat wordt gebruikt. Als het gaat om privacy gevoelige informatie van de cliënt is men in beide samenwerkingsverbanden nog bezig om dit op een juiste manier te regelen in het netwerk.

Er kan worden geconcludeerd dat in het wijkteam het element *interdependency* sterker aanwezig is dan in het wijkzorgnetwerk.

Als het gaat om *power* (macht) in relatie tot interdisciplinaire samenwerking gaat het om een gelijkwaardige verdeling van macht gerelateerd aan het vermogen van de professionals (D'Amour et al., 2005; Stichler, 1995). In het wijkteam wordt de macht gelijkwaardig verdeeld aan de hand van de kennis en expertise die de professionals hebben. In het wijkzorgnetwerk heeft de kwartiermaker veel macht ten opzichte van de andere organisaties en individuele professionals in het wijkzorgnetwerk, aangezien zij veel kennis bezit over hoe het wijkzorgnetwerk als beleidsidee zou moeten werken.

Haar positie zal echter op termijn moeten verdwijnen, waarbij het wijkzorgnetwerk zelfstandig zal moeten voortbestaan. Er zijn enkele organisaties die onderdeel uitmaken van de drie kernpartijen die het wijkzorgnetwerk verder zouden moeten gaan vormgeven maar die nemen op dit moment nog niet sterk de verantwoordelijkheid en leiding.

Er kan worden geconcludeerd dat in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk het element van *power* beide aanwezig zijn als onderdeel van interdisciplinaire samenwerking.

Samenvattend, er kan worden geconcludeerd dat in het wijkteam de elementen *sharing*, *partnership* en *interdependency* sterker aanwezig zijn dan in het wijkzorgnetwerk op dit moment. Het element *power* is in beide samenwerkingsverbanden als onderdeel van interdisciplinaire samenwerking aanwezig. Een verklaring tussen het verschil tussen het wijkteam en het wijkzorgnetwerk kan zijn dat er men elkaar in het wijkteam beter kent dan het wijkzorgnetwerk.

5.1.3. Antwoord centrale vraagstelling: Hoe verloopt de interdisciplinaire samenwerking binnen een wijkteam en wijkzorgnetwerk en wat zijn de verschillen?

De centrale vraagstelling in dit onderzoek luidt: *Hoe verloopt de interdisciplinaire samenwerking binnen een wijkteam en wijkzorgnetwerk en wat zijn de verschillen?* Na de analyse van de interviews en de bijeenkomsten kan een antwoord geformuleerd worden op deze vraag en kunnen een aantal conclusies worden getrokken.

Ten eerste kan worden geconcludeerd dat de interdisciplinaire samenwerking door professionals in het wijkteam gestructureerder verloopt dan in het wijkzorgnetwerk. Dit heeft te maken met de organisatievorm. In het wijkteam zijn de professionals gedetacheerd vanuit verschillende zorg en welzijnsorganisaties, waardoor zij een sterke binding hebben met het wijkteam. In het wijkzorgnetwerk is de participatie van de professionals in het wijkteam vrijblijvender, al zijn er er wel een aantal organisaties die vanuit de gemeente opdracht hebben gekregen om het wijkzorgnetwerk vorm te gaan geven en professionals te laten participeren in het wijkzorgnetwerk. Er kan gesteld worden dat in het wijkzorgnetwerk meer organisaties betrokken zijn dan in het wijkteam. Het wijkteam is afgebakend met een vastgesteld aantal gecontracteerde partijen. Het wijkzorgnetwerk is diffuser, er zijn slechts enkele gecontracteerde partijen, andere professionals kunnen op vrijwillige basis aan schuiven bij wijkzorgnetwerkbijeenkomsten. Het kan daarbij gaan om mensen uit de paramedische sector, maar ook jongerenwerkers en politie.

