

Optimale zorg voor de burger: van eigen eiland naar interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten

Een kwalitatief onderzoek naar de interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten en hun ervaringen in de gemeente Nijmegen.

Michelle Hendriks
juni 2020

Optimale zorg voor de burger: van eigen eiland naar interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten

Een kwalitatief onderzoek naar de interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten en hun ervaringen in de gemeente Nijmegen.

Auteur: Michelle Hendriks

Opleiding: Master Health Care and Social Work

Opleidingsinstituut: Saxion, te Enschede

Plaats: Duiven

Datum: 7 juni 2020

1^e Beoordelaar: Dr. N. A. B. M. Ketelaar

2^e Beoordelaar: Dr. A. M. Altena

Voorwoord

Voor u ligt de meesterproef over de ervaringen van ggz-professionals en Wmo-consulenten aangaande de interprofessionele samenwerking in de gemeente Nijmegen. Deze meesterproef is ter afronding van de master Health Care and Social Work aan het Saxion te Enschede. Het onderzoek heeft in samenwerking plaatsgevonden met Sterker sociaal werk, de organisatie waarvoor ik werkzaam ben.

Mijn persoonlijke drive voor dit onderzoek komt voort uit mijn externe en innerlijke motivatie. Van origine ben ik sociaal werker en enkele jaren werkzaam geweest als beeldend therapeut in een ggz-instelling. Nu werkzaam als Wmo-consulent blijf ik toch enigszins verbaasd over het feit dat er nauwelijks samenwerking plaatsvindt. De samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten is naar mijn mening essentieel om optimale zorg te verlenen. Ook vind ik het van belang dat iedere burger met psychische klachten optimale gemeenschappelijke zorg kan ontvangen. Iedere burger heeft recht op een zo optimaal mogelijk herstel binnen de voor hen haalbare mogelijkheden. Dit kan alleen bewerkstelligd worden als behandeling en begeleiding in samenhang plaatsvindt. Hieropvolgend werd ook een concrete aanleiding voor dit onderzoek uitgesproken. In het teamoverleg van Wmo-consulenten in wijkteam Nijmegen-Zuid werd op 3 september 2019 uitgesproken dat er tot op heden geen structurele samenwerking plaatsvindt met ggz-professionals. Het onderzoek raakt daarbij de kern van de opleiding, namelijk de samenkomst van gezondheidszorg en sociaal werk.

De uitvoering en het schrijven van het onderzoeksverslag heeft mij geïnspireerd en geënthousiasmeerd met dank aan Nicole Ketelaar. Zij stond tijdens de gehele uitvoering van het onderzoek, ook wanneer ik even vastliep, voor mij klaar. Mijn dank gaat ook uit naar Pamela Besselink, medewerkster Sterker sociaal werk, voor haar blijvende vertrouwen en begeleiding. Ook bedank ik de organisatie Sterker sociaal werk voor haar bijdrage, waardoor het mogelijk werd om de studie te volgen en dit onderzoek uit te voeren. In het bijzonder bedank ik Mireille Nova en daarmee Pro Persona voor hun deelname aan dit onderzoek. Ook de respondenten worden bedankt want zonder hen had het onderzoek niet kunnen plaatsvinden. Tot slot bedank ik mijn vriend voor zijn steun en het motiveren waardoor een goede afronding van de meesterproef is gerealiseerd.

Ik wens u veel leesplezier.

Michelle Hendriks,

Duiven, 7 juni 2020

Samenvatting

De samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten is sinds 2015 essentieel maar vindt niet structureel plaats en wordt door verschillende aspecten bemoeilijkt. Literatuur over specifieke, contextueel gebonden ervaringen in de huidige interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten in de gemeente Nijmegen ontbreekt. Door de verschillende beroepsidentiteiten dient interprofessionele samenwerking plaats te vinden waar de kernelementen communicatie, verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken toe behoren.

Een kwalitatief onderzoek is uitgevoerd om de ervaring centraal te stellen door middel van gestructureerde focusgroepen en aanvullende diepte-interviews. Pro Persona, het regionale centrum voor specialistische ggz, nam deel aan het onderzoek. Een gelijkwaardige verdeling en representatieve onderzoekspopulatie van ggz-professionals en Wmo-consulenten is gerealiseerd en resulteerde in 19 respondenten. Het theoretisch kader is geoperationaliseerd tot een topiclijst en heldere vraagstellingen. De letterlijke transcripten zijn geanalyseerd middels open-, axiaal- en selectieve codering waarbij een analyse-instrument is betrokken. Een membercheck heeft plaatsgevonden. De data tonen aan dat wederzijdse afhankelijkheden, onwetendheden over elkaars aanbod, het onderlinge gedrag, de onderlinge omgang en de verschillende contactvormen een rol spelen dan wel een belemmering vormen in de ervaringen van ggz-professionals en Wmo-consulenten binnen de interprofessionele samenwerking. Twee contextuele factoren worden in de samenwerking ook als belemmerend ervaren, te weten de zorgkosten door verschillende financieringsstromen en de AVG wetgeving.

De resultaten van het onderzoek laten zien dat een wederzijdse kennismaking essentieel is om onduidelijkheden en negatieve subjectieve gevoelens weg te nemen, gelijkwaardig contact mogelijk te maken en bewustwording te creëren over elkaars waarden door verschillende beroepsidentiteiten. Er kan ook gesteld worden dat de gezondheidszorg dominanter naar voren komt en meer een rol speelt in de uitwerking van de interprofessionele samenwerking. Ggz-professionals worden zich hiervan bewust. Er wordt vanuit een ggz-professional benoemd dat er meer gelijkwaardigheid nodig is voor een optimale interprofessionele samenwerking.

De aanbevelingen zijn gericht op het realiseren van een kennismaking met inhoudelijke overdracht van rollen en verantwoordelijkheden, informatievoorzieningen, standaardiseren van een gezamenlijk keukentafelgesprek, het creëren van wederzijdse bewustwording over de verschillende beroepsidentiteiten door casuïstiekbesprekingen en aanvullend systeemtherapie voor bedrijven. Ook het uitvoeren van vervolgonderzoek naar de invloed van de verschillende financieringsstromen en de AVG wetgeving gericht op de interprofessionele samenwerking wordt aanbevolen.

Summary

The collaboration between mental health professionals and social workers has been essential since 2015 but does not take place structurally and is complicated by various aspects. There is no literature on specific, contextually bound experiences in the interprofessional collaboration between mental health professionals and social work within the municipality of Nijmegen. Due to different professional identities, interprofessional cooperation should take place including the core elements: communication, clarification of roles, responsibilities and interprofessional networking.

A qualitative research was conducted to focus on the experience of both professional identities by the use of structured focus groups and interviews. Pro Persona, the regional center for mental healthcare, took part in the research. An equal distribution and representative research population of mental health professionals and social workers were achieved and resulted in 19 respondents. The theoretical framework has been operationalized into a topic list and concrete questions. The literal transcripts have been analyzed using open, axial, and selective coding using an analysis instrument. A member check took place. The data shows that two-way dependencies, ignorance of each other's offer, mutual behaviour, interaction and the various forms of contact play a role or hinder the experiences of mental health professionals and social workers regarding interprofessional cooperation. Two contextual factors are also perceived as hindering cooperation. These factors are the healthcare costs due to different funding currents and the privacy law.

The results of the research show that a mutual introduction is essential to remove ambiguities and negative subjective feelings, to enable equal contact, and to create awareness about each other's values from the different professional identities. It can also be said that health care is more dominant and plays a more important role in the elaboration of interprofessional cooperation. It is stated by a mental health professional that more equality and less dominance from health care is required for optimal interprofessional cooperation.

The recommendations are aimed at realizing a transfer of job content of roles and responsibilities, information facilities, standardizing a jointly 'kitchen table conversation', creating two-way awareness about the different professional identities through case meetings, and additional system therapy for companies. The final recommendation describes conducting further research into the influence of the different funding flows and the privacy law.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING.....	1
1.1 AANLEIDING	1
1.1.1 <i>Probleemstelling</i>	3
1.2 THEORETISCH KADER.....	3
1.2.1 <i>Communicatie</i>	4
1.2.2 <i>Verduidelijking van rol</i>	4
1.2.3 <i>Verantwoordelijkheden</i>	4
1.2.4 <i>Interprofessioneel netwerken</i>	4
1.3 ONDERZOEKSVRAGEN	5
1.3.1 <i>Deelvragen</i>	5
1.4 DOELSTELLINGEN	5
2. METHODE.....	7
2.1 ONDERZOEKSMETHODE	7
2.2 ONDERZOEKSPOPULATIE EN STEEKPROEF	7
2.2.1 <i>Werving respondenten</i>	8
2.3 DATAVERZAMELINGSMETHODE	9
2.4 DATAVERZAMELINGSinstrument	10
2.5 DATA-ANALYSE	12
2.6 METHODOLOGISCHE KWALITEIT	13
2.7 ETHISCHE VERANTWOORDING	13
3. RESULTATEN	15
3.1 VERDUIDELIJKING VAN ROL, VERANTWOORDELIJKHEDEN EN	15
INTERPROFESSIEEL NETWERKEN	15
3.1.1 <i>Afhankelijkheid</i>	15
3.1.2 <i>Onwetendheid</i>	16
3.2 COMMUNICATIE EN INTERPROFESSIEEL NETWERKEN	17
3.2.1 <i>Gedrag</i>	17
3.2.2 <i>Omgang</i>	18
3.2.3 <i>Contactvormen</i>	19
3.3 CONTEXTUELE FACTOREN	19
3.4 MEMBERCHECK	20
4. CONCLUSIE EN DISCUSSIE.....	21
4.1 CONCLUSIE	21
4.2 DISCUSSIE.....	22
4.2.1 <i>Reflectie op het onderzoek</i>	23

5. IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK	25
LITERATUUR	27
BIJLAGE.....	30
BIJLAGE A DEMOGRAFISCHE GEGEVENS RESPONDENTEN	30
BIJLAGE B FLYER	31
BIJLAGE C ONDERZOEKSINSTRUMENT	32
BIJLAGE D OVERZICHTSTABEL CODERING	38
BIJLAGE E ANALYSE-INSTRUMENT	40
BIJLAGE F INFORMED CONSENT.....	44

1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanleiding, het theoretisch kader, de onderzoeksvragen en de doelstellingen beschreven.

1.1 Aanleiding

Samenwerking tussen de Geestelijke Gezondheidszorg-professionals en de consultants van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) is essentieel voor burgers met psychiatrische klachten. De essentie van samenwerking bestaat sinds de transitie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Wmo in 2015 (Boumans, Van Hoof, Knispel, Michon, & Van Rooijen, 2016). Sinds deze transitie hoort begeleiding onder de Nederlandse gemeenten (Wmo) en behandeling onder de instellingen van de Geestelijke Gezondheidszorg (ggz). De ggz-professional richt zich primair op de behandeling van psychiatrische klachten (Weerman, 2018). De Wmo-consulent werkt vanuit een ander perspectief, namelijk het sociaal functioneren binnen de maatschappij (Weerman, 2018). Burgers met psychiatrische klachten ontvangen sinds de transitie zorg van ggz-professionals en Wmo-consulenten (Movisie, 2013a; Movisie 2017).

In Nederland heeft een groot gedeelte van de burgers in meer of mindere mate last van psychiatrische klachten (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). Het betreffen uiteenlopende gedragingen, gedachten en/of belevingen die afwijken van een bepaalde norm wat als hinderlijk wordt ervaren voor de burger zelf of zijn omgeving (Van der Molen, Perreijn, & Van den Hout, 2010). Burgers met uiteenlopende psychiatrische klachten vormen de doelgroep van ggz-professionals en Wmo-consulenten. Het herstel verloopt effectiever als de doelgroep goede behandeling en begeleiding in samenhang ontvangt (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018).

Het doel van samenwerking is gezondheidsuitkomsten verbeteren (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Karadarevic, 2018; Van Raak, Paulus, & Mur-Veeman, 2005), efficiënter werken (Movisie, 2013b; Van Raak et al., 2005; Vyt, 2017), kosten verlagen (Movisie, 2013b; Van Raak et al., 2005), risico's delen (Van Raak et al., 2005) en werkrelaties ontwikkelen en onderhouden voor de burger die de zorg ontvangt (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Vyt, 2017). Er is echter een gebrek aan samenwerking wat gevolgen heeft voor de burger zelf, de professionals en voor de maatschappij (Boumans et al., 2016; Karadarevic, 2018; Te Velde, Bos, Floor, Van Linschoten, & Woestenburger, 2018).

De zorg voor burgers vindt sinds de transitie met name thuis plaats. Met regelmaat ontbreekt de begeleiding vanuit de Wmo (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). Door het ontbreken van samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten ontvangen thuiswonende burgers met psychiatrische klachten onvoldoende zorg en verblijven burgers soms onnodig in ggz-instellingen. Dit maakt dat samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten noodzakelijk is. De focus is vaak alleen gericht op psychiatrische klachten vanuit de individuele behandeling terwijl de focus op sociaal functioneren ontbreekt (Boumans et al., 2016; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018; Van Rooijen, Knispel, Van Hoof, & Kroon, 2016).

De ggz-professional heeft belang bij samenwerking omdat Wmo-consulenten burgers met psychiatrische klachten naast de behandeling kunnen ondersteunen bij het sociaal functioneren en participeren (Van Rooijen et al., 2016). Daarentegen heeft de Wmo-consulent voor het vroegtijdig leren erkennen van symptomen en het voorkomen van ontwrichting baat bij

samenwerking met ggz-professionals vanwege hun kennis en expertise (Van Rooijen et al., 2016; Weerman, 2018). Maatschappelijk gezien ligt de focus op kostenreducering, daar de transitie erop gericht is dat de kosten van de verzorgingsstaat worden beperkt (Movisie, 2013b). Door het ontbreken van samenwerking is een (mogelijk gedwongen) crisisopname in een ggz-instelling soms het enige alternatief (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2018). Dit gaat gepaard met alle aan crisisopname voorafgaande zorg(kosten).

De samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten verloopt moeizaam door concurrentie waardoor samenwerkingsafspraken uitblijven (Boumans et al., 2016; Karadarevic, 2018; Te Velde et al., 2018). Er is geen balans maar competitie en concurrentie tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten (Verharen, 2015). Samenwerking kan concurrentiegevoelens onder medewerkers geven wat de samenwerking bemoeilijkt (Movisie, 2017; Van Raak et al., 2005). Dat maakt ook dat er nauwelijks gemeenschappelijke zorgplannen bestaan voor het gelijktijdig aanpakken van gezamenlijke zorg (Karadarevic, 2018; Te Velde et al., 2018). De gemeenschappelijke zorgplannen worden ook gehinderd door financieringsschotten tussen ggz-instellingen en gemeenten. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben er belang bij dat de ander de zorgkosten op zich neemt waarbij zij het gemeenschappelijk financieel belang niet inzien (Karadarevic, 2018).

De samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten wordt tevens bemoeilijkt doordat er sprake is van verschillen in belangen, zienswijze en benadering tussen de gezondheidszorg en het sociaal werk (Movisie, 2013a; Verharen, 2015). Het betreffen verschillende beroepsidentiteiten. Op internationaal niveau is te vernemen dat de aanpak van sociaal werk moeite heeft om zich te vestigen in het dominante biomedische zorgmodel van de ggz, te weten de gezondheidszorg (Khoury & Rodriguez del Barrio, 2015). Dit is te wijten aan het feit dat de ggz-professional zich richt op herstel als symptoomreductie. De Wmo-consulent richt zich vanuit het sociaal werk op de persoonlijke levensreis die de ervaring van het geestelijke gezondheidsprobleem omvat (Khoury & Rodriguez del Barrio, 2015). De ggz-professional is volgens Khoury en Rodriguez del Barrio (2015) gericht op het bevorderen van herstel van de geestelijke gezondheid en het ontwikkelen van herstelgerichte diensten op individueel niveau (Jurrius & Verkooijen, 2016). Het handelen van de ggz-professional is gebaseerd op wetenschappelijke disciplines als natuurkunde, scheikunde en verpleegwetenschappen (Jurrius & Verkooijen, 2016). De zienswijze van het sociaal werk en daarmee de Wmo-consulent is meer gericht op het aanmoedigen van participatie, sociale integratie, herstel en het erkennen van de rechten van burgers met psychiatrische klachten (Khoury & Rodriguez del Barrio, 2015). De sociale omgeving (netwerk) wordt in de zorg betrokken. Het sociaal werk is gebaseerd op theorie over de handelwijze vanuit wetenschappelijke disciplines als sociologie, psychologie, onderwijswetenschappen en pedagogiek (Jurrius & Verkooijen, 2016). De verschillen in belangen, zienswijze en benadering uiten zich in het verschil van vakjargon. Het verschil in vakjargon wordt gezien als een sta-in-de-weg (Sennett, 2012). Er is nog weinig sprake van conversatie en ingaan op elkaars standpunten (Swart, 2014). Tijdens de conversaties wordt gesproken over wat er aan de hand is en hoe het moet worden opgepakt maar niet over het waarom en van waaruit (Verharen, 2015).

1.1.1 Probleemstelling

Samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten is essentieel, maar wordt door verschillende aspecten bemoeilijkt. Dit geldt ook binnen de gemeente Nijmegen. Deze gemeente werkt sinds de transitie in 2015 met tien wijkteams uitgevoerd door Sterker sociaal werk (Sterker, z.d.). Sterker sociaal werk heeft Wmo-consulenten in dienst met voornamelijk een achtergrond in sociaal werk. Samen met de burger wordt de hulpvraag verkend. De Wmo-consulent begeleidt de burger bij het uitvoeren van het zorgplan en denkt mee over (mogelijke) oplossingen gericht op de hulpvraag. Het uitgangspunt is eigen verantwoordelijkheid en eigen regie. Afhankelijk van de hulpvraag kan samenwerking met een ggz-professional noodzakelijk zijn.

Een concrete aanleiding voor dit onderzoek werd tijdens het teamoverleg van Wmo-consulenten in wijkteam Zuid op 3 september 2019 uitgesproken, namelijk dat er geen structurele samenwerking plaatsvindt met ggz-professionals. Wmo-consulenten ervaren onder andere verschillen in houdingsaspecten, meningen met irritatie en het ontbreken van gezamenlijke afstemming als gevolg. Dit maakt ook dat Wmo-consulenten samenwerking niet vanzelfsprekend vinden. De samenwerking wordt soms opgezocht of soms vermeden. In een persoonlijk gesprek op 3 november 2019 met Wmo-consulent N. Wijnhofen (Nijmegen stedelijk) wordt aangegeven dat samenwerking formeel wordt opgezocht. Een betekenisvolle en intensieve samenwerking, die voor de burger kwaliteitszorg oplevert, ontbreekt (N. Wijnhofen, persoonlijke communicatie, 3 november 2019).

Ondanks het gegeven dat er al veel bekend is over samenwerking blijft het feit dat de samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten in Nijmegen nauwelijks van toepassing is. De theoretische relevantie van het onderzoek is het verkrijgen van inzichten en het expliciteren van ervaringskennis. Ervaringskennis binnen de huidige samenwerking kan specifieke en diepgaande informatie opleveren voor verdere samenwerkingsontwikkeling. De praktische relevantie is het verbeteren van samenwerking gericht op de praktijk van de gemeente Nijmegen. Dit onderzoek brengt de ervaringen van zowel ggz-professionals als Wmo-consulenten bij elkaar met de focus op de huidige samenwerking.

1.2 Theoretisch kader

Interprofessionele samenwerking vindt plaats wanneer zorgverleners met verschillende specialisaties en onderscheidende professionele culturen samenwerken om optimale gemeenschappelijke zorg te leveren (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Garth et al., 2018; Mulvale, Embrett, & Razavi, 2016). Bij burgers met psychiatrische klachten vindt met regelmaat behandeling plaats gericht op herstel en begeleiding op sociaal functioneren en participeren. De ggz-professionals en Wmo-consulenten dienen, met inachtneming van hun verschillende beroepsidentiteiten, middels samenwerking optimale gemeenschappelijke zorg te leveren. Diverse factoren kunnen een succesvolle samenwerking positief of negatief beïnvloeden (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Om de verschillende kernelementen en enigszins onderlinge verbondenheid van een optimale interprofessionele samenwerking te omschrijven worden de volgende kernelementen aangehouden en beschreven: communicatie, verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken. De keuze voor deze kernelementen is gebaseerd op de frequentie van een kernelement vanuit de bestaande literatuur en de context van dit onderzoek.

1.2.1 Communicatie

Communicatie is belangrijk binnen interprofessionele samenwerking (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Bankston & Glazer, 2014; Johnson, 2017; Movisie, 2013a; Mulvale et al., 2016; Supper et al., 2015). Dialogische communicatie is noodzakelijk tussen twee beroepsidentiteiten om te verkennen wat de ander weet, waarbij nieuwsgierigheid en respect voor elkaars communicatie essentieel is (Bankston & Glazer, 2014; Sennett, 2012). Ook het vergelijken met eigen kennis en kunde is relevant om niet te diskwalificeren maar om de communicatie te begrijpen (Verharen, 2015). Het tegengaan van verschillende communicatieverwachtingen is gewenst om een zoektocht naar informatie te voorkomen (Johnson, 2017). Ten slotte is structurele communicatieve afstemming belangrijk (Movisie, 2013a).

1.2.2 Verduidelijking van rol

Inzicht in de verschillende rollen die professionals hebben is van belang bij interprofessionele samenwerking (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Mulvale et al., 2016; Reeves, Xyrichis, & Zwarenstein, 2018; Supper et al., 2015). De waarden en ethiek van elkaar aannemen is nodig vanwege de verschillende beroepsidentiteiten (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Ggz-professionals behoren volledig tot de medische infrastructuur. Zij mogen bijvoorbeeld alleen een terugkoppeling geven of een verwijzing van de huisarts accepteren. Wmo-consulenten spelen hierin geen rol, waardoor het niet vanzelfsprekend is dat consulenten informatie ontvangen over de burger (Movisie, 2013a). Door een heldere rolverdeling kan dit begrip voor besluitvorming ontwikkelen en het zoeken naar informatie verbeteren (Johnson, 2017). Aandacht voor wederzijdse deskundigheid blijft onmisbaar (Movisie, 2013a). De Wmo-consulent kan in de wijk en de thuissituatie een goede rol vervullen in het tijdig signaleren (Movisie, 2013a). Conflicten kunnen tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten worden voorkomen en anders mogelijk opgelost worden (Mulvale et al., 2016).

1.2.3 Verantwoordelijkheden

Binnen interprofessionele samenwerking is het gericht zijn op elkaars verantwoordelijkheden een aandachtspunt (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Bankston & Glazer, 2014; Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018). Samenwerkingsafspraken specifiek op verantwoordelijkheden en vertrouwen zorgen voor goede samenwerking (Movisie, 2013a; Supper et al., 2015). De onderlinge afhankelijkheid en de aandacht voor elkaars deskundigheid binnen de verantwoordelijkheden kunnen tot stimulering en leermogelijkheden leiden (Bankston & Glazer, 2014; Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018). Ggz-professionals en Wmo-consulenten zijn afhankelijk van elkaar en hebben zowel eigen als gezamenlijke verantwoordelijkheden. Het is van belang om de verantwoordelijkheid (Reeves et al., 2018) en het gezamenlijk doel voortdurend centraal te stellen: samen sterk maken voor optimale zorg en ondersteuning voor burgers met een psychiatrische en/of psychosociale kwetsbaarheid (Movisie, 2013a).

1.2.4 Interprofessioneel netwerken

Door interprofessionele samenwerking vindt teamvorming plaats en wordt het teamfunctioneren als belangrijk beschouwd (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Dow et al., 2017; Movisie, 2013a; Mulvale et al., 2016; Reeves et al., 2018; Supper et al., 2015). Echter wordt het teamfunctioneren minder in de samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten verwacht. Zij werken in grote heterogene en dynamische groepen (Dow et al., 2017). Het is voor Wmo-consulenten en

ggz-professionals noodzakelijk om te netwerken. Zij werken voor een andere organisatie met verschillende beroepsidentiteiten. Zonder te netwerken komen zij niet met elkaar in contact. Reeves et al. (2018) beschrijven interprofessioneel netwerken. Het netwerken kan virtueel van aard zijn waarbij een face-to-face bijeenkomst niet noodzakelijk is. Er wordt op asynchrone wijze gecommuniceerd via e-mail of online video-/audioconferenties. Over het algemeen is de samenwerking niet complex, voorspelbaar en niet urgent (Reeves et al., 2018). De samenwerking kan worden bevorderd met eenvoudige acties zoals het opstellen van een gemeenschappelijke visie en doelen (Mulvale et al., 2016). Ook met een onderlinge kennismaking wordt interprofessionele samenwerking gestimuleerd omdat naast de zorg ook wederzijdse ondersteuning en supervisie wordt verwacht (Movisie, 2013a; Supper et al., 2015).

1.3 Onderzoeksvragen

Het onderzoek richt zich op de centrale vraagstelling: ‘Hoe wordt de interprofessionele samenwerking door de ggz-professionals en de Wmo-consulenten op lokaal niveau in de gemeente Nijmegen ervaren?’

1.3.1 Deelvragen

Om de centrale vraagstelling te kunnen beantwoorden worden de onderstaande deelvragen behandeld:

- Hoe wordt de communicatie ervaren door de ggz-professional en de Wmo-consulent binnen de interprofessionele samenwerking voor burgers met psychiatrische klachten?
- In hoeverre wordt door de ggz-professional en de Wmo-consulent ervaren dat de rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn binnen de interprofessionele samenwerking voor burgers met psychiatrische klachten?
- Hoe wordt het interprofessioneel netwerken ervaren door de ggz-professional en de Wmo-consulent binnen de interprofessionele samenwerking voor burgers met psychiatrische klachten?
- In hoeverre verschillen de ervaringen van de ggz-professional en de Wmo-consulent door de verschillende beroepsidentiteiten binnen de interprofessionele samenwerking voor burgers met psychiatrische klachten?

1.4 Doelstellingen

De interne doelstelling is een concretisering van hoe ggz-professionals en Wmo-consulenten de onderlinge interprofessionele samenwerking ervaren. Hiermee wordt achterhaald hoe de huidige samenwerking plaatsvindt en hoe dit ervaren wordt per beroepsidentiteit. Er wordt vanuit de praktijk aangetoond of er verschillen aanwezig zijn tussen de twee beroepsidentiteiten die de samenwerking beïnvloeden. Aanbevelingen worden beschreven vanuit de ervaringen van ggz-professionals en Wmo-consulenten voor interprofessionele samenwerking. Er worden praktijkgerichte aanbevelingen beschreven voor de gemeente Nijmegen om de interprofessionele samenwerking aansluitend te laten doorontwikkelen.

De externe doelstelling betreft een bevorderde interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten. De ggz-professional kan naast de behandeling gebruik maken van de ondersteuning gericht op het sociaal functioneren (Weerman, 2018). De Wmo-

consulent benut de psychiatrische kennis en expertise van de ggz-professional (Weerman, 2018). Het doel wordt bereikt als burgers met psychiatrische klachten optimale gemeenschappelijke zorg ontvangen.

2. Methode

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode, onderzoekspopulatie, dataverzamelmethode, dataverzamelingsinstrument, data-analyse, methodologische kwaliteit en de ethische verantwoording beschreven.

2.1 Onderzoeksmethode

Er werd gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat de ervaring centraal werd gesteld en het de zoektocht naar nieuwe inzichten mogelijk maakte (Jansen & Jansen, 2016). De samenwerking is sinds 2015 essentieel en literatuur over specifieke, contextueel gebonden ervaringen van ggz-professionals en Wmo-consulenten in de huidige samenwerking in de gemeente Nijmegen ontbrak. De interpretatieve onderzoeksstroming raakt daarbij de kern van dit kwalitatieve onderzoek (Baarda, 2018; Jansen & Jansen, 2016). Het diepgaande onderzoek maakte gebruik van de werkelijkheid zoals die ervaren werd, waarbij de nadruk is gelegd op de ervaring voor het verkrijgen van nieuwe inzichten naast de bestaande literatuur (Baarda, 2018).

2.2 Onderzoekspopulatie en steekproef

Ggz-instelling Pro Persona, locatie Nijmegen, werd benaderd voor dit onderzoek. Pro Persona is een regionaal centrum voor volwassenen tussen de 18 en 60 jaar die specialistische geestelijke gezondheidszorg nodig hebben (Pro Persona, 2019; Pro Persona, z.d.a). Binnen Pro Persona bestaat de afdeling van Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-teams. Professionals van de FACT-teams werken in ambulante teams voor burgers met een grotere psychische kwetsbaarheid (Pro Persona, z.d.b). Ieder FACT-team is gespecialiseerd in een andere psychiatrische problematiek en hanteert hun eigen benaderingswijze naar samenwerkingspartners. In de gemeente Nijmegen zijn drie FACT-teams gevestigd die dienen samen te werken met Wmo-consulenten.

De Wmo-consulenten werken voor de gemeente Nijmegen in dienst van Sterker sociaal werk (Sterker, z.d.). Er werken 77 Wmo-consulenten, waarvan 46 Wmo-consulenten specifiek werkzaam zijn voor burgers met psychiatrische klachten (J. Waanders, persoonlijke communicatie, 18 december 2019). Deze 46 Wmo-consulenten werken verdeeld over tien wijkteams met ieder team een eigen benaderingswijze naar samenwerkingspartners. Wmo-consulenten dienen samen te werken met ggz-professionals van de FACT-teams.

