



# Gelijkwaardige eerstelijnszorg voor iedereen



**Thesis Executive MBA Public & Private  
Nyenrode Business Universiteit  
Drs. Martijn Ruiten, huisarts  
18 januari 2019**



# Gelijkwaardige eerstelijnszorg voor iedereen

Ook voor patiënten in instellingen



Onderzoek in het kader van  
Executive MBA Public & Private  
Drs. Martijn Ruiten, huisarts  
[martijnruiten@hotmail.com](mailto:martijnruiten@hotmail.com)

Datum  
18 januari 2019

Universiteit  
Nyenrode Business Universiteit  
Straatweg 25  
3621 BG te Breukelen

Academisch Begeleider  
Prof. Dr. D. Zandee

Tweede lezer  
Prof. Dr. A. Kil

Praktijkbegeleider  
Drs. W.T.H. van de Water  
Directie MedTzorg B.V. & FMMU B.V.  
Herculesplein 357  
3584 AA Utrecht

## Inhoud

Voorwoord .....	6
Dankwoord .....	8
1. Inleiding.....	10
1.1    Gelijkwaardige eerstelijnszorg voor iedereen.....	10
1.1.1    Eerstelijnszorg .....	10
1.1.2    Tweedelijnszorg.....	11
1.2    Maatschappelijke ontwikkelingen eerstelijnszorg .....	11
1.3    Medische zorg binnen instellingen.....	12
1.3.1    Verpleeghuispatiënten.....	12
1.3.2    Verstandelijk gehandicapten.....	13
1.3.2    GGZ patiënten.....	13
1.3.4    Wlz (Wet langdurige zorg) buiten instellingen .....	14
1.3.5    Overige instellingen; ziekenhuizen en justitiële instellingen .....	14
1.4    Maatschappelijke relevantie.....	14
1.5    Wetenschappelijke relevantie.....	15
1.6    Het onderzoek.....	16
1.6.1    De onderzoeker .....	16
1.6.2    Onderzoeksdoelstelling.....	17
1.6.3    Onderzoeksvraag .....	17
1.6.4    Subvragen.....	17
1.7    Leeswijzer.....	18
2. Theoretisch kader .....	20
2.1    Kwaliteit van medische zorg .....	20
2.2    Marktwerking en complexiteit van de zorg .....	20
2.3    Verschuiving van zorg van de tweede naar de eerstelijns.....	21
2.4    Relationele coördinatie en bevorderende factoren tot .....	22
2.5    Interprofessionele samenwerking en klinische microsystemen .....	24
2.6    Narratieve lens .....	25
2.7    Waarderende lens .....	25
2.8    Samengevat: belangrijke thema's .....	26
3. Methodologie .....	28
3.1    Soort onderzoek .....	28
3.2    Dataverzameling.....	28

Opgestelde vragen interview.....	29
3.3 De selectie van respondenten.....	29
Beschrijving van de achtergronden van de respondenten.....	30
3.4 De interviews .....	30
3.5 Data-analyse.....	31
3.6 Validiteit en betrouwbaarheid .....	34
3.6.1 Validiteit .....	34
3.6.2 Betrouwbaarheid .....	35
4. Uitkomst van de analyse van de verzamelde data.....	36
4.1 Beschrijving interview.....	36
4.2 Beschrijving en analyse van de verhalen .....	36
4.2.1 Categorie casus.....	36
4.2.2 Categorie complexe problematiek.....	37
4.2.3 Categorie samenwerken, werkverdeling, uitwisselen informatie en kennis .....	38
4.2.4 Categorie gevoel respondent .....	38
4.3 Categorieën ‘Tevreden factor’ en ‘Ontevreden factor’ .....	39
4.3.1 Categorie ‘tevreden factor’ .....	39
4.3.2 Categorie ‘ontevreden factor’ .....	43
4.4 Beschrijving en analyse van antwoorden op de interviewvragen.....	45
4.4.1 Kwaliteit medische zorg en Wkkgz .....	45
4.4.2 Bevorderende factoren in de samenwerking.....	47
4.4.3 Kennis en kunde van de huisarts .....	48
4.4.4 Invloed herverdeling op de werkbelasting.....	49
4.4.5 De veranderkundige vraag .....	49
5. Discussie .....	51
6. Conclusie en aanbevelingen .....	58
6.1 Conclusie.....	58
6.2 Aanbevelingen.....	59
7. Reflectie.....	61
Literatuurlijst .....	63

## **Bijlagen**

<b>Bijlage A</b>	Introductiebrief
<b>Bijlage B</b>	Achtergrondinformatie
<b>Bijlage C</b>	Opzet Interview
<b>Bijlage D</b>	Aspecten kwaliteit van zorg aangegeven door respondenten
<b>Bijlage E</b>	Overzicht categorieën en subcategorieën
<b>Bijlage F</b>	Voorbeeld interviewtranscriptie
<b>Bijlage G</b>	Overzicht coderingen categorie tevreden en ontevreden & Overzicht kwaliteit aspecten en bevorderende factoren
<b>Bijlage H</b>	Onderverdeling van de bevorderende factoren die invloed hebben op de verschillende niveaus van onderlinge samenwerking
<b>Bijlage I</b>	Lijst met afkortingen

## Voorwoord

Het managementprobleem voor dit onderzoek ligt op het terrein van goede afstemming van de medische zorg bij instellingen waar huisartsen een deel van de zorg voor hun rekening nemen. Naar mijn mening zijn er momenteel de nodige belemmeringen en tegenstrijdigheden binnen de regelgeving en spelen er ethische kwesties ten aanzien van de kwaliteit van zorg.

Het managementprobleem wat hier speelt is, dat er een discrepantie binnen medische zorg is tussen wet- en regelgeving en de praktijkvoering. Gevolg hiervan is dat de ontwikkelingen, die efficiënt (o.a. kostenbesparend), effectief (de beste zorg op het juiste moment), innovatief en vooruitstrevend lijken te zijn worden afgeremd door achterblijvende wet- en regelgeving. De wijze waarop de medische zorg momenteel is georganiseerd is hierdoor niet overal gelijk.

Het onderzoek heeft betrekking op instellingen waarbinnen de medische zorg op een nieuwe manier plaats vindt. Het betreffen verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en GGZ (geestelijke gezondheidszorg) instellingen. Binnen deze instellingen is de medisch specialist verantwoordelijk voor de medische zorg, te weten achtereenvolgens de SO (specialist ouderengeneeskunde), de AVG (arts verstandelijk gehandicapten) en de psychiater. Door marktwerking in de zorg (schaarste aan medisch specialisten) zien we in een groot aantal instellingen de huisarts, naast deze medisch specialisten, werkzaam zijn. Deze nieuwe ontwikkeling maakt dat er sprake is van een unieke situatie, zowel binnen onze grenzen, als daarbuiten. Er is nog weinig bekend over de ervaringen en gevolgen hiervan.

Vanuit wet- en regelgeving zijn deze nieuwe ontwikkelingen (nog) niet afgestemd op deze praktijksituatie. Het is de vraag of deze nieuwe ontwikkelingen wenselijk zijn, omdat de kwaliteit van de medische zorg wel gewaarborgd moet blijven.

De veranderingen zijn inmiddels een aantal jaren aan de gang. Naar mijn mening lijkt het er op dat het werkbaar is en dat het zelfs wenselijk is, zowel kijkende naar de kwaliteit van zorg, als naar de werkbelasting van de medisch specialisten in de instellingen. Deze aanname baseer ik vooral op geluiden uit de praktijk van collegae. De enorme groei binnen de Nederlandse instellingen maakt dat deze nieuwe werkwijze steeds vaker wordt toegepast. De positieve ervaringen van instellingen die inmiddels zijn overgestapt op deze samenwerking werkt aanstekelijk en versnelt het proces nog meer. Het aantal instellingen dat op zoek gaat naar huisartsen die zich willen committeren of bedrijven, zoals medTzorg, die hierin faciliteren neemt snel toe. Mede daarom is het belangrijk dat er onderzoek gedaan wordt naar de effecten en de kwaliteit van deze nieuwe werkwijze van het leveren van medische zorg. Op basis van het onderzoek naar wat goed gaat, waar de knelpunten zitten en wat de consequenties zijn van de nieuwe werkwijze kan deze verder worden geoptimaliseerd.

Doordat er een extra medisch specialist, te weten de huisarts (generalistisch specialist), binnen de instellingen werkzaam is, heeft dit consequenties voor de organisatie en het afstemmen van de medische zorg. Dit gaat gepaard met onderlinge samenwerking en veranderingen in het zorgveld. Veelal is er sprake van “evidence-based practice” binnen de geneeskunde, maar juist door “practice-based evidence”, dus het verzamelen van praktijkgericht bewijsmateriaal is het naar mijn mening goed mogelijk om na te gaan wat er werkt en wat juist niet. Het totale praktijkresultaat laat zien dat de vraag toeneemt, maar de details waar dat mee te maken heeft, ontbreken. Het onderzoek kan gebruikt worden om daar verandering in brengen.

Het onderzoek zal ook bijdragen aan kennis over “shared care”(gezamenlijke zorg van de eerste en tweede lijn) en de wijze waarop deze zorg georganiseerd kan worden. De waarde van dit

onderzoek zit hem vooral in hoe de artsen met al hun ervaring en beleving het leveren van medische zorg zien en wat ze noodzakelijk vinden bij het met meerdere zorgprofessionals leveren van medische zorg aan patiënten in instellingen. Ten aanzien van de kwaliteit van medische zorg levert het een bijdrage aan eerder onderzoek dat een verband legt met de kwaliteit van de communicatie en de relaties tussen zorgprofessionals, die van belang is bij het leveren van medische zorg.

Dit onderzoek zal bijdragen aan de kennis over het samenwerken van zorgprofessionals (gelijkwaardige kennisdragers) binnen hetzelfde domein, die een gemeenschappelijk doel dienen. Het zal meer inzicht verschaffen in wat er zoal komt kijken bij het samenwerken tussen twee zorgprofessionals binnen het zorgveld. De resultaten zullen duidelijk maken wat men belangrijk vindt bij het leveren van medische zorg aan patiënten in instellingen en op welke wijze medische zorg bevorderd kan worden.