Daarnaast kan geconcludeerd worden dat zowel het wijkteam als het wijkzorgnetwerk nog volop in ontwikkeling zijn. Wel is het wijkteam al verder in de ontwikkeling omtrent interdisciplinaire samenwerking in de wijk dan het wijkzorgnetwerk. In het wijkzorgnetwerk is men nog sterk bezig met het vormgeven van het netwerk en het elkaar leren kennen. Terwijl in het wijkteam de professionals

elkaar al beter kennen en op de hoogte is van elkaars expertise en kennis, waar ook gebruik van wordt gemaakt. Een verklaring hiervoor is dat in het wijkteam in 2013 al een pilot was gestart. Er kan verwacht worden dat de interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk zich in de toekomst verder zal ontwikkelen.

5.2. Reflectie

Ondanks de zorgvuldigheid waarmee keuzen zijn gemaakt in de opzet en uitvoering van dit onderzoek, zijn er een aantal beperkingen en kanttekeningen bij dit onderzoek te plaatsen. Er is getracht om zoveel mogelijk professionals te interviewen in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk in de beperkte onderzoeksperiode, om een compleet mogelijk beeld te krijgen van het wijkteam en het wijkzorgnetwerk. Door de terughoudendheid van gemeenten voor de participatie van een wijkteam in het onderzoek en de terughoudendheid van professionals voor een interview in het wijkzorgnetwerk was het niet mogelijk om meer professionals te interviewen. Een verklaring voor de lage response van professionals in het wijkzorgnetwerk was men niet wist hoe men de tijd die nodig was voor het interview moest declareren. In het wijkteam had de projectleider toestemming gegeven voor alle interviews. Meer interviews met professionals in het wijkzorgnetwerk zou hebben gezorgd voor een completer beeld van het wijkzorgnetwerk en de interdisciplinaire samenwerking in het netwerk. Een interview met een huisarts die werkzaam is in gemeente A en actief is in het wijkzorgnetwerk in gemeente B, zou eveneens van toegevoegde waarde zijn geweest, omdat de huisarts een belangrijke partij is als samenwerkingspartner.

Een andere kritische kanttekening bij dit onderzoek is dat de wijkteam en het wijkzorgnetwerk als nieuwe samenwerkingsverbanden nog in de kinderschoenen staan in verband met de recente wetwijzigingen van 1 januari 2015. De situatie in beide gemeenten is nog sterk in ontwikkeling. Over een jaar kan de interdisciplinaire samenwerking op een hele andere manier verlopen dan tijdens de onderzoeksperiode. Dit onderzoek kwam te vroeg om generalistische uitspraken te doen over het wijkteam en het wijkzorgnetwerk.

5.3. Suggesties vervolgonderzoek

De decentralisatie van wetgeving naar de gemeente is nog recent, 1 januari 2015. Dit onderzoek naar interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en wijkzorgnetwerk kan worden gezien als een eerste verkenning van deze nieuwe samenwerkingsvormen, die ontstaan zijn naar aanleiding van deze decentralisaties. Deze interdisciplinaire samenwerking in wijkteams en wijkzorgnetwerken staan nog in de kinderschoenen en zullen zich in de toekomst waarschijnlijk verder ontwikkelen. Dit onderzoek heeft zich beperkt tot het onderzoek hoe de interdisciplinaire samenwerking in het wijkteam en het wijkzorgnetwerk verloopt, het proces. In een vervolgonderzoek zou er gekeken

kunnen worden naar het verschil in effectiviteit op netwerkniveau (*outcome*) van de interdisciplinaire samenwerking in een wijkteam en wijkzorgnetwerk. Daarnaast zou er verder onderzoek kunnen worden gedaan naar de effectiviteit van het wijkteam en het wijkzorgnetwerk op gemeenschapsniveau (*output*). In dat onderzoek zou tevens gekeken kunnen worden naar de implementatie van de nieuwe wetgeving en of de nieuwe samenwerkingsvormen leiden tot effectievere en efficiëntere zorg en ondersteuning van de cliënt.

