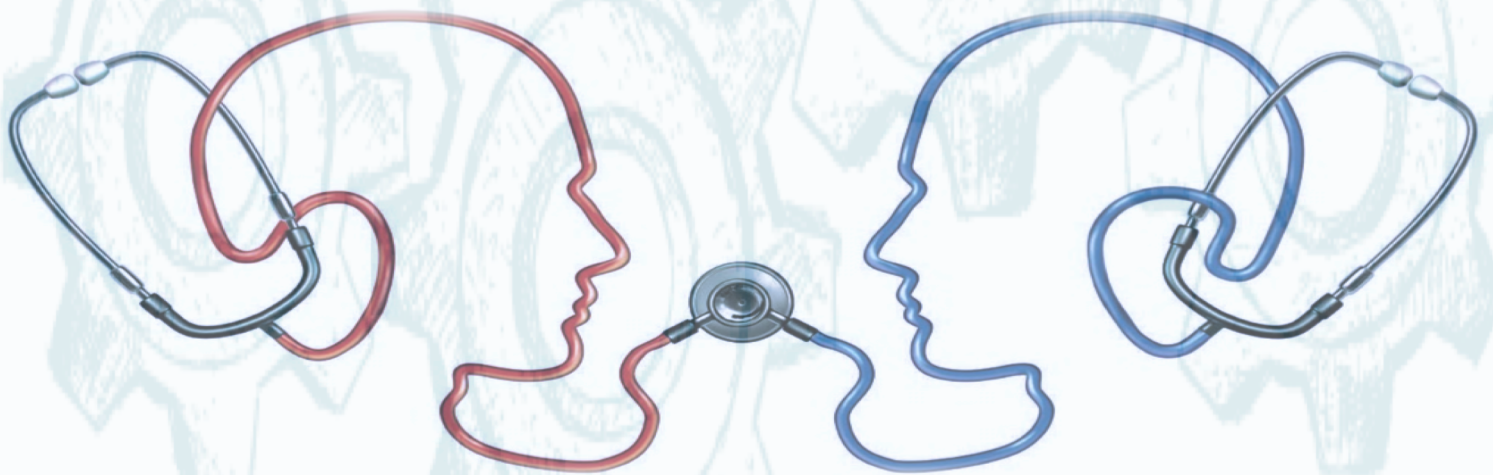


De wijkspecialist geschetst; contouren voor succes

**Een interprofessionele samenwerkingsvorm voor
betere zorg dicht bij huis**



Universiteit Utrecht

Kimberly van Loon | 6539114

Master scriptie

Publiek Management

Departement: Bestuur- en Organisationswetenschap

Faculteit: Recht, Economie, Bestuur en Organisatie

Universiteit Utrecht

Onder begeleiding van:

Scott Douglas, DPhil (eerste lezer)

Marlot Kuiper, MSc (tweede lezer)

23 september 2019



Universiteit Utrecht

Inhoudsopgave

1. INLEIDING	4
1.1. AANLEIDING	7
1.2. DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING ONDERZOEK	8
1.3. MAATSCHAPPELIJKE EN WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE	8
2. THEORETISCH KADER	10
2.1. PROFESSIONALITEIT.....	10
2.2. INTERPROFESSIELEEL SAMENWERKEN	11
2.3. BIJDRAGE AAN INTERPROFESSIELEEL SAMENWERKEN	13
2.4. VERWACHTINGEN VAN HET ONDERZOEK.....	17
2.5. BESLUIT	19
3. METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING.....	20
3.1. ONDERZOEKSMETHODEN: KWALITATIEVE BENADERING	20
3.1.1. <i>Casusstudie en respondenten selectie</i>	20
3.1.2. <i>Dataverzameling: gecombineerde kwalitatieve onderzoeksmethoden</i>	23
3.2. OPERATIONALISATIE	24
3.3. DATA ANALYSE	24
3.4. KWALITEITSCRITERIA: BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT.....	25
4. BEVINDINGEN	27
4.1. DE WIJKSPECIALIST IN OVERVECHT.....	27
4.1.1. <i>De Input</i>	27
4.1.2. <i>De Processen</i>	31
4.1.3. <i>De Output</i>	36
4.2. DE WIJKSPECIALIST IN ZUILEN / ONDIEP	39
4.2.1. <i>De Input</i>	39
4.2.2. <i>De Processen</i>	46
4.2.3. <i>De Output</i>	49
5. ANALYSE	54
5.1. HOE IS DE WIJKSPECIALIST GEPOSITIONEERD?	54
5.1.1. <i>Overvecht</i>	54
5.1.2. <i>Zuilen/Ondiep</i>	54
5.2. TOT WELKE RESULTATEN LEIDT DIT?	55
5.2.1. <i>Overvecht</i>	55
5.2.2. <i>Zuilen/Ondiep</i>	56
5.3. HOE DRAAGT DE POSITIONERING BIJ AAN DE OUTPUT VAN DE SAMENWERKING?.....	58
5.3.1. <i>Overvecht</i>	59
5.3.2. <i>Zuilen/Ondiep</i>	59
6. CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	60
6.1. CONCLUSIE	60
6.2. BEPERKINGEN ONDERZOEK	62
6.3. IMPLICATIES VOOR LITERATUUR	63
6.4. AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK.....	65
LITERATUURLIJST	67
BIJLAGE I – VOORGELEZEN <i>INFORMED CONSENT</i>.....	71
BIJLAGE II - TOPICLIJST EN SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWVRAGEN	72

Samenvatting

“Als er noodzaak voor is dan zou er voortgang en verdieping moeten komen. Maar de vraag is, is het nodig?” (casus 5)

Het samenwerkingsverband “de wijkspecialist” is opgezet om specialistische kennis dichterbij de wijk te halen en om onnodige doorverwijzingen van de eerste- naar de tweede lijn te beperken. Deze samenwerkingsvorm dient in de wijken Overvecht en Zuilen/Ondiep hetzelfde doel en heeft dezelfde betekenis. De uitvoering en bijdrage aan de eerste lijn is echter verschillend. De overeenkomende betekenis is dat het de mogelijkheid biedt om op een laagdrempelig manier algemene vragen te kunnen stellen aan specialisten die de rol van wijkspecialist vervullen. Hierbij zou een nauwere samenwerkingsrelatie tussen de eerste- en de tweede lijn kunnen ontstaan welke diverse positieve gevolgen kan hebben zoals kennisoverdracht. Echter moeten de knelpunten beheerd worden zodat dit samenwerkingsvorm positief kan bijdragen aan de eerstelijnszorg. Naar aanleiding van alle interviews wordt geconcludeerd dat de wijkspecialist als project in Overvecht sterker geïmplementeerd en gepositioneerd is dan in Zuilen/Ondiep. De meerwaarde die deze samenwerkingsvorm in beide wijken vervult, verschilt. Enkele redenen hiervoor zijn de mate waarop de diverse factoren de *input*, processen en *output* van deze samenwerkingsvorm beïnvloeden.

1. Inleiding

Stel; een patiënt gaat wekelijks naar zijn huisarts met dezelfde klachten. De huisarts weet zich op den duur geen raad meer. Wat is de oorzaak van de klachten en welke behandeling zou de juiste kunnen zijn. In plaats van doorgaan met een inefficiënte en ineffectieve aanpak of direct doorverwijzen naar een willekeurig specialist kan de huisarts een specifiek toegewezen specialist bellen om te consulteren. Door overleg kan kennisoverdracht plaatsvinden en onzekerheid bij de huisarts worden verminderd. Samen kan worden besloten wat de juiste vervolgstappen zijn voor de behandeling van dit patiënt. De juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment.

De gezondheidszorg staat onder druk. Er is een groeiende complexiteit in de zorg onder andere vanwege een stijgend aantal patiënten met multi-morbiditeit, patiënten die in toenemende mate mondiger en veeleisender worden en een aanhoudend personeelstekort (D’Amour et al., 2005; Lubbers, 2014). Bovendien bemoeilijkt de versnipperde eerstelijnszorg de borging van de kwaliteit van de zorg (Noordegraaf, 2008; Gemeente Utrecht, 2015, p.54). Multi-morbiditeit betekent dat een patiënt meer dan één aandoening of chronische ziekte heeft en dus door meerdere zorgverleners behandeld moet worden (Van Royen, 2009).

Volgens het Geïntegreerde Eerstelijns Zorg Netwerk Utrecht (GEZ Netwerk, 2017) is het centraliseren en regionaliseren van de eerste lijn enerzijds ingewikkeld, maar anderzijds noodzakelijk om kwaliteit te waarborgen en kosten te besparen. Verschillende netwerkpartners dragen samen bij aan de opbouw van de maatschappelijke waarde van de volksgezondheid van Utrecht. De gemeente, zorgverleners en burgers moeten elk vanuit hun eigen rol bijdragen.

Het stijgende aantal mensen met een verslechterende gezondheid, chronische ziektes en/of multi-morbiditeit heeft directe gevolgen voor de gemeente met betrekking tot besturing, overheidsfinanciering, samenwerking met ketenpartners, en nog belangrijker, het algemene welzijn van de burgers. De overheid is afgelopen jaren grotendeels overgestapt van een centrale sturing en verantwoordelijkheid om collectieve diensten en publieke waarden te leveren naar een sturing waarbij samenwerking en netwerksturing centraal staan. In andere woorden is van de sturing *government* overgestapt naar *governance* (Hood, 1991; van Buuren, 2017). Deze benadering staat in lijn met de sturingsvorm *New Public Governance* (Osborne, 2006; Noordegraaf, 2015). Hierbij wordt vanuit een horizontale benadering gestuurd, waarbij interactie en samenwerking binnen netwerken van belang zijn. Deze verschuiving bestaat ook binnen de gezondheidszorg.

Als respons op de maatschappelijke veranderingen en de groeiende complexiteit in de gezondheidszorg wordt in toenemende mate ingezet en geïnvesteerd in de interprofessionele samenwerking tussen de nulde-, de eerste- en de tweedelijnszorg en met professionals uit het sociale domein (Tsakitzidis & van Royen, 2012). Vanwege de stijgende zorgvraag, werkdruk en ziektekosten heeft er de afgelopen jaren ook een verschuiving plaatsgevonden vanuit de tweede- naar de eerstelijnszorg. Voor zorgverzekeraars en de overheid is dit financieel gezien aantrekkelijk omdat een vermindering in het aantal patiënten die vanuit de eerste lijn, zoals door huisartsen, naar de tweede lijn wordt verwezen kostenbesparend kan zijn (Maes en Wildt, 2006).

Er wordt steeds vaker ingezet op geïntegreerde zorg om de kwaliteit van de gezondheidszorg te bevorderen (Gaboury, Bujold, Boon & Moher, 2009; Valentijn, 2019). Geïntegreerde zorg focust onder andere op een betere samenwerking tussen verschillende zorgberoepen rondom complexe casuïstiek of patiënten. Hierbij is het faciliteren van dialoog van belang (Ansell & Gash, 2008). In het kader van geïntegreerde zorg zijn door middel van de “juiste zorg op de juiste plek” (Taskforce JZOJP, 2018) verschillende initiatieven geïnitieerd. Twee voorbeelden hiervan op wijkniveau zijn “krachtige basiszorg” en “de wijkspecialist” (Overvecht Gezond, 2018). Beide samenwerkingsverbanden zijn opgezet om de samenwerking tussen zorgprofessionals te bevorderen met als doel borging van de kwaliteit van de zorg, uitwisseling van kennis en informatie, verbetering van de prestaties en besparing in de zorgkosten (GEZ Netwerk, 2017).

De rol van de wijkspecialist is ingevoerd om specialistische kennis dichter bij de wijk te halen en om onnodige doorverwijzingen van de eerste- naar de tweede lijn te beperken (Overvecht Gezond!, 2014). Dit samenwerkingsverband zou moeten leiden tot een verhoogd ervaren kwaliteit van zorgverlening voor patiënten. Vanuit het St. Antonius ziekenhuis zijn enkele specialisten aangewezen als “wijkspecialist” voor de wijk Overvecht in Utrecht. Zij dienen als contactpersoon voor een groep eerstelijns basiszorgverleners, in dit geval huisartsen. In dit samenwerkingsverband werken zorgverleners van zowel de eerste- als de tweede lijn samen voor wat betreft overleg rondom complexe gezondheidsproblematiek. De focus ligt op een betere afstemming en communicatie tussen de eerste- en de tweedelijnszorg binnen de wijk. Dit ten behoeve van een verhoogde kwaliteit van diagnostiek en behandeling in de eerste lijn met daarbij ‘de juiste zorg op de elke plek’; in de eerste lijn waar het kan en in de tweede lijn waar het moet (Overvecht Gezond!, 2016; Van Royen, 2009).

Interprofessionele samenwerking heeft het vermogen om diverse voordelen te leveren, maar brengt tegelijkertijd ook verschillende potentiële uitdagingen met zich mee. Denk hierbij aan professionals met verschillende achtergronden en eigen prioriteiten. Bij deze samenwerkingsvorm werken professionals samen vanuit verschillende institutionele contexten met specifieke kennis, routines en prioriteiten (Noordegraaf, 2015b). Als gevolg hiervan kunnen uitdagingen of misverstanden ontstaan met betrekking tot bijvoorbeeld communicatie, functiebeschrijving en status (Gaboury et al., 2009). Tevens is de meerwaarde moeilijk vast te stellen omdat het van subjectiviteit en context afhangt. Hierdoor is het van belang dat de prestatie van initiatieven zoals de wijkspecialist worden geëvalueerd en indien nodig aangepast om de beoogde doelen te behalen, maar ook om samen met andere netwerkpartners geïntegreerde zorg te kunnen leveren.

Een andere uitdaging is dat samenwerking tijd kost (Thylefors et al., 2005). Het probleem hierbij is dat zorgprofessionals beperkt beschikbaar zijn. Diensten van de wijkspecialist worden momenteel vrijwillig uitgevoerd door de zorgprofessionals. In het verleden is aangegeven dat op termijn een vergoeding gekoppeld zal worden aan de uitgevoerde werkzaamheden. Echter dienen de juiste condities hiervoor te worden geschapen door de stakeholders. Enkele belangrijke condities zijn het beschikken over voldoende budget, bredere denkkaders en het aanleren van competenties en vermogen gericht op samenwerking (Overvecht Gezond!, 2014). Organisatorisch moet er tussen besturen worden afgestemd en de uitvoering van de professionals goed worden geregeld (Spreeuwenberg, 2014).

1.1. Aanleiding

Voordat op de doelstelling van deze scriptie wordt ingegaan is het van belang dat de context over waarom deze interprofessionele samenwerking plaatsvindt kort wordt toegelicht.

In 2013 hebben het Sint Antonius Ziekenhuis en Overvecht Gezond! met tijdelijke financiering van zorgverzekeraars de pilot “de wijkspecialist” gestart in Overvecht. Het project is gestart met de inzet van vijf wijkspecialisten uit de specialismen neurologie, kindergeneeskunde, interne geneeskunde, orthopedie en longziekten. Hierbij verliep de interprofessionele samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijnszorg middels kennismakingsbijeenkomsten zoals praktijkbezoeken van de wijkspecialisten aan de huisartsen en consulten via de telefoon of email (Overvecht Gezond!, 2014). In april 2014 is de pilot geëindigd en op 20 juni 2014 is het evaluatierapport gepubliceerd. De pilot is positief beoordeeld, echter met de nodige verbeterpunten of aanbevelingen zoals onderzoek naar mogelijkheden voor de invoering van een meekijkconsult en uitbreiding van de wijkspecialist naar andere wijken (Overvecht Gezond!, 2014, p.15).

Volgens het rapport “De Wijkspecialist” (2014) heeft de introductie van de wijkspecialist geleid tot een reductie van 32 procent in (onnodige) verwijzingen. Naar aanleiding van deze resultaten is besloten om de wijkspecialist uit te breiden naar twee andere buurten in Utrecht Noordwest: Zuilen en Ondiep. In 2015 zijn Overvecht Gezond! en andere stakeholders overeengekomen om het project gezamenlijk gedurende een periode van twee jaar uit te voeren, met daarbij de mogelijkheid van uitbreiding naar andere ziekenhuizen en wijken en meerdere specialismen (Huisartsen Utrecht Stad i.o.; Overvecht Gezond!, 2014). In 2016/2017 is het concept wijkspecialist gestart in Zuilen/Ondiep. Uit documentatie van de Stichting Zuilen/Ondiep GEZond blijkt dat deze uitbreiding niet heeft plaatsgevonden (Projectplan Zuilen/Ondiep GEZond, 2015).

In het hoofdlijnenakkoord is opgenomen dat binnen de medisch-specialistische zorg in de jaren 2019-2022 transformaties zullen worden bewerkstelligd (Taskforce JZJP, 2018). Het tweedelijnsbudget mag niet meer groeien en de uitgaven voor 2022 zullen op nul moeten uitkomen. De urgentie om zorg dichtbij huis te organiseren is hiermee toegenomen en wordt gevoeld door managers en bestuurders van de ziekenhuizen. Eind 2018 is opnieuw besloten, op basis van signalen uit de wijk, om meer aandacht te geven aan de wijkspecialist (mondelinge communicatie coördinator Zuilen/Ondiep GEZond, 19 januari 2019). Er is in het verleden geen gestructureerde nulmeting noch een gestructureerde evaluatie uitgevoerd betreffende wat de behoefte van de professionals precies omvat.

1.2. Doelstelling en vraagstelling onderzoek

Deze scriptie zoomt in op het project “de wijkspecialist” en verdiept zich in de positionering van de wijkspecialist en hoe deze de potentiële bijdrage aan de eerste lijn kan beïnvloeden. Dit onderzoek biedt inzicht in hoe respondenten deze vorm van interprofessionele samenwerking ervaren; wat de bijdragen en knelpunten zijn. Hierbij ligt de focus op de bilaterale samenwerking tussen de wijkspecialist en de huisartsen, maar wordt ook beperkte aandacht besteed aan de potentiële samenwerking met de fysiotherapeut. Naar aanleiding van het gebruikte theoretisch kader zijn de onderstaande wetenschappelijke hoofdvraag en de drie onderstaande deelvragen geformuleerd. Deelvraag 1 biedt inzicht in de Input en Proces fases van de samenwerking en deelvraag 2 biedt inzicht in de Output. Deelvraag 3 geeft inzicht in bestaande verbanden tussen de Input, Proces en Output van de samenwerking (Gaboury et al, 2009). Gezamenlijk bieden de deelvragen antwoord op de geformuleerde wetenschappelijke hoofdvraag:

Welke meerwaarde levert de samenwerkingsvorm “de wijkspecialist” en de positionering hiervan aan de eerstelijnszorg?

Deelvraag 1: *Hoe is de wijkspecialist gepositioneerd in Overvecht en Zuilen/Ondiep?*

Deelvraag 2: *Welke meerwaarde levert de wijkspecialist aan Overvecht en Zuilen/Ondiep?*

Deelvraag 3: *Hoe draagt de positionering van de wijkspecialist bij aan de meerwaarde van de wijkspecialist in Overvecht en Zuilen/Ondiep?*

1.3. Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie en tevens praktisch doel (Maxwell, 2012) van dit onderzoek betreft enerzijds het verkennen van de huidige positionering van de wijkspecialist ten aanzien van de eerstelijns basiszorgverleners in bepaalde wijken en anderzijds het beschrijven van de publieke meerwaarde die deze samenwerking oplevert. Dit onderzoek biedt inzicht in de ervaringen en percepties van bepaalde betrokken stakeholders (wijkspecialisten, huisartsen en fysiotherapeuten) en geeft handvatten ter bevordering van deze samenwerkingsvorm tussen de eerste- en de tweede lijn. Het is echter de vraag in hoeverre de wijkspecialist nou echt bijdraagt aan de kwaliteit van de eerste lijn en hoe de positionering van de wijkspecialist invloed heeft op de geleverde bijdrage.

De wetenschappelijke relevantie (Maxwell, 2012) van dit onderzoek betreft de aanvulling op literatuur rondom interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg. Dit is aan de hand van een verrijking van het conceptueel model gedaan die gebaseerd is op het *Input, Proces* en *Output* model van samenwerking van Gaboury et al. (2009). Het is momenteel niet duidelijk wat de huidige toegevoegde waarde van de wijkspecialist is en hoe deze bijdrage verbeterd zou kunnen worden omdat er geen tot weinig evaluaties zijn uitgevoerd.

Dit onderzoek vult huidige kennislacunes aan met nieuwe perspectieven en inzicht over hoe de wijkspecialist is gepositioneerd in het huidige samenwerkingsverband en hoe bepaalde factoren de bijdrage van deze samenwerkingsverband beïnvloeden. Dit onderzoek biedt specifiek een aanvulling op het model en de wetenschap door passender aansluiting op de contexten waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden en de doelgroepen. Concreet voegt dit onderzoek een nieuw wetenschappelijk perspectief toe door te focussen op interprofessionele samenwerking tussen de eerste en tweede lijn van zorg in twee Utrechtse wijken. Het onderzoek heeft geresulteerd in elementen waarvan wordt verondersteld dat ze de samenwerking beïnvloeden. Op deze wijze probeert deze scriptie een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke kennis met betrekking tot specifieke casussen rondom de interprofessionele samenwerking tussen de wijkspecialisten, huisartsen en fysiotherapeuten. De resultaten van dit onderzoek bieden inzichten en handvatten ter verbetering van de uitvoering en mogelijk verder uitbreiden van het project “de wijkspecialist”. Het onderzoek is uitgevoerd in de Utrechtse wijken Overvecht en de twee sub wijken Zuilen en Ondiep van Noordwest, maar het model kan breder worden getrokken en worden toegepast op de samenwerking tussen de eerste- en de tweede lijn, in zijn algemeenheid, binnen andere wijken.

2. Theoretisch Kader

In dit onderzoek staan enkele theoretische concepten centraal. Zoals aangegeven in de inleiding gaat dit onderzoek over de bijdrage die de wijkspecialist kan leveren en hoe de positionering hiervan de behandelperspectieven in de eerste lijn kan beïnvloeden. Om dit vraagstuk theoretisch te kunnen onderzoeken is het van belang om eerst vast te stellen binnen welke bredere context en kaders de wijkspecialist gepositioneerd is. Hiervoor worden de kernconcepten *professionaliteit*, *interprofessionele samenwerking* en de mogelijke *bijdragen en uitdagingen* hiervan gedefinieerd. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met beschrijvingen van enkele wetenschappelijke verwachtingen.

2.1. Professionaliteit

Voordat het concept interprofessioneel samenwerken uiteengezet kan worden moet eerst het concept professionaliteit gedefinieerd worden. Door maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in de gezondheidssector zijn afgelopen jaren verschillende definities en invullingen ontstaan van wat professionaliteit inhoudt en wat een *professional* in de zorgsector precies omhelst (Evetts, 2013, p. 779). In het kader van deze scriptie wordt specifiek ingegaan op hoe professionaliteit zich verhoudt tot de wijkspecialisten, de huisartsen en de fysiotherapeuten.

De wijkspecialisten, de huisartsen en de fysiotherapeuten kunnen volgens de criteria van Wilensky (1964) worden getypeerd als *professionals* door hun wetenschappelijke kennis, technische basis en service ethiek oftewel dienstbaarheid. Tussen *professionals* valt er volgens Noordegraaf (2015a) verder onderscheid te maken tussen *type professionals* door middel van verschillende kenmerken en mate van professionaliteit. Gebaseerd op de criteria van Noordegraaf (2015a) en Wilensky (1964) zijn specialisten als *liberal professionals* te categoriseren. Dit betekent dat dit beroep gespecialiseerde kennis, vaardigheden, autonomie, ervaringen, gedrag en positie omvat. Deze professionals identificeren zich over het algemeen eerder met hun beroep dan met de organisatie waar zij werkzaam zijn. Zij volgen formele training en hebben rechtsbevoegdheid en erkenning door het publieke domein om hun beroep uit te oefenen.

Huisartsen zijn in zekere mate ook *liberal professionals*, maar vergeleken met specialisten hebben huisartsen een minder gespecialiseerde opleiding gevolgd waardoor ze minder status en autonomie zouden hebben ten opzichte van een specialist. Echter valt hier een kanttekening te maken. Huisartsen zijn vaker autonomer omdat zij in eigen huisartspraktijken meer zeggenschap hebben vergeleken met de specialist die in het ziekenhuis werkzaam is. Maar in dit geval wordt de focus gelegd op de mate van expertise die hier een zwaardere weging zou hebben. Hierdoor komt het vaak in de praktijk voor dat patiënten meer waarde hechten aan specialisten dan huisartsen.

Vergeleken met de artsen hebben fysiotherapeuten een opleiding die meer praktijk gericht is, in plaats van wetenschappelijk, waardoor zij vaak met huisartsen moeten overleggen voordat zij patiënten naar de tweede lijn kunnen verwijzen.

Hoewel de drie beroepen gelijksoortige type professionals zijn, hebben zij elk verschillende opleidingen gevolgd waarin zij bepaalde specifieke kennis en vaardigheden hebben aangeleerd. Professionals bezitten hierdoor een bepaalde expertise welke een bepaalde status en daarmee ook autonomie met zich mee kan brengen (Wilensky, 1964). Deze kenmerken kunnen leiden tot het ontstaan van machtsrelaties of concurrentie tussen professionals uit andere beroepsgroepen, maar ook kan dit leiden tot concurrentie of spanning binnen een eigen beroepsgroep (Noordegraaf, 2015a; Wilensky, 1964; Abbott, 1988). Desalniettemin kan het ook voorkomen dat professionals uit verschillende disciplines geen conflicten met elkaar hebben, maar middels samenwerking elkaar juist goed aanvullen (Thylefors et al., 2005). Het kan voorkomen dat professionals zich bezig houden met hun positionering en status in plaats van alleen met hun patiënten (Dent, 2003; Evetts, 2013). Er kan hierdoor een spanningsveld ontstaan tussen professionals en de staat omdat van hen verwacht dat zij complexe diensten aan burgers leveren en zich aan professionele en kwaliteitsnormen houden (Freidson, 2001; Wilensky, 1964).