Afhankelijk van de uitkomsten, kan er met betrekking tot de praktijk, mogelijk een lans gebroken worden naar de CGS (college geneeskundige specialisten), beroepsverenigingen en politiek, zodat alles wat met kwaliteitszorg en een optimale balans tussen eerste- en tweedelijnszorg te maken heeft, op één lijn komt te zitten. Uiteindelijk zou het zeer wenselijk zijn dat de wet- en regelgeving passend is aan de praktijk, mits dit leidt tot verbetering van de kwaliteit van medische zorg.

Mijn inschatting als huisarts en onderzoeker is dat de ervaringen tot dusver positief zijn over deze nieuwe ontwikkelingen. In de eerste plaats voor de patiënt. Deze zal, zoals hij/zij gewend is, als eerste aanspreekpunt de laagdrempelige en goed bereikbare huisarts kunnen behouden. De huisarts, juist gespecialiseerd in kleine kwalen, acute pathologie en het coördineren van zorg kan voor een patiënt veel betekenen. Ook binnen de muren van een instelling. Ten tweede, geldt voor mij als huisarts zelf, dat de nauwe onderlinge samenwerking met een medisch specialist van grote meerwaarde kan zijn, doordat je van elkaar kunt leren en zo wellicht betere medische zorg kan leveren. Twee weten tenslotte meer dan één.

## Dankwoord

Deze thesis vormt het eindpunt van een vijfjarige studie aan de Nyenrode Business Universiteit. Van te voren had ik nooit gedacht dat ik het eindpunt zou halen, aangezien de insteek het volgen van een aantal interessante modules was. Maar eenmaal bezig word je gegrepen door de rijkdom aan kennis over publieke en private wetenswaardigheden binnen mijn werkgebied, maar ook daarbuiten. De studie heeft mijn ogen doen openen voor de maatschappij en alle mensen die hierin zijn of haar steentje bij proberen te dragen. Als huisarts word je daarin niet geschoold. De geneeskunde is een studie die je laat voelen en beseffen dat je als arts erg belangrijk bent voor mensen. En dat is ook zeker zo, maar de mensen in de maatschappij, die de economie en de maatschappij draaiende houden zijn nog veel belangrijker en eveneens zeer interessant. De gezondheidszorg over het algemeen is ondersteunend aan deze mensen. Kortom, deze studie heeft mij behoorlijk verder ontwikkeld en dat was de inspanning meer dan waard.

In eerste instantie wil ik hiervoor de directie van medTzorg B.V. & FMMU B.V., met in het bijzonder Wil van de Water, bedanken voor het mogelijk maken van deze studie. Wil stond altijd open voor een goed gesprek en wist altijd de theorie die ik meebracht te doorgronden en deze vervolgens te linken aan de praktijk. Met zijn ruime aantal jaren praktijkervaring en de verhalen hieruit wist hij me altijd te boeien, waardoor de leerstof meer en meer tot leven kwam. Maar ook Sarielle Onwezen en Annemiek Rutgers wil ik bedanken voor hun ondersteuning.

Ten tweede, wil ik mijn partner Merlijn Stoffels bedanken. De studie heeft veel tijd opgeslokt van onze vrije tijd en daarbij was mijn humeur ook niet altijd gezellig te noemen. Hij kon daar goed mee omgaan en was er altijd voor me. Gelukkig konden we samen wel tijd vrij maken doordat we onze vakanties tactisch tussen de modules door wisten te plannen. Dankzij zijn geduld, liefde en aandacht heb ik de finish kunnen behalen.

Ten derde is het me ook gelukt door alle lieve familie en vrienden, die naar mijn gejammer luisterden en me wisten te motiveren om door te gaan. In het bijzonder wil ik mijn volleybalteam Heren 1 van Majella, bedanken. Door al het geploeter was het altijd heerlijk om samen de frustraties eruit te sporten. Hierbij kon ik behoorlijk irritant zijn. Tijdens de “derde helft” was het regelmatig een feest van herkenning als ik met bepaalde stof worstelde. Zij hadden vaak meer ervaring met de stof dan ik als huisarts.

Met betrekking tot deze thesis wil ik natuurlijk mijn academisch begeleider Danielle Zandee bedanken die mij wegwijs maakte binnen de wereld van kwalitatief onderzoek en alles wat daarbij komt kijken. Ondanks haar drukke programma wist ze mij geduldig door het proces te begeleiden. Zij leerde mij kijken door verschillende brillen. De narratieve bril, de positieve bril en de systemische bril. Het heeft mijn kijk op de wereld in positieve- en in ruimere zin veranderd.

Als laatste, maar zeker niet als minste, wil ik mijn ouders Cor en Yvonne Ruiten ontzettend bedanken. Zij hebben mij geleerd om door te zetten en altijd het beste uit mij naar boven te laten komen. Het was een feest om net als vroeger weer thuis te studeren en op mijn wenken bediend te worden. Hierdoor kon ik me op mijn thesis focussen. De liefde, het geduld, de aandacht en de warmte die zij mij nog altijd geven, gun ik iedereen.

Rest mij nog vooruit te kijken. Het bereik waarbij ik me zoveel mogelijk inzet voor de (kwetsbare) patiënten verplaatst zich meer en meer van het individuele en persoonlijke naar het meer systemische, waardoor uiteindelijk de zorg aan elk individu er beter van moet worden. Mijn bewustzijn en daarbij het belang van het feit dat het leven systemisch is, is enorm gegroeid. Het is ontzettend leuk en enerverend te ervaren dat we het met z'n allen moeten doen. Dankzij deze



inzichten voel ik me steeds meer tevreden met de nieuwe rol die ik vervul en ga vervullen in de toekomst, waarin ik mijn meerwaarde aan de patiënten en de maatschappij kan laten zien.

**Bedankt ,  
Martijn Ruiten.**

# 1. Inleiding

In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de manier waarop de zorg in Nederland in deze zorgsector momenteel is georganiseerd. Allereerst wordt besproken wat anders is voor patiënten die in instellingen verblijven. Daarna wordt beschreven wat het verschil is tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg en waarom de onderzoeker zich hierover verwondert. Daarna wordt stilgestaan bij de maatschappelijke ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg (paragraaf 1.2). In paragraaf 1.3 wordt uiteengezet hoe de medische zorg momenteel is georganiseerd binnen de instellingen. De paragrafen hierna (paragraaf 1.4 en 1.5) beschrijven de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie en in paragraaf 1.6 wordt ingegaan op het onderzoek. In de laatste paragraaf (1.7) volgt met de leeswijzer.

## 1.1 Gelijkwaardige eerstelijnszorg voor iedereen

De titel “gelijkwaardige eerstelijnszorg voor iedereen” zal direct de nodige vragen oproepen bij veel mensen. Is dat nu dan niet zo in Nederland? Nee, dat is niet zo, maar wel steeds meer. Hoe is het dan momenteel wel geregeld? Om hier voor u als lezer wat meer duidelijkheid in te verschaffen, zal de onderzoeker hieronder de huidige situatie schetsen zoals die in Nederland is.

De meeste mensen zijn zich bewust van het feit dat we de poortwachter hebben binnen ons zorgsysteem. Deze poortwachter is de huisarts en het eerste aanspreekpunt bij elke nieuwe medische klacht. Deze huisarts zal in overleg met de patiënt bepalen of er zorgbehoefte elders noodzakelijk is of dat de huisarts de zorg zelf kan leveren. Alleen in noodsituaties zal een patiënt een beroep kunnen doen op de ambulance en kan er direct toegang tot de tweedelijnszorg worden gerealiseerd.

In feite geldt dit voor alle patiënten die ingeschreven staan in een huisartsenpraktijk. Het verschil zit hem bij patiënten die in instellingen verblijven. Deze patiënten hebben geen huisarts meer, maar bv. in een verpleeghuis, een specialist ouderengeneeskunde als arts. De huisarts is er dus volgens de wet- en regelgeving niet voor patiënten in instellingen. Dit geldt eveneens voor patiënten die in een instelling voor verstandelijk gehandicapten wonen en voor psychiatrische patiënten die in een psychiatrische instelling verblijven. Om een en ander te verduidelijken wordt hier verder op ingegaan. Allereerst wordt stilgestaan bij eerstelijnszorg en tweedelijnszorg.

### 1.1.1 Eerstelijnszorg

Zoals de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) beschrijft is eerstelijnszorg zorg dicht bij huis. Het eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. En dus neemt iemand die een probleem heeft met zijn gezondheid, in eerste instantie contact op met een zorgverlener uit de eerste lijn, zoals een huisarts. De eerstelijnszorg is basisgezondheidszorg. De eerste lijn voorkomt dat mensen een onnodig beroep doen op complexere en duurdere zorg. Ook is de eerste lijn relatief goedkoop: zij kost ongeveer 4% van het totale budget dat per jaar aan zorg wordt besteed (V&VN, z.j.).

De Rijksoverheid spreekt over eerstelijnszorg als volgt: “Eerstelijnszorg is zorg waar de patiënt in feite zelf zonder verwijzing naar toe kan gaan. Dit kan behandeling zijn door de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige. De zorgverzekeraar vergoedt de zorg door de huisarts altijd” (Rijksoverheid, z.j.).

Beide omschrijvingen zijn waar, maar hebben een andere insteek. Centraal binnen de eerstelijnszorg gaat het om zorg dicht bij huis. Dit lijkt eenvoudig, maar wat is dicht bij huis? Wat verstaat men tegenwoordig onder huis?

Volgens de van Dale (Den Boon & Geeraerts, 2011) betekent huis: “een gebouw om in te wonen”. De van Dale beschrijft wonen als volgt: “verblijf houden; kamers hebben; gehuisvest zijn”.

Dit laatste is van belang binnen deze thesis. Het onderscheid van zorg dichtbij waar de patiënt verblijft en dus gehuisvest is. Dit is niet in een ziekenhuis, maar wel in een verpleeghuis, een instelling voor verstandelijk gehandicapten en deels ook binnen de GGZ. Patiënten wonen in deze instellingen en het beleid binnen de instellingen is meer en meer gericht op wooncomfort en privacy. Het zou dus ook passender zijn, dat voor mensen die ergens woonachtig zijn, of dat binnen de muren van een instelling is of niet, dat deze mensen een huisarts zouden hebben.

Ook geeft de V&VN aan dat iemand die een probleem heeft met zijn gezondheid in eerste instantie contact opneemt met een zorgverlener uit de eerste lijn. Indien het gaat om een medische klacht zal de huisarts als poortwachter van de zorg, de aangewezen zorgprofessional zijn. Dit zou dus betekenen dat indien een patiënt een nieuwe klacht heeft dit eerst voorgelegd zal moeten worden aan de huisarts.