Verder is dit onderzoek slechts gericht op de twee casussen, een wijkzorgteam in gemeente A en een wijkzorgnetwerk in gemeente B. Bovenstaande conclusies zijn daardoor slecht te generaliseren naar andere gemeenten. Het zou interessant zijn om ook andere wijkteams, wijkzorgnetwerk en andere vormen van wijkgerichte interdisciplinaire samenwerkingsverbanden te onderzoeken en te bekijken in hoeverre de interdisciplinaire samenwerking daar op dezelfde wijze verloopt.

Een laatste suggestie voor vervolgonderzoek is om het onderzoek over twee jaar nog eens te herhalen. Zowel het wijkteam als het wijkzorgnetwerk zullen naar verwachting de komende twee jaar nog sterk in ontwikkeling zijn. Over twee loopt het project van de coöperatie in gemeente A op zijn eind en zal de functie van kwartiermaker volgens de huidige planning in gemeente B zijn verdwenen. Daarom lijkt mij het herhalen van het onderzoek over het termijn van twee jaar een juiste.

Literatuurlijst

- Arum, S. van & Lub, V. (2014). Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten. *Beleidsonderzoek Online*. Opgehaald 25 februari 2015, van <http://www.beleidsonderzoekonline.nl/tijdschrift/bs0/2014/02/Beleidsonderzoek-2014-06>
- Arum, S. van & Schoorl, R. (2015). *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht*. Utrecht: Movisie.
- Van Bergen, A. M. (2014). Veranderingen in de zorgwetgeving en de gevolgen voor ouderen met een zorgbehoefte. *Geron*, 16, 35-38.
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 360-367.
- Baarda, D. B., De Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs.
- Brandes, U., Kenis, P., & Wagner, D. (2003). Communicating centrality in policy network drawings. *Visualization and Computer Graphics, IEEE Transactions on*, 9(2), 241-253.
- Brannick, M. T., Prince, A., Prince, C., & Salas, E. (1995). The measurement of team process. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 37(3), 641-651.
- Braster, J. F. (2000). *De kern van casestudy's*. Den Haag: Van Gorcum.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2012). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. *Research Briefing*, 41.
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). (2006). *Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada*. Geraadpleegd van http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/teamwork-synthesis-report_e.pdf
- Clark, P. G. (1997). Values in health care professional socialization: Implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *The Gerontologist*, 37(4), 441-451.
- D' Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 19(S1), 8-20.
- D' Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19(1), 116-131.
- De Dreu, C. K., & West, M. A. (2001). Minority dissent and team innovation: the importance of participation in decision making. *Journal of applied Psychology*, 86(6), 1191.
- Dowling, B., Powell, M., & Glendinning, C. (2004). Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community*, 12(4), 309-317.
- Durose, C., & Lowndes, V. (2010). Neighbourhood governance: contested rationales within a multi-level setting—a study of Manchester. *Local government studies*, 36(3), 341-359.
- Fay, D., Borrill, C., Amir, Z., Haward, R., & West, M. A. (2006). Getting the most out of

- multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(4), 553-567.
- Geuijen, K. (2011) Samenwerken in publieke netwerken. In M. Noordegraaf, K. Geuijen & A. Meijer (Eds.), *Handboek Publiek Management* (pp. 97-114). Den Haag: Boom Lemma.
- Gladstein, D. L. (1984). Groups in context: A model of task group effectiveness. *Administrative science quarterly*, 499-517.
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65, 139-151.
- Hackman, J.R. (1987). The design of work teams. *Handbook of Organizational Behaviour*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. NJ, 67-102.
- Henneman, E. A. (1995). Nurse-physician collaboration: a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 359-363.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of advanced Nursing*, 21(1), 103-109.
- Hoegl, M., & Gemuenden, H. G. (2001). Teamwork quality and the success of innovative projects: A theoretical concept and empirical evidence. *Organization science*, 12(4), 435-449.
- Horwarth, J. & Morrison, T. (2007). Collaboration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse and Neglect* 31, 55-69.
- Janis, I. (1972). *Victims of groupthink*. Boston, MA: Houghton Mifflin. *Interprofessional Care*, 15(1), 29-35.
- Jones, B. (2008). Determinants of effective collaboration between health care organizations. A literature review. Vegreville: East Central Health.
- Joseph, M. V., & Conrad, A. P. (1989). Social work influence on interdisciplinary ethical decision making in health care settings. *Health & Social Work*, 14(1), 22-30.
- Kearney, E., & Gebert, D. (2009). Managing diversity and enhancing team outcomes: the promise of transformational leadership. *Journal of applied psychology*, 94(1), 77.
- Kim, A. (2008). Decentralization and the provision of public services: framework and implementation. *World Bank Policy Research Working Paper Series*.
- Lindeke, L. L., & Sieckert, A. M. (2005). Nurse-physician workplace collaboration. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1), 5.
- Lowndes, V., & Sullivan, H. (2008). How low can you go? Rationales and challenges for neighbourhood governance. *Public administration*, 86(1), 53-74.
- Marshall, T. H. (1950). *Citizenship and social class* (Vol. 11, pp. 28-29). Cambridge.
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice—a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of clinical nursing*, 10(4), 419-428.