De specialisten welke in dit onderzoek centraal staan zijn naast hun functie als specialist ook nog wijkspecialist hetgeen aanvullende taken en competenties vraagt. Hierdoor neigt de wijkspecialist meer richting een vorm van hybride professional (Noordegraaf, 2015a) omdat hij een aanvullende rol vervult als klankbord voor de eerste lijn en deze werkzaamheden moet managen. Hybride professionals kunnen vanuit verschillende rollen handelen en vanuit dit perspectief werken zij efficiënter samen met andere professionals (Noordegraaf, 2015a).

2.2. Interprofessioneel samenwerken

Deze paragraaf licht, in het kader van de wijkspecialist, het theoretisch concept interprofessioneel samenwerken toe.

Voor het concept samenwerking bestaan verschillende theoretische definities en kaders. Samenwerking is mogelijk tussen organisaties, individuen of binnen netwerken (Thylefors et al., 2005; Pronk; 2005; Putters; 2001 in Giesbers; 2008). In de zorgsector kan interprofessioneel samenwerking extramuraal (thuiszorg), intramuraal (binnen zorginstellingen), horizontaal (tussen verschillende organisaties) of verticaal (tussen de eerste en tweede lijn) geschieden (Royen, 2009; Valentijn, 2019).

In deze scriptie wordt interprofessionele samenwerking gedefinieerd als het samenwerken van professionals uit verschillende beroepen of disciplines om een gezamenlijk doel te bereiken. Met interprofessionele samenwerking wordt de verticale samenwerking tussen de eerste- en de tweede lijn bedoeld. In deze scriptie wordt de tweede lijn door de wijkspecialist vertegenwoordigd en de eerste lijn door de huisartsen en waar van toepassing ook fysiotherapeuten.

Interprofessioneel samenwerken kan tevens op basis van gedifferentieerde, integrerende of complementerende rollen binnen diverse type teams (Thylefors et al., 2005). Volgens de typering van Thylefors et al. (2005) past het gedifferentieerde team type het beste bij het samenwerkingsmodel van de wijkspecialist door haar multidisciplinaire samenstelling met de huisarts en daarbij de mogelijke samenwerking met de fysiotherapeut. Samenwerking binnen dit multidisciplinair team is een collaboratief proces waarbij professionals vanuit de verschillende disciplines complexe patiënten op een gecoördineerde en complementerende wijze bespreken om de juiste diagnose en/of behandeling vast te stellen.

Hierbij ligt de focus op de positionering en de bijdragen van de professionals uit de tweede lijn aan het gehele diagnose en behandelingsproces van de eerste lijn (Thylefors et al., 2005; Mitchell, Parker, Giles & White, 2010). Echter past deze typering niet één op één op het concept van de wijkspecialist omdat het hier voornamelijk gaat om een bijdrage vanuit de tweede lijn aan de eerste lijn door middel van samenwerken gebaseerd op onderlinge overleg. De interprofessionele samenwerking tussen de wijkspecialist en de eerste lijn is gebaseerd op een interactieve uitvoering waardoor het goed aansluit op het doel van de wijkspecialist. Binnen dit samenwerkingsverband heeft elke beroepsbeoefenaar afzonderlijke rollen en taken, maar bestaat ook een mate van afhankelijkheid (Thylefors et al., 2005). Om de beoogde doelen gezamenlijk te kunnen realiseren zijn wederzijdse communicatie, contact en vastgestelde afspraken en verwachtingen belangrijk (Spreeuwenberg, 2014).

Zorgprofessionals worden steeds vaker geconfronteerd met complexer en duurder wordende gezondheidszorg welke steeds een hogere mate van geïntegreerde zorg vergt (Lubbers, 2014). Interprofessioneel samenwerken wordt gezien als de kern van geïntegreerd oftewel interdisciplinair samenwerken (Thylefors et al., 2005; Valentijn, 2019). Verschillende onderzoeksrapporten suggereren dat demografische en werk gerelateerde diversiteit zoals leeftijd, geslacht, opleiding of beroepsachtergrond binnen werkgroepen het potentieel heeft om een breder scala aan kennis bij elkaar te brengen waardoor professionals elkaar, vergeleken met homogene werkgroepen, beter aanvullen en versterken (Mitchell et al., 2010, p.4). Interprofessioneel samenwerken heeft naast bovengenoemde voordelen ook andere voordelen zoals verbeterde coördinatie van activiteiten, verhoogd sociaal kapitaal, beter conflictbeheer en kennisoverdracht (Emerson & Nabatchi, 2015). Hiernaast kan interprofessionele samenwerking meerdere voordelen hebben zoals het verbeteren van de effectiviteit van de huidige gezondheidszorg (D'Amour et al., 2005).

Dit vergt wel bepaalde randvoorwaarden zoals vastgelegde richtlijnen en afspraken, gebruik van gemeenschappelijke communicatiemiddelen, bereikbaar zijn, uitwisselen van gegevens en tijdsinvestering (Royer, 2009; Spreeuwenberg, 2014; Thylefors et al, 2005).

Ondanks de verschillende mogelijke voordelen loopt samenwerking niet altijd soepel en is succes niet gegarandeerd. Professionals werken vaak samen om betere diensten te leveren, maar hebben elk hun eigen prioriteiten en willen in zekere mate autonoom blijven (D'Amour et al., 2008; Pronk; 2005). De samenwerking zal niet optimaal verlopen als de professionals die tot het samenwerkingsverband horen niet goed op elkaar aansluiten of als er geen gelijkwaardigheid is (Gaboury et al., 2009). Macht kan worden ingezet om autonomie te behouden. Er bestaat ook de verwachting dat er een verschil kan zijn tussen specialismen die gewend zijn multidisciplinair te werken, zoals internisten, vergeleken met wat meer solistische specialismen, zoals radiologen. Echter, hebben andere factoren zoals persoonlijke eigenschappen en communicatievaardigheden ook invloed op de mate waarin een professional met anderen omgaat en samenwerkt (Gaboury et al., 2009). De ene mens is wat socialer of behulpzamer dan de ander. Als gevolg van de verschillen tussen de professionele identiteiten en de persoonlijke eigenschappen kunnen knelpunten ontstaan binnen de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

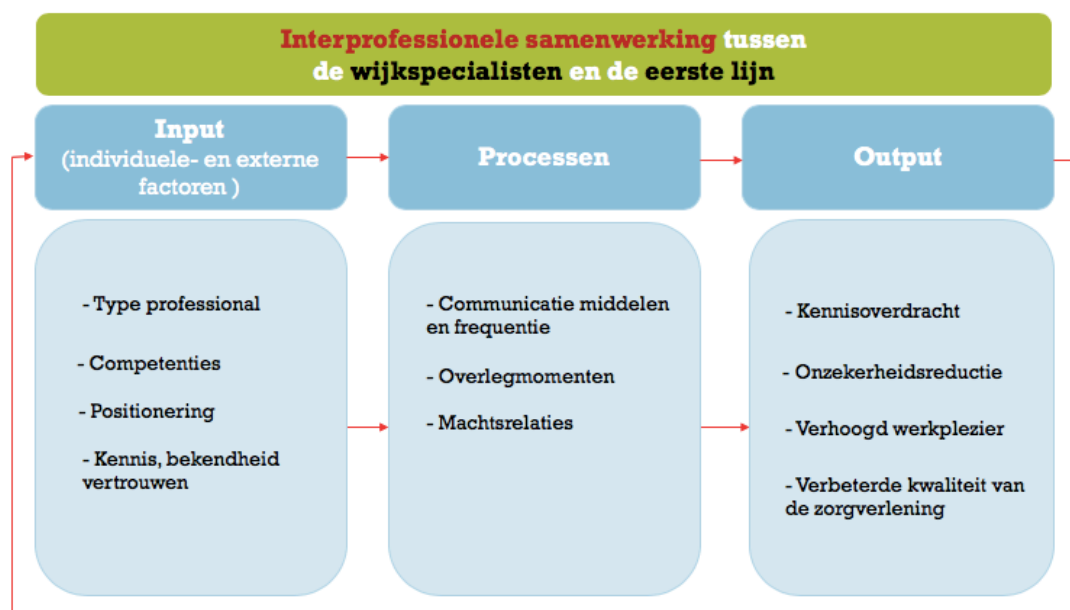
2.3. Bijdrage aan interprofessioneel samenwerken

Het theoretische kader van dit onderzoek is aan de hand van het *Input, Proces en Output* (IPO) model uit de organisatie literatuur (aangepast van McGrath, J.E., 1964 in Gaboury et al, 2009) samengesteld. Het model van Gaboury et al. (2009) is aangepast omdat gericht was op onderzoek in geïntegreerde zorgcentra waarin samenwerkingsverbanden tussen biomedische praktijken en alternatieve geneeswijzen plaatsvonden. In het kader van dit onderzoek is naar diverse passende concepten gekeken, met name, type professional, positionering, vertrouwen, kennismaking, macht, communicatie, kennisoverdracht, kwaliteit en onzekerheidsreductie (D'Amour et al., 2005; Gaboury et al, 2009; Ouwens, Bosch, Wensing, 2012). Deze deelconcepten zijn factoren die de samenwerking kunnen beïnvloeden, maar hoeven niet per se direct verband te houden met de uitkomsten van de samenwerking (D'Amour et al., 2005).

Zie figuur 1 hieronder voor het aangepaste IPO model dat in dit onderzoek is toegepast. Figuur 1 omvat de theoretische concepten die de interprofessionele samenwerking tussen de wijkspecialisten en de eerste lijn tijdens de input-, proces- en output fase kunnen beïnvloeden. Het IPO model biedt kaders waarin een samenwerkingsverband onderzocht kan worden, wel dient rekening te worden gehouden met de mogelijkheid dat het een versimpelde versie van de werkelijkheid laat zien. Dit komt doordat niet alle factoren en ook niet alle mogelijk verbanden meegenomen kunnen worden. In onderstaand model wordt visueel weergegeven hoe elke fase direct invloed heeft op de eerstvolgende fase en indirect op de andere fases.

Het model bestaat uit een feedback loop die zowel positief of negatief kan zijn. Dit betekent dat een negatieve input ook negatieve invloed op de processen en op de output zal hebben. Positieve input zal ook een positief effect hebben op de processen waarbij de output positief zal zijn.

Bij de *output* fase kan geëvalueerd worden indien de beoogde output bereikt is. Indien dit niet het geval is, kunnen in de *input* fase de nodige wijzigingen aangebracht worden. Het model projecteert een rechtlijnig richting van de fases, maar in werkelijkheid bestaat meer nuancering en complexiteit hierin. Dit komt onder andere vanwege diverse factoren, zoals verschillen in context en professionals welke invloed kunnen uitoefenen op de drie fases. Elke fase kan invloed op zowel het vervolg als de voorgaande fase en de output fase hebben en kan ertoe leiden dat de cyclus van het IPO model doorloopt of wordt gestopt.



Figuur 1. Theoretisch kader (aangepaste IPO model van Geboury et al., 2009)

Input

Er zijn diverse factoren die de interprofessionele samenwerking kunnen beïnvloeden zoals maatschappelijke-, bestuurlijke- of context factoren (Kwarnström, 2008). Hieronder worden factoren toegelicht die relevant zijn voor de context van de wijkspecialist. De focus ligt hier bij factoren die direct verbonden zijn aan de professionals en niet zo zeer aan externe of bestuurlijke factoren zoals verwijzrelaties of opleidingen.

Type professional. Zoals in de paragrafen hiervoor is beschreven zijn er specifieke kenmerken van professionals die invloed hebben op de wijze waarop professionals met anderen samenwerken. Tevens heeft de samenwerkingsvorm ook invloed op de manier hoe professionals met elkaar samenwerken.

Competenties. Samenwerking wordt door externe factoren beïnvloed, maar ook door de interprofessionele competenties en vaardigheden (Ouwens et al, 2012). De relevante competenties voor dit onderzoek zijn communicatieve-, samenwerking- en leervaardigheden. Belangrijke factoren hierbij zijn zowel mondelinge als schriftelijke overdracht in een taal die professionals uit verschillende disciplines goed kunnen verstaan (Ouwens et al., 2012). Dat wil zeggen met gemeenschappelijk taalgebruik en zonder beroep specifieke terminologie of afkortingen (Frank, 2005). Samenwerken is een competentie welke niet vanzelfsprekend wordt aangeleerd binnen de opleidingen van zowel paramedische als medische beroepen (Tsakitzidis & Van Royen, 2012). Maar ze zijn wel noodzakelijk voor goede communicatie en om interprofessioneel te kunnen samenwerken. Dit betekent dat de zorgprofessionals die in dit onderzoek centraal staan naast hun professionele competenties ook sociale en communicatieve vaardigheden moeten bezitten of beheersen zodat zij optimaal kunnen samenwerken met zorgprofessionals uit andere disciplines. Volgens Van Royen (2009) zijn naast interprofessionele competenties het gebruik en toepassing van technologie belangrijk.

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen alledaagse communicatiemiddelen zoals e-mail en telefoon, maar ook communicatiemiddelen gericht op het bevorderen van interprofessionele samenwerking. Bij zulke technologieën kun je denken aan teleconferenties, discussiefora en telemedicine (Van Royen, 2009).

Positionering. De positie die de wijkspecialist in het samenwerkingsverband heeft, is centraal. De fysieke locatie waaruit hij functioneert heeft invloed op de communicatie en samenwerking (Kvarnström, 2008). Interactie heeft direct invloed op de relatie tussen de wijkspecialist en de eerste lijn. Maar om interactie mogelijk te maken moet de wijkspecialist wel bereikbaar en toegankelijk zijn voor de eerste lijn. Er is verbinding tussen de verschillende professionals en organisaties nodig (D'Amour et al., 2008). Vertaald naar de wijkspecialist die niet vanuit dezelfde fysieke omgeving als de eerste lijn zijn/haar rol vervult, betekent dit dat de interactie tussen de tweede- en de eerste lijn door de afstand en versnipperde locaties benadeeld zou kunnen worden. Bij een zichtbare positionering zal de positie van de wijkspecialist in de wijk versterkt kunnen worden.

Kennismaking en vertrouwen. Professionals die elkaar beter leren kennen zijn geneigd om vaker en beter met elkaar te communiceren. Het is bewezen dat hierdoor de communicatie laagdrempelig is, men neemt makkelijker contact met elkaar op, problemen en vragen worden gericht besproken en gesteld (Cobben et al., 2016). Het is hierdoor belangrijk dat regelmatig bijeenkomsten georganiseerd worden zodat de wijkspecialisten contact met de eerste lijn kunnen blijven houden en er bekendheid en onderling vertrouwen ontstaat (Cobben et al., 2016). Dit vergt wel de nodige inspanning en tijdsinvestering van alle professionals. Om dit proces te faciliteren is een aangestelde coördinator of iemand met een leiderschapsrol (Supper et al., 2014) op wijkniveau noodzakelijk om deze bijeenkomsten te organiseren en te begeleiden.

Multidisciplinaire teams kunnen verschillende positieve bijdragen leveren aan de kwaliteit van de zorgverlening door verhoogde expertise. Dit is ook een reden waardoor professionals soms samen willen werken; om hun professionele kennis en vaardigheden uit te breiden of verder te ontwikkelen (Supper et al., 2014).

Proces

Communicatie. Communicatie kan persoonlijk of via communicatie instrumenten zoals email of telefoon verlopen. De uitkomst van de communicatie is afhankelijk van het doel, het gebruikte middel, de gegeven informatie en de relatie met de ontvanger. Zoals al eerder is benoemd draagt de frequentie en wijze waarop binnen het team gecommuniceerd wordt bij aan de samenwerking (Gaboury et al., 2009). Het organiseren van overlegmomenten en het hebben van bruikbare communicatiemiddelen bevordert de samenwerking en maakt tegelijkertijd impliciete kennisoverdracht mogelijk. Door samenwerking en communicatie wordt verwacht dat kennisoverdracht tussen de professionals plaatsvindt door middel van onder andere casusbesprekingen.

Overlegmomenten. Volgens Tsakitzidis en Van Royen (2012) omvat interprofessioneel samenwerken een interdisciplinair model waarin professionals overlegmomenten hebben, informatie en kennis uitwisselen en elkaar adviseren. Goede samenwerking kan worden bereikt door diverse factoren gerelateerd aan het teamfunctioneren te optimaliseren. Patiënten zullen voordeel hebben van goede interprofessionele samenwerking (Gaboury et al., 2009).

Machtsrelaties. Volgens Tsakitzidis en Van Royen (2012) draagt interprofessioneel samenwerken bij aan het verminderen van onderlinge competitie tussen de verschillende beroepsgroepen als gevolg van verschillen in macht, status, geslacht en opleiding. De omgeving waarin professionals samenwerken, de menselijke interacties en machtsstrijd kunnen invloed hebben op interprofessionele samenwerking (D'Amour et al., 2005). De verwachting is dat communicatie en persoonlijk contact belangrijke factoren zijn welke bijdragen aan het bevorderen van de samenwerking tussen de wijkspecialist en de eerste lijn. Van wijkspecialisten die nauwelijks of geen mondelinge, geschreven en/of persoonlijk contact hebben gehad met de eerste lijn wordt verwacht dat de samenwerking niet positief wordt ervaren.

Output

Kennisoverdracht. Interprofessionele samenwerking draagt, naast sociale aspecten, bij aan kennisdeling tussen zorgprofessionals. Interprofessioneel samenwerken kan leiden tot het ontstaan van een leeromgeving, het behoud van eigen professionele expertise, en verhoogde aandacht voor de gezamenlijke verantwoordelijkheden voor het zorgproces. Nascholingsprogramma's kunnen een manier zijn van kennisoverdracht (Pronk, 2005). Samenwerking, kennisoverdracht en vertrouwen kunnen een positieve invloed hebben op prestaties. Kennisoverdracht en overleg kan tevens leiden tot onzekerheidsreductie.

Onzekerheidsreductie. Verwacht wordt dat zorgprofessionals die verticaal samenwerken wegens het ontwikkelen van een gezamenlijke werkwijze beter zullen samenwerken omdat rekening met alle disciplines wordt gehouden (Pronk, 2005; Valentijn, 2019). Hiernaast creëert deze samenwerking ook bewustzijn van het grotere netwerk waarin een professional functioneert (Thylefors et al., 2005). Een mogelijk voorbeeld hiervan is een patiënt met meerdere ziektes of aandoeningen die door meerdere artsen behandeld moet worden. In een dergelijk geval is het van belang dat de nodige patiëntgegevens voor alle artsen beschikbaar zijn, maar ook dat deze artsen met elkaar overleggen en samenwerken zodat de behandeling van de patiënt op een integrale wijze plaatsvindt.

Kwaliteit. Door overleg en elkaar beter leren kennen ontstaat begrip voor elkaars beroep en kunde. Hierdoor wordt de kloof tussen de professionals verkleind en kan dit leiden tot een verbeterde samenwerking en kwaliteit van gezamenlijke zorgverlening (Thylefors et al., 2005; Tsakitzidis & Van Royen, 2012).

Werkplezier. Interprofessionele samenwerking draagt niet alleen bij aan de kwaliteit van de geleverde zorg en behandeling van patiënten (Tsakitzidis & Van Royen, 2012) door een verhoogde expertise en overleg (Thylefors et al., 2005), maar ook door een verhoogde werktevredenheid. Door samenwerking bieden de professionals elkaar sociale- en emotionele steun (D'Amour et al., 2005; Thylefors et al., 2005).

Als gevolg hiervan kan de samenwerking ook leiden tot een verminderende ervaren werkdruk (Gaboury et al., 2009) hetgeen ook invloed heeft op kwaliteit en samenwerking.

Interprofessionele samenwerking kan op verschillende manieren bijdragen aan de zorgverlening, maar ook zijn er enkele mogelijke knelpunten en uitdagingen waar rekening mee moet worden gehouden (Kvarnström, 2008). Denk bijvoorbeeld aan het overschrijden van rollen en taken, het niet voldoen aan verwachtingen of afspraken, beperkt begrip over elkaars beroepen en bevoegdheden en beperkte kennisoverdracht tussen de verschillende beroepen (Supper et al., 2014). Hiernaast speelt financiering vaak ook een rol omdat de samenwerking tijd en inzet kost.

2.4. Verwachtingen van het onderzoek

Naar aanleiding van het theoretische kader zijn de onderstaande verwachtingen geformuleerd. Als eerste wordt verwacht dat goede *input* en *processen* elkaar onderling positief zullen beïnvloeden en ook zullen leiden tot positieve *output*. Vice versa geldt ook dat negatieve *input* en *processen* elkaar slecht zullen beïnvloeden en tot negatieve *output* zullen leiden. Van belang hierbij is dat de *input* als de *processen* binnen het samenwerkingsverband zowel elkaar als de *output* beïnvloeden. Indien er aan bepaalde randvoorwaarden zoals regulier contact, wederzijdse inzet en samenwerkingsvaardigheden worden voldaan is de verwachting dat er een succesvolle samenwerking zal zijn.

Indien er binnen het samenwerkingsverband van de wijkspecialist met de eerste lijn regelmatig contact en communicatie is, wordt er verwacht dat verschillende bijdragen hiervan aanwezig zullen zijn zoals laagdrempelig communicatie, vertrouwen, overdracht van kennis en expertise, verhoogde kwaliteit van zorg, verhoogd werkplezier en onzekerheidsreductie (D'Amour et al., 2005). Verder wordt verwacht dat wijkspecialisten die goed samenwerken met de eerste lijn tevreden zullen zijn over de samenwerking en dat de interprofessionele samenwerking leidt tot betere zorg aan patiënten. Indien niet aan deze randvoorwaarden wordt voldaan wordt verwacht dat de samenwerking niet optimaal zal verlopen. Bij wijkspecialisten die minder goed samenwerken met de eerste lijn wordt verwacht dat er machtsstrijd en conflict aanwezig zal zijn en dat er weinig of geen communicatie zal zijn. De verwachting is als er weinig contact en communicatie is de potentiële bijdragen haast niet aanwezig zullen zijn.

Zoals aangegeven is dus de verwachting dat er zowel een positieve als een negatieve feedback loop bestaat tussen de verschillende fasen binnen het samenwerkingsverband van de wijkspecialist. Het model veronderstelt een rechtlijnig richting van de fases. Echter is de verwachting dat het model de complexiteit van de dynamische samenwerking niet volledig zal dekken. Wellicht zullen er andere factoren de samenwerking beïnvloeden.

Daarnaast bestaat de aanname dat er door de uiteenlopende opleidingen, samenwerkingsvaardigheden en persoonlijke eigenschappen verschillen zullen zijn in de wijze waarop de verschillende casussen met anderen samenwerken en als er sprake is van machtsrelaties. De intrinsieke motivatie over de zinnigheid van deze samenwerking kan ook tussen de casussen verschillen. De beredenering hierachter is dat wijkspecialisten die door hun opleiding gewend zijn om in multidisciplinaire teams te werken beter met andere professionals zullen communiceren en samenwerken, omdat deze vaardigheden bij hun beter ontwikkeld zullen zijn.

Kortgezegd zijn de drie belangrijkste verwachtingen als volgt:

1. Krachtige *input* en *processen* leiden tot meerwaarde op de *output*, zwakke *input* en *processen* leiden tot afwezigheid van meerwaarde op de *output*.
2. Positieve *input*, *processen* en *output* zullen elkaar versterken in een opgaande cyclus. Negatieve *input*, *processen* en *output* zullen elkaar verder verzwakken in een neergaande lijn.
3. Specialist die in hun opleiding aangeleerd is samen te werken zullen eerder een positieve bijdrage leveren aan de samenwerking.

2.5. Besluit

Er zijn diverse factoren die de drie fasen binnen het samenwerkingsverband van de wijkspecialist kunnen beïnvloeden. De *input* fase wordt getypeerd door de factoren type professional, competenties, positionering, kennismaking en vertrouwen. De *processen* fase wordt gekarakteriseerd door de factoren macht, communicatie en overlegmomenten. Als laatste bestaat de *output* fase uit de factoren kennisoverdracht, kwaliteit, onzekerheidsreductie en werkplezier. De fasen *input*, *processen* hebben niet per se direct verband met de *output* van de samenwerking (D'Amour et al., 2005), maar wel heeft de mate van aanwezigheid van de input en proces factoren invloed op de output. Het zijn als het ware randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking. Als de randvoorwaarden niet voldoende voorkomen dan is de verwachting dat de samenwerking niet goed verloopt. Als de randvoorwaarden wel voldoende voorkomen is de verwachting dat de samenwerking goed verloopt.

3. Methodologische verantwoording

In dit hoofdstuk worden de gebruikte methoden en technieken omtrent het empirisch kwalitatief onderzoek verantwoord (paragraaf 3.1.). Verder worden de operationalisatie (paragraaf 3.2.), de analyse methode (paragraaf 3.3.) en de kwaliteitscriteria (paragraaf 3.4.) besproken.