Belangrijke redenen hiervoor zijn de kosten, maar vooral ook de kwaliteit van de zorg, die geleverd wordt door de generalistisch opgeleide huisarts, die bij uitstek geschikt is om een coördinerende rol in de zorgketen op zich te nemen. Inclusief interventies, die eventueel vereist zijn door medisch specialisten uit de tweedelijnszorg.

### 1.1.2 Tweedelijnszorg

De tweedelijnszorg wordt over het algemeen beschreven als alle zorg waar men niet direct gebruik van kan maken, maar waarvoor een patiënt een verwijzing nodig heeft. Meestal wordt er verwezen naar medisch specialisten in een ziekenhuis, maar het kan ook zijn dat een patiënt wordt verwezen naar een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis. Dit kan bijvoorbeeld zijn een specialist in een privékliniek, een SO (Specialist Ouderengeneeskunde), een AVG (Arts Verstandelijk Gehandicapten) of een psychiater.

Kortom, er is dus een discrepantie in de terminologie en de praktijk. De huisarts is niet voor iedereen (vrij) toegankelijk en beschikbaar en dus is er geen gelijkwaardige eerstelijnszorg voor iedereen.

## 1.2 Maatschappelijke ontwikkelingen eerstelijnszorg

Elke patiënt zal zijn of haar klacht eerst moeten voorleggen aan een huisarts. Tijdens kantooruren hebben de meeste mensen een eigen huisarts. Deze huisarts heeft een praktijk en de patiënten staan ingeschreven bij deze praktijk.

Buiten kantooruren is er de laatste 20 jaar veel veranderd. In de vorige eeuw leverde de eigen huisarts veelal 24 uur per dag de zorg, zeven dagen per week. Er waren afspraken over bereikbaarheid buiten de kantooruren met collega's die hun praktijk hielden, geografisch grenzend aan de eigen praktijk. Door middel van lokale huisartsengroepen (Hagro's) werden de diensten verdeeld. Een weekenddienst startte op vrijdagmiddag om vijf uur en eindigde vervolgens om acht uur op maandagmorgen, waarna direct het eigen spreekuur begon. De huisartsen vonden de diensten buiten kantooruren erg zwaar en men zocht naar een oplossing.

Er was destijds sprake van een crisis in de huisartsenwereld. De oplossing werd gevonden in de oprichting van huisartsenposten.

Huisartsenposten zijn centra waar huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren wordt geleverd. De huisartsenposten zijn onder andere voorzien van hulppersoneel, zoals triagisten en chauffeurs, en betere faciliteiten dan in de vroegere situatie, waarin diensten gedaan werden vanuit huis of de eigen praktijk. De huisartsenpost is te consulteren bij een medisch probleem dat niet kan wachten tot de volgende werkdag. Sinds de oprichting van de huisartsenpost in 2000 heeft de huisartsenpost zich verder geprofessionaliseerd. Tegenwoordig zijn ze uitgerust met speciale visite-auto's, voorzien van ambulancestriping. De chauffeur is er, naast het vervoeren van de huisarts, eveneens om de huisarts te ondersteunen tijdens zijn (spoed)visites. De auto's zijn uitgerust met professionele medische apparatuur en medicamenten, zodat altijd snelle en deskundige medische hulp kan worden verleend.

Omdat desondanks toch een deel van de patiënten de poortwachter probeerde te omzeilen door rechtstreeks naar een spoedeisende hulp (SEH) post te gaan heeft men tegenwoordig de spoedposten opgericht. Een spoedpost is een combinatie van een huisartsenpost met een SEH-afdeling. Deze spoedposten bevinden zich veelal bij de voordeur van, en dus, in het ziekenhuis. In principe gaan alle patiënten, uitgezonderd patiënten die per ambulance het ziekenhuis binnenkomen, via de spoedpost, waar ze allemaal eerst gezien worden door een huisarts. De tweedelijnszorg is zo dus ook buiten kantooruren alleen toegankelijk via "de poortwachter" van de zorg.

Alvorens verder te gaan, volgt in de volgende paragraaf een beschrijving van de zorg aan patiënten binnen instellingen. Dit is van belang om te begrijpen hoe het in Nederland georganiseerd is.

### 1.3 Medische zorg binnen instellingen

In de volgende paragrafen wordt uiteengezet hoe de medische zorg binnen de verschillende instellingen is georganiseerd. Tevens wordt stilgestaan bij relevante ontwikkelingen.

#### 1.3.1 Verpleeghuispatiënten

Binnen de muren van een verpleeghuis is er sprake van een intramurale setting. Hierbinnen is het de specialist ouderengeneeskunde (SO), die eindverantwoordelijk is voor de zorg aan deze patiënten. Vroeger noemde men de arts in het verpleeghuis de verpleeghuisarts. Ten aanzien van de spoedzorg tijdens de ANW werd van de SO tot 1 januari 2017 verwacht dat deze ook de ANW-diensten deed, maar voor wat betreft de ANW-diensten heeft Verenso (Vereniging Specialisten Ouderengeneeskunde) voorgesteld om dit voor de specialist ouderengeneeskunde te laten vervallen. Het CGS (College Geneeskundige Specialismen) is daarin meegegaan en het voorstel is door de minister geaccepteerd. De diensten-eis (ANW) voor de specialisten ouderengeneeskunde is hierbij dus komen te vervallen op 1 januari 2017.

Deze wijziging kan invloed hebben op de kennis en kunde van de SO's met betrekking tot de ANW spoedzorg. Tijdens de opleiding tot SO wordt er weinig aandacht aan spoedzorg besteed waardoor de SO's ook minder goed geschoold zijn in het leveren van ANW spoedzorg dan bv. huisartsen. SO's komen beter tot hun recht tijdens kantooruren waar ze hun kennis en kunde optimaal kunnen benutten.

Dit zou dus een goede reden kunnen zijn waarom de CGS besloten heeft dat SO's geen ANW-diensten meer hoeven te doen voor het behoud van hun registratie. Het grootste deel van de tijd is de specialist ouderengeneeskunde namelijk op de afdeling te vinden. De SO verricht daar medisch onderzoek en onderzoekt de behoefte aan paramedische zorg (fysiotherapie, ergotherapie, logopedie) en de behoefte aan zorg door andere medische specialisten. De SO heeft

intensief contact met de familie van de patiënt. Een belangrijke taak is ook het begeleiden van een sterfbed en het bieden van goede terminale zorg.

Een andere reden zou kunnen zijn dat er een tekort is aan SO's doordat er een toenemend aanbod is van ouderen en de aanwas van afgestudeerde SO's te weinig. De beschikbare SO kan zijn kostbare tijd dus beter overdag inzetten, dan dat de SO veel uren bereikbaar is tijdens de ANW. Die ANW-uren zullen namelijk overdag gecompenseerd worden waardoor de inzet overdag afneemt.

Met betrekking tot de spoedzorg tijdens de ANW zetten veel verpleeghuizen momenteel basisartsen in, die onder supervisie werken van de SO. De SO zal dan eveneens dienst moeten doen (dat wil zeggen fysiek bereikbaar), omdat het regelmatig voor zal komen dat de SO in huis wordt geroepen door de basisarts.

Een andere variatie van het borgen van de spoedzorg tijdens de ANW is de inzet van huisartsen tijdens de ANW. Het voordeel is dat huisartsen zelfstandig functionerende (generalistische) medisch specialisten zijn, waardoor de SO eventueel alleen voor telefonische consultatie geraadpleegd zal worden, mocht dit nodig zijn.

Markteconomisch ligt het uurloon van een huisarts binnen de zelfstandige markt lager dan dat van een SO. Het uurloon van een basisarts ligt nog lager. De spoedzorg zou door de inzet van de zelfstandig werkende generalistisch specialist goedkoper kunnen worden.

Dit geldt eveneens voor de zorg overdag. Steeds vaker neemt de huisarts een groot deel van de medische zorg uit handen van de SO. De huisarts neemt de generalistische zorg voor zijn rekening, zodat de SO zich kan focussen op het specialistische deel. Veelal betekent dit dat de medische zorg overdag binnen een verpleeghuis voor 60 tot 80% door een huisarts gedaan wordt.

Kortom, de SO is eindverantwoordelijk voor de zorg aan deze patiënten, maar er is een kanteling gaande. Er is sprake van een herverdeling van de medische zorg met als gevolg dat ook voor deze patiënten de huisarts in beeld komt.

### 1.3.2 Verstandelijk gehandicapten

Voor de verstandelijk gehandicapten die binnen een instelling voor verstandelijk gehandicapten verblijven geldt eenzelfde constructie als bij de patiënten die in verpleeghuizen verblijven. De NVAVG (Nederlandse Vereniging Arts Verstandelijk Gehandicapten) laat weten dat in de afgelopen jaren de AVG zichtbaar is geworden als de arts die zich vaker profileert in de richting van een tweedelijns specialist naast de huisarts ("Competentieprofiel AVG", 2016). Vreemd genoeg heeft de CGS het doen van diensten voor de AVG per 1 januari 2016 juist weer verplicht gesteld. Dit in tegenstelling tot het besluit van de CGS bij de SO. De NVAVG laat uitdrukkelijk weten dat dit geen besluit is geweest van de NVAVG, maar van het CGS. Eerder hadden de AVG's een uitzonderingsregeling getroffen, maar deze is door de CGS ingetrokken. Net als bij de SO's geldt dat binnen de AVG sector er sprake is van schaarste van AVG's. Ondanks dat de uitzonderingsregel niet meer geldig is, zien we de huisartsen meer en meer werkzaam zijn binnen de instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

### 1.3.2 GGZ patiënten

Binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) instellingen is de psychiater de arts die verantwoordelijk is voor de zorg aan de patiënten die in de instellingen verblijven. Psychiaters hebben net als in de meeste ziekenhuizen arts-assistenten (basisartsen), die onder supervisie de diensten doen. Deze arts-assistenten psychiatrie, wel of niet in opleiding, worden gesuperviseerd op het gebied van de psychiatrie door de gelijktijdig dienstdoende psychiater. Deze psychiater moet ook altijd fysiek geconsulteerd kunnen worden. Binnen de GGZ-instellingen wordt er

onderscheid gemaakt tussen psychiatrie en somatiek. Regelmatig heeft er naast de psychiater ook een huisarts dienst voor deze GGZ-patiënten indien er somatiek om de hoek komt kijken. De huisarts is eveneens binnen de GGZ steeds vaker overdag werkzaam binnen psychiatrische instellingen.