Meere, F. de, Hamdi, A., & Deuten, J. (2013). *Het is de integrale aanpak die werkt. Evaluatie na één jaar Utrechtse Buurteams Krachtig*. Geraadpleegd van <http://platform-sociaal-domein.nl/wp-content/uploads/2014/12/Evaluatie-Buurteams-Utrecht.pdf>

Mizrahi, T., & Abramson, J. S. (1985). Sources of strain between physicians and social workers: Implications for social workers in health care settings. *Social Work in Health Care, 10*(3), 33-51.

Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care, 15*(1), 29-35.

Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A. & Bifulco, A. (2007). Multi-agency working: implications for an early-intervention social work team. *Child and Family Social Work, 12*, 143-151.

Newman, J. (2005). *Remaking governance: peoples, politics and the public sphere*. Policy Press.

Nottle, C. and Thomson, D.J. (1999). Organisation and Effectiveness of Multi-disciplinary Paediatric Teams. A pilot survey of three teams. *Physiotherapy, 85*(4), 181-187.

Oldenhof, L.E. (2015). *The Multiple Middle: Managing in Healthcare*. Erasmus University Rotterdam. Geraadpleegd van <http://hdl.handle.net/1765/77995>

Paul, S., & Peterson, C. Q. (2002). Interprofessional collaboration: issues for practice and research. *Occupational Therapy in Health Care, 15*(3-4), 1-12.

Payne, M., 2000. *Teamwork in Muliprofessional care*. Palgrave, London.

Perera, G., Holbrook, A., Thabane, L., Foster, G., & Willison, D. J. (2011). Views on health information sharing and privacy from primary care practices using electronic medical records. *International journal of medical informatics, 80*(2), 94-101.

Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing forum, 45* (2), 73-82.

Pike, A. W., McHugh, M., Canney, K. C., Miller, N. E., Reiley, P., & Seibert, C. P. (1993). A new architecture for quality assurance: Nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Care Quality, 7*(3), 1-8.

Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory, 18*(2), 229-252.

Provan, K. G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. *Journal of management, 33*(3), 479-516.

Provan, K. G., Isett, K. R., & Milward, H. B. (2004). Cooperation and compromise: A network response to conflicting institutional pressures in community mental health. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 33*(3), 489-514.

Putters, K., Grit, K., Janssen, M., Schmidt, D., & Meurs, P. (2010). *Governance of local care & social service: An evaluation of the implementation of the Wmo in the Netherlands*. Rotterdam: Institute of Health Policy & Management

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). (2009). *De wijk nemen. Een subtiel samenspel van burgers, maatschappelijke organisaties en overheid*. Amsterdam: SWP.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2012). *Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk*. Geraadpleegd van http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_Wijkgericht_werken_intersectorale_samenwerking_in_de_wijk_door_grenzenwerk.pdf

Reese, D. J., & Sontag, M. A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work, 26*(3), 167-175.

Regeerakkoord VVD – PvdA, *Bruggen slaan*, 29 oktober 2012.

Rhodes, R. A. W. (1996). The new governance: governing without government1. *Political studies, 44*(4), 652-667.