De respondenten (in totaal 19) zijn middels een doelgerichte steekproef door de onderzoekster geselecteerd conform de inclusiecriteria, alle respondenten dienden werkzaam te zijn in de gemeente Nijmegen met volwassen burgers met psychiatrische klachten die specialistische behandeling van de FACT-teams ondergaan. Voor een realistische afspiegeling van de onderzoekspopulatie is rekening gehouden met de verschillende benaderingswijze naar samenwerkingspartners vanuit de FACT- en wijkteams. Een diversiteit van respondenten uit verschillende teams is gerealiseerd door voor selectie de teamverdelingen inzichtelijk te maken. Om doelgerichte subgroepen binnen de onderzoekspopulatie op te nemen waren respondenten met meerdere en enkele samenwerkingsmomenten als ervaring van belang (Baarda, 2018). De omvang van de intensiviteit van samenwerkingsmomenten is niet geoperationaliseerd. Tot slot werd een gelijkwaardige verdeling van ggz-professionals en Wmo-consulenten gerealiseerd.

2.2.1 Werving respondentent

De zorgmanager van Pro Persona werd telefonisch benaderd, waarbij het belang van het onderzoek werd toegelicht. Nadat de zorgmanager van Pro Persona ermee instemde om deel te nemen, werd per e-mail een flyer toegestuurd die informatie gaf over het onderzoek (zie Bijlage B). De zorgmanager van Pro Persona verstuurde deze e-mail naar de ggz-professionals van de drie FACT-teams.

Sterker sociaal werk stelde van de 46 Wmo-consulentent 17 Wmo-consulentent beschikbaar voor het onderzoek. De acht Wmo-consulentent die stedelijk werkten, werden benaderd omdat zij voor diverse wijkteamst werkten. Ook werden negen consulentent uit stadsdeel Nijmegen-Zuid benaderd waar de wijkteamst Hatert, Midden en Zuid toe behoren. De Wmo-consulentent zijn door de onderzoekster per e-mail benaderd met dezelfde flyer.

Vijf ggz-professionalt en zes Wmo-consulentent die na de eerste e-mail gereageerd hadden, werden benaderd voor het inplannen van afzonderlijke focusgroepen. Zij konden zelf een voorkeur (tijdstip/locatie) aangeven. Deze Wmo-consulentent en ggz-professionalt benoemden dat zij meerdere samenwerkingsmomentent hadden ervaren. In de follow-up mail werd ook aangegeven dat professionalt met enkele samenwerkingsmomentent van belang zijn waarna nog vier ggz-professionalt voor diepte-interviewst en vier Wmo-consulentent voor een focusgroep reageerden. In Tabel 1 en Tabel 2 is een overzicht van de in totaal 19 respondentent weergegeven. In Bijlage A zijn demografische gegevens weergegeven.

Tabel 1

Overzicht Wmo respondentent

Respondentent (R)	Teamst	Samenwerkingsmomentent	Focusgroep (FG)
R 1	Hatert	Veelvuldig	FG1
R 2	Midden	Veelvuldig	FG1
R 3	Stedelijk	Veelvuldig	FG1
R 4	Zuid	Veelvuldig	FG1
R 5	Zuid	Veelvuldig	FG1
R 6	Zuid	Veelvuldig	FG1
R 12	Stedelijk	Enkele	FG3
R 13	Stedelijk	Enkele	FG3
R 14	Zuid	Enkele	FG3
R 15	Midden	Enkele	FG3

Tabel 2*Overzicht ggz respondenten*

Respondenten (R)	Teams	Samenwerkingsmomenten	Focusgroep (FG) of diepte-interview
R 7	FACT-team 1	Veelvuldig	FG2
R 8	FACT-team 1	Veelvuldig	FG2
R 9	FACT-team 1	Veelvuldig	FG2
R 10	FACT-team 1	Veelvuldig	FG2
R 11	FACT-team 1	Veelvuldig	FG2
R 16	FACT-team 2	Enkele	Interview
R 17	FACT-team 3	Enkele	Interview
R 18	FACT-team 2	Enkele	Interview
R 19	FACT-team 3	Enkele	Interview

2.3 Dataverzamelmethode

Er werd gebruik gemaakt van focusgroepen en aanvullende diepte-interviews omdat ervaringen ten aanzien van het onderzoeksthema van belang waren (Bryman, 2015). Er werd ingezet op focusgroepen waardoor de nadruk gelegd kon worden op het specifieke onderwerp waar diep op ingegaan werd (Bryman, 2015). Kleine focusgroepen van vier tot zes respondenten werden toegepast. Dit was essentieel voor de respondenten met enkele samenwerkingsmomenten. Wanneer er weinig ervaring is, zouden grotere focusgroepen het lastiger maken om iets te zeggen over het onderwerp (Bryman, 2015). Voor de uitvoering van de focusgroepen was het noodzakelijk om met twee gespreksvoerders te zijn (Raats, 2019). De onderzoekster was de gespreksleidster en een medewerkster van Sterker (innovatie en onderzoek I&O) was assistent. Om de beoogde data te verzamelen werden ggz-professionals en Wmo-consulenten in afzonderlijke focusgroepen bevraagd. De verschillen tussen de beroepsidentiteiten werd objectiverbaar en respondenten konden hun ervaringen vrij uiten over de andere beroepsidentiteit.

De focusgroepen zouden in dezelfde context plaatsvinden, namelijk face-to-face-gesprekken op locatie. Door het directe contact kon er ingegaan worden op zichtbare emoties en non-verbale communicatie (Baarda, 2018). In verband met het Coronavirus (COVID-19) vond één onlinefocusgroep (Microsoft Teams, Focusgroep 3) plaats. De onderzoekster kon door het videobellen reageren op non-verbale reacties. Videoapparatuur werd na toestemming ingeschakeld en in een bepaalde positie geplaatst waardoor het niet voortdurend de aandacht kreeg. Enkele respondenten benoemden nadien dat zij de videoapparatuur waren vergeten.

Diepte-interviews werden aanvullend afgenomen bij de ggz-professionals omdat zij niet aanwezig konden zijn bij de focusgroep. Eén interview werd afgenomen middels een face-to-face-gesprek op locatie. De overige drie interviews werden telefonisch afgenomen vanwege COVID-19. Gevoelige vragen konden telefonisch beter beantwoord worden vanwege de afwezigheid van de onderzoekster (Baarda, 2018). De respondenten waren minder geremd en spraken op informele toon. Audioapparatuur werd na toestemming ingeschakeld en vormde niet voortdurend de aandacht. De diepte-interviews verschilden van de focusgroepen: de

onderzoekster nam de interviews alleen af en er vond geen discussie plaats. De diepte-interviews duurden gemiddeld drie kwartier. De focusgroepen hadden de gemiddelde duur van anderhalf uur.

Ter verbetering van de betrouwbaarheid heeft op 7 mei 2020 een membercheck plaatsgevonden (Philipsen & Vernooy-Dassen, 2004). De belangrijkste resultaten van het onderzoek werden middels een PowerPoint-presentatie voorgelegd met de vragen over herkenbaarheid, mogelijke aanvullingen en implicaties voor de praktijk. De presentatie is per e-mail naar alle 19 respondenten verstuurd omdat een bijeenkomst niet mogelijk was in verband met COVID-19. Er hebben zeven respondenten na de eerste (of follow-up) e-mail gereageerd. Door het verkrijgen van de antwoorden per e-mail werd de betrouwbaarheid ondervangen.

2.4 Dataverzamelingsinstrument

Gestructureerde focusgroepen en diepte-interviews kregen de voorkeur omdat er voorafgaande kennis was over het onderwerp (Bryman, 2015). Op basis van het theoretisch kader is geoperationaliseerd in samenwerking met de medewerkster van Sterker I&O, zie Tabel 3. De dimensies vanuit de vier kernelementen van interprofessionele samenwerking vormden de leidraad, namelijk communicatie, verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken.

Tabel 3
Topiclijst

Topic (dimensies)	Inzicht verkrijgen in (indicatoren)
Communicatie (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Verharen, 2015; Movisie, 2013a; Mulvale et al., 2016; Sennett, 2012; Supper et al., 2015).	- Dialogisch (Sennett, 2012) - Nieuwsgierigheid (Sennett, 2012) - Respect (Sennett, 2012) - Vergelijking kennis en kunde (Verharen, 2015) - Verwachting (Johnson, 2017) - Structureel afstemmen (Movisie, 2013a)
Verduidelijking van rol (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Mulvale et al., 2016; Reeves et al., 2018; Supper et al., 2015)	- Inzicht (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Mulvale et al., 2016; Reeves et al., 2018; Supper et al., 2015) - Waarden en ethiek (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016) - Aandacht deskundigheid (Movisie, 2013a)
Verantwoordelijkheden (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Bankston & Glazer, 2014; Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018)	- Gericht op elkaar (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018) - Afspraken (Movisie, 2013a; Supper et al., 2015) - Afhankelijkheid (Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018) - Gezamenlijk doel (Movisie, 2013a)
Interprofessioneel netwerken (Dow et al., 2017; Reeves et al., 2018)	- Asynchrone (Reeves et al., 2018) - Algemeen voorspelbaar (Reeves et al., 2018) - Visie en doelen (Mulvale et al., 2016) - Kennismaking (Movisie, 2013a) - Ondersteunen en lesgeven (Supper et al., 2015)

Er werd tevens gebruik gemaakt van een veelvoorkomende casus waarbij één ggz-professional en één Wmo-consulent betrokken waren om deze casus op te stellen. Er werd hiermee voorkomen dat sociaal wenselijke, extreme of protocollaire antwoorden werden gegeven. Na de casus werd gestart met een algemene vraag over interprofessioneel samenwerken, te weten *“Hoe zien jullie de interprofessionele samenwerking aan de hand van de casus?”*. Het begrip werd ter plekke geoperationaliseerd en kon worden bijgesteld als het verkeerd werd geïnterpreteerd. De topics kwamen vervolgens aan bod door dezelfde open hoofdvraag per kernelement. Bij elke kernelement werd de respondent in de gelegenheid gesteld om eerst zijn of haar eigen ervaren werkelijkheid zonder beïnvloeding te noteren.

De kwaliteit werd voorafgaand aan de focusgroepen en diepte-interviews getest. De pilot vond op 18 februari 2020 plaats door middel van het doorlopen van het onderzoeksinstrument met een Wmo-consulent en de medewerkster van Sterker I&O. Er werd samen met hen afgewogen of het verkennen van de ervaring en het komen tot nieuwe inzichten mogelijk was. Het lezen van de casus werd vervangen door een video weblog (vlog) over de casus. Een acteur begaf zich in de belevingswereld van de casus en nam dit op middels een persoonlijke vlog. Op een iPad werd de vlog afgespeeld. De vlog werd naar respondenten van de telefonische interviews toegestuurd zodat zij deze zelf konden afspelen. De visuele media stimuleerden tot nadenken en ondersteunden het herinneren van gelijksoortige casussen (Harper, 2002). Om het inzicht te verkrijgen binnen de topics werden aanvullende open vragen opgesteld (indicatoren) en bevraagd wanneer die gaandeweg niet aan de orde kwamen voor verdere discussie (Bryman, 2015). Het definitieve onderzoeksinstrument is weergegeven in Bijlage C.

2.5 Data-analyse

De focusgroepen en diepte-interviews werden opgenomen, letterlijk getranscribeerd en gecodeerd in Atlas.ti (Windows versie). De video-opnames maakten het ook mogelijk om op non-verbale uitingen te letten (Baarda, 2018). Ook de notitiebladen werden geüpload en gecodeerd in Atlas.ti. Op basis van het theoretisch kader is geoperationaliseerd en een analyse-instrument ontwikkeld in samenwerking met de medewerkster van Sterker I&O. Binnen de vier kernelementen (dimensies) zijn indicatoren verkregen uitgaande van het theoretisch kader (zie Bijlage E).

Het open coderen werd zonder het analyse-instrument uitgevoerd om open te blijven staan voor mogelijke nieuwe inzichten. De data werden gecodeerd op basis van uitspraken. Opvallende en op zichzelf staande uitspraken werden middels in vivo codering aangeduid. Het iteratief proces vond plaats door waarnemen, verzamelen en reflecteren (Baarda, 2018). Codes konden toegevoegd, hernoemd of samengevoegd worden tot er geen nieuwe inzichten meer verkregen werden (Baarda, 2018). De data van ggz-professionals en Wmo-consulenten werden bij specifieke verwijzingen per beroepsidentiteit gecodeerd met 'ggz' of 'Wmo'. Universele of specifieke uitspraken konden worden geanalyseerd.

Axiaal coderen volgde op waarna het selectief coderen plaatsvond. De meest frequente en geschikte codes werden kritisch bestudeerd, waardoor een abstractere codering ontstond. Het analyse-instrument werd betrokken vanuit de deductieve analysemethode maar vanuit de inductieve analysemethode was de verkregen data gelijkwaardig aan de bestaande literatuur. De kernelementen van interprofessioneel samenwerken vormden de hoofdcategorieën en werden verdeeld in twee categorieën. Categorie één bevat de kernelementen verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken. Het kenmerkt de thema's over wederzijdse taken. Communicatie en interprofessioneel netwerken behoren tot categorie twee. Het kenmerkt de thema's over het onderlinge contact. De thema's werden verkregen door de inductieve analysemethode. Patronen en relaties werden gevonden en er werd een overzichtstabel ontwikkeld (zie Bijlage D). Tot slot werden de data in het analyse-instrument verwerkt waardoor inzichtelijk werd welke data overeenkomen met de literatuur (zie Bijlage E). Op basis van de membercheck bleek het niet noodzakelijk om de analyse aan te passen.

De medewerkster van Sterker (Innovatie en onderzoek I&O) werd betrokken tijdens alle drie de fases van het coderen. Tijdens het open coderen werden willekeurige printscreens

toegestuurd met een overzicht van alle codes en bijbehorende citaten. Tijdens het axiaal coderen werden codes kritisch bestudeerd en gezamenlijk bediscussieerd. De overzichtstabel en het verwerkte analyse-instrument werden gecontroleerd.

2.6 Methodologische kwaliteit

Voor dit onderzoek werden de methodologische kwaliteitseisen toegepast middels de deelaspecten credibility, transferability, dependability, confirmability en authenticity (Bryman, 2015). Het theoretisch kader vormde de basis van het onderzoeksinstrument waarmee de geloofwaardigheid van het onderzoek werd gewaarborgd door duidelijke consistentie. Door de pilot werd het onderzoeksinstrument bijgesteld voor het direct verkrijgen van optimale data.