#### 1.3.4 Wlz (Wet langdurige zorg) buiten instellingen

De Wlz (Wet langdurige zorg) geeft recht om in een zorginstelling te gaan wonen. Bijvoorbeeld in een verpleeghuis, GGZ-instelling of in een instelling voor gehandicapten. Verhuizen naar een instelling is niet altijd verplicht, indien de omstandigheden thuis goed genoeg zijn, kan Wlz-zorg ook thuis verkregen worden. Gevolg is dat patiënten, waar de SO of AVG (Arts Verstandelijke Gehandicapten) een belangrijk deel van de zorg levert, niet alleen maar in instellingen zitten.

#### 1.3.5 Overige instellingen; ziekenhuizen en justitiële instellingen

Deze instellingen vallen buiten dit onderzoek, maar de onderzoeker wil deze instellingen toch even benoemen, zodat u als lezer een compleet beeld heeft van de zorg binnen instellingen.

Binnen de muren van de ziekenhuizen zijn het de verschillende medisch specialisten (tweedelijnszorg) die verantwoordelijk zijn voor hun eigen patiënten. Medisch specialisten hebben vaak basisartsen in dienst die de zaaldiensten en de ANW-diensten doen onder supervisie van de medisch specialist. Ook binnen de ziekenhuizen is er steeds meer sprake van een behoefte aan artsen die vanuit een generalistisch perspectief de algemene ziekenhuiszorg kunnen verlenen. Sinds september 2012 is er een nieuwe opleiding (Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde, z.j.) tot ziekenhuisarts in het leven geroepen.

Volgens de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) vraagt de huidige zorg om “een betere balans tussen generalisten en specialisten, en een betere afstemming tussen (aspecten van) de zorgvraag en de zorgaanbieders die hiervoor de juiste competenties bezitten”. Dit wordt onderstreept door twee rapporten uit 2010 (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2010) (Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra, 2010), die zich richten op vernieuwing van medisch specialistische opleidingen met meer functiedifferentiatie en taakherschikking. De spoedeisende hulparts en de ziekenhuisarts zijn voorbeelden van artsen binnen de muren van het ziekenhuis, die van zorgtaken afkomstig van de medisch specialist, overnemen. De huisarts is niet werkzaam binnen de Nederlandse ziekenhuizen.

Huisartsen zijn wel werkzaam binnen justitiële instellingen. Tot 2007 werd de zorg aan gedetineerden voornamelijk geleverd door basisartsen via de GGD (Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst) of door lokale huisartsen die hun praktijk vlakbij de penitentiaire instelling hadden. Na 2007 heeft DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen) de zorg binnen de muren gelijk gesteld aan de zorg buiten de muren, dus m.a.w. ook gedetineerden kregen vrije toegang tot de huisarts. Partijen, zoals bv. medTzorg (voorheen FMMU (Forensisch Medische Maatschappij Utrecht)) en Detentiezorg, hebben door middel van het inzetten van een kleine groep betrokken en deskundige huisartsen, zowel de huisartsenzorg overdag, als de spoedzorg tijdens de ANW (Avond, Nacht en Weekend) opgezet voor deze doelgroep. Hiermee is de gelijkwaardige eerstelijns zorg voor deze doelgroep gerealiseerd.

## 1.4 Maatschappelijke relevantie

Niet alle patiënten in Nederland zijn in staat, of sterker nog, mogen een beroep doen op de diensten van de spoedposten en huisartsenpraktijken. Veel patiënten die in de vorige paragraaf

beschreven instellingen verblijven hebben niet altijd vrije toegang tot de spoedpost of zijn welkom op een huisartsenpraktijk. Zij kunnen alleen gebruik maken van de diensten van een spoedpost of huisartsenpraktijk indien de huisarts, werkende op de spoedpost of huisartsenpraktijk een visite aflegt. Veel huisartsenpraktijken en spoedposten willen geen zorg leveren aan instellingen. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat een bezoek aan een instelling vaak meer tijd kost en omdat de medische problematiek complexer kan zijn. De patiënten die in deze instellingen verblijven, zullen de spoedzorg overdag en tijdens avond, nacht en weekenden (ANW) elders moeten verkrijgen. Dit hoeft geen probleem te zijn, maar voldoet deze zorg dan wel aan de kwaliteitswensen en kwaliteitseisen? Dit is een belangrijke vraag als het gaat om de zorg van patiënten verblijvende in instellingen.

Kortom van “gelijkwaardige eerstelijnszorg voor iedereen” is dus zeker geen sprake. De huisarts is niet altijd voor iedereen de poortwachter tot de zorg. Het is afhankelijk van waar je verblijft of woonachtig bent en/of je aan een bepaalde ziekte lijdt, waardoor je onder een andere (tweede lijn) verantwoordelijke arts valt.

Tijdens de ANW, is er een herverdeling gaande, waarbij bepaalde huisartsen veelal wel de rol als poortwachter op zich nemen voor patiënten verblijvende in instellingen. Daarnaast zien we ook dat bepaalde huisartsen eveneens overdag hun expertise inzetten in deze instellingen. De overtuiging van de onderzoeker is dat dit de manier is om verschillende medisch specialisten nog beter tot elkaar te brengen. De verschillende artsen moeten zich tot elkaar kunnen verhouden en zo tot een geavanceerd hoogwaardig samenspel komen om binnen het zorgveld tot kwalitatief hoge zorg te komen.

Zoals in paragraaf 1.1.1 wordt beschreven past dit binnen de omschrijvingen van eerstelijnszorg. Dit heeft tot gevolg dat er binnen de instellingen twee medisch specialisten werkzaam zijn. Wat betekent dit voor de medische zorg geleverd aan de patiënten in deze instellingen? Dit zal moeten leiden tot een onderlinge samenwerking tussen de huisarts en de medisch specialist. En ook de kennis, met daarbij de bevoegdheden en bekwaamheden, zal op elkaar moeten worden afgestemd. Hiernaar is tot dusver weinig tot geen onderzoek gedaan. Dit heeft te maken met het feit, dat voordat deze ontwikkeling plaats vond, de medisch specialisten de medische zorg alleen leverden. Meer kennis over dit onderwerp is nodig om te bepalen of deze ontwikkeling wenselijk is. In de eerste plaats voor de medische patiëntenzorg, maar daarnaast kan dit ook economische consequenties hebben. Indien het een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de medische patiëntenzorg, dan zou dit ook consequenties moeten hebben voor de herregistratie-eisen van de verschillende medisch specialisten. Met andere woorden, wet- en regelgeving zal moeten meebewegen met de maatschappelijke ontwikkelingen om zo een gewenst ontwikkeling te stimuleren.

De overtuiging van de onderzoeker is bias, maar als de resultaten van dit onderzoek eveneens dezelfde richting op gaan, kan dit gevolgen hebben voor de wijze waarop de zorg landelijk en regionaal georganiseerd zal moeten worden. De instellingen zelf zouden eveneens anders moeten worden toegerust om te kunnen voldoen aan de nieuwe werkwijze.

## 1.5 Wetenschappelijke relevantie

De ontwikkelingen die plaats vinden zijn van recente aard. Dit is ook de reden waarom er weinig wetenschappelijke bronnen te vinden zijn over deze bijzondere situatie in Nederland. De wetenschappelijke kennis is dus beperkt ten aanzien van de werkzaamheden van huisartsen en de samenwerking met andere zorgprofessionals binnen de muren van instellingen. Daarom is dit onderzoek juist zeer relevant.

Het onderzoek zal bijdragen aan kennis over “shared care”(gezamenlijke zorg van de eerste en tweede lijn) en de wijze waarop deze zorg georganiseerd kan worden. De waarde van dit onderzoek zit hem vooral in, hoe de artsen met al hun ervaring en beleving, het leveren van medische zorg zien en wat ze noodzakelijk vinden bij het met meerdere zorgprofessionals leveren van medische zorg aan patiënten in instellingen. Deze kennis en informatie zijn nodig om de kwaliteit te kunnen bevorderen en zo de zorg aan deze patiënten te verbeteren. Wat is er nodig om kwaliteit te kunnen leveren? Het onderzoek zal in het verlengde hiervan ook een bijdrage kunnen leveren aan eerder onderzoek dat een verband legt met de kwaliteit van de communicatie en de relaties tussen zorgprofessionals. Het is interessant om te zien of dat hier ook naar voren komt. Uit eerdere onderzoeken (zie hoofdstuk 2) komt bv. naar voren dat de gezondheidszorg verbeterd kan worden door het aangaan van relaties. Zien de respondenten dit ook zo?

Dit onderzoek zal bijdragen aan de kennis over het samenwerken van zorgprofessionals (gelijkwaardige kennisdragers) binnen hetzelfde domein, die een gemeenschappelijk doel dienen. Het zal meer inzicht verschaffen in wat er zoal komt kijken bij het samenwerken tussen twee zorgprofessionals binnen het zorgveld. De resultaten zullen duidelijk maken wat men belangrijk vindt bij het leveren van medische zorg aan patiënten in instellingen en op welke wijze medische zorg bevorderd kan worden.

Dit gezegd hebbende, kunnen de resultaten ook zeker bijdragen bij andere vormen van samenwerken waarbij er sprake is van kennisdragers, die een gelijkwaardige relatie nastreven en een gemeenschappelijk doel dienen.

Het onderzoek zal ook inzicht verschaffen wat zorgprofessionals zelf verstaan onder kwaliteit van zorg. Mogelijk zal het eerdere onderzoeken ondersteunen in de gevonden bevindingen. Hierbij zal nader worden stilgestaan in hoofdstuk 2, waarin het theoretisch kader zal worden besproken.

## 1.6 Het onderzoek

Om er achter te komen hoe de verschillende medisch specialisten de veranderingen ervaren en wat hun ervaring is met de verschillende aspecten binnen de herverdeling van de zorg is het van belang hiernaar te informeren. Juist door het doen van kwalitatief onderzoek wil de onderzoeker naar boven halen wat ieders ervaringen zijn en achterhalen hoe men er over het algemeen in staat. Dit doet de onderzoeker aan de hand van een kwalitatief onderzoek bij de medisch specialisten.