Rink, F., & Ellemers, N. (2010). Benefiting from deep-level diversity: How congruence between knowledge and decision rules improves team decision making and team perceptions. *Group Processes & Intergroup Relations, 13*(3), 345-359.

Roberts, C. S. (1989). Conflicting professional values in social work and medicine. *Health & social work, 14*(3), 211-218.

Rutherford, J., & McARTHUR, M. A. R. G. A. R. E. T. (2004). A qualitative account of the factors affecting team-learning in primary care. *Education for Primary Care, 15*(3), 352-360.

San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care, 19*(S1), 132-147.

Schofield, R. F., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective?. *Health & Social Work, 24*(3), 210-219.

Schuyt, C. J. M. (1991). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.

Sharp, H. M. (1995). Ethical decision-making in interdisciplinary team care. *The Cleft palate-craniofacial journal, 32*(6), 495-499.

Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medicine, 55*, 991 – 1003.

Siegler, E.L. & Whitney, F.W. (1994). *Nurse-Physician collaboration. Care of adults and the elderly*. New York: Stringer Publishing Company.

Sok, K. van den Bosch, A., Sprinkhuizen, A. & Scholte, M. (2013). *Samenwerking in de wijk. Actuele analyse van sociale (wijk) teams*. Geraadpleegd van [http://www.nji.nl/nl/\(322206\)-samenwerkenindewijk.pdf](http://www.nji.nl/nl/(322206)-samenwerkenindewijk.pdf)

Stichler, J. F. (1995). Professional interdependence: The art of collaboration. *Advanced Practice Nursing Quarterly, 1*, 53 – 61.

- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23(1), 41-51.
- Swanborn, P. (1994). Het ontwerpen van case-studies: enkele keuzen. *Mens en maatschappij*, 69(3), 322-335.
- Tjosvold, D., & Tjosvold, M. M. (1995). Cooperation theory, constructive controversy, and effectiveness: Learning from crises. *Team effectiveness and decision making in organizations*, 79-112.
- Trommel, W. A., & van der Veen, R. (Eds.). (1999). *De herverdeelde samenleving: De ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam University Press.
- World Health Organisation (WHO). (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geraadpleegd van http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Veldheer, V., Jonker, J-J., Noije, van L., & Vrooman, C. (2012). Een beroep op de burger Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport. Sociaal en Cultureel Plan Bureau: Den Haag.
- Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland?: De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 140-153.
- Yerkes, M., van der Veen, R. (2011) Crisis and Welfare State Change in the Netherlands. *Social Policy & Administration*, 45 (4), 430-444.
- Yin, R. K. (2013). *Case study research: Design and methods*. Sage publications.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3).

Bijlage 1: Overzicht geïnterviewde respondenten

Tabel 1 en 2 geven een overzicht van de geïnterviewde respondenten in het wijkteam in gemeente A en het wijkzorgnetwerk in gemeente B. Een medewerker van het CEG, Boukje van der Zee, heeft één interview apart gedaan zonder mijn aanwezigheid. Zij heeft een verslag gemaakt van dit interview. Vijf andere interviews zijn in samenwerking met Boukje van der Zee gehouden. De interviews hebben plaatsgevonden in de periode mei 2015 tot en met juli 2015. Tabel 3 geeft een overzicht van de geïnterviewde experts.

Tabel 1: Respondenten wijkteam gemeente A

Respondent	Functie wijkteam	Vorige functie bij moederorganisatie	Organisatie	Interviewer
1 A	Teamleider/sociaal werker	Maatschappelijkwerker	1	Anna
2 A	Sociaal werker	Ambulant begeleider gehandicaptenzorg	2	Anna
3 A	Sociaal werker	Ambulante begeleider in de psychiatrie	3	Anna
4 A	Sociaal werker	Clientondersteuner	4	Anna
5 A	Sociaal werker	Ambulant begeleider verstandelijk beperkten	5	Anna
6 A	Sociaal werker	Ambulant begeleider jeugdhulpverlening	1	Anna
7 A	Sociaal makelaar	n.v.t.	1	Anna
8 A	Sociaal raadvrouw	Sociaal juridisch medewerker	1	Anna
9 A	Wijkverpleegkundige	N.v.t	anders	Anna
10 A	Projectmanager	?	1	Anna en Boukje (CEG)

Organisatie 1: biedt maatschappelijke ondersteuning, zorg en welzijn aan mensen. Deze organisaties is voornamelijk gericht op maatschappelijkwerk.