3.1. Onderzoeksmethoden: Kwalitatieve benadering

Door de passende aansluiting op de doel- en vraagstelling is voor dit scriptieonderzoek gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren (Boeije, 2005; Silverman, 2010). Er zijn semigestructureerde interviews uitgevoerd om antwoord op de centrale onderzoeksvraag te krijgen (Silverman, 2010). Als doelstelling heeft dit onderzoek het beschrijven van de positionering van wijkspecialisten en de bijdrage die wordt geleverd aan de zorg dicht bij huis in de wijken Overvecht en Zuilen/Ondiep. Kwalitatief onderzoek levert inzichtelijke en rijke gegevens op, waardoor het onderzoek toegevoegde waarde en betekenis krijgt voor de onderzochte doelgroepen. De focus ligt echter op de wijze waarop de respondenten de samenwerking rondom de wijkspecialist ervaren en hoe deze beter gepositioneerd kan worden om een versterkte bijdrage te leveren. Door de focus op de casussen en de respondenten heeft dit onderzoek een interpretatieve insteek (Silverman, 2010). Echter hebben de gekozen onderzoeksmethoden als mogelijke keerzijden de subjectiviteit van zowel de respondenten als de onderzoeker en het beperkte aantal respondenten dat mogelijk niet alle verschillende perspectieven en ervaringen in kaart brengt. Desalniettemin is wel een saturatiepunt bereikt tijdens het onderzoek.

3.1.1. Casusstudie en respondenten selectie

Dit onderzoek richt zich op de positionering van de wijkspecialist binnen de samenwerkingsrelatie met huisartsen. Hiernaast is ook aandacht besteed aan onderzoek of de wijkspecialist een samenwerkingsrelatie met de fysiotherapeuten heeft. De casussen en respondentengroep zijn gekozen naar aanleiding van de wensen van betrokkenen.



Figuur 2. Interprofessioneel samenwerkingsverband

Casusstudies zijn voor het onderzoeksontwerp gekozen omdat die goed aansluiten op het onderzoeksdoel. Dit biedt inzicht in sociale verschijnselen (Miller, 2012). De casusstudies bestaan uit drie casussen uit Overvecht en drie casussen uit Zuilen/Ondiep. Elk casus betreft een wijkspecialist met een bepaald specialisme en eigen persoonlijke eigenschappen en sociale vaardigheden waardoor de casussen op grote lijnen-, maar niet één op één te vergelijken zijn. De wijkspecialisten die aan dit onderzoek hebben meegedaan zijn aan de hand van beschikbaarheid gekozen. Dit onderzoekontwerp biedt hierdoor een ruime analytische basis.

Er is getracht om in totaal 20 kwalitatieve interviews uit te voeren met wijkspecialisten, huisartsen en fysiotherapeuten om vanuit verschillende perspectieven data te vergaren en tot representatieve en betekenisvolle resultaten te komen. Door gebrek aan respons van fysiotherapeuten uit Overvecht is het niet gelukt om hun perspectief mee te nemen in dit onderzoek. Hierdoor hebben er maar 17 respondenten meegedaan aan het onderzoek. Van de 17 geplande interviews zijn er 16 interviews uitgevoerd in persoon. Eén interview is niet uitgevoerd. De nodige data is via een vragenlijst verkregen. Dit zijn twee limitaties van dit onderzoek. Mogelijke gevolgen hiervan zijn dat er minder rijke data is verkregen omdat er geen vervolgvragen gesteld konden worden en ook omdat de respondentengroep beperkt was. Om deze limitaties te ondervangen zijn aan alle respondenten over de eigen beroepsgroep en de andere beroepsgroepen vragen gesteld. Dit geeft in ieder geval gedeeltelijk inzicht in de stand van zaken.

In Overvecht is data verkregen van zeven respondenten en in Zuilen/Ondiep van tien. In Overvecht zijn naast wijkspecialisten vier huisartsen geïnterviewd waarvan twee tevens initiatiefnemers zijn. De gemiddelde leeftijd van de respondenten van Overvecht is 50 jaar. In Zuilen/Ondiep zijn naast wijkspecialisten vier fysiotherapeuten en drie huisartsen geïnterviewd waarvan één van de fysiotherapeuten en één huisarts ook initiatiefnemers zijn. De gemiddelde leeftijd van de respondenten in Zuilen/Ondiep is 48 jaar. De fysiotherapeuten zijn voor de behandeling van hun patiënten verbonden aan de huisartsen van de patiënt. Hierdoor is er gekozen om bij drie verschillende gezondheidscentra een huisarts en een fysiotherapeut te selecteren die ervaring hebben met samenwerken. De verhouding van gender van de respondenten is als volgt; elf van de zeventien respondenten waren mannen (64.7%) en zes van de zeventien vrouwen (35.3%). Bovenstaande gegevens zijn bedoeld om de samenstelling van de respondenten weer te geven, maar zijn niet meegenomen als relevante indicatoren voor dit onderzoek.

In het overzicht hieronder (Tabel 2. Respondenten overzicht) is een overzicht van alle respondentengroepen te zien.

	Aantal interviews	Respondenten	Opmerkingen
Overvecht	3	Wijkspecialisten: Casus 1 Casus 2 Casus 3	Waarvan 1 tevens initiatiefnemer
	4	Huisartsen	Waarvan 1 tevens initiatiefnemer
	0	Fysiotherapeuten	Door gebrek aan respons geen respondenten gekregen
Zuilen/Ondiep	3	Wijkspecialisten: Casus 4 Casus 5 Casus 6	
	3	Huisartsen	Waarvan 1 tevens initiatiefnemer
	4	Fysiotherapeuten	Waarvan 1 tevens initiatiefnemer
Totaal	17		

Tabel 2. Respondenten overzicht

De casussen zijn op basis van *most similar, most different systems design* (MSSD, MDSD) geselecteerd om de casussen per wijk met elkaar te vergelijken. Vergeleken met MDSD is MSSD nauwkeuriger in het vinden van verschillen en overeenkomsten tussen de casussen (Anckar, 2008). Er is voor MSSD gekozen omdat de casussen vergelijkbaar moeten zijn qua *input* en *proces* van de samenwerking. Hiernaast moeten de casussen alleen verschillen in de afhankelijke variabele, de werkelijke *output*, van de samenwerking. Hierdoor is het gemakkelijker om te verklaren welke onafhankelijke variabelen de aanwezigheid of afwezigheid van de afhankelijke variabele beïnvloeden (Anckar, 2008). Tevens biedt het een mogelijke verklaring waarom de *output* tussen de casussen verschillend zijn. Een limitatie van deze methode is het beperkt aantal casussen die zijn geselecteerd waardoor de verklarende factoren wellicht niet helemaal zijn uitgediept. Bij de toepassing van MSSD als vergelijkend ontwerp is ervan uit gegaan dat de afhankelijke variabele (bijdragen van de wijkspecialist als samenwerkingsvorm) in alle casussen in één of ander vorm voorkomt. De onafhankelijke variabelen (de factoren van het theoretische kader) kunnen per casus in grote lijnen overeenkomen, maar kunnen nooit gelijk zijn.

Er is getracht om de respondentengroepen en de casussen met elkaar te laten overeenkomen met betrekking tot de onafhankelijke factoren zoals type professional en locatie. Tussen de wijken komen alleen twee casussen (één per wijk) met elkaar overeen met betrekking tot de type professional en specialisme. Door gebrek aan respons en beschikbaarheid is het niet gelukt om in beide wijken dezelfde type casussen te krijgen en ook niet om in beide wijken fysiotherapeuten te krijgen als respondent.

De casussen kunnen op basis van MDSD (methode van gelijkenis) vergeleken worden omdat ze van elkaar verschillen op variabelen zoals soort specialismen, communicatie frequentie en locatie. Bovendien is er vanuit gegaan dat de bijdragen (afhankelijke variabele) en de oorzaak (onafhankelijke variabele) tussen de casussen hetzelfde zijn. Hoewel de casussen qua input en processen dezelfde factoren hebben is de mate waarop deze worden ingezet anders. Omdat de casussen MSSD (verschilmethode) zijn is het moeilijk om concrete conclusies te trekken over wat de oorzaken van de output (de bijdragen van de samenwerking) zijn. Er zijn aan de hand van de casussen en de verkregen data die geanalyseerd zijn volgens het theoretische kader algemene verbanden en conclusies getrokken.

3.1.2. Dataverzameling: gecombineerde kwalitatieve onderzoeksmethoden

Het onderzoekstraject is in drie fasen uitgevoerd. In de explorerende fase is ten eerste het onderzoeksonderwerp verkend middels een documentenanalyse van gespreksnota's, presentaties en rapporten. Ten tweede is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de concepten (zorg)professionals en interprofessionele samenwerking in de zorgsector. Hiernaast zijn er twee verkennende gesprekken gevoerd met relevante betrokkenen bij dit project.

In de uitvoeringsfase zijn de theoretische concepten geoperationaliseerd en is aan de hand hiervan een topiclijst opgesteld als leidraad voor de semigestructureerde diepte interviews (Maxwell, 2012). De interviews hadden een duur van tussen de 20 á 60 minuten met uitzondering van één waarvan data door beperkte beschikbaarheid van de respondent middels een vragenlijst is verkregen.

De semigestructureerde interviews zijn met goedkeuring van de respondenten opgenomen. Door gebruik te maken van een topiclijst kan het onderzoek gereproduceerd worden.

De topiclijst en interviewvragen hebben ervoor gezorgd dat het verband met de verkennende en beschrijvende deelvragen van dit onderzoek niet verloren zijn gegaan (Maxwell, 2012). Dit betekent dat alle deelvragen bij alle respondenten zijn onderzocht en dat de percepties en ervaringen van respondenten zijn verkend en beschreven (De Bie & Visser, 1986). De topiclijst en semigestructureerde interviews bieden de vrijheid om diepgaand in te gaan op bepaalde onderwerpen en geeft ook de respondenten de gelegenheid om elk onderzoeksonderwerp uitgebreid toe te lichten. Deze methode kan vernieuwende inzichten bieden. Semigestructureerde interviews dragen hierdoor bij aan het verkrijgen van rijke en verklarende onderzoeksresultaten.

In de laatste fase, de analyse fase, is de verzamelde data geanalyseerd. Voor het doeleinde van dit onderzoek is het niet noodzakelijk geweest om de interviews voluit te transcriberen omdat de tekstuele inhoud niet gecodeerd en geanalyseerd moest worden. Wel zijn relevante notities gemaakt tijdens de interviews en zijn de interviews gedeeltelijk uitgeschreven om zo verbanden tussen de verschillende casussen en interviews te kunnen trekken. Dit is aan de hand van de theoretische concepten gedaan.

Een mogelijke consequentie, maar tegelijkertijd mogelijk voordeel van deze keuze is dat de interviews geïnterpreteerd zijn aan de hand van de context en hoe het gesprek is verlopen in plaats van puur op de concepten die zijn benoemd. Hierdoor is het mogelijk om ook emotie mee te nemen en zo de data te verrijken. Als gevolg van de data analyse is het theoretische kader aangevuld met nieuwe theoretische concepten die aanwezig blijken te zijn in het IPO model van de wijkspecialist.

3.2. Operationalisatie

De theoretische concepten en de centrale vraagstelling zijn geoperationaliseerd. Er is middels een topiclijst onderzocht welke factoren de bilaterale samenwerking tussen de wijkspecialisten en de eerste lijn bevorderen en/of hinderen. Tevens is onderzocht hoe de positionering van de wijkspecialist hierin een bijdrage levert aan de zorgverlening. Als laatste is gekeken of er sprake is van een samenwerkingsdriehoek tussen de drie onderzochte beroepsgroepen en hoe de wijkspecialist eventueel hierin gepositioneerd is. Deze scriptie wordt afgesloten met enkele aanbevelingen voor de onderzochte doelgroepen en met enkele reflecties op het uitgevoerde onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek.

Enkele voorbeelden van de operationalisatie zijn als volgt. Om na te gaan of kennisoverdracht plaatsvindt is gevraagd naar het bestaan van en participatie aan overlegmomenten tussen de eerste lijn en de wijkspecialisten. In verband met het teamverband en onderlinge afhankelijkheid is gevraagd naar hoe de samenwerking en communicatie verloopt en hoe deze ervaren wordt. Ook is gevraagd naar de huidige positionering van de wijkspecialist, eventuele machtsuitingen en mogelijke verbeterpunten voor de interprofessionele samenwerking. Een overzicht van de operationalisatie van de concepten kunt u vinden in bijlage II – Topiclijst en semigestructureerde vragen.

3.3. Data analyse

De verkregen data is zowel in de uitvoerings- als de analyse fase handmatig uitgewerkt en geanalyseerd. Er is gekozen om geen gebruik te maken van een digitaal analysesysteem omdat het voor het doeleinde van dit onderzoek, het verkrijgen van inzichten rondom de samenwerking en de bijdrage van de wijkspecialist, niet noodzakelijk is geacht. De interviews zijn hierdoor niet letterlijk getranscribeerd.

Na afloop van elk interview zijn de gesprekken in een matrix die in Excel is gemaakt uitgewerkt en bijgehouden (zie tabel 2). In deze matrix is alle verkregen data per theoretisch concept gecodeerd en is het per wijk en ook per respondent en per casus gecategoriseerd. Deze matrix heeft gezorgd voor een overzicht van alle relevante antwoorden en opmerkingen. Dit overzicht is vervolgens per theoretisch concept/vraag geanalyseerd om overeenkomsten, verschillen en uitzonderingen te verzamelen. Tevens geeft het overzicht antwoord op de deelvragen.

De resultaten zijn met literatuur uit het theoretische kader vergeleken. Dit heeft geleid tot het leggen van verbanden en het formuleren van algemene conclusies. Tevens biedt het handvatten voor verbetering van de positionering en de bijdrage van de wijkspecialist. De kwalitatieve insteek van dit onderzoek heeft ertoe geleid dat er aandacht is besteed aan de verschillende perspectieven, wensen en behoeften van de respondenten, met name de algemene klanken van de eerste lijn. In brede zin zijn er tussen de casussen en de wijken overeenkomsten, verschillen en verbanden getrokken.

Theoretische concepten en indicatoren	Overvecht			Zuilen / Ondiep		
	Casus 1	Casus 2	Casus 3	Casus 4	Casus 5	Casus 6
Input						
Type professional (o.a. opleiding)						
Positionering						
Kennis en bekendheid						
Behoefte vanuit eerste lijn en verhoogde zorg complexiteit						
Proces						
Machtsrelaties						
Communicatie; middelen en frequentie						
Overlegmomenten						
Output						
Kennisoverdracht en verhoogde expertise						
Betere diagnose/ behandelingstraject en verhoogde kwaliteit						
Onzekerheidsreductie						
Verhoogde werkplezier						

Tabel 1. Data matrix

3.4. Kwaliteitscriteria: betrouwbaarheid en validiteit

De kwaliteit, de betrouwbaarheid en de validiteit van de verkregen data zijn belangrijke criteria voor goed onderzoek (Hart et al., 2005). Volgens Baarda et al. (2012) is in kwalitatief onderzoek de bescherming van de gegevens essentieel. De casus- en respondentenselectie, topiclijst, interviewproces en gegevensverzameling zijn allemaal met zorg gedaan. Hiernaast zijn er andere vereisten van belang voor gedegen onderzoek. Er is rekening gehouden met ethiek; vrijwillige deelname; relevante informatie en anonimiteit/privacy (Boeije, 2005). Alle respondenten zijn volledig geïnformeerd over het educatieve doel en de methodologie van dit onderzoek. De respondenten zijn vóór en na elk interview aangemoedigd om vragen te stellen over het onderzoek. Alle respondenten hebben, mondeling dan wel per mail, toestemming gegeven voor zowel hun deelname aan het onderzoek als het opnemen van de interviews. Alle data en resultaten zijn geanonimiseerd waardoor de identiteit van de respondenten niet te herleiden is.

Betrouwbaarheid en validiteit zijn essentiële kwaliteitscriteria voor het waarborgen van kwalitatief onderzoek (Boeije, 2005). Betrouwbaarheid is gerelateerd aan de herhaalbaarheid van het onderzoek. Tevens moeten de resultaten onafhankelijk zijn van toeval. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd door het toepassen van de topiclijst en de semi-geformuleerde interviewvragen. Naast betrouwbaarheid zijn voor kwalitatief onderzoek zowel interne als externe validiteit van belang (Bryman, 2012). Interne validiteit betreft juistheid van de beschreven verbanden en conclusies. Externe validiteit is de mate waarin de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn naar andere contexten of vraagstukken dan die in het onderzoek. Over het algemeen betreft validiteit zowel de legitimiteit van de onderzoeksvraag als de zinvolheid, integriteit en geloofwaardigheid van de conclusies.

De generaliseerbaarheid van dit onderzoek op lokaal niveau groot, omdat er diverse soortgelijke maatschappelijke projecten zijn en omdat de wijken waarin het onderzoek is uitgevoerd vergelijkbaar zijn. Verder biedt de wetenschappelijke onderzoeksvraag de mogelijkheid om het onderzoek naar een bredere context, zoals andere wijken, te trekken.

De validiteit is gewaarborgd door het toepassen van een theoretische triangulatie door het uitvoeren van een literatuuronderzoek en door objectieve conclusies te trekken uit de geanalyseerde data. Verder is aandacht besteed aan het feit dat de onderzoeker een bepaalde vooringenomenheid heeft waardoor eigen subjectiviteit de interpretatie van gegevens kan beïnvloeden (Hart et al., 2005). Om validiteit te waarborgen is de interpretatie van de onderzoeker tijdens de interviews geverifieerd met de respondenten (Baarda, 2013; Boeije, 2005; Hart et al., 2005). Tevens zijn respondenten gestimuleerd om open te zijn en relevante gegevens te delen. Om objectiviteit te waarborgen zijn de interviews uitgewerkt en zijn alleen op basis van de data conclusies en verbanden getrokken. Mogelijke limitaties van de dataverzameling en analyse zijn; onbekendheid met respondenten, vooringenomenheid, persoonlijke meningen, openheid van respondenten, momentopname. Deze factoren kunnen leiden tot verschillende resultaten bij een herhaalonderzoek.

4. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van de onderzochte casussen gerapporteerd. De bevindingen zijn volgens de drie fasen van het IPO model van het theoretisch kader ingedeeld om de koppeling aan de literatuur overzichtelijk weer te geven.

4.1. De wijkspecialist in Overvecht

4.1.1. De Input

Gebaseerd op de casussen van Overvecht wordt de *input* van het samenwerkingsverband de wijkspecialist gekenmerkt door de factoren; *type professionals*, *positionering* en *bekendheid* van de wijkspecialisten in de wijk. Hiernaast wordt het gekenmerkt door factoren zoals de *behoefte* vanuit de eerste lijn en *financiering* van het project.

Input			
Overvecht	Casus 1	Casus 2	Casus 3
Type professional	De wijkspecialist iemand die geïnteresseerd is in overleg met de eerste lijn en die de meerwaarde hiervan inziet.	De wijkspecialist stelt zich op als laagdrempelig benaderbaar voor de huisartsen, met name voor logistieke vragen.	De wijkspecialist wordt gekenmerkt door het bezitten van bepaalde competenties zoals samenwerkingsvaardigheden. Vergeleken met andere willekeurige specialisten bezitten de wijkspecialisten deze competenties in hogere mate.
Positionering	Deze wijkspecialist heeft contact met huisartsen en niet met fysiotherapeuten. Volgens de wijkspecialist is er laagdrempelig contact ontstaan met 4 - 5 huisartsen die actief de wijkspecialist vragen/casuïstiek toesturen per email. Dit is een klein aantal. Deze vragen zorgen ervoor dat patiënten in de eerste lijn blijven. Dit vindt de wijkspecialist prettig.	De wijkspecialist is aan het begin van het project langs enkele huisartsenpraktijken geweest voor kennismaking. Volgens de wijkspecialist zijn deze huisartsen ook degene die vragen sturen. Omdat de wijkspecialisten vanuit het ziekenhuis werken is het volgens hen belangrijk om contact te hebben met huisartsen. Anders weten ze niet wat er bij hen in de praktijken speelt en waar ze tegenaan lopen.	Volgens deze wijkspecialist is opschaling van het project belangrijk om een gedeelte van de zorg (alweer) in de eerste lijn te leveren. Dit zou in het kader van andere vormen van samenwerken met de eerste lijn of middels het ziekenhuis breed beleid moeten kunnen.
Kennis en bekendheid	Volgens respondenten is de aller grootste uitdaging dat professionals niet weten dat de wijkspecialist bestaat of deze niet (goed) kennen.	Deze wijkspecialist wordt door 1 á 2 huisartsen benaderd. Het is niet bekend of dit komt door gebrek aan bekendheid of door de behoefte vanuit de eerste lijn.	Beperkte deelname van huisartsen/fysiotherapeuten. Een beperkt groepje is actief.
Behoefte vanuit eerste lijn en verhoogde zorg complexiteit	De wijkspecialist heeft beperkte beschikbaarheid door volle werkagenda's, andere neventaken en/of projecten die binnen de wijk lopen. Het initiatief om structurele onderwijsmomenten te organiseren ligt bij zowel de wijkspecialisten die het kunnen aanbieden, maar vooral bij de huisartsen die moeten aangeven wat hun behoefte is.	Alle zorgprofessionals hebben beperkte beschikbaarheid door volle werkagenda's, andere neventaken en/of projecten die binnen de wijk lopen.	Alle zorgprofessionals hebben beperkte beschikbaarheid door volle werkagenda's, andere neventaken en/of projecten die binnen de wijk lopen. Versnipperde locaties ziekenhuis, en verschillende praktijken. Dit draagt bij aan het feit dat de professionals elkaar niet regelmatig zien

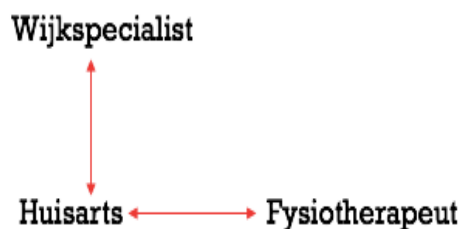
Financiering (n.a.v. interviews)	In het kader van deze samenwerking is de hoeveelheid extra werk dat een wijkspecialist verricht relatief gering. Door hun beperkte beschikbaarheid en volle agenda's vinden deze wijkspecialist en sommige respondenten het goed dat er een vorm van financiering geregeld wordt. Dit zou ook een aansporing zijn voor professionals die minder intrinsiek gemotiveerd zijn.	Vragen formuleren vanuit de eerste lijn en vragen beantwoorden vanuit de tweede lijn kost tijd en gaat ten koste van eigen productie of vrije tijd. Een honoreringssysteem wordt als een nodige voorwaarde gezien zodat professionals zich meer gaan inzetten.	De afgelopen jaren zijn de werkzaamheden van de wijkspecialist gratis uitgevoerd. Maar een vorm van financiering is noodzakelijk vooral als het project verder wordt uitgerold naar andere vakgroepen bijvoorbeeld.
---	--	--	---

Tabel 3a. Overzichtstabel data met de Input voor elk van de drie casussen

Volgens respondenten dienen wijkspecialisten enerzijds bepaalde competenties zoals samenwerkingsvaardigheden te hebben en anderzijds dienen ze interesse te hebben in overleg met de eerste lijn. Zoals verwoord door respondent 8 *“Het zijn specialisten die goed benaderbaar zijn en het leuk vinden om met huisartsen mee te denken”*. Volgens casus 3 (R14) zou *“elk specialist samenwerkingscompetenties moeten hebben, maar dit is van nature niet het geval”*. Door de speciale taken van de wijkspecialist dienen zij benaderbaar te zijn en kennis en begrip te hebben voor de maatschappelijke context en de eerste lijn zorgverleners van de wijk. Het type professional en zijn/haar benaderbaarheid beïnvloed tegelijkertijd ook de *positionering* die zij binnen het samenwerkingsverband vervullen.

De wijkspecialist is een specialist die affiniteit heeft met de eerstelijnszorg. Het zijn specialisten die het leuk vinden om met huisartsen uit de wijk te overleggen en die zelf kennis hebben van de wijkbewoners of hun context. Volgens een van de respondenten die zelf wijkspecialist is, zijn de nodige competenties niet vanzelfsprekend. Volgens respondent 14; *“Wijkspecialist zijn vraagt wel bepaalde competenties. Je moet kunnen samenwerken. Elk specialist zou daar goed in horen te zijn, maar niet elke specialist heeft dat van nature. Bij de één zal dat iets makkelijker lopen dan bij de ander.”*

In het kader van de samenwerking met de eerste lijn is de wijkspecialist als directe contactpersoon voor de huisarts *gepositioneerd*. Volgens de huisartsen is er in het kader van dit project geen sprake van een samenwerkingsverband met de fysiotherapeuten. Dit perspectief is door casussen 1, 2 en 3 geverifieerd. De fysiotherapeut heeft een samenwerkingsverband met de huisarts, maar staat verder weg van de (wijk)specialist en communiceert in principe niet hier direct mee. De casussen hebben aangegeven dat zij in het kader van de wijkspecialist niet door fysiotherapeuten benaderd worden. Voor fysiotherapeuten zouden mogelijk samenwerkingsverbanden kunnen ontstaan tussen bepaalde relevante wijkspecialisten zoals de orthopeed, de huisarts en de fysiotherapeut. Omdat er in Overvecht geen fysiotherapeuten geïnterviewd zijn, ontbreekt echter hun eigen ervaring. Zie figuur 3 voor een visuele weergave van de positionering van de wijkspecialist tegenover de eerste lijn.



Figuur 3. Communicatielijnen interprofessionele samenwerking

Het project de wijkspecialist bestaat in Overvecht tussen de vijf tot zes jaar. Volgens verschillende respondenten, zoals respondent 4, is het project nog steeds in zijn pilot fase. Het project is als initiatief vanuit de huisartsen geïnitieerd. Respondenten vinden dat het project uit de pilot fase moet en dat er vanuit het ziekenhuis meer ondersteuning zou moeten worden gegeven. Volgens respondenten speelt het gebrek aan een actieve projectcoördinator ook een rol in de positionering. Een coördinator of iemand die een paar uur per maand speciaal voor dit project is aangesteld zou volgens sommige respondenten bijvoorbeeld bijeenkomsten organiseren, kijken hoe het project loopt, en waar nodig bijstellen. Als voorbeeld is het vervangen van non-actieve wijkspecialisten door respondent 4 aangegeven.