Een belangrijke overweging was het feit dat de onderzoekster de focusgroepen en diepte-interviews afnam en tegelijkertijd werkzaam was als Wmo-consulent voor de gemeente Nijmegen. De werkzaamheden van de onderzoekster bevinden zich echter niet op het gebied van burgers met psychiatrische klachten. Het was ook van belang dat de onderzoekster zich vooraf bewust was van de verkregen informatie. Door het bewustzijn trachtte de onderzoekster ernaar om de respondenten niet bewust of onbewust te beïnvloeden (De Steven, z.d.a). Verder ging de onderzoekster ervanuit dat de respondenten zich op hun gemak voelden in hun eigen werkomgeving, zodat respondenten hun ervaringen deelden.

Tijdens de data-analyse was er toezicht door de docent en een medewerkster van Sterker I&O waardoor datatriangulatie heeft plaatsgevonden. Het persoonlijk interpreteren van data werd hierdoor beperkt. De resultaten vanuit de gezamenlijke data werden door de membercheck ook aan de respondenten voorgelegd. Het doel was het wel of niet bevestigen van de waarheidsgetrouwheid van de resultaten door middel van een reflectief proces (Koelsch, 2013). Het waarborgt ook dat de resultaten representatief zijn ondanks de verschillende wijze waarop de data werden verkregen.

Er werd gestreefd naar nauwkeurigheid en transparantie. De bijgevoegde tabellen die tijdens het coderen werden toegepast geven inzicht in de data-analyse. Bovendien gaven de letterlijke citaten een goede indruk van ervaringen weer (Baarda, 2018).

2.7 Ethische verantwoording

Volgens Bryman (2015) manifesteren de ethische principes voornamelijk binnen vier gebieden, namelijk schade aan deelnemers, gebrek aan 'informed consent', privacy schending en misleiding. De respondenten werden vooraf geïnformeerd over de aard van het onderzoek. Alle respondenten hebben de 'informed consent' akkoord bevonden (zie Bijlage F). De gegevens werden anoniem verwerkt omdat respondenten anders konden worden benadeeld: als zij de samenwerking vermeden of zich negatief uitspraken, konden zij hierop worden aangesproken door hun werkgever. De verkregen data werden als vertrouwelijk beschouwd en uitsluitend gebruikt voor dit onderzoek. Bij de onlinefocusgroep werd gebruik gemaakt van Microsoft Teams om een veilige omgeving te gebruiken ten aanzien van informatieveiligheid en privacy. Bij het gebruikmaken van citaten werd de anonimiteit ook nauwkeurig gewaarborgd omdat uit de letterlijke beschrijving soms al opgemaakt kon worden over welk persoon het ging (Baarda, 2018). Hierdoor heeft de onderzoekster ervoor gekozen om de individuele functieomschrijving van ggz-professionals niet weer te geven. Ook de teamnummeringen of -benamingen zijn

geanonimiseerd door fictieve aanduidingen of verwisselingen die gelijkwaardig zijn aan de verdeling van de realiteit. Volgens de onderzoekster konden anders enkele respondenten herleid worden.

3. Resultaten

De resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd aan de hand van de kernelementen van interprofessionele samenwerking die de leidraad vormen in dit onderzoek en onderverdeeld zijn in twee categorieën (zie Bijlage D en E). Categorie één bevat de kernelementen verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken. Communicatie en interprofessioneel netwerken behoren tot categorie twee. De twee categorieën met de daarbij behorende resultaten worden beschreven in dit hoofdstuk.

3.1 Verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken

De kernelementen verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken vormen de basis van categorie één, waarbinnen afhankelijkheid en onwetendheid tussen beide beroepsidentiteiten wederzijds wordt ervaren.

3.1.1 Afhankelijkheid

De meeste Wmo-consulenten benoemen dat zij afhankelijk zijn van ggz-professionals aangaande psychiatrische kennisdeling en daarmee de visie op de psychische mogelijkheden van de burger. Dit ten behoeve van het afwegen van een indicatiestelling voor begeleiding. Er wordt benoemd dat ggz-professionals specifiek opgeleid zijn voor het beoordelen van behandelingsmogelijkheden, waardoor Wmo-consulenten Pro Persona als kundig achten. De meeste Wmo-consulenten geven aan de afhankelijkheid van kennis niet als onprettig te ervaren. Wel ontbreekt tot op heden in de praktijk voldoende en volledige deling van kennis door ggz-professionals. Dit wordt door Wmo-consulenten als een gemiste kans en wél als onprettig ervaren omdat kennis voorhanden is bij ggz-professionals. Vanuit ggz-professionals wordt de afhankelijkheid van Wmo-consulenten inzake kennisdeling niet ter sprake gebracht.

“En ik heb hen daar ook voor nodig, hun visie, op dat stukje psychiatrie en behandeling daarin.” (Respondent15, FG3, Wmo-consulent)

Zodra de psychische mogelijkheden van de burger door ggz-professionals voldoende en volledig worden uitgewisseld met Wmo-consulenten, kunnen consulenten een indicatiestelling afwegen voor begeleiding. In plaats van de benoemde gewenste informatie over de psychische mogelijkheden en welke ondersteuningsvraag heerst bij de burger, benoemen Wmo-consulenten dat zij ‘gefilterde’ informatie ontvangen. Dit betreft enkel informatie over de gewenste begeleidingsvorm, zoals de naam van een zorgaanbieder, de begeleidingszwaarte en de hoeveelheid begeleidingsuren. Beoordeling door Wmo-consulenten is niet mogelijk door de ‘gefilterde’ en voor de Wmo-consulent onvoldoende informatie, wat Wmo-consulenten afhankelijk maakt van ggz-professionals.

“(…) formuleer de vraag anders, omschrijf wat nodig is, want dan kan ook de conclusie zijn van drie uur of die of die. Ehm.. maar filter het niet zo ver uit dat je een bestelling doet.” (Respondent14, FG3, Wmo-consulent)

Omgekeerd ervaren alle ggz-professionals afhankelijkheid van Wmo-consulenten voor het indiceren van begeleiding voor inwoners in behandeling van FACT-teams. Ggz-professionals benoemen deze afhankelijkheid als onprettig, proberen de afhankelijkheid te reduceren en hun gewenste begeleidingsvorm geïndiceerd te krijgen. Ggz-professionals leveren 'gefilterde' informatie aan en benoemen het belang van het 'in goede banen leiden' en 'het aanslepen van argumenten'. Het betreffen argumenten zoals het geschoold zijn op psychiatrisch vlak, een langere betrokkenheid bij de burger en te weten wat zijn of haar psychische mogelijkheden zijn. Aanvullend benoemen enkele ggz-professionals dat zij Wmo-consulenten ook voorafgaand aan een keukentafelgesprek toelichtingen geven voor overtuiging. Dit door middel van bovenstaande argumenten terwijl ggz-professionals als kundig worden geacht wanneer zij kennis delen over de psychische mogelijkheden van de burger in plaats van alleen de gewenste begeleidingsvorm.

"(...) dan ga ik er gewoon naartoe, en dan maak ik een afspraak om eerst dingen toe te lichten en uit te leggen waarom ik dingen vind zoals ik ze vind, dat werkt wel."

(Respondent18, ggz-professional)

3.1.2 Onwetendheid

Nagenoeg alle ggz-professionals en Wmo-consulenten ervaren onwetendheid over elkaars aanbod als aanvulling op de ervaren afhankelijkheden. De meerderheid van ggz-professionals ervaart deze onwetendheid op het gebied van de taken die Wmo-consulenten hebben. Zij benoemen niet te weten wanneer zij een Wmo-consulent kunnen inschakelen naast het indiceren van begeleiding. Enkele ggz-professionals ervaren ook onbekendheid van het bestaan van Wmo-consulenten en vragen zich af waar de Wmo-consulent gevestigd is en wie de Wmo-consulent is. Deze ggz-professionals verwarren de Wmo-consulent met de begeleiders van zorgaanbieders.

"Zou ik dan het wijkteam in kunnen schakelen? Ik heb geen idee eigenlijk." (Respondent8, FG2, ggz-professional)

"(...) Wmo, dat is ook RIBW he?" (Respondent16, ggz-professional)

Voor alle Wmo-consulenten is het duidelijk dat ggz-professionals behandelaars zijn en geven aan te weten hoe zij ggz-professionals kunnen vinden. Wmo-consulenten ervaren wel onwetendheid op het gebied van de verschillende functies die er zijn en welke verantwoordelijkheden verwacht kunnen worden.

"(...) wat doen diegene bij Pro Persona met alle verschillende functies die er zijn. Wat kan je van diegene verwachten?" (Respondent5, FG1, Wmo-consulent)

Er is sprake van meerdere grijze gebieden, gekenmerkt door een onduidelijke rolverdeling. De meeste Wmo-consulenten benoemen de taak casusregie waarbij het voor consulenten onduidelijk is of deze taak van iedere ggz-professional verwacht kan worden of ook van de Wmo-consulent. Ook werd duidelijk dat iedere Wmo-consulent verschillende taken van ggz-professionals en zichzelf verwacht. Als gevolg hiervan benoemen Wmo-consulenten dat er onduidelijke afspraken zijn en taken 'dan maar' worden vermeden door consulenten zelf. Voor alle ggz-professionals is het duidelijk dat zij de taak casusregie uitvoeren. Enkele ggz-

professionals benoemen dat deze onwetendheden bij de consulent ontstaan door het missen van gezamenlijke afspraken.

"(...) mijn beleving heeft de behandelaar de casusregie, maar misschien zeggen jullie wel eens iets heel anders." (Respondent2, FG1, Wmo-consulent)

"(...) dan vul ik het zelf maar in. (...) en als het niet besproken is, dus hij zou dan wel daar liggen." (Respondent6, FG1, Wmo-consulent)

"(...) wat spreken we nou af. Nog niet helemaal duidelijk, precies wie doet wat."
(Respondent8, FG2, ggz-professional)

Sommige Wmo-consulenten ervaren de grijze gebieden als een kans. Zij benoemen de grijze gebieden expliciet als ontmoeting om samen een onderlinge rolverdeling te creëren. Als voorbeeld werd benoemd dat psycho-educatie door beide beroepsidentiteiten gerealiseerd kan worden. Samen dient beoordeeld te worden welke beroepsidentiteit aansluit bij de burger voor het realiseren van psycho-educatie. Eén Wmo-consulent geeft aan dat de vraag niet moet zijn wie een bepaalde rol uitvoert, maar dat beide beroepsidentiteiten gelijke rollen kunnen uitvoeren als het maar op elkaar aansluit.

"(...) opgeschreven is grijs gebied. Die vind ik nog wel lastig in de rolverdeling. Als je kijkt naar psycho-educatie is dat iets wat een behandelaar doet of is dat ook iets wat begeleiding kan bieden." (Respondent3, FG1, Wmo-consulent)

Verder ervaren de Wmo-consulenten onwetendheid bij ggz-professionals aangaande de sociale kaart. Er worden voornamelijk bekende zorgaanbieders aangedragen als gewenste begeleidingsvorm. Hierbij geven Wmo-consulenten aan dat dit een gemiste kans kan zijn voor de burger omdat onbekende zorgaanbieders of vrijwilligersdiensten misschien beter aansluiten maar buiten beeld blijven.

"(...) sprake is van autisme en je zet een RIBW in (...). Dan heb ik nog wel eens dat ik denk aaah.. is toch eigenlijk jammer. Maar de burger gaat niet meer wisselen."
(Respondent2, FG1, Wmo-consulent)

3.2 Communicatie en Interprofessioneel netwerken

De kernelementen communicatie en interprofessioneel netwerken vormen de basis van categorie twee, waarbinnen het vertoonde gedrag, de onderlinge omgang en verschillen in contactvormen tussen beide beroepsidentiteiten worden ervaren.

3.2.1 Gedrag

De beschreven onderlinge afhankelijkheid en onwetendheid staan in verband met het wederzijdse gedrag. Vrijwel alle ggz-professionals ervaren weerstand bij Wmo-consulenten voor het indiceren van begeleidende indicaties zoals zij de begeleidingsvorm verlangen en aandragen. De ggz-professionals benoemen dat zij argumenten moeten aanleveren, terwijl Wmo-consulenten vaak een algeheel nieuw onderzoek uitvoeren en ggz-professionals niet structureel betrekken. Dit ervaren ggz-professionals niet bij alle Wmo-consulenten waardoor zij verschil in

werkwijzen ervaren en gedrags- en doelmatige keuzes maken: verschillende ggz-professionals geven aan 'slim' en strategisch te kiezen voor Wmo-consulenten die meedenken, 'op dezelfde lijn zitten' en hun aangeleverde begeleidingsvorm overnemen voor indicatie en netwerken uitblijft.

"Dus ik bel altijd dezelfde mensen, die ik ken. Waarvan ik weet, oké, met jou kan ik zaken doen (Lachen)." (Respondent8, FG2, ggz-professional)

Als gevolg hiervan is het voor ggz-professionals niet bekend of alle Wmo-consulenten deskundig zijn. Het geeft een beeldvorming over Wmo-consulenten. Het creëren van meer vertrouwen gericht op de deskundigheid van de consulenten wordt expliciet door de meeste ggz-professionals benoemd. Eén ggz-professional benoemde dat zij Wmo-consulenten niet als minder moeten beschouwen en dat consulenten misschien wel meer weten dan ggz-professionals denken.

"Dat is ook een beetje de ivoren toren. Dat wij denken dat we het heel goed weten... (...) dat is misschien wel een punt van aandacht om te zeggen van 'hee, misschien weten zij nog wel meer als jij', he." (Respondent16, ggz-professional)

Door de impact hiervan ervaart het merendeel van de Wmo-consulenten regelmatig frustraties richting ggz-professionals. Ggz-professionals forceren hun begeleidingsvorm voor indicatie en leveren niet de voor hen gewenste informatie aan. De Wmo-consulenten ervaren dat ggz-professionals hierdoor hun rol als indicatiesteller overnemen. Wederzijds worden onderlinge gedragingen niet besproken.

"(...) vervolgens een briefje dat specialistische begeleiding nodig is. Letterlijk met die zinnen. Dat ik dan denk, ja maar.. dat is niet jouw rol." (Respondent15, FG3, Wmo-consulent)

3.2.2 Omgang

Het gedrag heeft gevolgen voor de onderlinge omgang. Volgens de meerderheid van beide beroepsidentiteiten verloopt de omgang minder prettig als er geen gelijkwaardig contact wordt ervaren. Zij benoemen verschillende barrières die in de omgang ervaren worden, zoals slecht luisteren, elkaar niet betrekken of onuitgesproken irritaties die via schriftelijk en 'door-de-regels-heen' opgemaakt worden op basis van een subjectief gevoel.