**Het onderzoek is er op gericht om inzichten te verkrijgen in de ervaringen van de medisch specialisten, met betrekking tot de samenwerking met huisartsen, binnen de herverdeling van de medische zorg aan de patiënten wonende in instellingen.**

Door middel van dit onderzoek hoopt de onderzoeker bewustwording te bewerkstelligen, zodat men op de hoogte is van wat er zich afspeelt in de praktijk en wat de aanbevelingen ter bevordering van medische zorg hiervoor zijn.

### 1.6.1 De onderzoeker

Als onderzoeker en tevens huisarts met de nodige praktijkervaring op dit gebied is het relevant voor u als lezer om te weten dat de onderzoeker graag de huisarts voor elke patiënt in onze maatschappij, niet verblijvende in een ziekenhuis, aan huis ziet komen. Met andere woorden, laat de huisarts elke nieuwe klacht van een patiënt beoordelen en laat de huisarts in overleg met de patiënt bepalen wat het beste beleid moet zijn. Binnen de bijzondere instellingen (verpleeghuis-, verstandelijk gehandicapten- en GGZ-instellingen) zal dan eveneens telkens bekeken kunnen



worden of de medisch specialist voor een klacht moet worden geconsulteerd of niet. Er zal sprake moeten zijn van een intensieve samenwerking tussen de medisch specialist en de huisarts. Overdag, maar vooral tijdens de ANW, waar het veelal gaat om spoedzorg, zal de huisarts, die goed is opgeleid en uiterst ervaren in het leveren van spoedzorg, werkzaam zijn. Op deze wijze, is de onderzoeker van mening, zet je elke arts in zijn of haar kracht, met als gevolg toename van kwaliteit van zorg en als bijvangst mogelijk ook kostenreductie binnen de medische zorg.

Zo staat de onderzoeker er in, maar wat verstaat de medisch specialist, werkende in instellingen, eigenlijk onder kwaliteit van zorg en ervaart men dat de kwaliteit van zorg geleverd door de huisartsen van voldoende niveau is? Aangezien het cruciaal is om samen te werken, wat is er nodig in de ogen van de medisch specialist voor een goede samenwerking?

### 1.6.2 Onderzoeksdoelstelling

**Doel van het onderzoek is om inzicht te verkrijgen in hoe de medische zorg aan patiënten in instellingen in relatie tot de samenwerking tussen de huisarts en de medisch specialist kan worden bevorderd, zowel overdag als binnen de ANW zorg.**

Om hier een antwoord op te kunnen krijgen is een kwalitatief onderzoek nodig onder de beroepsgroepen (medisch specialisten) om inzicht te krijgen in wat de ervaringen zijn van de diverse medisch specialisten met betrekking tot de samenwerking met de huisarts. In de volgende paragraaf wordt de onderzoeksvraag beschreven.

### 1.6.3 Onderzoeksvraag

De onderzoeksdoelstelling heeft tot de volgende hoofdonderzoeksvraag geleid:

**Op welke wijze leiden de ervaringen van de medisch specialisten met de samenwerking met de huisarts binnen de herverdeling van de medische zorg tot het bevorderen van de medische zorg overdag en tijdens de ANW?**

De onderzoeker wil ontdekken hoe de diverse medisch specialisten de positionering van de huisarts ervaren binnen instellingen, waarbinnen de medisch specialist hoofdbehandelaar is. Uit de hoofdonderzoeksvraag heeft de onderzoeker een aantal subvragen opgesteld waarnaar de onderzoeker binnen dit onderzoek op zoek gaat naar de antwoorden hierop.

### 1.6.4 Subvragen

Om kwaliteit te kunnen leveren lijkt het essentieel om op een adequate wijze samen te werken. Daarom is de onderzoeker van mening dat een accent op de samenwerking tussen de huisarts en de medisch specialist aandacht verdient. De onderzoeker heeft de subvragen opgesteld naar aanleiding van de kennis die is opgedaan uit kleinschalig informeel veldonderzoek en literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 3). Dit leidde tot de eerste subvraag:

**Wat voor invloed heeft herverdeling van de medische zorg op de onderlinge samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals en op welke wijze kan onderlinge samenwerking worden bevorderd?**

Binnen de samenwerking tussen artsen zal er ook altijd aandacht moeten zijn voor de kwaliteit van zorg met daarbij het centraal stellen van de patiënt. De tweede subvraag luidt als volgt:

**Wat verstaat men onder kwaliteit van medische zorg? Wat voor invloed heeft herverdeling van de medische zorg op de kwaliteit van zorg en hoe kan de kwaliteit van zorg worden bevorderd?**

Daarnaast is binnen de kwaliteit van zorg het kennisniveau van de artsen relevant als het gaat om het leveren van medische zorg aan patiënten. Doordat de huisarts werkzaamheden verricht binnen de instelling is het interessant te weten hoe de medisch specialisten de kennis en de kunde van de huisarts (en hun eigen kennis en kunde), met betrekking tot de medische zorg aan deze specifieke patiënten, ervaren. Vandaar de derde subvraag:

**Wat voor invloed heeft herverdeling van de medische zorg overdag en tijdens de ANW op de kennis en kunde van de huisarts en medisch specialist en hoe kan de kennis en kunde van de artsen worden bevorderd?**

Wat ook interessant is binnen deze nieuwe samenwerking is, hoe dit de werkbelasting zal beïnvloeden en wat dit voor gevolgen heeft. Wat ervaren de medisch specialisten? De werkbelasting kan toenemen doordat er nu meer zal moeten worden samengewerkt, maar het kan ook juist een ondersteuning opleveren waardoor er juist werk uit handen wordt genomen. Ook een combinatie van beide is mogelijk. Om hier inzicht in te krijgen is de vierde subvraag opgesteld:

**Op welke wijze leidt herverdeling van de medische zorg overdag en tijdens de ANW tot een verbeterde werkbelasting voor medisch specialisten en hoe bevordert de werkbelasting van de medisch specialist de medische zorg?**

Tijdens het hele onderzoek zal worden gekeken door een waarderende lens, d.w.z. leren van wat goed gaat (zie paragraaf 2.7), om te kunnen achterhalen wat bevorderend is ten aanzien tot de verschillende kenmerken die belangrijk zijn binnen het leveren van medische zorg.

## 1.7 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk zal worden stilgestaan bij het theoretische kader van dit onderzoek. In eerste instantie zal worden ingezoomd op de kwaliteit van medische zorg. Daarna volgt een beschrijving van de marktwerking binnen dit zorgveld en de complexiteit van de medische zorg binnen de instellingen. Er wordt gekeken naar de huidige trend waarbij er sprake is van verschuiving van zorg naar de eerstelijns. Tevens zal er worden stilgestaan bij wat binnen samenwerken relevant kan zijn en zal de onderzoeker beschrijven door welke lens er wordt gekeken.

In hoofdstuk 3 wordt de methodologie beschreven. Het vierde hoofdstuk zal hierop aansluiten door de uitkomsten van de analyse van de verzamelde data te beschrijven. Vervolgens zal in hoofdstuk 5 de discussie volgen, die wordt opgevolgd door hoofdstuk 6 waarin de onderzoeker de conclusie en aanbevelingen zal formuleren. Hoofdstuk 7 zal de reflectie van de onderzoeker weergeven. Als laatste volgen nog de nodige bijlagen met verantwoording en de bronteksten.



## 2. Theoretisch kader

Zoals in hoofdstuk 1 uiteen wordt gezet is momenteel de medische zorg, die overdag en tijdens de ANW wordt geleverd, niet voor iedereen hetzelfde. Dit komt doordat niet iedere patiënt bij voorbaat gezond is, ofwel geen ziektes heeft. Bepaalde patiënten hebben een sterk op de voorgrond tredende ziekte, die chronisch is. Hierbij moet je denken aan psychiatrische patiënten of verstandelijk gehandicapten. Het is goed dat deze patiënten veel aandacht krijgen van artsen, die gespecialiseerd zijn in deze pathologie.

Maar ook deze patiënten blijven gewoon mensen, die naast hun chronische aandoening last kunnen hebben van kleine kwalen of algemene acute pathologie. Deze kleine kwalen of acute pathologie hoeven in principe niet onder behandeling te komen van een medisch specialist. De medisch specialist is daarin juist niet gespecialiseerd. Deze zorg zou je beter kunnen beleggen bij een generalist, die juist gespecialiseerd is in kleine kwalen, acute pathologie en het coördineren van de zorg. Buiten de ziekenhuizen om, is dat de huisarts.

### 2.1 Kwaliteit van medische zorg

Als we kijken naar de kosten, dan lijkt de huisarts minder te kosten. Maar zal de kwaliteit niet afnemen? Dit is een essentiële vraag als er veranderingen moeten plaatsvinden. Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), die is ingegaan op 1 januari 2016, dient een zorgverlener goede zorg te leveren. Deze wet omschrijft goede zorg als zorg van goede kwaliteit en goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt (Rijksoverheid, z.j.).

De herverdeling leidt er toe dat de medische zorg binnen instellingen niet door een, maar door twee nog altijd hoogopgeleide (medisch en generalistisch) specialisten plaats zal vinden. De zorgvragen worden op deze wijze wellicht beter belegd bij de juiste specialist. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) gaf in 2010 al aan: “De medisch specialist van straks werkt veel meer dan nu op het niveau waar hij of zij langjarig voor is opgeleid”. Medische zorg kan met behoud van kwaliteit en tegen minder kosten door anderen worden overgenomen. Het kan zelfs leiden tot een hogere kwaliteit van de zorg en daarbij tot een efficiëntere en effectievere manier van werken.

### 2.2 Marktwerking en complexiteit van de zorg

We zien steeds vaker de huisarts in verpleeghuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Ook binnen GGZ-instellingen zien we steeds vaker de huisarts aan het werk. Dit zijn instellingen waar de mensen ook echt wonen, dus spreken we over het feit dat de huisarts ook hier aan huis komt, net als dat dit bij de gewone burger gebeurt. In Nederland is dit tot dusver anders geregeld (zie paragraaf 1.3).

Deze ontwikkelingen zijn onder andere ontstaan door marktwerking, door krapte op de markt. Er is een tekort aan AVG-artsen, psychiaters en SO's. Zij kunnen de hoeveelheid zorg niet aan. Directies van instellingen, die de medische zorg inkopen, willen optimaal gebruik van de medisch specialisten maken en ze dus liever niet inzetten tijdens de ANW. Ze kunnen beter overdag ingezet worden. Overdag zijn ze het meest nodig en kunnen ze hun tijd en kwaliteit het meest effectief en efficiënt besteden aan patiëntenzorg. Tijdens de ANW is de zorg afhankelijk van acute zorgvragen. De meeste tijd zitten de medisch specialisten dan te wachten. Daarbij zijn deze ANW-uren ook veel duurder dan de uren overdag.