Volgens de drie geïnterviewde huisartsen uit Overvecht wordt gebruik gemaakt van de wijkspecialist. Echter waren de respondenten van mening dat het project aan een verdiepingsslag en een sterkere positionering toe is. Volgens respondent 11 uit Overvecht zou het project sterker gepositioneerd moeten worden. Op beleids- en bestuurlijk niveau moeten de betrokken organisaties en professionals gezamenlijk besluiten nemen, middelen beschikbaar stellen en zich helemaal inzetten voor het project. Na 6 jaar is het in Overvecht nog steeds in de pilot fase. Hier moet verandering in komen. Voor wat betreft Zuilen Ondiep dienen er ook vooruitgangsslagen gemaakt te worden met betrekking tot de bekendheid van de wijkspecialist onder de eerste lijn. Op het gebied van communicatie en verbinding valt winst te behalen. Volgens casussen 1 en 3 (R16 en R14) zou de positionering juist versterkt kunnen worden als gebruik wordt gemaakt van de verschillende organisaties en bestaande samenwerkingsverbanden die bestaan om waar mogelijk zorg in de eerste lijn te laten leveren of op grotere schaal anderhalve lijn zorg te leveren. Enerzijds, moet de eerstelijns meer in de leiding komen te staan en ondersteuning van de organisaties krijgen. Anderzijds, moeten de wijkspecialisten meer bekendheid en zichtbaarheid krijgen.

Sommige respondenten hebben behoefte aan een verdiepingsslag in de samenwerking en willen de expertise van de specialist beter kunnen benutten. Dit gebeurt nu niet expliciet, maar wel impliciet via overleg. De casussen geven aan dat zij bereid zijn en *bereikbaar* zijn, maar dat er weinig vraag vanuit de eerste lijn komt. Hoewel alle casussen aangeven dat zij bereid en beschikbaar zijn is het de wens dat er vanuit de eerste lijn initiatief wordt genomen om hun *behoeften* duidelijk aan te geven zodat er hierop kan worden ingespeeld en afgestemd. In Overvecht is het bestaan en de bereikbaarheid van de wijkspecialist bekend bij de respondenten. Zoals verwoord door casus 2 (R15), “*Volgens mij staat mijn email en telefoonnummer gewoon op de huisartsen web. Ze kunnen me altijd bellen en mailen. Dat is op zich geen probleem*”. Om het samenwerkingsverband baat te laten hebben, moet er *behoefte vanuit de eerste lijn* zijn.

Volgens casus 2 is het project opgericht door de stichting en het ziekenhuis, maar ligt het nu aan de wijkspecialisten en huisartsen om hun *behoefte* aan te geven en ook hier aanbod op te geven. Zoals verwoord door casus 1 “*Kijk, wij kunnen onderwijs aanbieden en dat doe ik op onderwerpen waarvan ik denk dat ze zinvol zijn, maar het kan ook een vraag zijn vanuit de huisartsen. Onderwijs moet gaan over aandoeningen die heel veel voorkomen en [...] veel te conservatief behandeld worden*”. Meerdere respondenten hebben aangegeven dat de wijkspecialist vanuit zijn positie en expertise meer zou kunnen bijdragen aan *kennisoverdracht* als *output* van dit samenwerkingsverband. Maar dat het voornamelijk een rol van de eerste en de tweede lijn is om gezamenlijk initiatief te nemen en proactief te zijn indien zij voortgang in dit project willen zien.

Volgens meerdere respondenten speelt wellicht de zichtbaarheid van de wijkspecialisten een rol spelen bij de frequentie waarop er gebruik wordt gemaakt van deze samenwerking. Vergeleken met de start van het project is de frequentie van het aantal vragen gericht aan de wijkspecialisten bij twee van de drie casussen gedaald. Zoals verwoord door casus 2; “*Ik denk dat de zichtbaarheid van de wijkspecialist beter zou moeten zijn. Er zou ook een betere functieomschrijving moeten zijn, dat is een beetje vaag in mijn optiek. Maar ik denk dat wat beter zou moeten is dat we elkaar vaker zien of spreken*”. De *positionering* die de casussen in de wijk hebben, is ook met hun *bekendheid* verbonden. De casussen voeren hun werk uit in verschillende ziekenhuislocaties en huisartsenpraktijken. Dit is volgens casus 1 (R16) ook een reden waardoor de professionals elkaar niet regelmatig zien en elkaar niet goed kennen. De wijkspecialisten verlenen vanuit het ziekenhuis of in eigen privé-tijd ondersteuning aan de basiszorg binnen de eerste lijn. Hiernaast hangt het van de patiënt af met welke ziekenhuis er vanuit de eerste lijn contact moet worden opgenomen. Als de patiënt bekend is bij een specialist van een ander ziekenhuis dan het St. Antonius of bij een bepaalde specialist zal de huisarts wellicht deze eerder benaderen met een vraag in plaats van de wijkspecialist. Dit is ook door andere respondenten gezegd. *Kennis* en *bekendheid* van de wijkspecialisten wordt als een van de grootste uitdagingen gezien.

Financiering is een concept dat naar aanleiding van de interviews aan het theoretisch model is toegevoegd. Alle casussen en huisartsen die gebruik maken van deze samenwerkingsvorm doen dit al enkele jaren vrijwillig omdat zij de meerwaarde ervan inzien. Echter vergt het wel een tijdsinvestering waardoor het ontbreken van een degelijk honoreringssysteem als een knelpunt wordt gezien voor het voortbestaan van dit project. Volgens respondent 12 “*Dat kost tijd. Dan blijft het liefdeswerk van zowel huisartsen als specialisten en dat gaat op een gegeven moment wringen*”. Financiering heeft behalve invloed op het voortbestaan van dit project ook invloed op een mogelijke uitbreiding. Volgens casus 1 draait het om het dekken van tijdsinvestering en eigen productieverlies. De respondent gaaf aan dat dat het huidige tijdsinvestering gering is, maar dat financiering wel een extra prikkel zou kunnen zijn om meer mensen actief te krijgen omdat de nadelen gecompenseerd worden.

Bovendien is een vorm van financiering bij een eventuele uitbreiding van het project een voorwaarde voor de respondenten. Zoals verwoord “*Ik kan de mailtjes binnen een half uur wegwerken. Als het zo veel wordt dat ik er een dagdeel aan kwijt ben dan kun je dat zien als E-Health. Dan is het niet een consult met de patiënt, maar een consult met de huisarts [...] dan krijg je echt een consultantsfunctie en dan mag er wel een financiële vergoeding tegenover staan. Maar de productiviteit van de specialist in het ziekenhuis, even vanuit het financieel perspectief, ligt natuurlijk vrij hoog. Dus als je het aantrekkelijk wilt maken en houden voor ons allemaal dan moet een financieringsstructuur daarvoor geschikt zijn*”.

Aan de positionering is ook vergoedingssysteem gekoppeld. Het project werd aan het begin gefinancierd, maar deze financiering is na de pilot gestopt volgens respondenten. Respondenten handelen vanuit intrinsieke motivatie of vanuit het geloof dat het project de moeite waard was en niet omdat ze er een beloningen voor zouden krijgen. Zoals verwoord door casus 3 (R14) “*In mijn geval heb ik het afgelopen jaren gratis gedaan en dat kan ook, maar uiteindelijk helpt het ook voor uitrol naar andere vakgroepen als er een vorm van financiering is*”. De wijkspecialisten vervullen deze rol vanuit eigen interesse en om meerwaarde te leveren.

4.1.2. De Processen

Volgens de casussen worden de *processen* van de wijkspecialist gekenmerkt door de frequentie waarop er *gecommuniceerd* wordt en de middelen die hiervoor gebruikt worden. Andere kenmerkende factoren zijn *overlegmomenten* en *machtsrelaties* of zoals is gebleken, juist het gebrek hieraan binnen dit samenwerkingsverband.

Processen			
Overvecht	Casus 1	Casus 2	Casus 3
Machtsrelaties	Binnen deze casus gebeurt de samenwerking tussen de wijkspecialist en de eerste lijn op basis van gelijkwaardigheid.	Binnen deze casus gebeurt de samenwerking tussen de wijkspecialist en de eerste lijn op basis van gelijkwaardigheid. De huisartsen waarmee de wijkspecialist een teamgevoel heeft zijn ook degene die vragen sturen.	Binnen deze casus gebeurt de samenwerking tussen de wijkspecialist en de eerste lijn op basis van gelijkwaardigheid.
Communicatie; middelen en frequentie	Vragen via de mail is tijd-technisch handiger. De wijkspecialist van casus 1 heeft voor gedetailleerde vragen een sterke voorkeur voor telefonisch contact. Frequentie van communicatie met huisartsen is tussen de vier tot acht keer per maand. In het kader van “de wijkspecialist” geen vragen vanuit fysiotherapeuten.	De voorkeur gaat ten eerste uit naar e-mail als communicatiemiddel voor vragen. Daarnaast telefonisch. Frequentie van communicatie met huisartsen is tussen de vier tot acht keer per maand. In het kader van “de wijkspecialist” geen vragen vanuit fysiotherapeuten.	De contactgegevens van zowel de specialisten als de wijkspecialisten zijn volgens deze casus op de website van de huisartsen te vinden. Frequentie van communicatie met huisartsen is tussen de vier tot acht keer per maand. In het kader van “de wijkspecialist” geen vragen vanuit fysiotherapeuten.
Overlegmomenten	Jaarlijkse bijeenkomsten waarbij zowel huisartsen en fysiotherapeuten aanwezig zijn wordt belangrijk geacht voor de onderlinge bekendheid van de professionals.	Een jaarlijkse bijeenkomst of overleg kan zowel de eerste als de tweede lijn de mogelijkheid bieden om aan te geven wat hun respectievelijke knelpunten en behoeften zijn.	Jaarlijkse bijeenkomsten worden belangrijk geacht voor kennismaking en betrokkenheid.

Tabel 3b. Overzichtstabel data met de processen voor elk van de drie casussen

De casussen hebben aangegeven dat zij overleg met de eerste lijn waarderen. Zij geven aan dat er geen sprake is van *machtsrelatie* in de samenwerking. Sommige respondenten zijn het hiermee eens. Volgens respondent 8 is er sprake van een gelijkwaardige relatie tussen wijkspecialisten en huisartsen. Zoals verwoord “*Soms zegt iemand van dat had je niet hoeven doen ofzo, maar over het algemeen is het op gelijk niveau. Het is van weet je, jij bent hierin gespecialiseerd jij weet hiervan meer dan ik, maar ik ken de patiënt en achtergrond beter*”. Andere respondenten hebben aangegeven dat patiënten wel een verschil zien en het fijn vinden als huisartsen met een specialist overleggen.

Voor wat betreft *communicatie* worden de casussen met diverse frequenties benaderd. De casussen hebben aangegeven dat vergeleken met de start van het project de frequentie waarop zij benaderd worden met vragen vanuit de eerste lijn over het algemeen is verminderd. Volgens casus 3 “*De algemene ervaringen zijn heel goed, maar binnen het [specialisme] is dat vrijwel beperkt*”. Tevens is het aantal huisartsen die actief de wijkspecialisten benaderen beperkt. Respondenten hebben beperkte *zichtbaarheid* en *bekendheid* van de wijkspecialisten als een mogelijk oorzaak aangegeven. Volgens meerdere respondenten wordt er in Overvecht jaarlijks door een werkgroep een lijst met de contactgegevens van de wijkspecialist bijgehouden en gedeeld met de betrokken huisartsenpraktijken in de wijk. Hierdoor worden ook nieuwe collega’s op de hoogte gesteld. De eerste lijn wordt op deze wijze op de hoogte gehouden van hoe ze contact met de wijkspecialisten kunnen opnemen. Volgens de eerste lijn is het handig om het bestand op de computer op te kunnen slaan om het makkelijk terug te kunnen vinden.

Casussen 1, 2 en 3 ontvangen maandelijks gemiddeld tussen de vier tot acht vragen. De mogelijke bijdrage die de wijkspecialist kan leveren gaat gepaard met de frequentie waarop het overleg en de bijeenkomsten plaatsvinden en de meerwaarde die dit voor betrokken heeft. Casus 1 krijgt gemiddeld 4 á 8 keer per maand een vraag van een groepje huisartsen. Deze frequentie is vanaf het begin constant gebleven. Casus 2 krijgt tegenwoordig gemiddeld vijf vragen per maand. Vroeger was dit gemiddeld vijf vragen per week. Casus 3 krijgt een paar keer per maand vragen van huisartsen. Geen van de casussen krijgt vanuit de rol van de wijkspecialist vragen van fysiotherapeuten. Van de huisarts-respondenten uit Overvecht hebben alle vier sinds de start van het project in 2014 ervaring met de wijkspecialist(en), maar de frequentie waarop zij vragen stellen is dus gedaald.

De vragen worden tussen spreekuren door of in hun vrije tijd beantwoord. Meerdere respondenten hebben aangegeven dat na 5 tot 6 jaar het initiële enthousiasme en de motivatie is weggezakt. Zoals verwoord door respondent 9 “*Ik heb het een tijd minder gedaan, maar sinds we alweer in gesprek zijn geraakt om misschien hier een vervolg aan te geven doe ik het wel vaker. Ik heb het project van dichtbij meegemaakt, maar toen zakte het ook bij mij weg. Je hebt iets nodig om de relatie te onderhouden en ook denk ik informeel met elkaar in gesprek te raken of aan de hand van een onderwerp*”.

De frequentie waarop contact wordt opgenomen met een wijkspecialist heeft volgens de respondenten voornamelijk te maken met enerzijds de soort vragen die zij hebben en de bekendheid en actualiteit van de wijkspecialist. Spoedvragen en patiëntspecifieke vragen zijn niet gepast voor de wijkspecialist. Hiernaast denkt men bij sommige vragen eerder aan de behandelende- of aan de dienstdoende specialist dan aan de wijkspecialist. Dit is enerzijds gerelateerd aan de positionering van de wijkspecialisten waardoor ze uit het vizier raken bij vele respondenten. Anderzijds aan het feit dat de wijkspecialist niet de juiste contactpersoon is voor bepaalde vragen. De wijkspecialist kan dus wel positief bijdragen aan de eerstelijnszorg, maar alleen met betrekking tot bepaalde type vragen en alleen als de eerste lijn vragen stuurt.

Naast de frequentie waarop gecommuniceerd wordt, hebben ook de communicatiemiddelen invloed op de *output* van de samenwerking. De casussen zijn in verschillende mate bereikbaar via de telefoon, de mail en in sommige gevallen ook de beveiligde Siilo app. Over het algemeen ligt de voorkeur van respondenten voornamelijk bij e-mail correspondentie, omdat het tijdsafhankelijk en praktisch is. Voor andere respondenten ligt de voorkeur bij Siilo. E-mail en de Siilo app zijn volgens respondenten laagdrempelig en makkelijk omdat de ontvanger zelf kan bepalen wanneer ze de tijd hebben om te reageren. Telefonisch contact wordt vaak als onpraktisch ervaren omdat het vaak ongelegen uitkomt, maar het is wel handiger als er gedetailleerde informatie uitgewisseld moet worden of als het om een urgente vraag gaat. Het juiste communicatiemiddel hangt af van wat handiger is voor de wijkspecialist, maar het hangt ook af van de gestelde vraag. Zoals verwoord door casus 1 (R16) *“Mail is tijd technisch handiger, maar voor details sterke voorkeur voor telefonisch”*. Volgens casus 2 (R15) *“Soms krijg ik een mail die ik bijvoorbeeld met collega's moet bespreken, dan moet je een moment krijgen om dat te bespreken. Aan de andere kant als ik gebeld word dan is het soms sneller om af te handelen. Maar mail is misschien toch het makkelijkst om antwoord te kunnen geven. Dit geeft mij de tijd om eventueel dingen met collega's te bespreken”*.

Sommige respondenten maken gebruik van de Siilo app om met elkaar te communiceren en vinden dit laagdrempelig en veilig. Anderen die het momenteel niet gebruiken staan er wel open voor, maar er zijn ook een paar respondenten die van mening zijn dat de e-mail het beste middel is. Enerzijds omdat ze weten hoe het systeem werkt en anderzijds is het makkelijk om vragen uit te werken en te versturen.

Verder is de reactietijd waarop wordt gereageerd op vragen een belangrijk element van communicatie. Er kan verschil bestaan tussen de casussen in hoe snel er op een vraag gereageerd wordt. Volgens respondenten is de ene wijkspecialist wat sneller bij reageren dan de ander. Elkaar goed kennen kan het contact laagdrempelig maken, maar het belangrijkste is om tijdig vragen te beantwoorden. Volgens respondent 9: *“Als we het project verder willen uitbreiden moeten we wel bespreken hoeveel tijd we reëel vinden om een antwoord te ontvangen”*.

Uit de interviews bleek dat er verschillende interpretaties waren over de tijdstermijn waarin op elkaar gereageerd zou moeten worden.

Dit is een voorwaarde die besproken en vastgelegd zou moeten worden. Volgens casus 2 (R15) *“Toentertijd is afgesproken binnen 5 werkdagen reageren. Redelijk haalbaar. Soms lukt het niet omdat ik op vakantie ben bijvoorbeeld dan valt het wat later, maar er wordt wel altijd een antwoord gegeven”*. Andere respondenten geven aan dat een paar werkdagen als reactietijd redelijk is omdat vragen die bestemd zijn voor de wijkspecialist geen acute vragen zijn.

Bovendien wordt het organiseren van structurele *bijeenkomsten* of *overlegmomenten* waarbij de wijkspecialisten en de huisartsen elkaar kunnen zien en spreken noodzakelijk geacht voor de relatie tussen de professionals. Het is door haast alle respondenten aangegeven dat er minstens jaarlijks één bijeenkomst georganiseerd zou moeten worden om elkaar beter te leren kennen. De bijeenkomsten zouden zowel informeel als formeel moeten zijn en zouden verschillende vormen kunnen hebben. Volgens casus 2 (R15) is dit belangrijk omdat: *“Als je geen contact hebt weet je ook niet wat er leeft. Misschien één keer per jaar een bijeenkomst of overleg waarbij van beide kanten aangegeven wordt wat er leeft en waar er vraag naar is. Alle wijkspecialisten en alle huisartsen zouden hier aanwezig moeten zijn”*. Door casus 1 (R16) is dit als volgt verwoord *“Meer netwerkbijeenkomsten met huisartsen en fysiotherapeuten gezamenlijk wordt belangrijk geacht”*. Hoewel de respondenten structurele bijeenkomsten belangrijk vinden, hebben alle respondenten aangegeven dat zij drukke agenda's hebben.

Alle respondenten hebben volle agenda's door hun functies, maar ook door neventaken en de wijkspecialist is een taak die extra erbij komt. Zowel de wijkspecialisten als de huisartsen zijn bereid om zich verder voor het project in te zetten, maar er moeten wel veranderingen komen om de bijdrage van de wijkspecialist te versterken. Zoals verwoord door respondent 9 *“Die professionals zijn allemaal druk, dus moeten er echt middelen en mensen beschikbaar komen voor dit als een project verder te brengen”*. Tevens hebben meerdere respondenten aangegeven dat er bepaalde voorwaarden aan deze bijeenkomsten gekoppeld moeten worden om aanwezigheid te stimuleren. Drie voorwaarden die zijn aangegeven zijn dat de bijeenkomsten na werktijd gepland worden, dat de data ruim van tevoren bekend zijn bij betrokkenen en dat elke bijeenkomst een vastgesteld programma heeft dat door inbreng van alle betrokkenen is samengesteld. Volgens respondent 16 zouden de uitnodigingen minstens één maand van tevoren verzonden moeten worden.

Twee andere vormen van bijeenkomsten die door verschillende respondenten zijn besproken zijn het organiseren van bijeenkomsten op afstand zoals videoconferenties en het organiseren van een inloopspreekuur of een soort anderhalve lijn spreekuur. Sommige respondenten vonden de videoconferenties een goed idee omdat betrokkenen na hun werk direct konden inloggen en niet hoeven te reizen, maar anderen vonden het een onprettige manier van communiceren met een groep mensen en tevens dat het juist de bijdrage aan persoonlijk contact minder was. Casus 1 (R16) verwoordde zijn voorkeur voor fysieke bijeenkomsten als volgt; *“Al jarenlang wordt daar over nagedacht, maar ik denk dat het met een groep lastig is. Ik vind ook gewoon in een netwerksetting vind ik face-to-face prettiger. Voor mij gaat het over Overvecht. Als wij niet videoconferentie te doen in Overvecht, maar bij elkaar komen dan hoeft iedereen maar 10 minuten te reizen dus daar vergaat volgens mij het argument tijd”*.

De respondenten hebben aangegeven dat een soort anderhalve lijn, gezamenlijk spreekuur mogelijk toegevoegde waarde zou kunnen hebben voor zowel complexe patiënten als voor de kennisoverdracht naar de eerste lijn. De respondenten hebben echter gedeelde meningen over de beste logistieke organisatie hiervan. Indien er hiervoor wordt gekozen zou een centrale locatie moeten worden uitgekozen.

Twee van de casussen hebben tevens aangegeven dat dit soort overlegstructuur wel een uitbreiding is van het huidige ontwerp van het project en een vorm van financiering hiervoor noodzakelijk zou zijn omdat het meer werk is en omdat het hun eigen spreekuur inkort. Hier zou een honorariumsysteem voor uitgewerkt moeten worden. Een kanttekening hierbij is dat sommige respondenten hier voor open staan, maar dat anderen een soort anderhalve lijn overleg voorbij het doel van de wijkspecialist vonden gaan.

4.1.3. De Output

Deze vorm van samenwerken kan verschillende voordelen hebben. Volgens de casussen en overige respondenten van Overvecht wordt de *output* van de wijkspecialist voornamelijk gekenmerkt door *kennisoverdracht*, een passerende *diagnose en behandelingstraject* en ook door *verhoogd werkplezier*.

Output			
Overvecht	Casus 1	Casus 2	Casus 3
Kennisoverdracht en verhoogde expertise	Volgens deze wijkspecialist is een soort anderhalve lijn spreekuur mogelijk zoals er in twee andere wijken een paar keer per jaar wordt gedaan.	Door de kennismaking en samenwerking met de huisartsen kan de wijkspecialist beter inzien wat hun competenties en behoeften zijn.	De wijkspecialisten kunnen kennis overdragen, maar de huisartsen kunnen verschillende behoeftes hebben. Hierdoor is het belangrijk dat er aangegeven wordt wat zij als groep nodig hebben van de wijkspecialisten. Het organiseren van een gezamenlijk inloopspreekuur zou meer kennisoverdracht kunnen stimuleren, maar dat vraagt voor bepaalde randvoorwaarden zoals een vorm van financiering. Dat gaat volgens de wijkspecialist veel tijd kosten en gaat ten koste van de eigen productiviteit. De wijkspecialist heeft aangegeven dit voor maar een klein groep complexe patiënten nuttig zou kunnen zijn, maar wel kennis overdraagt aan de eerste lijn.
Betere diagnose/ behandelingstraject en verhoogde kwaliteit	Het bespreken van onzekerheden of vragen met huisartsen kan leiden tot een passender behandelingstraject en ook verhoogde kwaliteit van zorgverlening.	De wijkspecialist draagt middels overleg met de huisarts bij aan het diagnostisch traject van de patiënt en dit leidt tot minder verwijzingen.	Volgens deze wijkspecialist is deze samenwerkingsvorm opgezet om het behandelingstraject en kwaliteit te verbeteren middels overleg.
Onzekerheidsreductie	De wijkspecialist draagt door overleg bij aan onzekerheidsreductie bij huisartsen, maar ook bij sommige complexe patiënten.	De wijkspecialist draagt bij aan onzekerheidsreductie bij de eerste lijn door vragen te beantwoorden en zorgen dat patiënten op de juiste plek zorg krijgen.	De wijkspecialist draagt door overleg bij aan onzekerheidsreductie bij huisartsen.
Verhoogde werkplezier	De samenwerking heeft toegevoegde maatschappelijk waarde in het kader van juiste zorg op de juiste plaats.	De samenwerking leidt bij sommige respondenten tot een verhoogd werkplezier.	Deze wijkspecialist heeft benadrukt dat deze samenwerkingsvorm met collega's die je kent het werk kwalitatief beter en volwaardiger, maar ook leuker maakt.

Tabel 3c. Overzichtstabel data met de Output voor elk van de drie casussen

Aan het begin van het project zijn er een aantal bijeenkomsten georganiseerd tussen de wijkspecialisten en huisartsen uit de wijk ter kennismaking en om te netwerken. De bereidwilligheid van alle betrokken was er omdat men dacht dat deze nieuwe vorm van samenwerking de *kwaliteit* van de zorg in de eerste lijn zou verhogen en tegelijkertijd het aantal onnodige verwijzingen in de tweede lijn zou verlagen.

De casussen 1, 2 en 3 zijn vanaf het begin betrokken bij het project. Het gebruik van de wijkspecialist(en) is volgens alle respondenten sindsdien verminderd. De tevredenheidsgraad van de respondenten aangaande het project de wijkspecialist is uiteenlopend. Uit Overvecht geven de respondenten 9, 11, en 12 aan dat het project beter kan. Respondenten 14 en 16 zijn tevreden. Respondent 15 is ontevreden. Hierbij enkele verwoordingen:

“Heel tevreden over de vorm van samenwerking, maar het is aan intensivering toe. Behoeftte aan concreter projectplan en verdieping” (R11).

“Zeker. Ik denk dat op zich het project succesvol is, in zin van dat het doelmatigere zorg oplevert. Er worden verwijzingen voorkomen” (R14)

“Nu niet, omdat er weinig gebruik van wordt gemaakt. Er moet meer bekendheid komen. Mensen moeten meer inzien wat de nuttige functie ervan is” (R12).