"Dan krijg je ineens mails met irritatie er tussendoor waarvan ik dan denk: huh?" (Respondent2, FG1, Wmo-consulent)

Bovendien, het gelijkwaardige contact in de onderlinge omgang wordt benoemd als belangrijk tussen beide beroepsidentiteiten en kwam vrijwel in alle gesprekken aan de orde. Enkele ggz-professionals en Wmo-consulenten ervaren gelijkwaardig contact wat volgens hen komt door elkaar te kennen. Hierbij is de meerderheid van beide beroepsidentiteiten van mening dat het gelijkwaardig contact zich uit in communicatie middels het wederzijds actief en

structureel informeren en elkaar bevragen voor mogelijke ondersteuning vanuit ieders vakgebied.

“Ja, saamhorigheid. (...), ik denk toch elkaar zoveel mogelijk informeel benaderen en op de hoogte houden.” (Respondent19, ggz-professional)

3.2.3 Contactvormen

Het gedrag en de onderlinge omgang worden belemmerd door de toegepaste asynchrone contactvormen waarmee beide beroepsidentiteiten elkaar doorgaans spreken. Alle ggz-professionals en alle Wmo-consulenten geven aan dat het merendeel elkaar niet kent waardoor er meestal telefonisch of per e-mail contact is op verschillende tijdstippen. Beide beroepsidentiteiten ervaren dit als knelpunt over hoe lastig het is om elkaar te bereiken, te informeren en te begrijpen. Daarentegen geeft een eerste gezamenlijk keukentafelgesprek beide beroepsidentiteiten de voorkeur wat echter volgens hen nauwelijks voorkomt. Een Wmo-consulent geeft aan dat ggz-professionals een keukentafelgesprek niet kunnen ‘wegschrijven’ ofwel declareren bij de zorgverzekering. De meeste ggz-professionals en Wmo-consulenten ervaren dat het face-to-face-contact gelijkwaardig en in dialoog verloopt en daarmee het asynchrone contact en het netwerken verbetert omdat men elkaar vervolgens kent.

“Want na het keukentafelgesprek heb je elkaar gezien, weet je een beetje de route en als er dan dingen zijn die je telefonisch kan overleggen dan vind ik dat toch prettiger.” (Respondent19, ggz-professional)

3.3 Contextuele factoren

Enkele contextuele factoren zijn frequent benoemd door beide beroepsidentiteiten die niet vallen onder de verdeling van de categorieën maar wel van belang zijn. Enkele ggz-professionals ervaren dat het afgeven van indicaties mede moeizaam verloopt vanwege financiële schotten omdat zij terughoudendheid ervaren bij Wmo-consulenten in het afgeven van indicaties. Enkele Wmo-consulenten benoemen dat als de behandeling vanuit de zorgverzekering niet meer vergoed wordt er volgens hen gekozen wordt voor een alternatief zoals begeleiding.

“Als het gaat over samenwerking maar dan is het potje zorgverzekering op. Of vice versa. Maar dat vind ik echt wel een dingetje. Dan gaat het over geld.” (Respondent4, FG1, Wmo-consulent)

Een extra belemmering is ook de algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Een Wmo-consulent benoemt dat het ‘sparren’ over casussen wordt belemmerd omdat zij eerst de burger moet spreken voor toestemming. Zij geeft aan dat dit tijdrovend is waardoor overleg niet plaatsvindt. Enkele ggz-professionals benoemen dat het voor hen lastiger wordt als informatie niet gedeeld mag worden wanneer Wmo-consulenten hierom vragen. Zij ervaren dat het in de samenwerking nodig is om ‘vrijuit te kunnen praten’.

“Je denkt dan van we moeten samenwerken en we wisselen alles uit maar dat mag niet vanwege de AVG.” (Respondent16, ggz-professional)

3.4 Membercheck

Zeven respondenten die mee hebben gewerkt aan de membercheck herkennen de resultaten. Een ggz-professional voegt eraan toe dat het aanleveren van informatie en elkaar communicatief niet begrijpen ook wordt belemmerd door de verschillen in vakjargon. De Wmo-consulenten geven aanvullend aan dat er onvoldoende weet en kennis is van de opdracht van consulenten, zoals het afgeven van een indicatie wanneer aantoonbare voorliggende en algemene voorzieningen niet ondersteunen. De ggz-professional en de Wmo-consulenten benoemen dat het essentieel is om meer te weten van elkaars aanbod. Door het lezen van de resultaten geven drie respondenten aan dat het 'een en ander' hen verduidelijkte.

"Het lastig is om duidelijk door te geven wat nodig is omdat de taal die we gebruiken niet hetzelfde is." (Respondent10, ggz-professional)

"Als duidelijk is wat je van elkaar kan verwachten, wie welke taak/rol heeft, heeft dit mogelijk invloed (of is het een start) op de omgang, gedrag en contactvormen maar ook positief op de afhankelijkheid van elkaar." (Respondent15, Wmo-consulent)

4. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt de conclusie en discussie beschreven.

4.1 Conclusie

Dit onderzoek richtte zich op hoe de interprofessionele samenwerking door ggz-professionals en Wmo-consulenten in de gemeente Nijmegen wordt ervaren. Er is onderzocht hoe deze beroepsidentiteiten de verschillende kernelementen, te weten communicatie, verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken, ervaren. Binnen deze kernelementen is ook onderzocht in hoeverre de ervaringen van ggz-professionals vanuit de gezondheidszorg en Wmo-consulenten vanuit het sociaal werk verschillen.

Vanuit het onderzoek blijkt dat alle in dit onderzoek betrokken ggz-professionals en Wmo-consulenten wederzijdse afhankelijkheid ervaren binnen de enigszins bekende verschillen in rollen en verantwoordelijkheden. Er wordt echter grotendeels onwetendheid ervaren door beide beroepsidentiteiten. Inzicht in de volledigheid van elkaars rollen en verantwoordelijkheden mist door onwetendheid over elkaars aanbod en achtergrond. De ggz-professionals reduceren daarbij hun afhankelijkheid door hun gewenste begeleidingsvorm door te zetten voor indicatie bij Wmo-consulenten. Het gericht zijn op elkaar wordt in mindere mate door ggz-professionals ervaren omdat zij meestal de begeleidende indicatie bewerkstelligd krijgen. Dit maakt ook dat enkele ggz-professionals onbekendheid ervaren van de Wmo-consulent.

De Wmo-consulent vanuit het sociaal werk is gericht op het deelnemen aan de maatschappij en dient ook voorliggende voorzieningen in te zetten als ondersteuning. De ggz-professionals hebben vanuit de gezondheidszorg de voorkeur voor individuele zorg en zijn dus meer gericht op een begeleidende indicatie. Dit is in tegenspraak met de waarden van Wmo-consulenten en bewerkstelligt negatieve subjectieve gevoelens richting ggz-professionals. Het omgekeerde gebeurt ook vanuit de waarden van ggz-professionals. Deze gevoelens belemmeren het interprofessioneel netwerken en de onderlinge communicatie en zorgen ervoor dat afstand tussen beide beroepsidentiteiten ontstaat en in stand gehouden wordt. Het doorgaans asynchrone contact in combinatie met het feit dat men elkaar niet kent, zijn bijkomstige belemmeringen. Dit uit zich in miscommunicatie: wederzijds wordt ervaren dat de ander niet begrijpt wat er gezegd of gevraagd wordt. De ervaringen tonen echter aan dat face-to-face-contact helpend is. Als er face-to-face-contact plaatsvindt, wordt wederzijds gelijkwaardig contact ervaren. Binnen het gelijkwaardige contact worden wederzijdse overwegingen en deskundigheid gedeeld, vindt een dialoog plaats en er kan gesteld worden dat elkaars waarden geaccepteerd worden.

Het is duidelijk dat verschillen tussen de beroepsidentiteiten worden ervaren vanuit de gezondheidszorg én het sociaal werk. Er kan gesteld worden dat de gezondheidszorg dominanter naar voren komt en meer een rol speelt in de uitwerking van de interprofessionele samenwerking. Het onderzoek suggereert dat ggz-professionals zich bewust worden van deze dominantie vanuit de gezondheidszorg richting het sociaal werk. Er wordt vanuit een ggz-professional benoemd dat er meer gelijkwaardigheid nodig is voor een optimale interprofessionele samenwerking.

4.2 Discussie

Overeenkomstig met de literatuur en de resultaten van het onderzoek is het ontbreken van gelijkwaardig contact. Dit kan te maken hebben met de verschillende beroepsidentiteiten (Khoury & Rodriguez del Barrio, 2015). Wat hierbij opvalt is dat de respondenten wederzijds het belang van gelijkwaardig contact uitspreken. Volgens de literatuur is nieuwsgierigheid, een dialoog, vergelijking in kennis en kunde en het structureel afstemmen in de communicatie noodzakelijk (Verharen, 2015; Movisie, 2013a; Sennett, 2012). Beide beroepsidentiteiten benoemen deze aspecten als voorwaarden voor gelijkwaardig contact in de onderlinge omgang. Het gelijkwaardig contact wordt echter wel ervaren als men elkaar kent of wanneer er face-to-face-contact plaatsvindt middels een keukentafelgesprek. Enkel tijdens een gezamenlijk keukentafelgesprek wordt ook een dialoog ervaren. Dit komt overeen met de literatuur waarbij het starten vanuit de behoefte van de burger, tijdens een keukentafelgesprek, een gelijkwaardige samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten mogelijk maakt (Movisie, z.d.).

Verder is inzicht in elkaars rollen en verantwoordelijkheden van belang (Mulvale et al., 2016). Er is echter sprake van onwetendheid over elkaars aanbod en rol. Opmerkelijk hierbij is dat de Wmo-consulent sinds 2015 nog onbekend is bij enkele ggz-professionals. Dit ondanks de essentiële samenwerking voor burgers met psychiatrische klachten (Movisie, 2013a; Movisie, 2017). Het komt overeen met de literatuur dat het sociaal werk moeite heeft om zich te vestigen in de gezondheidszorg (Khoury & Rodriguez del Barrio, 2015). De resultaten laten zien dat ggz-professionals zich hiervan bewust worden. De ggz-professionals benoemden dat Wmo-consulenten misschien wel meer weten dan zij in eerste instantie denken en dat er meer aandacht voor elkaars deskundigheid noodzakelijk is. Volgens de literatuur is het wederzijds gericht zijn op elkaars rollen en verantwoordelijkheden noodzakelijk voor een optimale interprofessionele samenwerking (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Movisie 2013a; Reeves et al., 2018).

Het gericht zijn op elkaar wordt ook belemmerd door de toegepaste asynchrone contactvormen. Doorgaans spreken beide beroepsidentiteiten elkaar via telefoon, e-mail en WhatsApp op verschillende tijdstippen wat overeenkomt met de literatuur gericht op het interprofessioneel netwerken (Reeves et al., 2018). Het toepassen van de asynchrone contactvormen wordt echter ook als knelpunt benoemd gericht op wederzijdse bereikbaarheid. Het onderlinge asynchrone contact wordt bevorderd met een kennismaking, zoals ook beschreven door Movisie (2013a). Het onderzoek van Reeves et al. (2018) beschrijft vier verschillen van teamvorming of netwerken afhankelijk van de professionals die interprofessioneel samenwerken. Met de resultaten van het onderzoek kan ook gesteld worden dat het wederzijds netwerken aan de orde is en teamvorming niet plaatsvindt.

Een opvallend gegeven vanuit dit onderzoek is het onderlinge vertoonde gedrag. Dit komt prominenter aan de orde dan in de bestaande literatuur over interprofessioneel samenwerken (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Garth et al., 2018; Mulvale et al., 2016). Onderlinge negatieve subjectieve gevoelens zijn voelbaar waardoor wederzijdse gedrags- en doelmatige keuzes plaatvinden. Verharen (2015) schreef bij de start van de transitie in 2015 over competitie en concurrerende gevoelens tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten. Het is waardevol om de invloed van het onderlinge gedrag nader en grootschaliger te onderzoeken

aangaande de interprofessionele samenwerking specifiek tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten.

Ten slotte toont dit onderzoek twee belemmerende contextuele factoren aan, namelijk de zorgkosten door verschillende financieringsstromen en de AVG wetgeving. De verschillende financieringsstromen geven concurrentie in de samenwerking wat overeenkomt met de literatuur (Bassant, 2019; Karadarevic, 2018). De AVG wetgeving is sinds mei 2018 ingevoerd en beïnvloedt het informatie delen over de burger (Autoriteit Persoonsgegevens, z.d.). Literatuur bevestigt dat de AVG wetgeving in het algemeen de zorgprofessionals in de algehele zorg belemmert (Hinloopen, 2019). Het is aan te bevelen om vervolgonderzoek te realiseren naar de invloed van de verschillende financieringsstromen en de AVG wetgeving gericht op de interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten.

4.2.1 Reflectie op het onderzoek

Het onderzoek kent sterktes en zwaktes waar aandacht aan besteed dient te worden. Er is sprake van een methodologische beperking ten aanzien van de respondenten. In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de woorden 'veelvuldig' en 'enkele' samenwerkingsmomenten waarmee de respondenten de intensiviteit van hun momenten van samenwerking aangaven. De omvang van de intensiviteit van samenwerkingsmomenten is niet geoperationaliseerd. Om de anonimiteit te borgen zijn individuele functietekens niet omschreven in de demografische gegevens van de respondenten. De nauwkeurigheid omtrent de anonimiteit wordt hiermee aangeduid maar de realistische afspiegeling van de onderzoekspopulatie is niet inzichtelijk voor derden.

In de dataverzamelmethode is gebruik gemaakt van focusgroepen en aanvullende diepte-interviews. Diepte-interviews zijn aanvullend toegepast vanwege een gebrek aan mogelijkheden van de respondenten. In de resultaten is dit onderscheid aangegeven. Verder zijn de focusgroepen en diepte-interviews gestructureerd vanwege de voorafgaande kennis over het onderwerp waarbij het theoretisch kader heeft geleid tot een topiclijst en heldere vraagstellingen. Bij de interpretatieve onderzoeksstroming dient echter de nadruk gelegd te worden op de ervaring (Baarda, 2018). Volgens Bryman (2015) kan een gestructureerde benadering de spontaniteit binnen een discussie verminderen maar zal het nooit wegnemen. Dit is ook ondervangen door het stellen van open vragen per kernelement waarbij de respondenten hun eigen ervaren werkelijkheid noteerden. Aanvullende open vragen zijn pas gesteld wanneer een indicator gaandeweg niet aan de orde kwam voor verdere discussie (Bryman, 2015). De notitiebladen zijn tevens geüpload en geanalyseerd in het programma Atlas.ti.

Het onderzoek is beïnvloed door COVID-19. De focusgroepen en diepte-interviews zouden in dezelfde context plaatsvinden, namelijk face-to-face-gesprekken op locatie. De onderzoekster was genoodzaakt om één onlinefocusgroep af te nemen en drie telefonische interviews. Emoties konden door de onderzoekster minder goed worden waargenomen dan tijdens de face-to-face-gesprekken. De membercheck weergaf daarbij de gezamenlijke resultaten van de focusgroepen en de interviews. Het waarborgt dat de resultaten representatief zijn ondanks de verschillende wijze waarop de data werden verkregen.