Intramuraal kunnen instellingen huisartsenzorg inkopen. De huisarts kan hierbij per uur worden betaald, maar verder heerst er veel onduidelijkheid. Deze onduidelijkheid is onder de aandacht van de LHV (Landelijke Huisartsenvereniging). In februari van 2018 publiceert de LHV een artikel met als titel: “Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie” (blz. 1), met als samenvattende tekst: “In de praktijk is niet altijd duidelijk hoe de huisartsenzorg is geregeld voor mensen met een Wlz-indicatie. In welke situaties valt die zorg onder de Zorgverzekeringswet en wanneer onder de Wlz? Wie is verantwoordelijk voor de medische basis zorg; de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde? Hoe mag deze zorg gedeclareerd worden?” (blz. 1). In diezelfde maand volgt de publicatie (LHV) met als titel: “Verwarring over Wlz-declaraties huisartsen”(blz. 1). Het lijkt onnodig ingewikkeld.

Wat financiering betreft is het wenselijk dat voor iedere burger in Nederland dezelfde constructie zou gelden. Dit zou moeten leiden tot een eenvoudige wijze van declareren, waardoor zorgprofessionals geen belemmeringen meer hoeven te ondervinden bij het leveren van zorg aan patiënten.

Ook hierbij is het relevant om te weten te komen of de herverdeling van medische zorg, die ten gevolge van marktwerking is ontstaan, een verbeterde werkwijze is en dus kan bijdragen aan een vermindering van de complexiteit.

### 2.3 Verschuiving van zorg van de tweede naar de eerstelijns

Er is sprake van een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Het probleem van de schaarste en daardoor ook duurdere medisch specialist, werkzaam voor patiënten in instellingen, wordt opgelost door relatief goedkopere generalistisch medisch specialisten (huisartsen) in te zetten. Dit zou kostenbesparend moeten zijn.

Naast deze economische factoren zijn er factoren die relevanter zijn. Het allerbelangrijkste hierbij is de kwaliteit van zorg. Wordt de kwaliteit op deze wijze nog steeds gegarandeerd? Goedkoper is meestal niet gerelateerd aan een verhoging van de kwaliteit van medische zorg.

En is dit wel te realiseren? Hierbij vooruitkijkende naar de toekomst, waar de LHV pleit voor meer tijd voor de patiënt en dus een afname van het aantal patiënten binnen een normpraktijk (LHV, 2018). Dit terwijl er vandaag al steeds meer signalen binnen komen over huisartstekorten of de dreiging daarvan (LHV, 2018). Gaat de verschuiving niet een schaarste opleveren binnen het aanbod van huisartsen in onze maatschappij? Of is er misschien een totaal tekort aan artsen in Nederland? Kortom er zijn veel vragen waar we niet direct een antwoord op hebben. Wat binnen dit onderzoek van belang is, is of de ontwikkeling een wenselijke en/of verbeterde oplossing is.

Kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit zijn van groot belang in onze huidige maatschappij. Vooral als het over medische zorg gaat. Hoe kunnen we generalisten en specialisten optimaal inzetten, waarbij de kwaliteit van de zorg ook optimaal is? Er zal moeten worden gestreefd naar een optimale afstemming tussen de zorgvragen en de aanbieders die hiervoor de juiste competenties bezitten. En naast een optimale verdeling van de competenties zullen de kosten van de aanbieders moeten worden meegenomen.

Kortom, kijkende naar de medische zorg is er een kanteling gaande. Dit is onder andere veroorzaakt door schaarste. Langzaamaan neemt de huisarts de medisch specialisten, die werkzaam zijn in verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en GGZ-instellingen, veel werk uit handen. Dit vraagt om een goede afstemming tussen de generalistisch medisch specialist en de (tweedelijns) medisch specialist, waar er sprake is van een samenwerkingsrelatie gebaseerd op vertrouwen en gedegen kennis van beide kanten. Dit is zowel van toepassing tijdens de zorg overdag als tijdens de ANW.

Deze schaarste en verschuiving van zorg doet, mede gezien het feit dat bepaalde medisch specialisten voor hun registratie van de CGS geen ANW-diensten hoeven te doen, de vraag rijzen of de zorg niet gewoon voor iedereen in Nederland beschikbaar moet worden gemaakt door een generalistisch specialist en dus binnen de verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en GGZ-instellingen, door de huisarts. Daar waar mensen wonen zouden patiënten voor elke nieuwe klacht of hulpvraag eerst de huisarts moeten kunnen consulteren.

Wat is er al bekend binnen de wetenschappelijke literatuur als het gaat over samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Uit een Cochrane- review (Smith et al., 2017) kwam naar voren dat de effectiviteit van de huidige “shared care” (gezamenlijke zorg van de eerste en tweede lijn) niet is aangetoond. Van belang bij deze review is dat er in dit onderzoek alleen is gekeken naar klinische uitkomstmaten. Daarnaast is de gezamenlijke zorg in deze review beschreven als ketenzorg. Dat wil zeggen meerdere zorgprofessionals die achter elkaar zorg verlenen aan dezelfde patiënt. De keten start bij de huisarts. De huisarts fungeert hier als poortwachter van de medische zorg. Deze bevindingen leverden de nodige vraagtekens op waardoor nog eens kritisch naar de herverdeling van de medische zorg binnen dit onderzoek is gekeken. Al snel bleek dat de conclusie van dit Cochrane-review niet zonder meer van toepassing is op de Nederlandse zorg en de Nederlandse wijze waarop gezamenlijke zorg is georganiseerd.

Na verder zoeken, blijkt uit een rapport van 2017 (Vrijhoef et al., 2017) dat juist chronische zorg in ketenverband betere uitkomsten oplevert in gezondheid, patiëntervaring en kostenreductie. Dit geldt alleen niet voor iedere situatie. Dit resulteerde in de conclusie dat de herverdeling van de huidige medische zorg niet volledig te vergelijken is met de ketenzorg. Binnen de herverdeling van de medische zorg binnen instellingen is veelal sprake van directe en indirecte samenwerking. Dit vindt bij voorkeur niet achter elkaar plaats, maar tegelijkertijd.

Kortom, de situatie zoals deze is beschreven in hoofdstuk 1 en dus de situatie zoals die geldt in Nederland binnen de instellingen waarbinnen dit onderzoek plaats vindt, is niet een op een te vergelijken met situaties in verschillende onderzoeken uit binnen en buitenland.

De Nederlandse situatie is een unieke situatie.

Binnen de ouderenzorg is er al steeds meer sprake van shared care, maar niet op een wijze zoals binnen de ketenzorg. Binnen de ketenzorg doet elke zorgprofessional zijn deel van de zorg. Binnen de shared care in instellingen streeft men meer naar netwerkzorg. Zorg rondom de patiënt als een team, waarbinnen men elkaar aanvult en versterkt. Ook overdag is daar steeds meer sprake van. Dit vindt plaats, zowel bij de oudere patiënt in de wijk, als bij de oudere patiënt die in een instelling woont. De zorg rondom deze patiënt wordt steeds complexer en daardoor wordt er meer en meer gekozen voor een horizontalere samenwerking binnen de medische zorg.

Interessante studies spreken over nieuwe ontwikkelingen. Deze nieuwe ontwikkelingen binnen de zorg laten zien, dat relationele coördinatie samenhangt met hoogwaardige resultaten in onder andere ziekenhuizen (Gittell, 2009). Maar ook binnen de geïntegreerde zorgverlening voor gehospitaliseerde oudere patiënten (Hartgerink et al., 2014). Het betreft hier eveneens zorg geleverd aan patiënten verblijvende in instellingen.

## 2.4 Relationele coördinatie en bevorderende factoren tot samenwerking

Relationele coördinatie (RC) wordt gedefinieerd als "een wederzijds versterkend proces van communiceren en verbinden met het oog op integratie" (Gittell, 2002, blz. 300) of eenvoudiger: "het coördineren van werk door middel van het hebben van relaties met gedeelde doelen, gedeelde kennis en wederzijds respect" (Gittell, 2006, blz. 74). Relationele coördinatie komt voort uit "elkaar versterkende processen van interactie tussen communicatie en relaties die wordt

uitgevoerd voor taakintegratie" (Gittell, 2002, blz. 301) en is geassocieerd met de kwaliteit van de communicatie en de relaties tussen zorgprofessionals (Gittell, 2006).

Hartgerink en collega's (2014) vonden bijvoorbeeld dat multidisciplinaire team overleggen en het aanwezig zijn van een teamklimaat, de sociale interactie bevordert en de relationele coördinatie vergemakkelijkt.

Jody Hoffer beschrijft in zijn editorial in 2012 dat het verbeteren van gezondheidszorg kan worden bewerkstelligd door middel van het aangaan van relaties. De titel van zijn editorial is: "Interprofessionele samenwerking (Interprofessional Collaborative Practice (IPCP)) en relationele coördinatie (Relational Coördination (RC)): het verbeteren van gezondheidszorg door middel van relaties". In het WHO-actiekader (WHO, 2010) staat beschreven; "interprofessionele samenwerking vindt plaats als meerdere zorgprofessionals met verschillende professionele achtergronden samenwerken met patiënten, families, verzorgers en gemeenschappen om de hoogste kwaliteit van zorg te leveren. Het staat toe zorgprofessionals te betrekken wiens vaardigheden de lokale gezondheidsdoelen kunnen helpen bereiken "(blz. 7). Dit past binnen de situatie die geldt binnen de Nederlandse instellingen.

Het is interessant om na te gaan of de hierboven genoemde bevindingen inderdaad ook naar voren zullen komen uit het onderzoek en om te weten te komen welke elkaar versterkende processen van interactie tussen communicatie en relaties ten grondslag liggen hieraan. Zouden de medisch specialisten ook aangeven dat de gezondheidszorg kan worden verbeterd door middel van het aangaan van relaties? Welke factoren zijn dan juist van belang bij het aangaan van die relaties?