“Aanvankelijk wel, liep heel goed. De laatste tijd is [het project] beetje on hold gegaan. Ik heb er weinig aan gedaan en ik denk niet dat het heel goed loopt op dit moment” (R15).

Alle respondenten zien de potentiële meerwaarde van deze samenwerking in en handelen vanuit hun intrinsieke motivatie. Om het project voor te zetten en de inzet van het merendeel van de respondenten te behouden, dienen volgens de respondenten verbeteringslagen te worden gemaakt.

Als de vraag groter wordt, zal dit meer tijd kosten voor zowel de huisartsen die vragen zullen formuleren als voor wijkspecialisten die ze zullen beantwoorden. Voor de vrijgevestigde (wijk)specialisten en de huisartsen betekent dit mogelijk productieverlies of minder vrije tijd. Vergoeding komt tevens hierbij kijken. Aangezien de pilot resultaten van 2014 (Overvecht Gezond!, 2014) hebben aangetoond dat deze samenwerking uiteindelijk kosten bespaart en in het kader van de Krachtige Basiszorg, wordt door verschillende respondenten geacht dat de zorgverzekeraars een vorm van passende financiering voor dit project zouden moeten regelen. Net zoals bijvoorbeeld wordt gedaan bij vergelijkbare projecten zoals de tele-dermatologie. Hoewel het project momenteel niet veel tijd inneemt bij zowel de wijkspecialisten als bij de huisartsen is de financiering wel een factor die invloed heeft op het verder bestaan van dit project en vooral bij verdere uitbreiding.

De huisarts kan de eigen expertise verhogen door overleg met de wijkspecialist en de wijkspecialist leert wat de behoeftes, uitdagingen en deskundigheid van de huisartsen zijn. Net zoals andere respondenten heeft ook R15 aangegeven *“Door de samenwerking en kennismaking met de huisartsen kan de wijkspecialist beter inzien wat de huisartsen wel of niet beheren en zo een beter beeld krijgen van wat de behoefte is”*. Dit geldt ook andersom volgens verschillende respondenten. Zoals verwoord door casus 3 (R14) *“Je weet nooit alles, dus ik denk wel dat je altijd van elkaar kan leren”*. Casus 1 (R 16) is van mening dat *“Ik denk dat daar de meeste winst zit. In het onderwijs gedeelte”*. Met deze resultaten zijn anderen respondenten het hier echter niet mee eens. Zoals verwoord door casus 2 (R15); *“van de huisarts naar de wijkspecialist vindt eigenlijk geen kennisoverdracht plaats”*. Hier wordt vooral wetenschappelijke kennis bedoeld. Zoals verwoord door casus 3 (R14) *“Voor specialisten is het meer kennis brengen dan halen”*. Naast wetenschappelijke kennis is het ook belangrijk om elkaars kunde, behoeftes en struikelblokken te leren kennen. Elkaar beter leren kennen is beter samenwerken en dat leidt ook tot een verhoogd werkplezier onderling. Zoals verwoord door respondent 14: *“het samenwerken met collega’s die je kent is in principe plezieriger werken”*.

Het overleg en kennisoverdracht tussen de eerste en de tweede lijn faciliteert het samenstellen van *passendere diagnose en behandelingstrajecten* voor complexe casussen in de eerste lijn. Dit heeft positieve effecten op de kwaliteit van de zorg. Door casuïstiek of knelpunten te bespreken kan de huisarts mogelijk een passender behandelingstraject zelf inzetten in plaats dat een patiënt wordt verwezen naar het ziekenhuis. Tevens maakt het contact met collega’s en verbeterde kwaliteit van zorg dat de professionals een verhoogd werkplezier kunnen bereiken. Zoals verwoord door casus 3 (R14) *“Dat is niet de enige reden om het te doen, maar het is wel belangrijk te benadrukken”*. Deze samenwerkingsvorm kan tevens leiden tot efficiëntere verwijzingen en doelmatigere zorg omdat vragen uit de eerste lijn laagdrempelig beantwoorden kunnen worden door een wijkspecialist. Zoals is aangegeven door respondent 9 *“Laatst had ik een patiënt en merkte dat ze steeds een andere arts treft bij een bepaald specialisme. Toen heb ik via Siilo de wijkspecialist geappt. De wijkspecialist zei toen dat hij de patiënt ging overnemen om chaos te voorkomen. Daar reageerde de patiënt heel positief op. Dus het levert kwaliteit op misschien doordat mensen meer weten waar ze aan toe zijn en ik vermoed daardoor minder intensief zorg gaan consumeren, als je snapt wat ik bedoel. Het levert ook onzekerheidsreductie bij artsen op, maar ook bij patiënten”*.

Andere respondenten zoals respondent 14 hebben ook aangegeven dat deze samenwerkingsvorm tot minder onnodige verwijzingen naar de tweede lijn verwijst omdat vragen en onzekerheden uit de eerste lijn beantwoord worden. Naast een verbeterde kwaliteit van zorg en zorg op de juiste plek, levert het ook onzekerheidsreductie op voor zowel huisartsen, maar ook patiënten.

4.2. De wijkspecialist in Zuilen / Ondiep

4.2.1. De Input

Het onderzoek van de casussen van Zuilen/Ondiep heeft aangetoond dat de *input* van het samenwerkingsverband van de wijkspecialist gekenmerkt wordt door de factoren; *type professional*, *positionering* en *bekendheid* van de wijkspecialisten in de wijk, de *behoefte* vanuit de eerste lijn en het gebrek aan *financiering*. Het project de wijkspecialist is ongeveer twee jaar geleden in Zuilen/Ondiep als pilot opgezet. Volgens respondenten vallen concrete verbeterings- en concretiseringsstappen te maken indien dit project blijft voortbestaan of naar andere wijken uit wordt gerold.

Input			
Zuilen/Ondiep	Casus 4	Casus 5	Casus 6
Type professional (o.a. opleiding)	De wijkspecialist wordt beschreven als iemand die die contact met huisartsen belangrijk vindt.	De wijkspecialist is een specialist die affiniteit heeft met de eerstelijnszorg.	De wijkspecialist faciliteert het sneller schakelen tussen eerste- en de tweede lijn door laagdrempelig overleg.
Positionering	De professionals hebben beperkte beschikbaarheid en hun agenda's staan vol met overleggen. Volgens deze wijkspecialist heeft dit project geen prioriteit, terwijl het wel een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren. Huisartsen nemen direct contact met de wijkspecialist bij vragen. Fysiotherapeuten hebben direct contact met huisartsen. Bij eventuele vragen die bestemd zijn voor de wijkspecialist wordt het door de huisarts doorgestuurd.	De wijkspecialist stelt zich laagdrempelig op voor overleg met de huisartsen, maar ontvangt haast geen vragen. Het betreffende specialisme is maar een klein deel van waar huisartsen zich mee bezig houden. Er worden weinig vragen gesteld. De positionering lijkt niet erg zichtbaar en ook niet sterk.	Deze wijkspecialist ontvangt weinig vragen van een klein aantal huisartsen. Het kan zijn dat de positionering niet zichtbaar genoeg is voor andere huisartsen.
Kennis en bekendheid	Bij het begin van het project is deze wijkspecialist langs enkele huisartsenpraktijken geweest voor kennismaking, maar heeft dit de afgelopen jaren niet meer gedaan. Dit komt onder andere door beperkte tijd.	De wijkspecialist van deze casus geeft aan bereikbaar en bereid te zijn om vragen te beantwoorden, maar door beperkte beschikbaarheid wordt het niet zinvol geacht om meer te doen aan de beschikbaarheid en bekendheid als er geen duidelijke behoefte is vanuit de eerste lijn.	Er zijn twee huisartsen die deze wijkspecialist af en toe met een vraag benaderen. Door het beperkte aantal huisartsen lijkt het alsof de bekendheid niet groot is.
Behoeft vanuit eerste lijn en verhoogde zorg complexiteit	Volgens de wijkspecialist en andere respondenten is de motivatie van het project weggezakt, ondanks dat er huisartsen zijn die nog enthousiast zijn.	Deze casus ontvangt jaarlijks sporadisch een vraag vanuit specifieke huisartsen met wie er vaker wordt samengewerkt. Door de lage frequentie van vragen en huisartsen die contact opnemen roept dit de vraag op of er vanuit andere huisartsen wel behoefte is aan deze wijkspecialisme.	Door het lage aantal vragen die de wijkspecialist ontvangt lijkt het alsof de behoefte aan overleg en ondersteuning beperkt is. De wijkspecialist heeft aangegeven een tijd minder actief te zijn geweest, maar omdat de betrokken alweer in gesprek zijn geraakt over het project is hij weer actiever geworden.

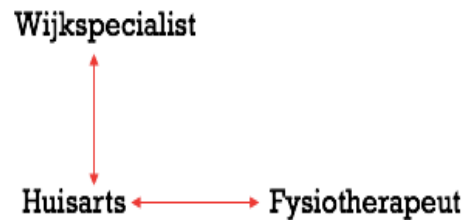
Zuilen/Ondiep	Casus 4	Casus 5	Casus 6
Financiering (onderwerp n.a.v. interviews toegevoegd)	Voor deze wijkspecialist speelt financiering geen enkel factor, om hij deze rol vanuit eigen intrinsieke interesse uitvoert. Tevens kost het momenteel niet veel tijd. Maar binnen deze casus blijkt dat financiering een aansporing zou kunnen zijn voor anderen om (actiever) gebruik te maken van dit samenwerkingsverband.	Voor deze wijkspecialist speelt financiering geen rol zolang de tijd die nodig is om de mailtjes te beantwoorden beperkt is. Indien de behoefte groter wordt en het dagelijks tijd kost dan zal een vorm van compensatie nodig zijn.	Geen data voor deze casus.

Tabel 4a. Overzichtstabel met de Input voor elk van de drie casussen van Zuilen/Ondiep

Wijkspecialisten zijn bepaalde type professionals. Respondenten 10 en 16 hebben, net als andere respondenten, ook aangegeven dat wijkspecialisten vergeleken met een groot deel van de specialisten die in het ziekenhuis rondlopen verschillen. Wijkspecialisten hebben interesse in overleg met de eerste lijn, bezitten bepaalde professionele competenties zoals samenwerkingsvaardigheden en stralen geen arrogantie uit. Volgens respondenten is het iemand die contact met de eerste lijn belangrijk vindt en die op basis van gelijkwaardigheid samenwerkt. Zoals verwoord door respondent 6 *“iemand die laagdrempelig is, interesse heeft in samenwerking met de wijk en die er ook meer tijd voor heeft”*.

Volgens enkele respondenten loopt ondanks de bereidwilligheid van de wijkspecialisten de communicatie niet altijd soepel. Zoals ervaren door respondent 4 kan dit worden veroorzaakt door op sociaal niveau *“geen klik”* te hebben met de betreffende wijkspecialist waarbij zelfs weerstand zou kunnen ontstaan. Deze wijkspecialist zou *“bevlogen”* zijn, overlegde niet, maar gaf instructies aan de respondent. Volgens deze respondent speelde bij deze wijkspecialist *status* en *positionering* wel een rol bij de wijze waarop werd samengewerkt. Hoewel deze wijkspecialist geen deel uitmaakte van het onderzoek is het van belang om aan te geven dat naast de professionele eigenschappen ook persoonlijke eigenschappen bepalend kunnen zijn voor de samenwerking. Naast de professionele eigenschappen zijn ook andere eigenschappen besproken die invloed kunnen hebben op de samenwerking. Volgens respondent 4 heeft leeftijd geen invloed op het gedrag van professionals, maar volgens respondent 3 lijkt leeftijd wel invloed te hebben. Volgens de respondent staan de jongere professionals over het algemeen meer open voor overleg en kennisoverdracht dan de ervaren professionals. Hoewel dit een gevoelsmatige bewering is, is hier geen concreet bewijs van. Wel is het zo dat er een beperkte groep specialisten is die de rol van wijkspecialist vervult. Deze rol vervullen zij vanaf het begin van het project.

In het kader van de samenwerking met de eerste lijn is de wijkspecialist als directe contactpersoon voor de huisarts gepositioneerd. De wijkspecialisten verlenen vanuit het ziekenhuis of in hun privétijd ondersteuning aan de basiszorg binnen de eerste lijn. Ten aanzien van de eerste lijn is de wijkspecialist zodanig gepositioneerd dat hij dichterbij de huisartsen staat dan de fysiotherapeuten. Huisartsen hebben sinds de kennismakingsbijeenkomsten vaker dan fysiotherapeuten gebruikgemaakt van de wijkspecialist, maar volgens de casussen waren het een heel beperkt aantal huisartsen die contact opnamen met vragen.



Figuur 3. Communicatielijnen interprofessionele samenwerking

Huisartsen hebben directe toegang en contact met de wijkspecialist indien zij dit nodig vinden. Als hoofdbehandelaar kan de huisarts de wijkspecialist consulteren. De wijkspecialist en huisarts overleggen complexe patiënten en maken gezamenlijk afspraken over behandeling van complexe patiënten door huisarts waarbij er geen verwijzing nodig is. Van de geïnterviewde eerstelijns zorgverleners uit Zuilen/Ondiep maakt alleen één nog actief gebruik van de wijkspecialist. Hoewel de frequentie afgelopen jaren naar eigen zeggen ook is verminderd. Volgens respondent 4 zijn er geen concrete cijfers, maar heerst wel het gevoel dat er minder onnodige verwijzingen naar de tweede lijn zijn als gevolg van consultatie met een wijkspecialist. Om dit te kunnen bewerkstelligen is een professionele relatie en intercollegiale consultatie tussen de eerste lijn en de wijkspecialist van belang.

Bij patiënt-specifieke vragen nemen de respondenten eerder contact op met de behandelende of dienstdoende specialist en niet de wijkspecialist (R1, R2, R3, R5). Enkele redenen hiervoor zijn dat de patiënt bij de behandelende of dienstdoende arts al bekend is, toegankelijk en makkelijker te bereiken is. Respondent 2 beschreef het als de logischere route: *“Ik ken hem niet, dus dat is het niet, maar wel de behandelaar van mijn patiënt. Dat vind ik een logischere route. Hun zeggen dat het makkelijker is, maar het is logisch”*. Over het algemeen ervaren huisartsen momenteel weinig toegevoegde waarde van de wijkspecialist. Het is vaak sneller, maar ook zeker praktischer om de behandelende specialist te bellen/mailen bij specifieke vragen omdat deze de geschiedenis van de patiënt kent. Bij algemene vragen is het vaak praktischer om de dienstdoende specialist te bellen omdat deze makkelijker te bereiken is. Men weet welke nummer gebeld moet worden en welke vragen gesteld kunnen worden.

In Zuilen Ondiep waar de fysiotherapeut bewust is van het bestaan van de wijkspecialist wordt de huisarts als tussenschakel richting de wijkspecialist als inefficiënt en lastig ervaren. Dit is voornamelijk door de fysiotherapeuten, maar ook door sommige huisartsen aangegeven. De fysiotherapeuten hebben geen ervaring met het samenwerkingsverband van de wijkspecialist of ze hebben een negatieve ervaring gehad bij vragen stellen aan de wijkspecialisten. In relatie tot de fysiotherapeuten zou er een samenwerkingsverband kunnen ontstaan met de relevante wijkspecialisten en de huisartsen. Dit bleek volgens twee leden van de organiserende stichtingen wel de bedoeling te zijn, maar volgens de respondenten is hier momenteel geen sprake van. De fysiotherapeut heeft een samenwerkingsverband met de huisarts, maar staat verder weg van de wijkspecialist en heeft hiermee in principe geen directe communicatie. In het geval dat een fysiotherapeut een vraag aan de wijkspecialist zou willen stellen zou het volgens de respondenten in principe volgens formele richtlijnen moeten.

Alle geïnterviewde fysiotherapeuten zouden een toegankelijker communicatielijntje met de wijkspecialist willen. Twee van de drie geïnterviewde huisartsen waren het eens met de mening van de fysiotherapeuten. Tevens was één van de huisartsen van mening dat de huisarts als poortwachter de “regie” moet houden en het fijner en nuttiger is dat vragen of verzoeken van de fysiotherapeut voor de wijkspecialist via de huisarts lopen. Zoals verwoord door respondent 4 *“Ik vind het fijn dat een vraag of verzoek van de fysiotherapeuten via mij aan de wijkspecialist wordt doorgespeeld. Als huisarts voel ik me regisseur en coördinator van alles wat medisch loopt”*. De respondenten hadden tegenstrijdige meningen over de meerwaarde en mogelijke noodzaak voor een samenwerkingsverband tussen fysiotherapeuten en de wijkspecialisten. Persoonlijke kenmerken spelen dus ook een rol in hoe professionals samenwerken.

De fysiotherapeuten hebben hun eigen expertise en vinden niet dat ze eerst met de huisarts moeten overleggen voordat ze een patiënt kunnen doorverwijzen. Fysiotherapeuten in Zuilen/Ondiep hebben alleen bij een directe verwijzing van de specialist direct contact en toegang tot de specialist. Bij bijna alle gesproken fysiotherapeuten, behalve één, was dit het geval. Bij de uitzondering ging het om een fysiotherapeut die zichzelf als assertief beschreef en die door een nevenfunctie wat meer status en zeggenschap had waardoor hij wel direct met de wijkspecialist contact zou opnemen indien dit gewenst was. Voor de fysiotherapeuten geldt ook dat het vaak praktischer is om de dienstdoende specialist of de behandelende specialist te bellen met patiënt-specifieke vragen. Dit komt omdat deze specialisten snel bereikbaar waren, bij hen bekend waren, de patiënt kende en geen problemen met het delen van patiëntgegevens waren. In Zuilen/Ondiep blijkt wel dat fysiotherapeuten vanaf het begin ook zijn betrokken bij het project echter maken zij vergeleken met de geïnterviewde huisartsen minder beroep op de expertise van de wijkspecialist. In Overvecht blijkt er geen sprake te zijn van een samenwerkingsverband tussen wijkspecialisten met fysiotherapeuten.

De casussen 4, 5 en 6 zijn vanaf het begin (5 tot 6 jaar geleden) betrokken bij het project. Volgens de respondenten is er behalve aan het begin van het project geen of weinig contact meer opgenomen met de wijkspecialist. Hoewel niet alle respondenten gebruik maken van de wijkspecialist zien de meeste wel de potentiële meerwaarde van deze samenwerking in. De wijkspecialisten en de respondenten die er wel gebruik van maken handelen vanuit intrinsieke motivatie en omdat zij de meerwaarde ervan inzien of omdat er een goede wederzijdse relatie is. Om het project voor te zetten en de inzet van het merendeel van de respondenten te behouden dienen volgens de respondenten veranderingslagen te worden gemaakt. Als de vraag groter wordt, zal dit meer tijd kosten voor zowel de huisartsen die vragen zullen formuleren als voor wijkspecialisten die ze zullen beantwoorden.

Alle respondenten van Zuilen/Ondiep hebben aangegeven dat zij tijdens een initiële bijeenkomst tijdens de start van het project ruim 3 jaar geleden (2015-2016) kennis hadden gemaakt met de wijkspecialisten. Hierna hebben twee van de respondenten nog één keer contact opgenomen met een wijkspecialist. De derde huisarts heeft naar eigen zeggen tegenwoordig minder intensief contact met de wijkspecialisten, maar maakt er wel gebruik van. Het gebruik van de wijkspecialist(en) is volgens de twee van de casussen sinds het begin verminderd.

Het kan wel meerwaarde hebben om de fysiotherapeut een rol te geven, maar dan moet er een duidelijke rolbeschrijving zijn. Onderling vertrouwen en competitie spelen volgens respondenten 5 en 9 een rol bij de mogelijke samenwerking tussen fysiotherapeuten en de wijkspecialist. Bij deze samenwerking blijft de huisarts eindverantwoordelijke voor de medische situatie van de patiënt. Door deze reden is het volgens respondent 4 en 9 wel begrijpelijk en logisch dat de huisarts regievoerder en poortwachter blijft. De voorwaarde zou blijven om minstens eerst met de huisarts bij relevante vraagstelling te sparren en vervolgens van de terugkoppeling van de wijkspecialist in te lichten.

De *positionering* van de wijkspecialist ten aanzien van de eerste lijn hangt van verschillende factoren af die onder andere de bekendheid, effectiviteit en bijdragen kunnen beïnvloeden. Bekendheid, nabijheid en bereikbaarheid zijn hier voorbeelden van. De respondenten beschouwen de *positionering* van de wijkspecialist onzichtbaar en zwak. Respondenten geven hier onder andere de volgende redenen voor; een *beperkte bekendheid* in de eerste lijn van het bestaan van “de wijkspecialist”, haast geen contact tussen de eerste lijn en de wijkspecialisten en een beperkte groep huisartsen die vragen aan de wijkspecialisten stellen. De fysieke afstand tussen de eerste- en de tweede lijn is als gevolg van de verschillende werklocaties genoemd en heeft volgens casus 5 (respondent 13) en respondent 6 negatieve invloed op de *onderlinge bekendheid* van de betrokken professionals.

De *positionering* van de wijkspecialist is over het algemeen beschreven als niet heel actief en niet zichtbaar genoeg. Volgens respondent 7: *“Als ik het ziekenhuis bel dan krijg ik ook iemand om mijn vraag te stellen, maar ik denk dat het leuker is en dat het op een gegeven moment ook laagdrempeliger wordt als je één iemand hebt die je vaker gaat benaderen en gewoon beter leert kennen. Soms bel ik vrienden die ergens anders in het land werken, maar als je de wijkspecialist beter leert kennen dan ga je makkelijker bij iemand die in je eigen regio werkt. Uiteindelijk overleg je het meest met degene die je kent, denk ik”*. Dit citaat komt overeen met de gedachtegang van Gaboury et al. (2009) dat de frequentie van communicatie de relatie tussen professionals kan versterken met als gevolg een betere interprofessionele samenwerking.

Respondenten hebben aangegeven dat hoe beter je iemand leert kennen, hoe makkelijker je bij vragen contact met die persoon opneemt. Bovendien gaat de samenwerking soepeler tussen mensen waarvan de persoonlijkheden goed op elkaar aansluiten. Hiernaast speelt de beschikbaarheid ook een rol. Respondent 5 heeft twee keer contact proberen op te nemen met een wijkspecialist (welke niet heeft meegedaan als casus in dit onderzoek), maar dat heeft geen bijdrage opgeleverd. Volgens de respondent *“dat is best wel snel gestrand, omdat je contact op moet nemen, elkaar moet bellen of terugbellen, en dan is het traject alweer verder”*. Elkaar kennen en vaker spreken speelt voor sommige respondenten een rol bij het besluit over welke specialist zij bij vragen zullen benaderen. Volgens respondent 7 *“Vroeger had je dat veel meer. Ging je naar het ziekenhuis en sprak je specialisten [...] tegenwoordig zijn de maatschappen zo groot je weet gewoon niet wie, wie is. Met de wijkspecialisten die er nu zijn zou er wat meer gecreëerd kunnen worden, maar daar moeten we in investeren. Er zijn een aantal die ik nog ken, maar is zijn van mijn opleidingstraject. Sommigen die je wat meer spreekt en wat vaker ziet. Degene die ik niet ken benader ik sowieso niet”*. Elkaar kennen en de relatie die professionals onderling hebben heeft invloed op de samenwerking en de frequentie waarop met elkaar wordt gecommuniceerd. Zoals aangegeven nemen professionals die elkaar kennen sneller contact met elkaar op.

In Zuilen/Ondiep is de wijkspecialist over het algemeen in beperkte mate bekend, deels onzichtbaar en wordt de wijkspecialist onvolledig benut. Casus 4, 5 en 6 zijn ook van mening dat er meer uit deze samenwerking valt te halen. Maar een belangrijke voorwaarde is dat het bij de *behoefte* van de eerste lijn moet passen. Het is dus ook zaak dat de eerste lijn aangeeft wat hun behoeften zijn en de vraag bij de wijkspecialisten deponeren. Zoals verwoord door casus 5 (R13) *“Ik kan mezelf aanbieden, maar ik ga niet bedenken hoe ik nog makkelijker bereikbaar ben. Ik denk dat ik goed bereikbaar ben en meer ga ik niet leveren in mijn eigen drukke bestaan. Ik wil participeren, geen enkel probleem, meer vragen beantwoorden, één keer per jaar een praatje houden, mijn collega's enthousiasmeren, maar ik ga niet iets creëren waar er geen behoefte naar is. Ik heb te lang aan dooie paarden getrokken om dat te doen. Daar heb ik geen zin”*. De andere twee casussen hebben ook aangegeven dat er vanuit de eerste lijn moet worden aangegeven waar zij behoefte aan hebben.

De casussen en respondenten zijn in beperkte mate beschikbaar. Volgens haast alle respondenten is afgelopen jaren weinig gedaan aan de bekendheid van het project en de betrokkenheid van alle belanghebbenden. Volgens respondent 4 “*Dat is wel een tijd geleden, die activiteit ligt wat stil*”. Zoals verwoord door respondent 2 “*is sinds de initiële netwerkborels weinig gedaan*”. Na initiële kennismakingsbijeenkomsten aan het begin van het project zijn er verder geen structurele bijeenkomsten georganiseerd. Hiernaast wisten de meeste respondenten van Zuilen/Ondiep niet wie de wijkspecialist was en ook niet hoe ze hem of haar konden bereiken. Om deze reden wordt het door meerdere respondenten praktischer geacht om de dienstdoende of behandelende specialist te bellen indien zij vragen hebben. Het zou onpraktisch zijn om eerst te gaan uitzoeken wat de contactgegevens van de wijkspecialist zijn in plaats van een andere specialist te bereiken. Volgens enkele respondenten bleek de receptie van het ziekenhuis ook niet op de hoogte te zijn van het bestaan van de wijkspecialist waardoor ze ook geen contactgegevens wisten te verstrekken.