Organisatie 2: helpt mensen die door een handicap, chronische ziekte of een andere beperking zorg of begeleiding nodig hebben.

Organisatie 3: is een organisatie die instellingen heeft in de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang, zij ondersteunen mensen met een psychische of sociale kwetsbaarheid bij wonen, werken, leren en recreëren.

Organisatie 4: ondersteunt mensen met een beperking en hun netwerk. Ze ondersteunen deze mensen op het gebied van opvoeding en ontwikkeling, leren en werken, samenleven en wonen, regelgeving en geldzaken in alle levensfasen.

Organisatie 5: is gespecialiseerd in kleinschalige zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking en psychische problematiek.

De wijkverpleegkundige is in dienst van een zorgorganisatie.

Tabel 2: Respondenten wijkzorgnetwerk gemeente B

Respondent	Functie	Organisatie	Interviewer
1 B	Kwartiermaker	Gemeente	Anna en Boukje
2 B	Wijkverpleegkundige	Zorgorganisatie	Anna en Boukje
3 B	Participatiemedewerker	Welzijnsorganisatie	Anna en Boukje
4 B	Ondersteuner, specialist verstandelijk beperkten	Zorgorganisatie	Anna en Boukje
5 B	Clientondersteuner	Welzijnsorganisatie	Anna
6 B	Maatschappelijkwerker	Welzijnsorganisatie	Boukje

Respondent 3B en 5B zijn werkzaam bij dezelfde welzijnsorganisatie.

Tabel 3: Experts

Naam	Organisatie	Functie	Interviewer	Opmerkingen
Matthijs Terpstra	Movisie	Programmamanager afdeling Participatie en actief burgerschap	Anna en Boukje	
Diana van Dijk	Vereniging Nederlandse Gemeenten	O.a. betrokken bij het landelijk programma ondersteuning sociale wijkteams	Anna en Boukje	Interview samen met Geert van der Velde
Geert van der Velde	Vereniging Nederlandse Gemeenten	Programmaleider ondersteuningsprogramma toegang Jeugdhulp	Anna en Boukje	
Veronie de Jong	Wijkteam Roodenburg Leiden	Teamcoach Sociaal Wijkteam district Roodenburg	Anna en Boukje	
Frank Smulders	Wijkteam binnenstad Utrecht	Buurtteam Organisatie Sociaal Utrecht en Buurtondernemer (coach team)	Anna en Boukje	
Jeroen van Berkel	Amsterdam West	Stadsdeelbestuurder	Boukje	
Mirjan Oude Vrielink	Universiteit Twente	Senior onderzoeker, Universiteit Twente, specialisatie sociale wijkteams en burgerparticipatie	Anna en Boukje	
Ingrid Horstik	Gemeente Utrecht	Ontwikkelaar wijkteams Utrecht	Anna en Boukje	
Brigitte Lambregts	MEE Amstel Zaan	Regiomanager MEE Amstel Zaan	Anna	
Evelien Tonkens	Universiteit van Humanistiek	Hoogleraar burgerparticipatie	Anna en Boukje	

Tabel 3 geeft een overzicht van de geïnterviewde experts. Deze interviews hebben Boukje van Zee en ik grotendeels samengedaan in de periode maart 2015 tot en met juli 2015. Met Mirjan Oude Vrielink heeft Boukje van der Zee een telefonisch interview gehad. De volgorde in de tabel is op basis van het interview moment. Het eerste interview heeft plaatsgevonden met Matthijs Terpstra en het laatste interview met prof. Evelien Tonkens.