In 2000 is er een proefschrift verschenen uit Nederland. Een min of meer vergelijkbaar onderzoek (Schols, 2000), maar dan binnen een extramurale setting waarin bevorderende factoren werden beschreven binnen de samenwerking tussen verpleeghuisarts en huisarts. Op zich is dit een interessant proefschrift aangezien er gekeken is naar bevorderende factoren bij de samenwerking tussen de verpleeghuisarts en de huisarts. Ook hier is er sprake van een niet een op een vergelijkbare situatie, maar de onderzoeker kan dit wel gebruiken om na te gaan wat de medisch specialisten in de huidige situatie als bevorderende factoren zien. Schols benoemde in zijn proefschrift uit 2000 met als titel; "De samenwerking verpleeghuisarts en huisarts nader onderzocht" (blz. 1), een aantal factoren die bevorderend kunnen werken. Enkele factoren die in dit verband bevorderend kunnen werken, zijn: het belang dat zowel huisarts als verpleeghuisarts hechten aan een goede onderlinge samenwerking; een bij huisartsen aanwezige opvatting dat het verpleeghuis in het algemeen en de verpleeghuisarts in het bijzonder inhoudelijk iets toe te voegen hebben aan de zorg; voldoende kennis bij huisartsen over de mogelijkheden van de verpleeghuisarts en andersom, het feit dat beiden de tijd die samenwerking kost niet teveel als knelpunt zien en een goede telefonische bereikbaarheid van de huisarts.

Omdat dit onderzoek zich richt op de ervaringen van de medisch specialisten ten aanzien van de herverdeling van de medische zorg aan de diverse patiëntengroepen wonende in instellingen, is het van belang de inzichten hieruit te destilleren. De Nederlandse situatie is uniek. De onderzoeker heeft gekeken naar de onderwerpen die logischerwijs terug moeten komen in het interview. Tot dusver is naar voren gekomen dat kwaliteit van zorg meegenomen moet worden. In het verlengde hiervan en als resultaat van de conclusies uit eerder genoemde studies zal er ook aandacht moeten zijn voor de interprofessionele samenwerking. De hierboven genoemde theorie wordt meegenomen bij het vormgeven van dit onderzoek (zie hoofdstuk 3).

## 2.5 Interprofessionele samenwerking en klinische microsystemen

Om interprofessionele samenwerking tot stand te laten komen is veel meer nodig dan professionals alleen. Vooral als het gaat om complexe problematiek, dan is juist het organiseren van de zorg rondom de patiënt van belang. Over nieuwe manieren van de zorg rondom patiënten te organiseren is al het een en ander geschreven. De organisatie van de zorg wordt steeds meer horizontaal georganiseerd. Christensen et al. (2009) spreekt over horizontale klant-, proces- en netwerkgeoriënteerde organisatieloga. Deze benadering van het organiseren van zorg streeft ernaar veel effectievere verbanden te leggen tussen zorgprofessionals. Hierdoor moet men de gezondheidszorg als meer samenhangend gaan zien, zoals een netwerk. Er is hier sprake van geïntegreerde zorg.

Daarnaast streeft men ook naar duurzaamheid binnen deze geïntegreerde zorg. Volgens Folke et al. (2002) wordt een duurzaam systeem aangeduid door adaptieve capaciteiten. “Adaptieve capaciteit is het vermogen van een sociaalecologisch systeem om met nieuwe situaties om te gaan zonder opties voor de toekomst te verliezen, en veerkracht is de sleutel tot het verbeteren van adaptieve capaciteit”(Folke et al., 2002). Een duurzaam gezondheidszorg systeem wordt dus als adaptief beschouwd als het in steeds veranderende situaties in staat is de verwachtingen van zijn patiënten te vervullen, terwijl het tegelijkertijd een positief effect heeft op de verschillende belanghebbenden en middelen die door hun activiteiten worden beïnvloed.

Kijkende naar het netwerk spreekt men ook over het teamconcept. Maar in het onderzoek van Lifvergren et al. (2012) is het teamconcept niet voldoende en heeft men een meeromvattend concept bekeken, waarbij men zich richt op een bredere kijk dan alleen het team zelf. Lifvergren et al. (2012) bespreekt in zijn onderzoek de ontwikkelingsreis naar een duurzaam gezondheidssysteem en neemt hierbij het concept van een klinisch microsysteem. Dit concept is eerder door Mohr en Donaldson (2000; zie ook Batalden et al., 2002) voorgesteld. Geïnspireerd door Quinn, Batalden et al. (2002) en Mohr en Donaldson (2000) stellen ze de volgende definitie voor van een klinisch microsysteem in een gezondheidszorgcontext: “Een klinisch microsysteem is een kleine groep mensen die op gezette tijden samenwerken om zorg te verlenen aan afzonderlijke subpopulaties van patiënten. Het heeft klinische en zakelijke doelen, gekoppelde processen en een gedeelde informatieomgeving, en het levert prestatie-uitkomsten op. Microsystemen evolueren in de loop van de tijd en zijn vaak ingebed in grotere organisaties. Het zijn complexe adaptieve systemen en als zodanig moeten ze het primaire werk doen dat samenhangt met kerndoelen, ze moeten voldoen aan de behoeften van interne medewerkers en zichzelf in de loop van de tijd handhaven als klinische eenheid”. Wat maken deze klinische microsystemen dan succesvol? Succesvolle microsystemen delen een cultuur van respect, gemeenschappelijke waarden en stellen de patiënt centraal. De familie kan eveneens worden beschouwd als delen van het klinische microsysteem (Batalden et al, 2003).

Mohr en Donaldson (2000) hebben algemene kenmerken van microsystemen geïdentificeerd. Waaronder wederzijds professioneel vertrouwen, het toegang hebben tot geïntegreerde informatie over hun activiteiten en het werken aan duurzame doelstellingen. Er is ook sprake van een continu wil tot verbeteren. En los van deze algemene kenmerken geeft men ook aan dat deze geïntegreerde zorg niet alleen als team alleen moet worden begrepen, maar ook gezien moet worden in relatie tot de patiënten en alle andere actoren in het bredere gezondheidszorgsysteem waarin het team is ingebed. Lifvergren et al. (2009) beweert dat een klinisch microsysteem met adaptieve capaciteiten de sluitsteen kan vormen van een breder systeem van duurzame gezondheidszorg. Lifvergren et al. (2012) concludeert in zijn onderzoek dat de resultaten van het teamwerk in het microsysteem de zorg voor de patiënten dramatisch heeft verbeterd, waardoor de kwaliteit van leven aanzienlijk is verbeterd.



Bovengenoemde onderzoeken zijn veelbelovend. Het gaat bij het leveren van medische zorg niet alleen om de arts, maar men moet er systemisch naar kijken. Het moet anders worden georganiseerd, zoals de netwerkzorg in Zweden zijn het de lerende microsystemen die het verschil maken. Zij zijn adaptief, waardoor ze duurzaam zijn en hoogwaardige kwaliteit leveren. Het is interessant om te ondervinden of bovengenoemde kenmerken en concepten ook naar voren zullen komen uit dit onderzoek. Het systeem met de lerende microsystemen al hun kenmerken als geheel is uiterst interessant. Het is de vraag of de medisch specialisten ook bewust of onbewust op deze manier de medische zorg ervaren.

## 2.6 Narratieve lens

We zijn geneigd om in te zoomen in wat er verkeerd gaat. Binnen de geneeskunde is dat over het algemeen de manier van werken. Men leert van incidenten. De onderzoeker is geïnteresseerd in kwaliteit en interprofessionele samenwerking en stelt het belang van practice-based evidence voorop. Dit omdat er nog weinig theorievorming is. Vanuit de praktijk kijken geeft tegenwicht aan beleid en wet- en regelgeving, die vaak tot stand komt zonder goed naar de praktijk te hebben gekeken en/of zonder dat de professionals en de patiënten daarbij betrokken worden. Er zijn verschillende manieren waarop je als onderzoeker kan kijken naar gegevens. Een manier van kijken naar gegevens is de door een narratieve lens.

Met een narratieve lens is het mogelijk om een beeld van de gedachten en gevoelens van respondent te krijgen ten aanzien van de medische zorg in het algemeen, van wat zij belangrijk vinden. Bij narratieve analyse gaat het om diverse soorten teksten (verhalen), die een gemeenschappelijke vorm hebben. De verhalen die de respondenten vertellen geven de werkelijkheid weer zoals de vertellers hem waarnemen (Baarda et al., 2013, blz. 56). Deze wijze leent zich om inductief concepten te verkrijgen van de gegevens.

Riessman (2005) geeft aan dat verhalen nuttig zijn bij het doen van onderzoek, omdat de vertellers van de verhalen niet het verleden reproduceren zoals het is gegaan, maar de vertellers interpreteren juist het verleden. Het zijn subjectieve gegevens. De verbeeldingskracht en strategische interesses beïnvloeden de respondenten om voor bepaalde gebeurtenissen te kiezen en deze te verbinden en ze vervolgens betekenisvol te maken voor anderen. Riessman (2008) beschrijft als definitie van een verhaal: “Een verhaal is een reeks gebeurtenissen die door de verteller geordend zijn tot een samenhangend geheel met een begin, midden en einde. De verteller kiest gebeurtenissen, ordent ze en beschrijft ze op een zodanige manier dat informatie verstrekt wordt. Wat er verteld wordt, is dat wat de verteller belangrijk acht voor het (luisterend) publiek, wat nodig is om de boodschap over te brengen. De verteller gaat selectief te werk en zodoende worden verhalen geconstrueerd”.

Riessman (2005) beschrijft verschillende manieren om persoonlijke ervaringsverhalen systematisch te bestuderen. Ze geeft aan dat in de praktijk verschillende benaderingen kunnen worden gecombineerd. De grenzen zijn wazig. Definities van narratieve analyse leiden tot verschillende analysemethoden, maar ze vereisen allemaal dat teksten worden geconstrueerd voor verdere analyse, dat wil zeggen, teksten worden geselecteerd en georganiseerd, waarbij gedeelten van interviewtranscripten gebruikt worden voor nadere inspectie. Narratieve analyses vereisen interpretatie wanneer ze worden gebruikt als gegevens in sociaal onderzoek

## 2.7 Waarderende lens

Verhalen op zich zijn interessant, maar ook verhalen kunnen verschillend worden ingestoken. Het is mogelijk om tevens door een andere lens te kijken als de kwaliteit van zorg bevorderd

moet worden. Er kan naar de gegevens gekeken worden door een waarderende lens. Op deze wijze kun je de gegevens benaderen volgens een waarderende benadering, in Engels “appreciative inquiry” (Cooperrider et al., 2003). Hierbij kan de onderzoeker leren van wat goed gaat. Dit past binnen het terrein van de positieve psychologie. Positieve psychologie is een stroming binnen de psychologie. Binnen de positieve psychologie gaat het over drie onderwerpen (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000); het gaat over positieve ervaringen en eigenschappen die mensen kunnen hebben en over positieve manieren waarop instellingen een positief verschil kunnen maken binnen de maatschappij.