Volgens casus 4 (R10) is een actievere opstelling en tevens *positionering* van de wijkspecialist nodig. “*Ik kan wel kennis maken met huisartsen maar daar blijft het vaak ook bij. Er kan kennisoverdracht plaatsvinden over bijvoorbeeld [bepaalde] ontwikkelingen, maar dat zou niet per huisarts, maar in grotere vorm moeten worden gedaan. Vanuit het ziekenhuis zouden bijeenkomsten hiervoor georganiseerd moeten worden in samenwerking met de huisartsen; die moeten komen*”. Reguliere bijeenkomsten en besprekingen leidt tot een verhoogd onderling vertrouwen en tot een laagdrempeliger communicatie met kortere lijnen.

Financiering is naar aanleiding van de interviews als nieuw *input* element aan het theoretisch model toegevoegd. Voor wijkspecialisten en de huisartsen betekent deelname aan deze samenwerkingsvorm productieverlies of minder vrije tijd. Niet alle casussen zijn vrijgevestigd wat betekent dat degene die in loondienst van het ziekenhuis zijn mogelijk minder autonomie zullen ervaren omdat ze hun aan hun werkgever moeten verantwoorden. Alle casussen vormen respectievelijk deel van een maatschap vanuit hun specialisme. Desalniettemin zijn alle casussen werkzaam in het ziekenhuis en rouleren tussen de verschillende locaties van het St. Antonius ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft verschillende locaties en de specialisten hebben geen vaste locatie. Hiernaast zijn de huisartsen werkzaam bij huisartspraktijken en komen niet vaak in het ziekenhuis.

Alle casussen en huisartsen die gebruik maken van deze samenwerkingsvorm doen dit al enkele jaren vrijwillig omdat zij de meerwaarde ervan inzien. Echter vergt het wel een tijdsinvestering waardoor het ontbreken van een degelijk honoreringssysteem als een knelpunt wordt gezien voor het voortbestaan van dit project.

Zoals verwoord door respondent 14 (casus 5): “*We doen heel veel extra dingetjes dus daarom zou het toch goed zijn als er toch een vorm van financiering zou zijn. Bij een deel van de mensen die wat minder intrinsieke motivatie hebben gaat dat wel helpen. We hebben het allemaal al best wel druk. Als je nou zegt, we gaan weer een aantal avonden organiseren dan is wel de vraag welke andere dingen laat je nou daarvoor liggen*”. Volgens respondent 4 krijgen huisartsenpraktijken in Overvecht vanuit de Krachtige Basiszorg een subsidie, “*daar zou de wijkspecialist bij horen*”. Volgens deze respondent draait sinds begin 2019 de Krachtige Basiszorg ook in Zuilen/Ondiep. Het was de respondent nog onbekend of de wijkspecialist hierin was meegenomen.

4.2.2. De Processen

Volgens de casussen worden de *processen* van de wijkspecialist gekenmerkt door de frequentie waarop er *gecommuniceerd* wordt en de middelen die hiervoor gebruikt worden. Andere kenmerkende processen zijn *overlegmomenten* en *machtsrelaties* of zoals is gebleken juist het gebrek hieraan binnen dit samenwerkingsverband. Zoals is aangegeven door alle casussen waarderen zij overleg met de eerste lijn en zijn zij onder de indruk dat er geen sprake is van *machtsrelatie* in de samenwerking.

Proces			
Zuilen/Ondiep	Casus 4	Casus 5	Casus 6
Machtsrelaties	Binnen het samenwerkingsverband tussen de wijkspecialist en de huisartsen wordt op basis van gelijkwaardigheid samengewerkt.	De wijkspecialist hecht geen waarde aan macht of status. Er wordt op basis van gelijkwaardigheid samengewerkt.	Er wordt op basis van gelijkwaardigheid samengewerkt.
Communicatie; middelen en frequentie	Er worden vooral logistieke vragen en soms medisch inhoudelijke vragen aan deze wijkspecialist per mail of telefonisch gesteld. Siilo wordt door deze wijkspecialist niet gebruikt. Deze wijkspecialist ontvangt een paar vragen per maand. De meeste respondenten hebben geen contactgegevens van de wijkspecialist wat de bereikbaarheid verhindert.	De voorkeur bij vragen die niet urgent zijn, gaat de voorkeur uit naar email correspondentie. Tevens is email ook qua tijd praktisch. Siilo wordt door deze wijkspecialist niet gebruikt. Bij urgente vragen gaat de voorkeur uit naar telefonisch contact. Maar bij urgente vragen wordt eerder de dienstdoende specialist in het ziekenhuis gebeld in plaats van de wijkspecialist. Deze wijkspecialist ontvangt 2 á 3 vragen per jaar. De meeste respondenten hebben geen contactgegevens van de wijkspecialist wat de bereikbaarheid verhindert.	De vragen worden meestal via de mail gestuurd. Voor deze wijkspecialist is Siilo een betere optie omdat het laagdrempelig en snel is. Deze wijkspecialist ontvangt gemiddeld 1 vraag per 1 tot 2 maanden.
Overlegmomenten	Er zijn momenteel geen overlegmomenten tussen de eerste lijn en de wijkspecialisten. Respondenten vinden wel dat er minstens jaarlijks een overlegmoment georganiseerd moet worden.	Er zijn momenteel geen overlegmomenten tussen de eerste lijn en de wijkspecialisten. Respondenten vinden wel dat er minstens jaarlijks een overlegmoment georganiseerd moet worden.	Er zijn momenteel geen overlegmomenten tussen de eerste lijn en de wijkspecialisten. Overlegmomenten kunnen zorgen dat de relatie tussen de eerste- en de tweede lijn wordt onderhouden. Tevens dat er informeel met elkaar over relevante onderwerpen worden overlegd.

Tabel 4b. Overzichtstabel met de Processen voor elk van de drie casussen van Zuilen/Ondiep

De casussen hebben aangegeven dat zij overleg met de eerste lijn waarderen. Volgens hen en de meeste overige respondenten is er geen sprake van *machtsrelatie* in de samenwerking. Sommige respondenten hebben aangegeven dat op basis van gelijkwaardigheid wordt samengewerkt. Zoals respondent 7 hebben andere respondenten aangegeven dat ze geen samenwerkingservaring hebben met de wijkspecialist waardoor zij geen beoordeling kunnen uitten. In sommige gevallen zoals respondenten 1 en 2 wordt wel de hiërarchie tussen de eerste- en sommige specialisten waarmee ze samenwerken wel ervaren. Voor hen zou de wijkspecialist kunnen bijdragen aan een gelijkwaardige samenwerking.

De wijkspecialist is bedoeld om communicatie laagdrempeliger te maken voor de eerste lijn vergeleken met de communicatie met andere willekeurige specialisten. Volgens de respondenten zou dit als gevolg van vaker contact en ontmoetingen gerealiseerd moeten worden. Vergeleken met Overvecht en Zuilen/Ondiep wordt er veel minder gebruik gemaakt van de wijkspecialisten. Zoals verwoord door respondent 6 *“Het is laagdrempeliger dan een willekeurig iemand, omdat je natuurlijk zo'n iemand vaak gezien hebt en vaak hebt gesproken. Dat zou het contact moeten gaan vergemakkelijken. Niemand werkt fulltime meer tegenwoordig, dus dat is al een probleem. Je moet hier wel heel selectief zijn met welke dingen je met de wijkspecialist wilt overleggen. Ik denk dat er nog wel groeimogelijkheden zijn om dat beter in het vizier te krijgen, zowel bij huisartsen, fysiotherapeut of andere paramedici in de wijk. We hebben hier nog echt niet uitgehaald wat er in zit”*.

Bij de casussen 4, 5 en 6 bestaat een grote variatie in de frequentie van vragen die zij van huisartsen ontvangen. De frequentie varieert tussen de twee vragen per week tot drie vragen per jaar. Casus 4 krijgt één paar vragen per maand. Casus 5 krijgt 2 á 3 keer per jaar een vraag van één huisarts waarmee de respondent contact heeft. Casus 6 krijgt gemiddeld één vraag per 1 á 2 maanden. Volgens casus 5 is zijn er nooit veel vragen vanuit de eerste lijn gekomen waardoor de bijdrage ook minimaal is geweest. Casus 5 en 6 zijn niet tevreden met het project omdat het afgelopen jaren weinig heeft opgeleverd. De vraag is echter wat de reden hiervoor is. Volgens respondenten is een mogelijke verklaring hiervoor dat de *bekendheid* van de wijkspecialisten bij zowel de geïnterviewde huisartsen als de fysiotherapeuten beperkt is. Het zou ook kunnen liggen aan de behoefte die de huisartsen hebben aan overleg met het betreffende specialisme. Opmerkelijk voor casus 5 (R13) is de communicatie *“als ik 2 tot 3 keer per jaar een vraag krijg dan is dat veel. Het is vooral één huisarts die dat doet en waar ik ook contact mee heb. Weet niet precies waarom dat zo is. Als ik er 2 in een jaar krijg is dat veel”*. Volgens respondent 5 is de communicatie niet laagdrempelig maar men weet niet hoe ze het beste contact moeten opnemen met wijkspecialisten. Zoals verwoord *“mensen weten niet hoe ze daar moeten komen”*.

De type vraag en beschikbaarheid van de wijkspecialist zijn factoren die invloed hebben met wie de eerste lijn contact opneemt. Allereerst zijn er een beperkt aantal wijkspecialisten van een beperkt aantal specialismen, die allemaal werkzaam zijn in één van de ziekenhuizen in Utrecht, beschikbaar. Als de eerste lijn contact wil opnemen met een wijkspecialist en dit op dat moment geen tijd heeft dat is er geen alternatieve wijkspecialist beschikbaar. Als het gaat om patiënt-specifieke vragen richten zowel huisartsen als fysiotherapeuten zich eerder naar de behandelende specialist of de dienstdoende specialist. Dit is volgens hen een logischer route omdat de patiënt bij deze specialist als eerder bekend is of omdat er snel gehandeld kan worden in geval van spoedgevallen. Respondent 13 (casus 5) benoemde een reden hiervoor: *“Er is dan al een relatie van patiënt en arts dus dan is het ook handiger om de behandelende arts te bellen in plaats van dat je de wijkspecialist belt. Of ze bellen acuut omdat er iets snel moet en dat is een groot deel van ons aan het werk”*. Bij algemene of logistieke vragen wordt vaker gebruik gemaakt van specialisten die de respondenten persoonlijk kennen en/of die snel bereikbaar zijn in plaats van de wijkspecialist waar zij weinig kennis van en communicatie mee hebben.

Dit is onder andere uit de volgende quote van respondent 3 te achterhalen: *“Ik heb m'n eigen specialisten die, ik vaak als ik vragen heb ofzo benader, en niet zo zeer de wijkspecialist. Dus ik heb meer mijn eigen netwerk dan dat ik gebruik maak van de wijkspecialist”*. Respondent 2 heeft geen ervaring met de wijkspecialist, maar neemt bij vragen contact op met de dienstdoende arts of met de behandelende arts van de patiënt. Zoals verwoord *“Ik ken hem niet, dus dat is het niet, maar wel is dat de behandelaar van mijn patiënt. Dat vind ik een logischere route.”*.

De urgentie van een vraag is een ander factor dat bepalend is met wie de eerste lijn bij vragen contact opneemt. Zoals verwoord door respondent 6 *“Als het een urgente vraag is dan bel je de dienstdoende, maakt niet uit wie het is. En als de patiënt bekend is bij een bepaalde specialist dan probeer je die te bereiken. Als het een wat meer algemene vraag is dan overweeg je wel of niet door te verwijzen of bij meer een vraag van ziektebeeld zou je eigenlijk de wijkspecialist moeten vragen. Ik moet eerlijk zeggen dat ik vaak de contactgegevens niet gelijk paraat heb en dan bel ik gewoon naar een willekeurige. Dan mis je wel degene die daarvoor aangesteld is, jammer. Je neemt de praktische route”*.

Naast de behoefte, beschikbaarheid en communicatiefrequentie spelen ook de *communicatiemiddelen* die gebruikt worden een rol in de meerwaarde van de output van deze samenwerking. Respondenten moeten makkelijk met elkaar kunnen overleggen. Respondenten maken in verschillende mate gebruik van e-mail, telefoon en Siilo. Over het algemeen ligt de voorkeur bij contact via e-mail, bij andere respondenten ligt het juist bij Siilo. Als laatste wordt telefonisch contact het liefst gebruikt voor snelle terugkoppeling, maar het nadeel is dan weer de beschikbaarheid. Het communicatiemiddel dat gebruikt wordt bij contact met de wijkspecialist heeft ook invloed op kwaliteit van dat communicatie.

Alle respondenten maken gebruik van zorgmail of Outlook voor het versturen van e-mails. Beide systemen zijn beveiligd. Een andere deel van de respondenten maakt ook gebruik van Siilo om met collega's te communiceren omdat het laagdrempelig en veilig is. Net zoals sommige respondenten voorkeur hebben voor e-mail of Siilo om te communiceren omdat het niet tijdgebonden is, hebben andere voorkeur naar telefonisch contact. Dit hangt onder andere af van de bekendheid en beheersbaarheid van het systeem en eigen interesse. Zo is respondent 5 bijvoorbeeld van mening dat de zorgmail een achterhaald en verouderd systeem is en Siilo handiger werkt. Andere respondenten hebben geen ervaring met Siilo en vinden het ingewikkeld, maar staan er wel voor open om met andere communicatiesystemen te werken indien het op een makkelijke manier kan. Het gebruik van en voorkeur voor een bepaald communicatiemiddel heeft daardoor invloed op de laagdrempeligheid van de communicatie en de reactietijd.

Afgelopen jaren zijn geen overige bijeenkomsten georganiseerd voor alle betrokkenen van het project. Volgens meerdere respondenten is dit wel nodig. Zoals verwoord door respondent 5 *“Er zou een bijeenkomst georganiseerd moeten worden om nieuw, eigenlijk het goede leven in te blazen”*. Respondenten hebben aangegeven dat initiatief vanuit de eerste lijn moet komen, indien zij behoefte hebben, maar aan de andere kant vinden de overige respondenten dat het initiatief vanuit de wijkspecialisten moet komen.

4.2.3. De Output

Net zoals de casussen en respondenten uit Overvecht wordt de *output* van de wijkspecialist in Zuilen/Ondiep ook gekenmerkt door *kennisoverdracht*, een passender *diagnose en behandelingstraject* en ook door *verhoogd werkplezier*.

Output			
Zuilen/Ondiep	Casus 4	Casus 5	Casus 6
Kennisoverdracht en verhoogde expertise	Deze wijkspecialist vindt kennisoverdracht zowel aan de eerste lijn als aan de tweede lijn belangrijk. De tweede lijn kan inzicht krijgen in de werkwijze en knelpunten van huisartsen.	Door het beperkte aantal vragen vraagt deze wijkspecialist zich af of het project meerwaarde levert.	In deze casus is er door overleg of bijeenkomsten in beperkte mate kennisoverdracht geweest.
Betere diagnose/ behandelingsstraject en verhoogde kwaliteit	Het overleg tussen de wijkspecialist en de eerste lijn leidt tot een beter behandelingsstraject en verhoogde kwaliteit, maar wat volgens sommige respondenten een enorme kennisoverdracht zou zijn is als zij patiëntgegevens en onderzoeksuitslagen zouden kunnen inzien.	De samenwerking zou de kwaliteit kunnen verhogen en het behandelingsstraject mogelijk beteren, maar dit is tot nu toe niet ervaren binnen deze casus.	Deze samenwerking leidt tot een betere diagnose en behandelingsstraject. Als gevolg hiervan worden onnodige verwijzingen naar de tweede lijn beperkt.
Onzekerheidsreductie	De samenwerking leidt tot verduidelijking en onzekerheidsreductie omdat er antwoord wordt gegeven op vragen uit de eerste lijn. Deze samenwerking kan ook het vertrouwen van patiënten positief beïnvloeden.	De samenwerking zorgt ervoor dat vragen op een veilige en informeel manier aan de wijkspecialist gesteld kunnen worden. Dit draagt bij aan onzekerheidsreductie bij de huisarts en kan mogelijke angst of onzekerheid verminderen bij de patiënt.	De wijkspecialist kan bijdragen aan onzekerheidsreductie bij de huisartsen wanneer er bijvoorbeeld getwijfeld wordt of een patiënt wel of niet doorverwezen moet worden naar het ziekenhuis.

Zuilen/Ondiep	Casus 4	Casus 5	Casus 6
Verhoogd werkplezier	Door deze samenwerking leren de eerste- en de tweede lijn elkaar beter te kennen. Dit draagt volgens respondenten bij aan werkplezier.	Deze wijkspecialist ervaart weinig samenwerking in het kader van dit project waardoor het geen invloed heeft op het werkplezier.	Geen data gekregen voor deze onderwerp.

Tabel 4c. Overzichtstabel met de Output voor elk van de drie casussen van Zuilen/Ondiep

Het samenwerkingsverband van de wijkspecialist kan verschillende positieve bijdragen leveren, maar volgens respondenten wordt dit momenteel niet optimaal benut. De meeste respondenten zijn niet tevreden over het project en ervaren nauwelijks of geen toegevoegde waarde. Zowel de respondenten als de casussen zijn van mening dat het project toegevoegde waarde zou leveren, maar dat ze haar maximale bijdrage nog niet heeft bereikt. Sommigen respondenten zoals casus 2 (R14) vraagt zich af *“Ik ben benieuwd of het project mogelijk meerwaarde kan opleveren, welke dan en hoe?”*.

Aan de andere kant geeft respondent 4 aan wel tevreden te zijn over het project ondanks dat er enkele verbeterpunten zijn. Volgens respondent 13 (casus 5) is de tijd aangebroken om concrete stappen te maken: *“De bedoeling is elkaar vakinhoudelijk nodig hebben. In drie jaar zijn geen pogingen tot een doorstart geweest. Het heeft verder geen impact. Ik ben zeker bereid bijdrage te leveren en collega’s te enthousiasmeren, maar ik ga niet aan een dood paard trekken, daar heb ik geen tijd voor”*.

Toen het project in 2014 is gestart zijn een aantal informele bijeenkomsten georganiseerd met als doel de eerste- en de tweede lijn kennis met elkaar te laten maken en de interprofessionele samenwerking in het kader van de wijkspecialisten te stimuleren. Volgens verschillende respondenten heeft dit een positieve impact gehad omdat men de mogelijkheid om de wijkspecialisten te consulteren in het vizier had (respondent 6). Vervolgens is weinig gedaan in Zuilen/Ondiep om de wijkspecialist een actueel onderwerp te houden wat heeft geleid dat het project volgens de meeste respondenten is “verwaterd” of “gestrand”. De algemene gevoelsmatige beoordeling van het project is dat het aan verbetering toe is. De tevredenheidsgraad van de respondenten aangaande het project de wijkspecialist is uiteenlopend. Van Zuilen/Ondiep zijn respondenten 3, 4, 10 van mening dat het project beter kan. Respondent 8 is tevreden en respondenten 1, 2, 5, 6, 7, 13 en 17 hebben aangegeven ontevreden te zijn. Tussen de casussen verschilt de tevredenheidsgraad over het succes van het project en de bijdrage die zij momenteel leveren. Door de lage frequentie waarop er met casus 5 wordt opgenomen is de vraag ontstaan of “de wijkspecialist” in het geval van aangaande specialisme überhaupt meerwaarde heeft.

Enkele verwoordingen:

“Nee, omdat het een stille dood gestorven is en ik nog niet veranderingen of verbeteringen heb gezien. Maar ik besef gelijk dat het een moeilijk project is” (R1).

“Tevreden, doel van laagdrempeligheid is behaald, maar kan beter” (R4).

“De bijdrage van de wijkspecialist kan veel beter, maar dan moet iedereen zich er 100% voor inzetten. Hiernaast is er relatief weinig tijd. De communicatie zou beter kunnen” (Casus 4, R10).

“Ik ben benieuwd of het project destijds gestart is en mogelijk potentie had en hoe daar vanuit de eerste lijn tegenaan gekeken wordt. En als het mogelijk meerwaarde kan opleveren; welke dan en hoe?” (Casus 5, R13).

Over het algemeen zeggen de respondenten die gebruik maken van de wijkspecialist dat het meerwaarde heeft. De respondenten die er geen gebruik van maken vinden dat het concept goed is en meerwaarde kan hebben, maar niet op de manier waarop het nu is ingericht. Hiernaast vragen sommige respondenten waarvan zelfs een wijkspecialist zich af of het überhaupt wel meerwaarde heeft. Dit is uit de volgende quote te halen. *“Mijn vraag lopende dit gesprek is; is er een functie voor de wijkspecialist? Voelen alle betrokkenen dat het een meerwaarde heeft?”* (Respondent 13).

Hoewel er aan het begin van het project bijeenkomsten in de vorm van netwerkbijeenkomsten en dergelijke zijn georganiseerd is er daarna onvoldoende vervolg geweest waardoor het bij respondenten is weggezakt. Tevens heerst er bij sommige respondenten onduidelijkheid over de bereikbaarheid en bekendheid van de wijkspecialist. Indien belanghebbende dit project willen verbeteren en mogelijk verder uitrollen is het essentieel om eerst aan een aantal randvoorwaarden te voldoen.

Tijdens overleg biedt de wijkspecialist zijn of haar expertise middels kortere communicatielijnen en laagdrempelig overleg vergemakkelijken. Een van de mogelijke bijdragen van deze samenwerking is dat de tweede lijn meer inzicht krijgt in de competenties en beredenering van huisartsen (respondent 10). Volgens de respondenten vindt er momenteel weinig kennisoverdracht plaats tussen de wijkspecialisten en de eerst zorglijn. De meest voorkomende redenen hiervoor waren de beperkte overlegmomenten en ontmoetingsmomenten zoals gezamenlijke bijeenkomsten of netwerkbijeenkomsten.

De interprofessionele samenwerking heeft potentie om het werkplezier te verhogen, mogelijkheden te bieden voor kennisoverdracht en hierdoor ook aan onzekerheidsreductie bij te dragen. De *input* en samenwerkingsprocessen gerelateerd aan de interprofessionele samenwerking hebben op verschillende wijze invloed op de ervaring en motivatie van de respondenten.

Met betrekking tot de casussen 4, 5 en 6 uit Zuilen/Ondiep geldt dat laagdrempelig communicatie het vermogen heeft tot onzekerheidsreductie bij alle betrokken partijen. Tevens zorgt laagdrempelig overleg tot kwaliteitsverhoging bij de professionals. Tegengesteld aan de ervaring van respondent 5 was een andere respondent die wel vragen stelt aan de wijkspecialisten van mening dat de samenwerking bijdrage levert in de vorm van kortere communicatielijnen, minder onnodige verwijzingen en een passend diagnose of behandelingstraject in de eerste lijn als gevolg van overleg. Onzekerheidsreductie kan een gevolg zijn dat onzekerheid bij complexe behandeling verminderd zou kunnen worden en ook dat de kwaliteit wordt verbeterd. Zoals verwoord door respondent 6 *“ja, natuurlijk als je een advies vraagt en je kunt iemand daarmee beter behandelen in plaats van dat je moet doorverwijzen. Ik denk dat dat goedkoper en efficiënter is. Ik heb wel een aantal dingen aantal overlegd en dan krijg ik advies terug. Dan ben je sneller, goedkoper uit dan wanneer je het doorverwezen zou hebben. De patiënt hoeft niet langer te wachten en heeft sneller antwoord terug”*.

Als gevolg hiervan kan ook tevens de patiënttevredenheid en het werkplezier van de professionals worden bevorderend. Volgens sommige respondenten krijgen sommige patiënten een verhoogd vertrouwen en vinden het vaak fijn als de fysiotherapeut of de huisarts met een specialist overlegt. Dit komt door de expertise van specialisten. In eigen woorden is het door respondent 4 zo uitgedrukt: *“Ik kan het niet hard maken, maar ik denk wel dat ik door de wijkspecialist minder mensen verwijs”*.

Om de wijkspecialist zijn/haar maximale bijdrage te laten leveren moeten er aan bepaalde randvoorwaarden voldoen worden. De wijkspecialist bekend moet zijn bij de professional, om wie gaat het en hoe kan hij/zij bereikt worden, maar ook dat er binnen enkele dagen een reactie verkregen moet worden.

Een van de bijdragen die door sommige respondenten is ervaren en door anderen gewenst wordt is kennisoverdracht. Volgens respondenten kan kennis op verschillende manieren worden overdragen. Ook kan het verschillende betekenissen hebben. Kennis, maar ook de behoeften van zowel de eerste- als de tweede lijn, kan makkelijk worden overgedragen. Volgens respondenten 6 *“Ik denk wel dat de wijkspecialist op een gegeven moment beter weet hoe een huisartsenpraktijk en de zorg georganiseerd is. Soms hebben specialisten een heel ander beeld van hoe zo'n huisarts werkt in zijn praktijk. Wat wel kan, wat niet. Daar zit daar wel een kloof in”*. Tevens *“Ik denk wel dat je beter leert verwijzen. En ook omgekeerd als de specialist terugverwijst dan weet de specialist een beetje de competenties en wat de kennis is van de huisarts”*. Dit samenwerkingsverband kan volgens bepaalde respondenten stimuleren dat de eerste- en de tweede lijn elkaar vaker zien. Volgens verschillende respondenten kan door communicatie en samenwerking met de wijkspecialist de kwaliteit van de geleverde zorg verbeteren. Respondenten zien het potentieel dat dit project heeft om onzekerheid bij de eerste lijn op een laagdrempelig manier te reduceren, maar omdat de meeste respondenten weinig tot geen ervaring met de wijkspecialist hebben is dit niet veel meegemaakt.