Tot slot zijn de resultaten van het onderzoek niet representatief voor alle ggz-instellingen in Nijmegen. Er kunnen geen generaliserende uitspraken gedaan worden over de samenwerking met de algehele ggz. Dit is passend bij kwalitatief onderzoek waarbij uitspraken

in de context benaderd dienen te worden (Jansen & Jansen, 2016). Bevindingen kunnen met enige voorzichtigheid wel overdraagbaar zijn naar overeenkomstige contexten. Er is vanuit de literatuur bekend dat op landelijk niveau gelijksoortige belemmeringen worden ervaren waardoor overeenkomstige contexten lering kunnen trekken uit dit onderzoek (Boumans et al., 2016; Karadarevic, 2018; Movisie, 2017; Te Velde et al., 2018; Verharen, 2015).

5. Implicaties voor de praktijk

In de gemeente Nijmegen is sinds de transitie in 2015 geen ondersteuning ingezet op specifiek het proces van samenwerken met ggz-instellingen (N. Heeten, persoonlijke communicatie, 12 mei 2020). De gemeente Nijmegen kan sturen op het proces van samenwerken wat uit de resultaten noodzakelijk blijkt (Movisie, z.d.).

De eerste aanbeveling gaat over de wederzijdse onwetendheid van elkaars aanbod. Het verbeteren of realiseren van (digitale/fysieke) informatievoorzieningen over rollen en verantwoordelijkheden is nodig. Een eenmalige heldere informatiebijeenkomst, als een soort kennismarkt, kan daarbij ondersteunen en geeft tegelijkertijd de mogelijkheid voor kennismaking (Movisie, z.d.). Wmo-consulenten dienen tijdens deze kennismaking te netwerken voor het leggen van contacten met ggz-professionals. De meerderheid van de respondenten die hebben meegewerkt aan de membercheck geeft dit als belangrijkste implicatie voor de praktijk aan. Zij verwachten dat wanneer de rollen en verantwoordelijkheden duidelijk zijn, dit positieve gevolgen heeft voor het gedrag, de omgang en de contactvormen.

De tweede aanbeveling gaat over terugkerende gezamenlijke casuïstiekbesprekingen. Tijdens een casuïstiekbespreking dienen de verschillen in belangen, zienswijze en benadering aan bod te komen gericht op de zorg van de burger met psychiatrische klachten. Wederzijdse kennisdeling vanuit ieders beroepsidentiteit vindt plaats. Het creëert begrip en bewustwording over de verschillende beroepsidentiteiten om elkaars waarden te accepteren. Bewustwording is onder andere nodig voor gedragsverandering (Van Opstal, 2012). Er kan echter niet verwacht worden dat deze invulling van casuïstiekbespreking voldoende is. In de afgelopen jaren hebben gedragspatronen zich ontwikkeld. Het wordt aanbevolen om de mogelijkheden van systeemtherapie binnen de casuïstiekbesprekingen, wat evidence based is bevonden, te onderzoeken. Systeemtherapie voor organisaties kan effectief zijn bij twee conflicterende organisaties voor bewustwording en het doorbreken van bestaande gedragspatronen (Nederlandse Vereniging voor Relatietherapie en Gezinstherapie, 2019).

De derde aanbeveling is het standaardiseren van een gezamenlijk keukentafelgesprek bij de burger met psychiatrische klachten. Het starten bij de behoeften en de leefwereld van de burger creëert een gelijkwaardige samenwerking tussen Wmo-consulenten en ggz-professionals (Movisie, z.d.). Daarbij wordt het declareren van een keukentafelgesprek in de resultaten als niet mogelijk beschouwd voor ggz-professionals. Er wordt echter verwacht dat het inzetten op een gezamenlijk keukentafelgesprek minder zorgkosten met zich meebrengt dan de tijd die gepaard gaat met het overtuigen van Wmo-consulenten. Het protocolleren van vaststaande samenwerkingsonderwerpen tijdens een keukentafelgesprek is helpend, zoals het delen van de psychische mogelijkheden van de burger, het opstellen van afspraken die voortvloeien uit het gesprek, terugkoppelingsmomenten en bereikbaarheidsafspraken. In de membercheck is door één Wmo-consulent een gezamenlijk keukentafelgesprek expliciet benoemd als implicatie voor de praktijk.

De vierde aanbeveling gaat over de twee contextuele factoren, te weten de zorgkosten en de AVG wetgeving. Als de interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten structureel wordt aangepakt, dienen de zorgkosten en de AVG wetgeving te worden onderzocht. Vervolgonderzoek wordt daarom aanbevolen om de invloed van de

verschillende financieringsstromen en de AVG wetgeving gericht op de interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten te onderzoeken.

Ten slotte kan er vanuit de membercheck worden bevestigd dat er draagvlak is bij deze ggz-professionals en Wmo-consulenten om de aanbevelingen uit te voeren. Draagvlak creëert intrinsieke motivatie en betrokkenheid voor innovatie (De Steven, z.d.b). Het is belangrijk dat beleidsaanpassingen en -ontwikkelingen gerealiseerd worden en de uitvoerende stakeholders, te weten de ggz-professionals en de Wmo-consulenten, betrokken worden. Het doel is om optimale gemeenschappelijke zorg voor burgers met psychiatrische klachten te realiseren.

Literatuur

- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work, 41*(2), 101-109. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Autoriteit Persoonsgegevens. (z.d.). *Algemene informatie AVG*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/avg-europese-privacywetgeving>
- Baarda, B. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4e druk). Houten: Noordhoff Uitgevers BV.
- Bankston, K., & Glazer, G. (2014). Legislative: Interprofessional Collaboration: What's Taking So Long? *Online Journal of Issues in Nursing, 19*(1), 1. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.3912/OJIN.Vol18No01LegCol01>
- Bassant, E. (2019). Het nieuwe leven van de zorgkantoren. *Zorgvisie, 49*, 36-39. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41187-019-0067-6>
- Boumans, J., Van Hoof, F., Knispel, A., Michon, H., Van Rooijen, S. (2016). Over geestelijke gezondheidzorg binnen een Wmo-kader. *Sociaal Bestek, 78*(5), 6-9. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41196-016-0103-7>
- Bryman, A. (2015). *Social Research Methods* (5e druk). Oxford: Oxford University Press
- De Steven. (z.d.a). *Bewustwording is een leerproces*. Geraadpleegd op 9 december 2019, van <https://www.desteven.nl/leerdoelen/persoonlijke-leerdoelen/persoonlijke-effectiviteit-leerdoelen/bewustwording>
- De Steven. (z.d.b). *Draagvlak creëren binnen uw team of organisatie*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://www.desteven.nl/leerdoelen/persoonlijke-leerdoelen/communicatie-gesprekstechnieken-leerdoelen/draagvlak-creeren>
- Dow, A. W., Zhu, X., Sewell, D., Banas, C. A., Mishra, V., & Tu, S. P. (2017). Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care, 31*(6), 677-678. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1080/13561820.2017.1344048>
- Garth, M., Millet, A., Shearer, E., Stafford, S., Bereksnyei Merrell, S., Bruce, J., ... Svec, D. (2018). Interprofessional Collaboration: A Qualitative Study of Non-Physician Perspectives on Resident Competency. *Journal Of General Internal Medicine, 33*(4), 487-492. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s11606-017-4238-0>
- Harper, D. (2002). Talking about pictures: A case for photo elicitation. *Visual Studies, 17*, 13-26. <https://www.nyu.edu/classes/bkg/methods/harper.pdf>
- Hinloopen, H. (2019). Uit de AVG-kramp. *Zorgvisie ICT, 20*, 6-8. <http://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41186-019-0036-8>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2018). *Toezicht op ambulante ggz: Betere zorg nodig voor thuiswonende mensen met chronische psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 23 september 2019, van <https://www.igj.nl/documenten/rapporten/2018/06/26/toezicht-op-ambulante-ggz-betere-zorg-nodig-voor-thuiswonende-mensen-met-chronische-aandoeningen>
- Jansen, W. S., & Jansen, G. J. (2016). *Lezen en beoordelen: Van onderzoekspublicaties* (8e druk). Amersfoort: Thieme Meulenhoff

- Johnson, J. D. (2017). Framing interprofessional team collaborative information seeking in health care settings. *Information Services & Use*, 37(1), 33-47. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.3233/ISU-170822>
- Jurrius, K., & Verkooijen, L. (2016). *De kloof tussen sociaal werk en gezondheidszorg overbruggen*. Geraadpleegd op 20 oktober 2019, van <https://www.windesheim.nl/files/windesheim/research-publications>
- Karadarevic, A. (2018). *IGJ bezorgd over risico's stokkende ambulantisering ggz*. Geraadpleegd op 16 september 2019, van <https://www.skipr.nl/nieuws/igj-bezorgd-over-risicos-stokkende-ambulantisering-ggz/>
- Khoury, E., & Rodriguez del Barrio, L. (2015). Recovery-Oriented Mental Health Practice: A Social Work Perspective. *British Journal of Social Work*, 1127-1144. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1093/bjsw/bcv092>
- Koelsch, L. E. (2013). Reconceptualizing the Member Check Interview. *International Journal of Qualitative Methods*, 12, 168-179. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1177%2F160940691301200105>
- Movisie. (z.d.). *Ondersteuning van mensen met een psychische aandoening in de wijk*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://www.movisie.nl/ondersteuning-mensen-psychische-aandoening-wijk>
- Movisie. (2013a). *Sociaal werk en ggz: Samen sterker voor een gezonde buurt*. Geraadpleegd op 16 september 2019, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Sociaal-werk-en-ggz%20%5BMOV-3523206-1.0%5D.pdf>
- Movisie. (2013b). *De drie decentralisaties in het sociale domein*. Geraadpleegd op 13 oktober 2019, van <https://www.movisie.nl/artikel/drie-decentralisaties-sociale-domein>
- Movisie. (2017). *GGZ in de wijk: Hoe bied je een welkome plek voor iedereen?* Geraadpleegd op 16 september 2019, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/GGZ-in-de-wijk%20%5BMOV-12928868-1.1%5D.pdf>
- Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). "Gearing Up" to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice*, 17, 1-13. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1186/s12875-016-0492-1>
- Nederlandse Vereniging voor Relatietherapie en Gezinstherapie. (2019). *Jaarverslag 2019*. Geraadpleegd op 1 juni 2020, van <https://www.nvrg.nl/cms/streambin.aspx?documentid=632>
- Philipsen, H., & Vernooy-Dassen, M. (2004). Kwalitatief onderzoek: Nuttig, onmisbaar en uitdagend. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 288-292. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/BF03083760>
- Pro Persona. (z.d.a). *TOPGGz*. Geraadpleegd op 25 januari 2020, van <https://www.propersona.nl/TOPGGz/>
- Pro Persona. (z.d.b). *(F)ACT-teams*. Geraadpleegd op 27 april 2020, van <https://www.propersona.nl/Onze-werkwijze/Behandeling-en-behandelteams/%28F%29ACT-teams/>
- Pro Persona. (2019). *Volwassenen*. Geraadpleegd op 25 januari 2020, van <https://www.propersona.nl/nijmegen/volwassenen/>

- Raats, I. (2019). *Handleiding focusgroepen: Een praktische handleiding voor de organisatie, begeleiding en analyse van focusgroepen*. Geraadpleegd op 29 februari 2020, van https://participatiekom.pas.nl/media/pdf/handleiding_focusgroepen_2019_april_tg.pdf
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1-3. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Sennett, R. (2012). *Together. The rituals, pleasures & politics of cooperation*. Geraadpleegd op 21 oktober 2019, van <http://www.manubazzano.com/uploads/SennettReview.pdf>
- Sterker. (z.d.). *Sociaal Wijkteam Nijmegen*. Geraadpleegd op 11 November 2019, van <https://www.sterker.nl/sociaal-wijkteam/>
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliat, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: A review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716-727. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1093/pubmed/fdu102>
- Swart, F. (2014). Effectief overleggen. *Maatwerk*, 15(2), 27-29. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s12459-014-0026-7>
- Te Velde, B., Bos, L., Floor, T., Van Linschoten, P., & Woestenburg, N. (2018). *Op zoek naar passende zorg: Problemen die GGZ-patiënten ervaren*. Geraadpleegd op 16 september 2019, van [https://www.opvang.nl/files/Eindrapportage_Op_zoek_naar_passende_zorg_ARGO_en_Pro_Facto_-_definitief_\(1\).pdf](https://www.opvang.nl/files/Eindrapportage_Op_zoek_naar_passende_zorg_ARGO_en_Pro_Facto_-_definitief_(1).pdf)
- Van der Molen, H. T., Perreijn, S., & Van den Hout, M. A. (2010). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (2^{de} druk). Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers BV.
- Van Opstal, J. (2012). *Verhalen vol vuur*. Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <http://www.rizoomes.nl/wp-content/uploads/2014/02/verhalen-vol-vuur.pdf>
- Van Raak, A., Paulus, A., & Mur-Veeman, I. (2005). Why do health and social care providers co-operate? *Health Policy*, 74(1), 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.12.006>
- Van Rooijen, S., Knispel, A., Van Hoof, F., & Kroon, H. (2016). *Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen: Verkenning van praktijkvoorbeelden*. Geraadpleegd op 2 september 2019, van <https://www.trimbos.nl/docs/97ad37ee-bffa-46e6-b55e-0a01c646ed51.pdf>
- Verharen, L. (2015). *Gezond met sociaal werk*. Geraadpleegd op 21 oktober 2019, van <https://www.avans.nl/binaries/content/assets/nextweb/onderzoek/lectoraat-jgs/mks---lezing-gezond-met-sociaal-werk.pdf>
- Vyt, A. (2017). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. Geraadpleegd op 23 september 2019, van <https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=x1wDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=Wereldgezondheidsorganisatie+Interprofessioneel+samenwerken&ots=pT0haj77RQ&sig=te0DFob3VGEIguqmqGARIQg320s#v=onepage&q=Wereldgezondheidsorganisatie&f=false>
- Weerman, A. (2018). *Het nieuwe lectoraat GGZ en Samenleving van hogeschool Windesheim wil een brug slaan tussen de GGZ en het sociaal domein*. Geraadpleegd op 4 oktober 2019, van <https://www.windesheim.nl/over-windesheim/nieuws/2018/april/alie-weerman-nieuwe-lector-ggz-en-samenleving/>

Bijlage

Bijlage A

Tabel 4

Demografische gegevens Wmo respondenten

Respondenten (R)	Geslacht	Functie	Team	Samenwerkings-momenten	Werkervaring
R1	Man	Wmo-consulent	Hatert	Veelvuldig	4,5 jaar
R2	Vrouw	Wmo-consulent	Midden	Veelvuldig	4,5 jaar
R3	Vrouw	Wmo-consulent	Stedelijk	Veelvuldig	4,5 jaar
R4	Vrouw	Wmo-consulent	Zuid	Veelvuldig	4,5 jaar
R5	Vrouw	Wmo-consulent	Zuid	Veelvuldig	4,5 jaar
R6	Vrouw	Wmo-consulent	Zuid	Veelvuldig	3 jaar
R12	Man	Wmo-consulent	Stedelijk	Enkele	4,5 jaar
R13	Man	Wmo-consulent	Stedelijk	Enkele	4,5 jaar
R14	Vrouw	Wmo-consulent	Zuid	Enkele	4,5 jaar
R15	Vrouw	Wmo-consulent	Midden	Enkele	4,5 jaar

Opmerking. Respondent één t/m zes was de eerste focusgroep Wmo-consulenten, face-to-face-gesprek. Respondent 12 t/m 15 was de derde focusgroep Wmo-consulenten, onlinefocusgroep.

Tabel 5

Demografische gegevens ggz respondenten

Respondenten (R)	Geslacht	Functie	Team	Samenwerkings-momenten	Werkervaring
R7	Vrouw	Ggz-professional	FACT-team 1	Veelvuldig	17 jaar
R8	Vrouw	Ggz-professional	FACT-team 1	Veelvuldig	4 jaar
R9	Man	Ggz-professional	FACT-team 1	Veelvuldig	0,5 jaar
R10	Vrouw	Ggz-professional	FACT-team 1	Veelvuldig	Meer 20 jaar
R11	Vrouw	Ggz-professional	FACT-team 1	Veelvuldig	1,5 jaar
R16	Man	Ggz-professional	FACT-team 2	Enkele	Meer 20 jaar
R17	Man	Ggz-professional	FACT-team 3	Enkele	Meer 20 jaar
R18	Man	Ggz-professional	FACT-team 2	Enkele	Meer 20 jaar
R19	Vrouw	Ggz-professional	FACT-team 3	Enkele	7 jaar

Opmerking. Respondent zeven t/m 11 was de tweede focusgroep ggz-professionals, face-to-face-gesprek. Respondent 16 t/m 19 zijn telefonisch geïnterviewd.

Onderzoek: Interprofessionele samenwerking

GGZ & WMO



Onderzoeksonderwerp

Interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten.

Even voorstellen

Mijn naam is Michelle Hendriks en ik ben werkzaam als Wmo-consulent in wijkteam Nijmegen-Zuid. Naast mijn functie voor het wijkteam houd ik mij momenteel bezig met de Master Health Care & Social Work aan het Saxion in Enschede. Als onderdeel van mijn afstudeerperiode ben ik momenteel bezig met een verdiepend onderzoek (meesterproef).

Beknpte toelichting van het onderzoek

Het onderzoek gaat over de (interprofessionele) samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten in de gemeente Nijmegen. Waar ik mij de afgelopen periode heb gericht op het theoretische kader van het onderwerp, ga ik mij nu richten op deze samenwerking in de praktijk. Hiervoor worden focusgroepen ingezet. In de focusgroep wordt een casus besproken aan de hand van de benodigde thema's van (interprofessionele) samenwerking: communicatie, rol verdeling, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken.

Uw hulp is zeer gewenst!

Er vinden zowel focusgroepen plaats bij ggz-professionals als Wmo-consulenten.

In de analyse ben ik benieuwd of de verschillen tussen de ggz-professional (vanuit de gezondheidszorg) en de Wmo-consulent (vanuit het sociaal werk) ook vanuit de praktijk zichtbaar zijn. Een voorbeeldvraag is of de rollen en verantwoordelijkheden ten opzichte van elkaar in het werkveld volledig helder en bekend zijn.

Voor deze focusgroepen wil ik u graag uitnodigen, omdat uw hulp van grote waarde is.

Wat levert het op?

Door deelname aan het onderzoek zult u meer inzicht krijgen in de huidige samenwerking tussen de ggz-professionals en Wmo-consulenten in de gemeente Nijmegen. Ook zult u horen hoe collega's de samenwerking ervaren, opzoeken en hoe men de samenwerking wenst. Het bredere doel van dit onderzoek is de zorg voor burgers met psychiatrische problemen te optimaliseren door een effectieve samenwerking.

Voorwaarden deelnemers focusgroep

Als ggz-professional/ Wmo-consulent dient u meerdere samenwerkingsmoment te hebben ervaren. De wens is dat 6 personen deelnemen om een leuke, interessante discussie en dynamische processen op gang te brengen. De focusgroep zal maximaal 1,5 uur in beslag nemen op locatie. Tijdens de focusgroep ondersteunt een collega-onderzoekster voor de procesbewaking.

Bij vragen kunt u telefonisch contact met mij opnemen (06-11208900 of 06-30603851) of mailen (michelle.hendriks@sociaal-wijkteam.nl of michelle_hendriks@live.nl).

Alvast bedankt voor uw hulp en medewerking!

Tabel 6

Onderzoeksinstrument, Introductie

Onderdeel	Uitspreken
Demografische gegevens	- Voorstelronde - Bedrijf: Sterker in opdracht van gemeente Nijmegen of Pro Persona. - Functie('s): Wmo-consulenten of Psychologen, Gezondheidszorgpsychologen, Psychotherapeut, anders. - Werkervaring: jaar. - Team: Nijmegen stedelijk, Midden, Hater, Zuid of FACT-team-
Aanleiding en doel	- Transitie 2015; - Zelfstandig wonen/ thuissituatie ambulantisering; - Samenwerking ggz en Wmo. Kennis te verkrijgen over het verloop van de samenwerking nu en wat de ervaringen zijn. Ook hoe de samenwerking wordt gewenst. Er is theorie bekend maar er worden open vragen gesteld en een minimale definiëringen gegeven om de praktijk te laten gespreken, ervaringen te onderzoeken en open te staan voor nieuwe informatie. Foute antwoorden of opmerkingen zijn dus niet mogelijk.
Informed consent, casus, definiëring en notitieblad	- Per respondent hebben jullie een uitgedraaid pakket. - Als jullie akkoord gaan met de informed consent kunnen jullie dit nu akkoord bevinden. - Video- en audioapparatuur wordt ingeschakeld.

Tabel 7*Onderzoeksinstrument, Introductie*

Onderdeel	Uitspreken
Casus	Het is vandaag woensdag. Ik ben al drie dagen thuis. Ik voel me gewoon, pff.. Gewoon leeg. Nergens zin in. Mijn vriend is vanmorgen weggegaan. Ik heb zo slecht geslapen en.. ik, ik, hij heeft allemaal nachtmerries en ik weet gewoon niet zo goed wat ik verder moet doen. Zucht.. ik maak me zo'n zorgen om hem. Straks gaat hij ook nog weg en dan heb ik helemaal niemand meer. Huilen.. Mijn leidinggevende belde waar ik bleef maar, pff.. ik heb me verslapen en, zucht.. Ik denk dat mijn vriend mij niet heeft wakker gemaakt en ik uhm.. ik denk dat ik mij maar gewoon ziekmeld voor vandaag.. ik weet toch niet wat ik kan doen op het werk of wat mensen aan me hebben. Vandaag de hele zondag op de bank. Ik heb eigenlijk niks gedaan vandaag.. Zou ook niet weten wat ik moet doen.. ik zie dat het al te laat is om boodschappen te doen. De winkels zijn al dicht. Ik ga zo wel even frietjes halen ofzo. Huilen.. ik wil niet meer. Laat ook allemaal maar zitten. Op het werk zijn ze allemaal boos op mij dat ik elke keer niet kom. Ik kan er toch ook allemaal niks aan doen. Huilen.. van mij hoeft het niet meer. Laat mij maar gaan. Als ik er morgen niet meer ben.. Niemand mist mij. Wie heeft nou iets aan mij? Wie vindt mij nou nog nuttig? Diagnose: Chronische depressie met trekken van borderline. Diagnostische gezien is er sprake van een chronische depressie met borderline trekken. <i>Hulpvraag:</i> gevoelens beter hanteren, een positiever zelfbeeld te krijgen, een daginvulling/ -structuur te vormen en sociale contacten aan te gaan ter voorkoming van een sociaal isolement.
Definiëring	Interprofessionele samenwerking vindt plaats wanneer zorgverleners met verschillende professionele culturen samenwerken om optimale gemeenschappelijke zorg te leveren (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Garth et al., 2018; Mulvale et al., 2016). De volgende kernelementen van interprofessionele samenwerking zijn van belang in de samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten: communicatie, verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden en interprofessioneel netwerken.
Inleiding	Hoe zien jullie de interprofessionele samenwerking a.d.h.v. de casus? (±7 minuten dan over naar de vragenlijst)

Tabel 8*Onderzoeksinstrument, vragen*

Dimensies	Indicatoren	Hoofdvragen	Doorvragen, <u>alleen</u> wanneer discussie uitblijft of indicatoren niet benoemd worden.
Communicatie (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Bankston & Glazer, 2014; Johnson, 2017; Movisie, 2013a; Mulvale et al., 2016; Sennett, 2012; Supper et al., 2015; Verharen, 2015)	- Dialogisch (Sennett, 2012) - Nieuwsgierigheid (Sennett, 2012) - Respect (Sennett, 2012) - Vergelijking kennis en kunde (Verharen, 2015) - Verwachting (Johnson, 2017) - Structureel afstemmen (Movisie, 2013a)	-Vanuit jullie ervaringen, Hoe zou de communicatie nu verlopen (bij deze casus) met de GGZ-professional/ Wmo-consulent (enkelvoud bij interview)? - Noteer je eerste ingeving(en). Wat heb je genoteerd/Wie wil zijn notitie(s) delen? -Hoe zouden jullie de communicatie binnen de interprofessionele samenwerking wensen (bij deze casus) met de GGZ-professional/ Wmo-consulent (enkelvoud bij interview)?	- Verloopt dat vaker zo? - Wat maakt dat het zo ging? - Gebeurt dit altijd op deze manier? - Is het een uitzondering? - Zijn er ook uitzonderingen? - Waar heeft dat mee te maken? - Wanneer ervaren jullie de communicatie onderling dialogisch (enkelvoud bij interview)?
Verduidelijking van rol (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Mulvale et al., 2016; Reeves et al., 2018; Supper et al., 2015)	- Inzicht (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Mulvale et al., 2016; Reeves et al., 2018; Supper et al., 2015) - Waarden en ethiek (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016) - Aandacht deskundigheid (Movisie, 2013a)	-Vanuit jullie ervaringen, In hoeverre zijn de rollen duidelijk (bij deze casus) met de GGZ-professional/ Wmo-consulent (enkelvoud bij interview)? - Noteer je eerste ingeving(en). Wat heb je genoteerd / Een ander persoon die zijn notitie(s) wil delen?	- Verloopt dat vaker zo? - Wat maakt dat het zo ging? - Gebeurt dit altijd op deze manier? - Is het een uitzondering? - Zijn er ook uitzonderingen? - Waar heeft dat mee te maken?

Opmerking. Vervolg op volgende pagina.

Dimensies	Indicatoren	Hoofdvragen	Doorvragen
		-In hoeverre zouden jullie de rollen duidelijk wensen binnen de interprofessionele samenwerking (bij deze casus) met de GGZ-professional/ Wmo-consulent (enkelvoud bij interview)?	- Welke waarden en ethiek worden wederzijds aangenomen en ervaren? - Hoe ervaren jullie de aandacht voor elkaars deskundigheid (enkelvoud bij interview)? - Wat zouden jullie veranderd willen zien (enkelvoud bij interview)?
Verantwoordelijkheden (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Bankston & Glazer, 2014; Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018)	- Gericht op elkaar (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018) - Afspraken (Movisie, 2013a; Super et al., 2015) - Afhankelijkheid (Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018) - Gezamenlijk doel (Movisie, 2013a)	-Vanuit jullie ervaringen, In hoeverre zijn de verantwoordelijkheden duidelijk (bij deze casus) met de GGZ-professional/ Wmo-consulent (enkelvoud bij interview)? - Noteer je eerste ingeving(en). Wat heb je genoteerd / Wie wil zijn notitie(s) delen? -In hoeverre zouden jullie de verantwoordelijkheden duidelijk wensen binnen de interprofessionele samenwerking (bij deze casus met) de GGZ-professional/ Wmo-consulent (enkelvoud bij interview)?	- Verloopt dat vaker zo? - Wat maakt dat het zo ging? - Gebeurt dit altijd op deze manier? - Is het een uitzondering? - Zijn er ook uitzonderingen? - Waar heeft dat mee te maken? - Ervaren jullie onderlinge afhankelijkheid (enkelvoud bij interview)? - Wanneer ervaren jullie een gezamenlijk doel (enkelvoud bij interview)? - Wat zouden jullie veranderd willen zien (enkelvoud bij interview)?

Opmerking. Vervolg op volgende pagina.

Dimensies	Indicatoren	Hoofdvragen	Doorvragen
Interprofessioneel netwerken (Dow et al., 2017; Reeves et al., 2018)	- Asynchrone (Reeves et al., 2018) - Algemeen voorspelbaar (Reeves et al., 2018) - Visie en doelen (Mulvale et al., 2016) - Kennismaking (Movisie, 2013a) - Ondersteunen en lesgeven (Supper et al., 2015)	-Vanuit jullie ervaringen, Hoe zou het netwerken/contactleggen nu verlopen (bij deze casus) met de GGZ-professional/ Wmo-consulent (enkelvoud bij interview)? - Noteer je eerste ingeving(en). Wat heb je genoteerd / Een laatste persoon die zijn notitie(s) wil delen? -Hoe zouden jullie het interprofessioneel netwerken/teamwerk binnen de interprofessionele samenwerking wensen (bij deze casus) met de GGZ-professional/ Wmo-consulent (enkelvoud bij interview)?	- Verloopt dat vaker zo? - Wat maakt dat het zo ging? - Gebeurt dit altijd op deze manier? - Is het een uitzondering? - Zijn er ook uitzonderingen? - Waar heeft dat mee te maken? - Hoe ervaren jullie wedekering de kennis-making (enkelvoud bij interview)? - In hoeverre ervaren jullie wederzijdse ondersteuning en kennisgeving (enkelvoud bij interview)? - Wat zouden jullie veranderd willen zien (enkelvoud bij interview)?

Tabel 9
Onderzoeksinstrument, afsluiting

Onderdeel	Hoofdvragen
Afsluiting	-Hebben jullie ervaring in het werken met andere gemeente, waarin verschilt de gemeente Nijmegen als het gaat om de samenwerking Wmo-GGZ denkend aan communicatie, verduidelijking van rol, verantwoordelijkheden, netwerken (enkelvoud bij interview)? -Hebben jullie nog een toevoegingen die we niet besproken hebben maar wel van belang zijn om nu mede te delen (enkelvoud bij interview)?