Er is aan de respondenten uit beide wijken gevraagd of zij vonden dat een gezamenlijk spreekuur tussen de eerste- en de tweede lijn, oftewel een anderhalve lijn spreekuur, positief zou kunnen bijdragen aan dit samenwerkingsverband en de output ervan. Respondent 7 is van mening dat het project in Zuilen/Ondiep achter Overvecht loopt. Zoals verwoord *“Het staat nog in de kinderschoenen in deze wijk. Ik weet dat het in Overvecht wel goed werkt dus het moet kunnen, maar dan moet er van beide kanten geïnvesteerd worden, denk ik”*. Volgens deze respondent zouden praktijken door middel van Krachtige Basiszorg *“de komende jaren de tijd en ruimte krijgen, meer geld, om ook voor je netwerk om tijd voor in te ruimen”*. Deze gedachte dat Zuilen/Ondiep achter Overvecht loopt is door een respondent uit Overvecht ook benoemd. Zoals verwoord door respondent 8 *“Het is natuurlijk wel belangrijk dat het onder de aandacht blijft en dat het alsnog geëvalueerd wordt. Maar volgens mij is dat bij ons minder urgent dan in de wijk waar het nog opgestart moet worden”*.

Volgens meerdere respondenten zou een gezamenlijk spreekuur de mogelijkheid bieden om complexe patiënten te bespreken en samenwerking te bevorderen. Volgens respondent 10 *“Elke vorm van samenwerken draagt bij”*. Aan de andere kant, vinden sommige respondenten een gezamenlijk spreekuur niet handig onder andere door het aantal verschillende locaties, drukke agenda's en aantal patiënten. Zie de verwoording van casus 5 (R 13) *“Daar hebben we het meerdere keren over gehad, anderhalflijnzorg. Financiën waren daar een item in. Voor welke patiënten doe je het, kun je een aantal patiënten clusteren of lukt dat niet?”*.

Uitdagingen bij de interprofessionele samenwerking die bij alle casussen aanwezig was, met uitzondering van casus 3, door proactieve houding en nevenfunctie waren o.a., bekendheid wat laagdrempelig communicatie belemmert en is ook de reden waarom de verschillende professies elkaars kennis, kunde en struikenblokken niet goed kennen. Hoewel de wijkspecialist zelf financiering niet altijd belangrijk vindt met de werklast die er nu is, is het voor de meeste respondenten echter wel een punt van aandacht voor de toekomst van dit project. Echter, bij toename aan vraag en dus ook aan werkdruk voor betrokkenen wordt een passend vorm van financieel en (tijds)vergoeding nodig geacht. Zoals aangegeven door respondent 14 (casus 5): *“Het belangrijkste nadeel is dat het tijd kost, maar die tijdsbesteding valt redelijk mee. Je krijgt af en toe een e-mail waar je antwoord op moet geven. Je moet even nadenken, soms even een dossier erbij pakken. Het is extra werk. Maar de hoeveelheid extra werk is relatief gering”*.

5. Analyse

In dit analyse hoofdstuk worden de resultaten van de drie sub-vragen toegelicht. Tevens beschrijft dit hoofdstuk verbanden die tussen de *input*, *processen* en *output* fasen van deze samenwerkingsverband geconstateerd zijn. Gezamenlijk bieden de volgende paragrafen een gedegen analyse en antwoord op de hoofdvraag.

5.1. Hoe is de wijkspecialist gepositioneerd?

De eerste sub-vraag waar dit hoofdstuk antwoord op geeft is; *Hoe is de wijkspecialist gepositioneerd is in Overvecht en Zuilen/Ondiep?*

5.1.1. Overvecht

Het project de wijkspecialist is na 6 jaar nog steeds in zijn pilotfase en wordt vrijwillig door betrokkenen uitgevoerd. De wijkspecialisten zijn als directe contactpersonen voor de huisartsen gepositioneerd. Wegens de beperkte zichtbaarheid van de wijkspecialisten maken een beperkt aantal huisartsen gebruik van dit samenwerkingsverband. In het kader van dit project is er geen samenwerkingsrelatie met fysiotherapeuten. Vanuit verschillende ziekenhuislocaties of in privétijd bieden de wijkspecialisten van de drie casussen ondersteuning aan de basiszorg binnen de eerste lijn.

De positionering van de wijkspecialist wordt beïnvloed door de samenwerkingservaring en samenwerkingsrelatie die de professionals onderling hebben en de behoefte vanuit de eerste lijn. De frequentie waarop contact wordt opgenomen met een wijkspecialist is enerzijds gerelateerd aan de soort vragen die zij hebben en anderzijds de bekendheid en actualiteit van de wijkspecialist. De wijkspecialist is de aangewezen specialist voor algemene of logistieke vragen. Bij patiënt-specifieke of urgente vragen wordt contact opgenomen met de behandelende of dienstdoende specialist. Spoedvragen en patiënt-specifieke vragen zijn niet gepast voor de wijkspecialist. De omvang en de positionering van de wijkspecialist is hierdoor gering.

5.1.2. Zuilen/Ondiep

Het project de wijkspecialist bevindt zich nog steeds in zijn pilotfase en wordt vrijwillig door betrokkenen uitgevoerd. Ten aanzien van de eerste lijn is de positionering van de wijkspecialist dichterbij de huisartsen dan de fysiotherapeuten. De wijkspecialisten zijn als directe contactpersonen gepositioneerd voor de huisartsen. Er is een beperkt aantal huisartsen die gebruik maakt van het samenwerkingsverband met de wijkspecialist. Van de respondenten neemt alleen één regelmatig contact op met wijkspecialisten. Als fysiotherapeuten eventueel een vraag hebben gaat dit in drie van de vier gevallen via de huisarts. Vanuit verschillende ziekenhuislocaties of in privétijd bieden de wijkspecialisten van de casussen ondersteuning aan de basiszorg binnen de eerste lijn.

Ten aanzien van de eerste lijn wordt de positionering van de wijkspecialist negatief beïnvloed omdat de eerste lijn de wijkspecialisten niet of nauwelijks kent. In Zuilen/Ondiep zijn de wijkspecialisten niet zichtbaar en hebben de meeste respondenten geen contactgegevens van de wijkspecialisten. Het project en dus ook de wijkspecialisten hebben momenteel een zwakke positionering.

5.2. Tot welke resultaten leidt dit?

In deze paragraaf wordt de vraag “*Welke meerwaarde levert de wijkspecialist aan Overvecht en Zuilen/Ondiep?*” beantwoord.

5.2.1. Overvecht

Dit samenwerkingsverband kan meerwaarde leveren aan de eerstelijnszorg door positief bij te dragen aan de kennis en expertise van degenen die er gebruik van maken. De mogelijke bijdrage die de wijkspecialist kan leveren wordt beïnvloed door de mate waarop de huisartsen en de wijkspecialisten elkaar kennen en hoe vaak er wordt overlegd. Respondenten zoeken sneller contact met professionals waar ze al een samenwerkingsrelatie of band mee hebben. Alle respondenten zien de meerwaarde van deze samenwerking in en vinden dat de samenwerking verbeterd zou moeten worden. Zelf wordt geen initiatief genomen. De input en de processen van het samenwerkingsverband van de wijkspecialist zijn momenteel niet positief. De meest voorkomende redenen hiervoor zijn de beperkte communicatie, beperkte gezamenlijke bijeenkomsten.

Respondenten die samenwerkingservaring hebben met wijkspecialisten geven aan dat middels wederzijdse overleg kennisoverdracht plaatsvindt. De drie wijkspecialisten hebben ook aangegeven dat zij als gevolg van overleg een beter beeld krijgen van de competenties, alsook de knelpunten en behoeften van huisartsen. Respondenten die nauwelijks of geen vragen stellen of overleg plegen met de wijkspecialisten ervaren matig of geen kennisoverdracht.

De wijkspecialisten faciliteren middels het beantwoorden van vragen of door knelpunten te bespreken de eerste lijn. Gezamenlijk komen ze tot een *passendere diagnostisch en behandelingstraject* binnen de eerste lijn. Hierdoor wordt tevens de *kwaliteit van de zorg verhoogd* en het aantal onnodige verwijzingen verlaagd. Er zijn geen cijfers verkregen die dit bewijzen, maar alle respondenten hebben aangegeven dat ze onder de indruk zijn dat door deze samenwerking minder onnodige verwijzingen zijn. Momenteel overleggen de huisartsen minder vaak met de wijkspecialisten waardoor de kans op een passendere behandeling en het voorkomen van onnodige verwijzingen niet wordt verkleind.

Volgens de wijkspecialisten en de respondenten die met de wijkspecialisten overleg plegen leidt deze samenwerking bovendien bij zowel huisartsen als bij patiënten tot *onzekerheidsreductie*. Huisartsen die geen vragen aan de wijkspecialist stellen ervaren geen onzekerheidsreductie door deze samenwerking.

Respondenten geven aan dat zij als gevolg van de samenwerking met de wijkspecialisten tevens een *verhoogd werkplezier* ervaren. In casus 3 is de verhoogde werkplezier benadrukt door de wijkspecialist. Dit komt onder andere omdat de professionals elkaar beter leren kennen en betere zorg aan patiënten met complex zorgproblematiek kunnen leveren. Respondenten die geen gebruik maken van de samenwerkingsrelatie met de wijkspecialisten geldt dat er als gevolg hiervan geen verhoogd werkplezier wordt ervaren.

De meerwaarde die geleverd wordt gaat gepaard aan de mate waarop wordt overlegd met de wijkspecialisten. Bij weinig overleg en samenwerking wordt dus weinig meerwaarde geleverd. Volgens alle respondenten kan de meerwaarde verhoogd worden door het samenwerkingsverband te verbeteren. Aangezien weinig overleg plaatsvindt tussen een beperkt aantal huisartsen en wijkspecialisten en er afgelopen tijd geen bijeenkomsten zijn georganiseerd wordt hierdoor ook bevestigd dat de meerwaarde momenteel matig is. Hoe meer professionals deze samenwerkingsverband benutten hoe meer meerwaarde het kan leveren.

5.2.2. Zuilen/Ondiep

De respondenten uit Zuilen/Ondiep zijn over het algemeen niet tevreden over de meerwaarde dat het project tot nu toe heeft aangeleverd. De wijkspecialisten van de casussen krijgen van een beperkte aantal huisartsen vragen. De meeste respondenten, met uitzondering van één respondent, hebben weinig ervaring met deze samenwerking en hebben afgelopen jaren maar enkele keren contact opgenomen met een wijkspecialist. De respondenten hebben in de meeste gevallen ook geen meerwaarde ervaren bij de samenwerking.

Er bestaat een verscheidenheid binnen de ervaring en de meningen van de respondenten met betrekking tot de bijdrage die zij tot nu toe hebben ervaren of de bijdrage die zij denken dat gerealiseerd kan worden. Momenteel wordt de potentiële bijdrage van de wijkspecialist bij de meeste respondenten helemaal niet ervaren omdat zij geen contact (meer) opnemen met wijkspecialisten. Sommige respondenten weten niet wie de wijkspecialisten zijn en hebben hun contactgegevens niet. De kracht en meerwaarde van de wijkspecialist wordt pas bij een goede samenwerking en structureel contact zichtbaar.

Hoewel niet alle respondenten gebruik maken van de wijkspecialist of weinig samenwerkingservaring ermee hebben, zien de meeste respondenten wel de potentiële meerwaarde van deze samenwerking in. De meerwaarde is in zekere opzicht beperkt omdat de samenwerking vaak niet de beste of meeste praktische optie is. De frequentie waarop contact wordt opgenomen met een wijkspecialist heeft volgens de respondenten voornamelijk te maken met enerzijds de soort vragen die zij hebben en anderzijds de bekendheid en actualiteit van de wijkspecialist.

De wijkspecialist is de aangewezen specialist voor algemene of logistieke vragen, bij andere type vragen wordt liever contact opgenomen met de behandelende of dienstdoende specialist. Spoedvragen en patiënt specifieke vragen zijn niet gepast voor de wijkspecialist. Het is vaak praktischer om de behandelende specialist te bellen of te e-mailen bij specifieke vragen omdat deze de geschiedenis van de patiënt kent. Bij algemene vragen is het vaak praktischer om de dienstdoende specialist te bellen omdat deze makkelijker te bereiken is.

Respondenten die wel ervaring hebben met deze samenwerking geven aan dat door overleg wederzijdse *kennisoverdracht* plaatsvindt. De wijkspecialisten van de casussen bieden middels laagdrempelig communicatie advies en deskundigheid aan huisartsen. Hierdoor wordt de expertise van de huisarts bijgespijkerd en wordt de kwaliteit van de geleverde zorg verbeterd. Twee van de wijkspecialisten (de casussen) hebben aangegeven dat zij kennisoverdracht hebben meegemaakt, maar dat het beperkt was. De schaarse bijeenkomsten die er zijn georganiseerd gingen meer om kennis maken in plaats van kennisoverdracht. Volgens de enige respondent die regelmatig contact opneemt met wijkspecialisten vindt er *kennisoverdracht* plaats. De overige respondenten en wijkspecialisten ervaren geen *kennisoverdracht* omdat er geen vragen vanuit de eerste lijn aan de wijkspecialist worden gestuurd, maar tevens omdat geen bijeenkomsten zijn georganiseerd. Bovendien krijgt de tweede lijn kennis van de competenties en inzicht in de behoeftes van de huisartsen.

Er vindt momenteel alleen kennisoverdracht plaats bij één respondent en twee van de casussen. De meest voorkomende redenen hiervoor zijn beperkte overlegmomenten. Opmerkelijk is dat één van de casussen jaarlijks heel weinig vragen ontvangt waardoor de vraag bestaat of deze samenwerking überhaupt van meerwaarde is voor de huisartsen. De meerwaarde dat deze casus levert is nagenoeg nihil omdat er jaarlijks maximaal drie vragen vanuit de eerste lijn worden gesteld en er verder geen bijeenkomsten zijn geweest. Vanuit de wijkspecialist zou onderwijs zijn aangeboden, maar er is vervolgens niets georganiseerd. De reden hiervoor is onbekend.

De wijkspecialist faciliteert door het beantwoorden van vragen of knelpunten te bespreken een *beter passend diagnose- en behandelingstraject* in de eerste lijn. Tevens kan dit een vermindering van onnodige verwijzingen leiden. In één van de drie casussen is gesproken over het gevoel dat deze samenwerking wel tot onnodige verwijzingen zou leiden. Door één ander respondent is dit ook aangegeven. De andere respondenten hadden geen ervaring hiermee.

Onzekerheidsreductie kan bij zowel huisartsen als bij complexe patiënten verminderd worden. Als gevolg hiervan kan ook tevens de patiënttevredenheid en het werkplezier van de professionals worden bevorderd. Volgens alle respondenten draagt overleg met een (wijk)specialist bij aan onzekerheidsreductie bij patiënten omdat zij meer vertrouwen krijgen in de behandeling vanwege de inzet van de expertise van de specialisten. Alleen één respondent neemt contact op met de wijkspecialisten. Hierdoor kan alleen bij deze respondent meerwaarde geconstateerd worden.

Als gevolg van de verhoogde kwaliteit, onzekerheidsreductie en een nauwe samenwerkingsrelatie tussen de eerste- en de tweede lijn kunnen deze professionals een verhoogd werkplezier ervaren. Deze samenwerkingsverband draagt alleen bij aan een *verhoogd werkplezier* bij degenen die er gebruik van maken. In Zuilen/Ondiep zijn dit drie respondenten.

Ter bevordering van een maximale bijdrage door de wijkspecialist dient aan bepaalde randvoorwaarden voldaan te worden. In Zuilen/Ondiep kan er geen meerwaarde worden geleverd indien er geen samenwerking en overleg plaatsvindt. Bovendien wordt de mogelijke bijdrage die de wijkspecialist kan leveren beïnvloed door hoe goed de eerste lijn de wijkspecialisten kennen. Respondenten zoeken sneller contact op met professionals waar ze al een samenwerkingsrelatie of band mee hebben. Er wordt momenteel door twee van de wijkspecialisten van de casussen en bij één respondenten meerwaarde ervaren.

5.3. Hoe draagt de positionering bij aan de output van de samenwerking?

De vraag die in deze paragraaf wordt beantwoord is: Hoe draagt de positionering van de wijkspecialist bij aan de meerwaarde van de wijkspecialist in Overvecht en Zuilen/Ondiep? In de onderstaande overzichtstabel vindt u een overzicht van de van de *input, processen en output analyse van Overvecht en Zuilen / Ondiep*. Elementen die positief zijn beoordeeld zijn groen gekleurd. Elementen die matig zijn beoordeeld zijn oranje gekleurd. Elementen die slecht zijn beoordeeld zijn rood gekleurd. Hiernaast zijn er enkele nieuwe elementen die door respondenten tijdens de interviews zijn benoemd. Deze zijn in het blauw aangegeven.

	Overvecht	Zuilen/Ondiep
Input	<ul style="list-style-type: none"> -Type professional doet ertoe -Positionering is matig; samenwerking uit het vizier -Weinig onderling contact door diverse werk locaties -Enkele jaren ervaring -Behoeft eerste lijn is beperkt -Beperkte aantal actieve huisartsen -Beperkte kennis en bekendheid van de wijkspecialisten -Contactgegevens worden jaarlijks rondgestuurd -Geen financiering -Geen actieve projectleider/trekker 	<ul style="list-style-type: none"> -Type professional doet ertoe -Positionering is slecht; respondenten weten niet wie de wijkspecialisten zijn -Weinig onderling contact door diverse werk locaties -Beperkte ervaring -Behoeft eerste lijn is beperkt -Beperkte aantal actieve huisartsen -Beperkte kennis en bekendheid van de wijkspecialisten -Contactgegevens niet bekend bij allen -Geen financiering -Geen actieve projectleider/trekker
Processen	<ul style="list-style-type: none"> -Geen sprake van machtsrelatie bij de casussen -Communicatie; de casussen ontvangen vragen -Overlegmomenten; worden niet (structureel) georganiseerd 	<ul style="list-style-type: none"> -Geen sprake van machtsrelatie bij de casussen -Beperkte communicatie tussen eerste lijn en wijkspecialisten -Overlegmomenten; worden niet (structureel) georganiseerd
Output	<ul style="list-style-type: none"> -Kennisoverdracht beperkt -Betere behandelingstraject en verhoogde kwaliteit van zorg -Onzekerheidsreductie als gevolg van overleg en kennisoverdracht -Verhoogd werkplezier -Kostenbesparing door reductie onnodige verwijzingen 	<ul style="list-style-type: none"> -Kennisoverdracht beperkt -Betere behandelingstraject en verhoogde kwaliteit van zorg -Onzekerheidsreductie als gevolg van overleg en kennisoverdracht -Verhoogd werkplezier -Respondenten gedemotiveerd omdat het project weinig meerwaarde heeft geleverd afgelopen jaar -Kostenbesparing door reductie onnodige verwijzingen

Tabel 5. Overzichtstabel IPO analyse van Overvecht en Zuilen/Ondiep

5.3.1. Overvecht

De positionering van de wijkspecialist in Overvecht heeft direct invloed op de meerwaarde die geleverd wordt. De positionering van de wijkspecialist is matig omdat de samenwerkingsverband met de wijkspecialisten geen actueel onderwerp is en het uit het vizier is geraakt bij de respondenten. Hierdoor is in Overvecht de meerwaarde en bijdrage van deze samenwerkingsverband afgelopen jaren verminderd. Tevens is niet verder geïnvesteerd in netwerkbijeenkomsten noch het verbeteren, verder implementeren en uitvoeren van het project. Momenteel heeft het project geen actieve projectcoördinator aangesteld. Het project is aan een verdiepingsslag en sterkere positionering toe, maar dit vergt nodige financiering.

5.3.2. Zuilen/Ondiep

De positionering van de wijkspecialist in Zuilen/Ondiep heeft direct invloed op de beperkte meerwaarde die geleverd wordt. De positionering van de wijkspecialist is zwak omdat het samenwerkingsverband met de wijkspecialisten geen actueel onderwerp is en het uit het vizier is geraakt bij de respondenten. De positionering van de wijkspecialist wordt beïnvloed door de beperkte mate waarop de professionals elkaar kennen en door het beperkt aantal vragen vanuit de eerste lijn waardoor ook weinig meerwaarde geleverd kan worden. In Zuilen/Ondiep zijn de wijkspecialisten alleen bij één respondenten goed bekend. De wijkspecialisten zijn voor andere respondenten deels onzichtbaar waardoor deze samenwerking onvolledig benut wordt.

6. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt de centrale onderzoeksvraag “*Welke meerwaarde levert de samenwerkingsvorm “de wijkspecialist” en de positionering hiervan aan de eerstelijnszorg?*” beantwoord. Hierbij wordt toegelicht welke verwachtingen, die naar aanleiding van het theoretische kader zijn geformuleerd, wel of niet zijn bevestigd en welke inzichten hieruit zijn verkregen.

6.1. Conclusie

Krachtige *input* en *processen* leiden tot meerwaarde op de *output*, zwakke *input* en *processen* leiden tot afwezigheid van meerwaarde op de *output*. Deze verwachting is door de bevindingen bevestigd. Het samenwerkingsverband “de wijkspecialist” is opgezet om specialistische kennis dicht bij de wijk te brengen en om onnodige doorverwijzingen van de eerste- naar de tweede lijn te beperken. Deze samenwerkingsvorm dient in de wijken Overvecht en Zuilen/Ondiep hetzelfde doel. Het overeenkomende doel is dat het project de mogelijkheid biedt aan de eerste lijn om op een laagdrempelig manier algemene vragen te stellen aan de wijkspecialist. Hierbij zou een nauwere samenwerkingsrelatie tussen de eerste- en de tweede lijn moeten ontstaan welke diverse positieve gevolgen heeft zoals kennisoverdracht. Echter moeten de knelpunten beheerd worden zodat deze samenwerkingsvorm een positief bijdrage levert aan de eerstelijnszorg. De meerwaarde die deze samenwerkingsvorm in beide wijken heeft, verschilt. De reden hiervoor is dat de elementen van de *input* en *processen* aan de eerste lijn verschillend zijn.

De wijkspecialist is in Overvecht matig gepositioneerd en in Zuilen/Ondiep slecht gepositioneerd. In Overvecht is de wijkspecialist zichtbaarder en beter gepositioneerd dan in Zuilen/Ondiep omdat de respondenten weten wie de wijkspecialisten zijn en er meer gebruik van maken. De drie belangrijkste redenen waarom het project zijn maximale meerwaarde niet oplevert zijn:

1. Beperkte onderlinge kennis en bekendheid
2. Beperkt tot geen overleg en bijeenkomsten
3. Gebrek aan financiering.

In Zuilen/Ondiep is het project verwaterd en in Overvecht is de positieve meerwaarde afgelopen jaren verminderd. Deze samenwerking heeft momenteel zwakke tot matige *input* waardoor er ook zwakke tot matige *output* is. Respondenten die meer ervaring hebben met deze samenwerking onderschrijven ook een betere ervaring en meerwaarde in de vorm van kennisoverdracht en betere diagnosetrajecten in de eerste lijn. Respondenten die een zwakke samenwerkingsrelatie hebben met de wijkspecialisten of nauwelijks vragen stellen ervaren tevens minder meerwaarde.

Positieve *input*, *processen* en *output* versterken elkaar in een opgaande cyclus. Negatieve *input*, *processen* en *output* zullen elkaar verder verzwakken in een neergaande lijn. De positionering van de wijkspecialist heeft invloed op de geleverde bijdrage van deze samenwerkingsvorm. Om meerwaarde te kunnen leveren moet de wijkspecialist een actueel en aansprekend onderwerp zijn. In Zuilen/Ondiep valt er het meeste winst te behalen met betrekking tot de positionering en de geleverde bijdrage van de wijkspecialist. De bekendheid van het bestaan van de wijkspecialisten en wie dat zijn is zeer beperkt onder de meeste respondenten. Uit de interviews is gebleken dat de casussen bij de fysiotherapeuten minder bekend zijn dan bij de huisartsen. Dit komt onder andere omdat de positionering van de wijkspecialist toegankelijker voor de huisarts is dan de fysiotherapeut. Tevens omdat de wijkspecialisten en de huisartsen aan het begin van het project elkaar vaker hebben ontmoeten en samengewerkt. Na enkele jaren is de inzet om bijeenkomsten te organiseren gedaald hiermee is ook geleverde meerwaarde van de wijkspecialist gedaald. Hetzelfde geldt in Overvecht, respondenten zijn elkaar in mindere mate gaat zien en spreken waardoor er ook minder positieve bijdragen wordt geleverd.

Specialisten die in hun opleiding aangeleerd is samen te werken leveren eerder een positieve bijdrage aan de samenwerking. De bevindingen onderschrijven dat de opleiding die professionals hebben gevolgd invloed heeft op hoe sterk hun samenwerkingsvaardigheden zijn. De specialisten hebben door hun expertise een sterkere positionering binnen het ziekenhuis. De type professional en verschillen tussen specialisten beïnvloedt de samenwerking omdat de respondenten zich meer op hun gemak voelen om contact met een wijkspecialisten op te nemen indien er laagdrempelig communicatie, vertrouwen en gelijkwaardigheid is. Wijkspecialisten staan open voor overleg met de eerste lijn en stellen zich gelijkwaardig op in deze samenwerking. Uit het onderzoek is gebleken dat persoonlijke eigenschappen ook de positionering en de bijdrage van de wijkspecialist beïnvloeden. Het kan voorkomen dat twee professionals tegenstrijdige persoonlijkheden hebben waardoor de samenwerking tussen deze twee professionals niet goed verloopt. Persoonlijke eigenschappen kunnen zorgen dat het gevoel van machtsrelatie aanwezig is bij een professional. De intrinsieke motivatie over de zinnigheid van deze samenwerking kan ook tussen de casussen verschillen. De beredenering hierachter is dat wijkspecialisten die door hun opleiding gewend zijn om in multidisciplinaire teams te werken beter met andere professionals zullen communiceren en samenwerken, omdat deze vaardigheden bij hun beter ontwikkeld zijn.