Notitieblad

Communicatie

Verduidelijking van rol

Verantwoordelijkheden

**Interprofessioneel
netwerken**

Bijlage D

Tabel 10

Overzichtstabel codering

Kernelementen van interprofessioneel samenwerken	Thema	Codes	Aantal
Verduidelijking van rol Verantwoordelijkheden Interprofessioneel netwerken (Wat is de opdracht, taken en rollen)	Afhankelijk	Gezamenlijk doel	16
		Informatie uitwisseling	48
		Betrokkenheid bij burgers ggz-professional	17
		Buitenaf/ nieuw bij burgers Wmo-consulent	11
		Eigen eiland	10
		Meekrijgen/overtuigen Wmo-consulent	32
		Kennis van de ggz-professional	15
		Kennis van de Wmo-consulent	10
		Wederzijds kennisgeving	35
		Onbekendheid verantwoordelijkheden bij Wmo	16
	Onwetendheid	Onwetendheid over aanbod ggz	19
		Onwetendheid over aanbod Wmo	22
		Grijs gebeid	55
		Onduidelijke afspraken	8
Communicatie Interprofessioneel netwerken (Hoe ga je met elkaar om, hoe zie je elkaar en hoe ervaar je het contact)	Omgang	Gelijkwaardig contact	17
		Respect voor elkaars rollen	6
		Luisteren naar elkaar	1
		Verwachtingen wederzijds uiten	22
	Gedrag	Elkaar vinden	61
		Toon communicatie	9
		Frustraties bij Wmo-consulenten	27
		Frustraties bij ggz-professionals	10
		Elkaar vervangen	13
		Meekrijgen/ overtuigen Wmo-consulent	32
		Strategische keuze voor ggz-professionals	3
		Strategische keuze voor Wmo-consulenten	13
		Verschil in functioneren Wmo-consulenten	10
	Contactvormen	Asynchrone	45
		Keukentafelgesprek	28
		Casuïstiekbespreking	13

Opmerking. Grijs gemarkeerde komt overeen met het analyse-instrument (zie Bijlage E) en daarmee de bestaande literatuur.

Tabel 11*Overzichtstabel codering*

	Thema	Codes	Aantal
Contextuele factoren	Belemmeringen	Zorgkosten	22
		Privacy AVG	18
		Wederzijdse wachttijden/ wachtlijsten	20

Tabel 12

Analyse-instrument

Dimensies en thema's	Indicatoren, codering en citaten
Communicatie (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Verharen, 2015; Movisie, 2013a; Mulvale et al., 2016; Sennett, 2012; Supper et al., 2015).	- Dialogisch (Sennett, 2012) Omgang- Luisteren naar elkaar <i>"Belangrijk is dat je luistert naar elkaar. Ik merk vaak dat er slecht geluisterd wordt."</i> (Respondent 7, FG2, ggz) Communicatievormen- Keukentafelgesprek <i>"Keukentafelgesprek, dat ik met client en behandelaar echt fysiek om tafel heb gezeten en daarin was het echt wel een dialoog."</i> (Respondent 15, FG3, Wmo)
Omgang	- Nieuwsgierigheid (Sennett, 2012) Omgang- Gelijkwaardig contact <i>"Hoe het nu gaat wel fijn dat het van twee kanten uit onderzoekend is."</i> (Respondent 12, FG3, Wmo)
Communicatievormen	- Respect (Sennett, 2012) Omgang- Respect voor elkaars rollen <i>"Als je het uitlegt van snappen mensen.. zo van je, he.. wij zitten ook met onze handen in het haar.."</i> (Respondent 10, FG2, ggz) - Vergelijking kennis en kunde (Verharen, 2015) Omgang- Gelijkwaardig contact <i>"Elkaars deskundigheid, maar ook elkaar netwerk en elkaars expertise."</i> (Respondent 19, ggz) - Verwachting (Johnson, 2017) Omgang- Verwachting uiten <i>"Dat iedereen elkaar aan het in de weg aan het lopen is. Of niet weet wat je van elkaar kun verwachten."</i> (Respondent 10, FG2, ggz) - Structureel afstemmen (Movisie, 2013a) Omgang- Gelijkwaardig contact <i>"Dat zij mij goed op de hoogte hield van dit speelt nu. Van dit speelt nu en wat kunnen we nu doen?"</i> (Respondent 12, FG3, Wmo)

Opmerking. Vervolg op volgende pagina.

Dimensies en thema's	Indicatoren, codering en citaten
Verduidelijking van rol (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Mulvale et al., 2016; Reeves et al., 2018; Supper et al., 2015)	- Inzicht (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Johnson, 2017; Mulvale et al., 2016; Reeves et al., 2018; Supper et al., 2015) Onwetendheid- Onwetendheid aanbod GGZ <i>"Zo van wat doen diegene bij Pro Persona met alle verschillende functies die daar zijn, Wat kan ik van diegene verwachten?"</i> (Respondent 5, FG1, Wmo) <i>"Daar zit heel veel onduidelijkheid en mensen kunnen dan dus ook niet vinden, wie is de behandelaar, wie werken niet samen, en dat is heel lastig om op de vangen."</i> (Respondent 10, FG2, ggz) Onwetendheid- Onwetendheid aanbod Wmo <i>"Zou ik dan het wijkteam in kunnen schakelen? Ik heb geen idee eigenlijk. Dus dat weet ik dan ook niet."</i> (Respondent 8, FG2, ggz)
Onwetendheid Afhankelijkheid	<i>"Maar nogmaals, ik heb niet heel scherp wat nou WLZ is en wat nou Wmo is. Wmo consultants zijn van het sociaal wijkteam, toch?"</i> (Respondent 18, ggz) - Waarden en ethiek aannemen (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016) In Vivo Coding <i>"Ik denk dat het grote verschil is dat.. je hebt behandeling en begeleiding. Het grote verschil is dat behandeling uit gaat van de ziekte beter maken en dat begeleiding veel meer gericht is op stuk en stijl, kansen en mogelijkheden. Je kan het één niet doen zonder het ander. Maar dan moet je wel van elkaar kunnen uitspreken en weten."</i> (Respondent4, FG1, Wmo) - Aandacht deskundigheid (Movisie, 2013a) Afhankelijkheid- Kennis van de Wmo <i>"Waar ik blij mee ben is dat de consultant steeds meer inzicht krijgt in de mogelijkheden, de praktische mogelijkheden van wat speelt zich af in de buurt of de wijk."</i> (Respondent 19, ggz) Afhankelijkheid- Kennis van de GGZ <i>"Maar wij weten natuurlijk wel dat een behandelaar Pro Persona heel veel kennis en kunde heeft van die doelgroep."</i> (Respondent 6, FG1, Wmo)

Opmerking. Vervolg op volgende pagina.

Dimensies en thema's	Indicatoren, codering en citaten
Verantwoordelijkheden (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018)	- Gericht op elkaar (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016; Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018) Afhankelijkheid- informatie uitwisseling <i>"Ehm.. maar ja, door dat naast elkaar te leggen kun je tot een goede oplossing komen."</i> (Respondent 12, FG3, Wmo) <i>"Dus dat je gewoon deelt waar je tegenaan loopt en wat je samen niet weet of wat je samen wel weet."</i> (Respondent 18, ggz)
Onwetendheid Afhankelijkheid	- Afspraken (Movisie, 2013a; Supper et al., 2015) Onwetendheid- Onduidelijke afspraken <i>"Dat je denkt 'wat spreken we nou af'. En dat je heel erg bezig bent met afspreken wie nou wat doet. Ik heb het gevoel dat het nergens echt fantastisch loopt. Nog niet helemaal duidelijk, precies wie doet wat."</i> (Respondent 8, FG2, ggz) <i>"Ik had het idee dat veel te veel eigen leven leiden zonder te kijken naar... ehm.. wie zijn er nog meer betrokken en wat zijn eigenlijk de lopende afspraken.."</i> (Respondent 14, FG3, Wmo) <i>"Omdat er geen duidelijke afspraken gemaakt zijn, wie wat wanneer doet."</i> (Respondent 17, ggz) - Afhankelijkheid (Movisie, 2013a; Reeves et al., 2018) Onwetendheid/ Afhankelijkheid- Meekrijgen overtuigen Wmo <i>"Mensen wel mee omdat gene te doen wat ik verwacht of van ze vraag om het zo maar te zeggen."</i> (Respondent 18, ggz) Afhankelijkheid –Buitenaf Wmo <i>"De Wmo consulent komt er opeens vanaf de buitenkant in."</i> (Respondent 17, ggz) Afhankelijkheid- Betrokken bij burger ggz <i>"Dan weten wij precies wat er speelt en zij zijn dan toch afhankelijk van de informatie die ze van ons krijgen."</i> (Respondent 16, ggz) - Gezamenlijk doel (Movisie, 2013a) Afhankelijk- Gezamenlijk doel <i>"Want we hebben hetzelfde belang, het welzijn van de klant."</i> (Respondent 2, FG1, Wmo) <i>"Laten we maar gewoon zorgdragen dat we die toewijzing binnenkrijgen en dan snel wegwezen hier, maar over het algemeen lukt dat wel dat gezamenlijke doel behalen."</i> (Respondent 18, ggz)

Opmerking. Vervolg op volgende pagina.

Dimensies en thema's	Indicatoren, codering en citaten
Interprofessioneel netwerken (Reeves et al., 2018)	- Asynchrone (Reeves et al., 2018) Contactvormen- Asynchrone "Voornamelijk telefonisch" (Respondent 15, FG3, Wmo) "Telefonisch is heel veilig, maar er kunnen ook veel zaken onzichtbaar blijven en minder dringend nodig lijken." (Respondent 17, ggz)
Contactvormen Afhankelijkheid	"Nou ja, ik vind de mail gewoon een middel voor formele dingen. Dat je bijvoorbeeld een websitelink laat zien of is dit wat, dat is meer voor formele middelen." (Respondent 19, ggz) "Mail is toch wel het meest gebruikte en WhatsApp." (Respondent 17, ggz) "Dus dan een appje, iets sneller of iets nauwer contact van 'goh ik ben er over vijf minuten', dat soort zaken." (Respondent 19, ggz) - Algemeen voorspelbaar (Reeves et al., 2018) In Vivo Coding "Bij de Wmo is dat wat minder acuut, is mijn inschatting." (Respondent 17, ggz) - Visie en doelen (Mulvale et al., 2016) Afhankelijk- Gezamenlijk doel "Dat doel samen en hoe komen we tot een goed besluit?" (Respondent 18, ggz) - Kennismaking (Movisie, 2013a) Contactvormen- Keukentafelgesprek "Want na een keukentafelgesprek heb je elkaar gezien, weet je een beetje de route." (Respondent 19, ggz) - Ondersteunen en lesgeven (Supper et al., 2015) Afhankelijk- Wederzijds kennisgeving "En daarin de expertise kunnen.. gebruik kunt maken van elkaar expertise." (Respondent 3, FG1, Wmo) "Mijn ervaring is dat daar weinig in gedeeld wordt. In elkaar expertise of vaardigheden." (Respondent 6, FG1, Wmo)

Opmerking. Op basis van het theoretisch kader is geoperationaliseerd en dit analyse-instrument ontwikkeld. De respondenten die de citaten uitspraken zijn weergegeven met de naam respondent en een getal. Bij de respondenten van de focusgroepen is de afkorting 'FG' toegevoegd. Tot slot wordt vermeld of de respondent een Wmo-consulent (Wmo) was of een ggz-professional (ggz).

Bijlage F

Informed consent



Toestemmingsformulier deelnemer/ Informed consent

DAG maart 2020

Interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten

Een kwalitatief onderzoek naar de interprofessionele samenwerking tussen ggz-professionals en Wmo-consulenten en hun ervaringen in de gemeente Nijmegen.

De centrale **onderzoeksvraagstelling** betreft: "Hoe wordt de interprofessionele samenwerking door de ggz-professionals en de Wmo-consulenten op lokaal niveau in de gemeente Nijmegen ervaren?"

De volgende doelstellingen worden middels dit onderzoek behaald:

- Concretiseren van hoe de ggz-professionals en Wmo-consulenten de huidige samenwerking ervaren in de gemeente Nijmegen.
- Aanbevelingen voor samenwerking vanuit de ervaringen van de ggz-professional en de Wmo-consulent voor de gemeente Nijmegen.

Externe doelstelling:

- Het bevorderen van samenwerking tussen de ggz-professional en de Wmo-consulent.
- Uw gegevens worden geheel anoniem verwerkt en u geeft toestemming voor uw deelname aan dit onderzoek. Uw naam wordt vervangen door 'anoniem' in combinatie met een getal.
- U geeft toestemming voor het anoniem verzamelen, bewaren en gebruiken van gegevens en uitspraken voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag van dit onderzoek. Uw gegevens worden op een beveiligde computer bewaard.
- Uw deelname is geheel vrijwillig. U bent zich ervan bewust dat u alsnog kan beslissen om niet deel te nemen. Een reden is hiervoor niet noodzakelijk. Tijdens uw deelname hoeft u geen vragen te beantwoorden die u niet wilt beantwoorden.
- Tijdens de focusgroep/ diepte-interviews zal aan de hand van een topiclijst worden ingegaan op de ervaringen over de huidige samenwerking met het andere domein. Er wordt een video-

opname/ audio-opname gemaakt, zodat het gesprek later uitgewerkt kan worden. De opname en de uitwerkingen worden uitsluitend gebruikt in het onderzoek.

- Voor deelname aan het onderzoek ontvangt u geen vergoeding. Door deelname aan het onderzoek zult u meer inzicht krijgen in de huidige samenwerking. Het bredere doel van dit onderzoek is de zorg voor burgers met psychische klachten te optimaliseren door een effectieve samenwerking.

-Uw deelname houdt in dat u deelneemt aan een focusgroep/ diepte-interview onder leiding van onderzoekster Michelle Hendriks. De focusgroep/ diepte-interview zal ongeveer 1,5/ 1 uur duren. U geeft de onderzoekster toestemming om tijdens de focusgroep/ diepte-interview video-opname/ audio-opname te maken en schriftelijke notities te nemen. Het is duidelijk dat, als u toch bezwaar heeft, u op elk moment uw deelname zonder reden kan stoppen.

- De informatie voor de deelnemer heeft u gelezen. Er konden aanvullende vragen gesteld worden. Uw vragen zijn beantwoord. U heeft genoeg tijd gehad om te beslissen over uw deelname.

- U heeft dit formulier gelezen en begrepen en u heeft een kopie ontvangen van dit toestemmingformulier.

Uw persoonlijke gegevens worden anoniem verzameld, dan is het niet wenselijk om uw naam en handtekening te vragen. U kunt onderaan aanvinken of u wel of geen akkoord geeft op bovenstaande punten.

Ik neem deel aan dit onderzoek:

☐ Ja

☐ Nee

DAG maart 2020, Michelle Hendriks onderzoekster

HANDTEKENING