Ondanks de verschillende ervaringen van respondenten en de geleverde meerwaarde in de wijken wordt geconcludeerd dat er nog winst valt te behalen. Het project kan meer bijdragen indien er wordt ingezet op positieve *input* en *processen*. Enkele aanbevelingen hiervoor vindt u in paragraaf 6.4. Indien de nodige positieve veranderingen niet doorgevoerd kunnen worden valt er weinig meerwaarde te leveren.

6.2. Beperkingen onderzoek

Dit onderzoek kent twee tekortkomingen. De eerste tekortkoming is het ontbreken van de perspectieven van fysiotherapeuten uit Overvecht. Deze tekortkoming is wel gedeeltelijk ondervangen door de andere respondenten groepen te vragen met betrekking tot eventuele samenwerking met de fysiotherapeuten. De tweede tekortkoming is de verdeling van de wijkspecialisten. Het was in principe de bedoeling om wijkspecialisten met gelijke specialismen te onderzoeken zodat de casussen beter te vergelijken waren. Door gebrek aan beschikbaarheid van de wijkspecialisten is dit niet gelukt.

Door bovenstaande tekortkomingen en door de resultaten van dit onderzoek wordt geadviseerd om nader onderzoek uit te voeren. Er zou op een grotere schaal onderzoek en evaluaties in beide wijken uitgevoerd moeten worden om een gedegen vervolgstap met betrekking tot dit project te nemen.

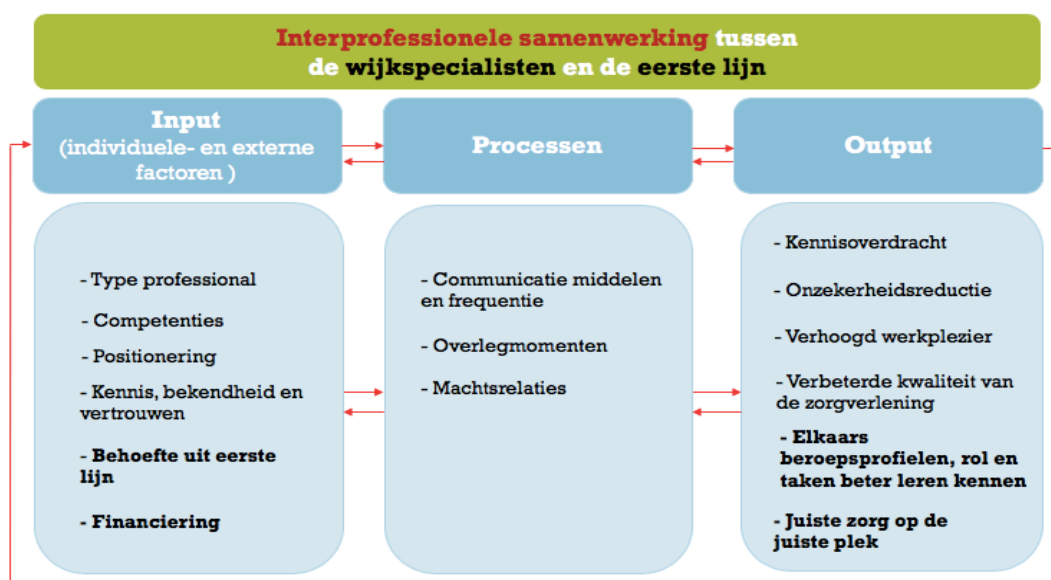
6.3. Implicaties voor literatuur

Er zijn diverse factoren die de *input*, *processen* en *output* fasen binnen het samenwerkingsverband van de wijkspecialist kunnen beïnvloeden. De fasen *input*, *processen* hebben niet per se direct verband met de *output* van de samenwerking, maar wel heeft de mate van aanwezigheid van de input en proces factoren invloed op de output (D'Amour et al., 2005). Als de samenwerkingsfactoren niet voldoende voorkomen dan zal dit een negatief effect hebben. Als de factoren wel voldoende voorkomen zal de samenwerking goed moeten verlopen. Uit de interviews is gebleken dat het theoretisch model (zie figuur 1) dat vooraf aan het onderzoek is opgesteld goed aansluit op wat er bij de respondenten leeft, maar de realiteit niet volledig dekt. De sub-concepten type professionals, elkaar kennen, communicatie en vertrouwen hebben allemaal in zekere mate invloed op de interprofessionele samenwerking. Echter, spelen de persoonlijke insteek, persoonlijkheid, ervaring en professioneel netwerk ook een rol. De GEZ Utrecht heeft gezamenlijk met een aantal leden en artsen het project opgezet, maar hierna is onvoldoende vervolgd geweest. In wetenschappelijke termen ontbreekt het dimensie *governance* omdat er geen aangestelde projectcoördinator is die zich momenteel actief inzet. Governance geeft richting en ondersteuning aan *professionals* om interprofessioneel en inter-organisationeel te kunnen functioneren (D'Amour et al., 2008). Indicatoren van *governance* zijn onder andere leiderschap, verbinding (connectiviteit), ondersteuning voor innovatie en centralisatie.

Professionals die zich breder ontwikkelen en aanvullende vaardigheden leren kunnen tegenwoordig vaak beter omgaan met de veranderende werkomgeving (Noordegraaf, 2015a). De projectcoördinator kan een arts zijn, maar moet wel de nodige vaardigheden bezitten om te communiceren en te coördineren. Uit de interviews bleek dat respondenten met nevenfuncties zoals “manager” meer zeggenschap ervoeren en een breder professioneel netwerk hadden. Bij de twee van de drie respondenten waar dit het geval was, bleek dit bevorderlijk te zijn voor de samenwerking met de wijkspecialist omdat contact opnemen hierdoor laagdrempeliger werd. Deze inzichten voegen toe aan Wilensky (1964) is dat naast de professionele competenties en persoonlijke eigenschappen, neventaken ook invloed heeft op eventuele machtsrelaties die tevens de samenwerking beïnvloedt.

De zorgsector en dus ook zorgprofessionals ervaren afgelopen jaren een toenemende werkdruk, complexer problematiek en meer administratieve lasten. Alle respondenten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek hebben dit ook bevestigd. Dit betekent dat zowel de eerste- als de tweedelijnszorg beperkt beschikbaar is vanwege hun (over)volle agenda's. Hoewel nieuwe projecten een frisse blik en hoop kunnen bieden is het wel van belang dat ze doelgericht en echt van toegevoegde waarde zijn. Deze inzichten dragen bij aan de nodige input voor succesvolle samenwerking en verrijken het IPO model van Gaboury et al. (2009) om beter aan te sluiten op de vraagstelling en context. Het IPO model wordt door de genoemde inzichten uitgebreid en aangescherpt.

Wijkspecialisten complementeren huisartsen met hun gespecialiseerde kennis en ervaring en de huisartsen bieden de wijkspecialisten inzicht in hun leefwereld en uitdagingen waar zij mee zitten. De bevindingen beschrijven dat respondenten eerder geneigd zijn om de behandelende specialist van een patiënt of een collega's die ze persoonlijk kennen en vaker mee samenwerken te consulteren in plaats van de wijkspecialist waar dit niet het geval is. Aan de hand van de bevindingen is het theoretisch kader aangepast. Deze bevindingen bieden een verdiepingsslag in de inzichten van Thylefors et al., 2005, Van Royen, 2009 en Valentijn, 2019. De input en processen van het samenwerkingsverband hebben een wisselwerking op elkaar en op de output. Deze inzichten verrijken het IPO model (Gaboury et al., 2009) met nieuwe relevante *input* factoren. In figuur 4 hieronder vindt u het aangepaste theoretische model. Dit kader is aangepast door factoren toe te voegen die invloed hebben op de interprofessionele samenwerking tussen de wijkspecialist en de eerste lijn of juist hieruit resulteren.



Figuur 4. Aangepaste theoretisch kader gebaseerd op resultaten (aangepaste IPO model van Geboury et al., 2009)

Elke fase van het samenwerkingsverband heeft direct invloed op de eerstvolgende fase en indirect op de andere fases. Er bestaat feedback loop die zowel positief als negatief kan zijn. Dit betekent dat een negatieve *input* ook negatieve invloed op de *processen* en op de *output* zal hebben. Positieve input zal ook een positief effect hebben op de processen waarbij de output positief zal zijn. Bij de *output* fase kan geëvalueerd worden indien de beoogde output bereikt is. Indien dit niet het geval is, kunnen in de *input* fase de nodige wijzigingen aangebracht worden. Het model projecteert een rechtlijnig richting van de fases, maar in werkelijkheid bestaat meer nuancering en complexiteit hierin. De bevindingen bewijzen dat het model van Gaboury et al. (2009) de complexiteit van de dynamische samenwerking niet volledig dekt. Dit komt onder andere vanwege diverse factoren, zoals verschillen in context en professionals welke invloed kunnen uitoefenen op de drie fases. Elke fase kan invloed op zowel het vervolg als de voorgaande fase en de output fase hebben en kan ertoe leiden dat de cyclus van het IPO model doorloopt of wordt gestopt.

6.4. Aanbevelingen voor de praktijk

Naar aanleiding van het theoretisch kader en de interviews zijn een aantal praktische aanbevelingen geformuleerd om de interprofessionele samenwerking tussen de eerste lijn en de wijkspecialist te verbeteren. De aanbevelingen zijn geformuleerd door de volgende vraag *“In hoeverre kan de bijdrage van de wijkspecialist versterkt worden binnen het interprofessionele samenwerkingsverband?”* te beantwoorden. De belangrijkste aanbevelingen voor het versterken van de bijdrage zijn in deze paragraaf beschreven en bieden handvatten. De aanbevelingen betreffen het verbeteren van de positionering van de wijkspecialist, het vergroten van de bekendheid en het vergroten van wederzijdse kennisoverdracht.

De respondenten zijn over het algemeen niet tevreden met de bijdrage die deze samenwerking levert. Het project is aan een verdiepingsslag en verbetering toe. Het is belangrijk dat eerst in het huidige project wordt geïnvesteerd om het te bestendigen en te verbeteren voordat eventueel stappen worden gezet naar verdere uitbreiding. Er is een actievere opstelling en tevens positionering van de wijkspecialist nodig om de geleverde meerwaarde te vergroten. Op beleids- en bestuurlijk niveau moeten de betrokken organisaties en professionals gezamenlijk besluiten nemen, middelen beschikbaar stellen en zich helemaal inzetten voor het project. Alvorens dit kan worden gedaan dienen er projectcoördinatoren aangewezen te worden die zich inzetten om veranderingen door te voeren, betrokkenen aan te moedigen en te zorgen dat er bijeenkomsten en onderwijsmomenten georganiseerd worden.

Er moeten duidelijke afspraken en veranderingsplannen doorgevoerd worden om het project zijn maximale bijdrage te laten leveren. Evaluatie van het project is hierbij essentieel om zowel objectieve meerwaarde als subjectieve meerwaarde te onderzoeken. Hierbij kan worden gekeken naar bijvoorbeeld hoeveel keer per week de wijkspecialisten benaderd worden, hoe lang het duurt voordat zij antwoord op de gestelde vragen geven en hoe vaak deze samenwerking daadwerkelijk als waardevol ervaren wordt. Het is belangrijk om alle ervaringen en percepties van de betrokkenen te onderzoeken en dat hun beoordeling ook worden meegenomen. Wijkspecialisten zijn bereid om een bijdrage te leveren, maar vanuit de eerste lijn moet er behoefte zijn.

Om persoonlijke kennis, contact en bekendheid van de wijkspecialist te vergroten dient aandacht te worden besteed aan het verbeteren van de onderlinge communicatie en het organiseren van bijeenkomsten. Een mogelijkheid om de wijkspecialist een actueel onderwerp te houden is om in de respectievelijke wijken jaarlijks de contactgegevens van de wijkspecialist te verspreiden onder de betrokkenen. Tevens door een redelijke termijn waarin terugkoppeling moet worden gegeven op verzoeken en vragen uit de eerste lijn vast te leggen. De aanbeveling is tussen 1 á 4 werkdagen.

Structurele bijeenkomsten en/of onderwijsmomenten kunnen worden benut voor het bespreken van algemene vragen, afspraken, relevante onderwerpen en/of knelpunten van zowel de eerste lijn als de wijkspecialisten. Een randvoorwaarde voor een goed verloop is wel dat het gezamenlijk tussen de eerste- en tweede lijn georganiseerd wordt. Om te voorkomen dat bijeenkomsten overbodig zijn of geen toegevoegde waarde hebben dient er afstemming plaats te vinden tussen wat de behoefte uit de eerste lijn is en waar de tweede lijn kan aanbieden. Dit zal de motivatie en doelgerichtheid verhogen. De huidige kloof dat tussen de eerste- en de tweede lijn bestaat kan op deze wijze worden bijgesteld. Een mogelijke uitdaging waar rekening mee moet worden gehouden is het feit dat zorgprofessionals drukke agenda's hebben en verplicht als jaarlijkse bijscholing volgen.

Om kennisoverdracht te vergroten wordt naast meer overlegmomenten en bijeenkomsten aanbevolen om na te gaan als het organiseren van een anderhalve lijn spreekuur mogelijk is. Uit de interviews blijkt dat deze vorm van samenwerking in andere locaties al wordt uitgevoerd en dat de uitkomsten positief ervaren worden. Hierbij moet er wel met een aantal dingen rekening worden gehouden. Logistiek gezien zou dit zo handig en efficiënt mogelijk georganiseerd moeten worden. Het zou qua efficiëntie handiger zijn als de eerste lijn naar het ziekenhuis zou gaan voor zo een gezamenlijk spreekuur. Het organiseren van een anderhalve lijn spreekuur of aansluiten bij andere projecten is tevens bevorderlijk voor de onderlinge kennisoverdracht.

Om verbetering te bewerkstelligen is onder andere een passend vergoedingssysteem nodig. Deze samenwerking biedt besparing van zorgkosten in zowel de tweede lijn als voor de zorgverzekeraar omdat zorg in de eerste lijn goedkoper is. In het kader van de Krachtige Basiszorg, wordt door verschillende respondenten geacht dat de zorgverzekeraars een vorm van passende financiering voor dit project moeten regelen. Hoewel het project momenteel niet veel tijd inneemt bij zowel de wijkspecialisten als bij de eerste lijn, is financiering wel een factor dat invloed heeft op het verder bestaan van dit project. Als veranderingen de meerwaarde verbeteren dan zou op den duur meer geïnvesteerd moeten worden. Indien alle betrokkenen niet bereid zijn om zich hiervoor in te zetten en de nodige verbeterlagen te bewerkstelligen moet het in overweging worden genomen of het project genoeg toegevoegde waarde biedt om in haar huidige uitvoering stand te houden.

Literatuurlijst

Wetenschappelijk literatuur

Abbott, A. D. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.

Ansell, C. & Gash, A. (2008), Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research & Theory* 18, 543 – 571

Baarda, D., B., (2013), *Principes van kwalitatieve analyse*, Noordhoff Uitgevers B.V.

Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom.

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. 4th ed. New York: Oxford University Press.

Anckar, C. (2008), On the Applicability of the Most Similar Systems Design and the Most Different Systems Design in Comparative Research. *International Journal of Social Research Methodology*.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martín-Rodríguez, L., Bieaulieu, M. (2005), The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks, *Journal of Interprofessional Care*, 1:116-131. Taylor & Francis Group.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J., San Martín-Rodríguez, L., & Pineault, R. (2008), A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 2008, 8:188, doi:10.1186/1472-6963-8-188.

Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012), An Integrative Framework for Collaborative Governance

Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology Review*, 61:5-6, 778-796.

Emerson, K., Nabatchi, T. (2015), Evaluating the Productivity of Collaborative Governance Regimes: a Performance Matrix. *Public Performance & Management Review*, 38:717-747, Taylor & Francis Groups.

Frank, JR. (Ed). 2005. *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Geraadpleegd van http://www.ub.edu/medicina_unitatededucaciomedica/documentos/CanMeds.pdf

Freidson, E. (2001). Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge. *Sociologie Du Travail*, 45(3), 240. [https://doi.org/10.1016/S0038-0296\(03\)00042-6](https://doi.org/10.1016/S0038-0296(03)00042-6)

Gaboury, I., Bujold, M., Boon, H. & Moher, D. (2009), Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. *Social Science & Medicine* (69:707-715).

Hart, H., Boeije, H., & Hox J., (2005), *Onderzoeksmethoden*, Boom onderwijs, Zevende geheel herziene druk.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public Administration*, 69(1), 3-19.

Kvarnström, S. (2008), Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22:2, 191-203, DOI: 10.1080/13561820701760600.

Lubber, W. J. (2014), Samenwerking in de praktijk, waar letter we op? In Hammelburg, R., Lubbers, W.J., Nauta, N. (Reds.), *Veranderende samenwerking in de zorg* (pp. 147-149), Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V.

Maxwell, J. (2012), *Qualitative Research Design, Chapter 7 Designing a Qualitative Research Design.* Sage Publications Inc.

Maes, A., Wildt, J.E. de (2006) Meer accent op de eerste lijn: kostenoverwegingen nopen tot maximale substitutie naar de eerste lijn, in: *Medisch Contact* vol. 61 nr. 36 pp. 1406 – 1408.

Miller, K. (2012). *Organizational Communication: Approaches and Processes*, Texas A&M University, Wadsworth Cengage learning, Sixth Edition.

Mitchell, R., Parker, V., Giles, M., & White, N., (2010), Toward Realizing the Potential of Diversity in Composition of Interprofessional Health Care Teams. An Examination of the Cognitive and Psychosocial Dynamics of Interprofessional Collaboration. *Medical Care Research and Review*. Vol. 76:1, 3-26.

Noordegraaf, M. (2008), *Management in het publieke domein: Issues, instituties en instrumenten.* Coutinho, Bussum.

Noordegraaf, M. (2015a), Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professionals and Organization*, 2015:2, 187-206. Oxford University Press.

Noordegraaf, M. (2015b). *Public Management. Performance, Professionalism, Politics*. London: Palgrave MacMillan.

Osborne, S. (2006), The New Public Governance, *Public Management Review* 8 (3), 377-387. <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14719030600853022>

Ouwens, M., Bosch, M & Wensing, M. (2012), De “zachte kanten” van samenwerking in de eerstelijnszorg: Wat is er bekend uit onderzoek en wat zijn de kennislacunes?, *Scientific Institute for Quality of Healthcare*, UMC St. Radboud

Pronk, E. (2005) Niet in elkaars tuintje harken: huisarts en specialist op een lijn door landelijke afspraken, in: *Medisch Contact*, vol. 60: 42, pp. 1668 – 1670. Geraadpleegd van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/niet-in-elkaars-tuintje-harken.htm> op 18 maart 2019.

Spreeuwenberg, C. (2014), Organisatie van zorg: perspectief van samenwerking in verleden en heden. In Hammelburg, R., Lubbers, W.J., Nauta, N. (Reds.), *Veranderende samenwerking in de zorg* (pp. 251-256), Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V.

Supper, I., Catala, O., Lustman, C., Chemla, C., Bourgueil, Y. & Letrilliart, L. (2014), Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors.

Valentijn, P. (2019), De kloof tussen strategie en executie van geïntegreerde zorg. *Skipr*. 12(1), 50–52

Van Buuren, M., W. (2017). *Vormgeven aan uitnodigend bestuur, Pleidooi voor een ontwerpgerichte bestuurskunde*, Erasmus University Rotterdam, Van Deventer

Thylefors, T., Persson, O., & Hellström, D. (2005) Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork, *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 102-114, DOI: 10.1080/13561820400024159

Tsakitzidis, G., Van Royen, P. (2012), *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*, H1. Wat is interprofessioneel samenwerken en welke link is er tussen onderwijs en praktijk? Standaard Uitgeverij, Antwerpen.

Van Royen, P. (2012), Interprofessionele samenwerking, transmurale en interdisciplinaire zorg. *Bijblijven*, 25:3

Wilensky, H. L. (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2):137-158

Grijze literatuur

Cobben, C., Van Dongen, J., Van Bokhoven, L., en Daniëls, R. (2016). Beste practices interprofessionele samenwerking. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*. (Nr.1). Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (n.b.), *Factsheet Gezonde omgeving Utrecht per wijk*.

Taskforce JZJP(2018), *De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Wie durft?*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Overvecht Gezond! (2014), *Evaluatie rapport pilot “De Wijkspecialist”*, Samenwerking eerste en tweede lijn

Overvecht Gezond!, (2016), Notitie “Op een hoger plan” tillen van de Wijkspecialist, versie 6 november 2016

Overvecht Gezond! (2018), *Krachtige Basiszorg. Overzicht resultaten*.

Gemeente Utrecht (2015), *Bouwen aan een gezonder toekomst*, Volksgezondheidsbeleid 2015 – 2018, p.17

Gemeente Utrecht (2018), Utrechts Gezondheidsprofiel 2018, Gemeente Utrecht Volksgezondheid, geraadpleegd van www.volksgezondheidsmonitor.nl

GEZ Netwerk (2017), *Krachtige basiszorg nieuwsbrief*. Geraadpleegd van <http://www.overvechtgezond.nl/nieuws/krachtige-basiszorg-werkt> op 25 februari 2019

Giesbers, A., (2008), *Gezonde concurrentie?!* (master scriptie), Universiteit Utrecht.

Zuilen Ondiep Gezond, 2014, Wijkspecialist, geraadpleegd van <https://zuilenondiepgezond.nl/wijk-specialist/> op 19 januari 2019.

Zuilen Ondiep Gezond (2015), *Samenwerking eerste en tweede lijn; de wijkspecialist*. Projectplan Zuilen Ondiep Gezond.

Bijlage I – Voorgelezen *informed consent*

De hieronder staande tekst aan het begin van elk interview voorgelezen aan de respondent waarna de respondent mondeling akkoord is gegaan. Alle interviews zijn opgenomen.

Dit interview wordt afgenomen in het kader van mijn afstudeeronderzoek van de master Publiek Management van de Universiteit Utrecht. Het doel van dit onderzoek is om de positionering van de Wijkspecialist binnen de samenwerking met de huisarts en de fysiotherapeut te onderzoeken. En om te kijken hoe de maximale bijdrage hiervan geleverd zou kunnen worden aan zorg dicht bij huis in de wijken Overvecht en Zuilen/Ondiep.

De centrale onderzoeksvraag: *Hoe kan de wijkspecialist zo gepositioneerd worden dat de huidige bijdrage die geleverd wordt aan de basiszorg in de wijken Overvecht en Ondiep/Zuilen wordt verhoogd?*

De verzamelde data wordt veilig digitaal opgeslagen en in principe niet worden gedeeld met anderen, met uitzondering van de scriptiebegeleider indien nodig. Alle data zal anoniem worden verwerkt en zal tot maximaal 3 maanden na de afronding van mijn studie worden bewaard. Hierna wordt het vernietigd. U doet vrijwillig mee aan dit onderzoek. U heeft ten alle tijden het recht om zich terug te trekken van het onderzoek, tijdens de dataverzameling, maar ook als de data al verzameld is. U heeft ten alle tijden ook recht om de data te laten verwijderen.

- Ja, ik ga akkoord
- Nee, ik ga niet akkoord

Bijlage II - Topiclijst en semigestructureerde interviewvragen

Algemeen achtergrond informatie respondent

- Geslacht
- Leeftijd
- Beroep
- Hoe lang al werkzaam als wijkspecialist/huisarts/fysiotherapeut?
- Werkgever /werkzaam bij?
- Hoe lang al verbonden met wijkspecialisten?

Theoretisch concept (Afhankelijke variabelen)	Sub-concepten (Onafhankelijke variabelen)	Beschrijving	Empirische vraag
<i>Interprofessioneel samenwerken</i>	Type professionals Machtspositie Type team/ team constructie Positionering Communicatie Vertrouwen Uitdagingen	Laagdrempelig bellen en overleggen Er wordt informatie/kennis gedeeld Tijd/meerdere taken	Hoe beschrijft u het concept “wijkspecialist”? Wat zijn de voor- en nadelen, volgens u? Heeft het voor u, uw werk of uw patiënten toegevoegde waarde? Licht a.u.b. toe. Hoe beschrijven zorgprofessionals hun werkwijze? Hoe is de interprofessionele samenwerking tot stand gekomen? Welke effectieve elementen kunt u benoemen die aanwezig zijn bij de interprofessionele samenwerking? Welke verbeterpunten zijn er in de interprofessionele samenwerking? Op welke verschillende manieren kan de wijkspecialist het beste gepositioneerd worden? Is er sprake van overlegmomenten? (formeel, informeel, gestructureerd) Is er sprake van een Multidisciplinair Overleg waar de wijkspecialisten, huisartsen en fysiotherapeuten aanwezig zijn? Zo ja, wat vindt u hiervan? Zo nee, vindt u dat dit georganiseerd zou moeten worden? Hoe wordt er gecommuniceerd binnen dit samenwerkingsnetwerk? (wijkspecialist fysiotherapeut, huisarts). Via de mail, whatsapp, telefonisch, persoonlijk?
<i>Bijdrage</i>	Kennisdeling en verhoogde expertise (d.m.v. communicatie) Kwaliteit Zekerheid/onzekerheidsreductie	Verbeterde expertise? Kennis gedeeld d.m.v. overleg? Of structurele bijeenkomsten?	Belt u uw collega gemakkelijk op om iets te bespreken of om iets terug te koppelen? Is er sprake van onderlinge vertrouwen? Vind je vertrouwen een belangrijk aspect voor het samenwerken? Hoe zou u de bijdrage van een wijkspecialist willen zien verbeteren? Kunt u tot een betere diagnose komen en tot een passende behandeling? Draagt de wijkspecialist bij aan onzekerheidsreductie?