De onderzoeker zal hier op moeten sturen. Binnen de geneeskunde ligt de nadruk vooral op het leren uit incidenten. De algemeen geldende cultuur binnen de gezondheidszorg die er heerst is gebaseerd op het feit dat er geen fouten gemaakt mogen worden. Dit heeft te maken met het sterke verantwoordelijkheidsgevoel van de zorgprofessionals. De fouten die zorgprofessionals maken kunnen grote gevolgen hebben voor individuele patiënten en de gezondheid van deze patiënten. De waarderende benadering, die als hefboom voor verandering kan dienen, is dus een uitdaging binnen de geneeskunde.

“Het doel van de positieve psychologie is om een verandering te bewerkstelligen in het aandachtsgebied van de psychologie: van een psychologie die eenzijdig gericht is op het herstellen van tekortkomingen, naar een psychologie die zich tevens richt op het versterken van positieve kwaliteiten.” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De waarderende benadering is een mooie manier voor professionele ontwikkeling binnen de samenwerking tussen de artsen die werkzaam zijn in instellingen. De kern van deze benadering is dus dat niet als uitgangspunt de problemen, gebreken en tekortkomingen worden genomen, maar dat juist de successen, persoonlijke kwaliteiten en sterke kanten van mensen het vertrekpunt vormen voor verandering. Waarderend onderzoek gaat op zoek naar de condities waarbinnen deze successen konden ontstaan en vervolgens hoe deze condities vergroot, versterkt en verspreid kunnen worden, zodat de successen vaker kunnen voorkomen.

Kortom, de onderzoeker kan gebruik maken van deze lens om het positieve binnen de gegevens (verhalen) naar voren te halen. De ervaringen kunnen van belang zijn bij het bevorderen en verbeteren van de medische zorg.

Zowel de narratieve- als de waarderende lens kunnen beide een verrijking geven aan wat er precies gebeurt in de praktijk.

Volgens Huber et al. (2016) zien patiënten zelf hun gezondheid breed, veel breder dan artsen en beleidsmakers. Deze brede interpretatie wordt “positieve gezondheid” genoemd. Wil men de brede invulling van het begrip “gezondheid” serieus nemen, dan zal de patiënt centraal gesteld moeten worden. De opvatting moet worden onderscheiden van de opvatting dat gezondheid “afwezigheid van ziekte” is, daarom wordt voor de brede invulling de term “positieve gezondheid” gebruikt.

Samengevat waren volgens Huber et al. (2013) de antwoorden op de vraag naar de positieve aspecten: “De mens staat centraal, niet de ziekte. De mens wordt in zijn kracht aangesproken. Naast de ziekte is er ook nog een heel stuk gezondheid mogelijk. Het nieuwe concept benadrukt het ‘potentieel’, niet wat er niet meer gaat.”

Er zijn dus wel voorbeelden binnen de zorg waar er oog is voor een positieve benadering.

## 2.8 Samengevat: belangrijke thema's

De thesis is erop gericht om antwoorden te krijgen op vragen door middel van kwalitatief onderzoek en te komen tot aanbevelingen die relevant zijn voor de praktijk. Over deze specifieke

situatie zijn er geen tot weinig wetenschappelijke bronnen te vinden. De onderzoeker heeft in het kader van de opzet van het onderzoek de kennis en informatie opgehaald bij collegae huisartsen in een kleinschalig informeel veldonderzoek (zie hoofdstuk 3).

Er kunnen tot zover belangrijke thema's worden gedestilleerd uit zowel het veldonderzoek als het literatuuronderzoek. Naast de vraag over kwaliteit van medische zorg zijn bevorderende factoren als het gaat om onderlinge samenwerking interessant. De collegae huisartsen brachten hun zorg over de kennis en kunde van de medisch specialisten en de invloed op de werkbelasting naar voren. Allen zijn interessante thema's die meegenomen kunnen worden.

Samengevat, de thema's die aan bod zouden moeten komen zijn:

De kwaliteit van zorg geleverd door een zorgverlener. Uit eerder onderzoek blijkt dat voldoende en goed opgeleide medewerkers belangrijk zijn voor goede kwaliteit van zorg. Op grond van de Wkkgz dient een zorgaanbieder goede zorg te leveren.

De onderlinge samenwerking tussen de huisarts en de medisch specialist. Wat zijn de ervaringen van de medisch specialisten ten aanzien van de onderlinge samenwerking. Hierbij speelt relationele coördinatie en de aanwezigheid van klinische microsystemen een rol.

De kennis en kunde. Ten aanzien van de bevoegdheid is elke arts bevoegd, maar wat zijn de ervaringen van de medisch specialisten met betrekking tot de kennis en kunde van de huisartsen en het medisch specialisme zelf ten aanzien van de geleverde zorg? Wie is daar (het meest) bekwaam in?

De werkbelasting van de medisch specialist in het kader van de schaarste op de markt. Door het te kort aan medisch specialisten (psychiaters, SO en AVG) en de toename van de zorgvraag is het voor de medisch specialist van belang zich te beperken tot werkzaamheden waarvoor hij of zij de juiste competenties bezit. Daarbij de focus op het functionele specialisme dat hij of zij bekleedt.

Voor meer informatie ten aanzien van het veldonderzoek onder collegae huisartsen verwijs ik graag naar hoofdstuk 3.

## 3. Methodologie

In dit hoofdstuk wordt uitgelegd hoe het onderzoek is verlopen en hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. In paragraaf 3.1 wordt beschreven waarom voor kwalitatief onderzoek is gekozen. In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de dataverzameling. Vervolgens wordt in paragraaf 3.3 beschreven hoe de selectie van respondenten heeft plaats gevonden. In paragraaf 3.4 wordt duidelijk hoe de interviews tot stand zijn gekomen en hoe ze zijn uitgevoerd. Paragraaf 3.5 beschrijft op welke wijze de data is geanalyseerd en in paragraaf 3.6 wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

### 3.1 Soort onderzoek

Om inzichten te verkrijgen in de ervaringen van de verschillende medisch specialisten ten aanzien van de herverdeling van de medische zorg aan de diverse patiëntengroepen wonende in instellingen is er gekozen om kwalitatief onderzoek te doen. De reden hiervoor ligt in het feit dat kwalitatief onderzoek het meest geschikt is om te verkennen. Medisch specialisten werkende in instellingen hebben verschillende meningen en ervaringen. De ene arts is niet de andere arts en dus kan er niet simpelweg vanuit gegaan worden dat de “gemiddelde” medisch specialist dezelfde visie en werkelijkheid heeft als bv. de huisarts. Om erachter te komen welke ervaringen de medisch specialisten hebben en hoe ze deze beleven is het noodzakelijk op zoek te gaan naar deze informatie. De meest geschikte manier hiervoor is het houden van persoonlijke gesprekken. Vandaar dat er gekozen is voor face-to-face interviews. Daarbinnen is gebruik gemaakt van zoveel mogelijke open vragen. Op deze wijze wil de onderzoeker voorkomen dat voorkennis de respondent te veel beïnvloedt. De open vragen zijn gebaseerd op de belangrijkste thema's die uit veldonderzoek, en deels overlappend, uit het literatuuronderzoek naar voren zijn gekomen. Middels deze vragen wil de onderzoeker te weten komen wat de ervaringen zijn van de diverse medisch specialisten met betrekking tot deze thema's. De gesprekken hebben een zoveel mogelijke informeel karakter aangezien de status tussen de respondent en de onderzoeker gelijkwaardig is.

Er is gekeken naar de thema's die voor de patiëntenzorg over het algemeen van belang zijn, zoals de kwaliteit van zorg. Vervolgens is gekeken naar wat de herverdeling van de medische zorg voor invloed heeft op deze kwaliteit naar de mening van de respondenten en wordt er aandacht besteed aan wat de medisch specialisten bevorderende factoren vinden, die van belang zijn voor de samenwerking tussen hen en de huisartsen. Hierbij zal sprake zijn van een inductieve benadering, dat wil zeggen dat de onderzoeker geïnteresseerd is in nieuwe thema's. De situatie in Nederland binnen dit onderzoek is een unieke situatie zoals blijkt uit de theorie (zie hoofdstuk 2). Binnen het onderzoek is ook gekozen voor een narratieve. Hierbij is bewust gebruik gemaakt van de verhalen die de respondenten zelf vertellen. Volgens de narratieve benadering representeren juist deze verhalen de realiteit van de vertellers, zoals deze de wereld beleven en zien (Baarda et al., 2013, blz. 56). Door middel van deze narratieve benadering is het mogelijk om inductief te zijn. De onderzoeker wil een open en onbevooroordeelde blik combineren met een aantal beginnende thema's en maakt dit mogelijk door een thematische analyse, waardoor de bias van de onderzoeker wellicht verdwijnt (zie paragraaf 3.5).

### 3.2 Dataverzameling

Allereerst is er dus gekeken naar wat de meest relevante thema's zijn als het gaat om de ervaringen van de medisch specialisten binnen de herverdeling van de medische zorg. Dit is gedaan middels een kleinschalig informeel veldonderzoek onder enkele huisartsen en deels door

middel van literatuuronderzoek. Er is nagegaan wat er al bekend is over dit onderwerp en welke thema's van belang zijn om mee te nemen in het onderzoek. Hierbij is de patiënt en de medische zorg aan deze patiënt centraal gesteld.

### Opgestelde vragen interview

De vragen van de interviews zijn vooral opgesteld aan de hand van de kennis uit het kleinschalige informele veldonderzoek en deels overlappend uit het literatuuronderzoek. Binnen dit veldonderzoek heeft de onderzoeker met zijn ruime ervaring als huisarts werkende in instellingen, zijn ervaringskennis gebruikt. Uit het veldonderzoek kwam naar voren dat het belangrijk is om te weten of de medisch specialist de medische zorg van voldoende kwaliteit acht, die geleverd wordt door huisartsen werkzaam binnen instellingen. Tevens is het interessant om te weten wat medisch specialisten verstaan onder kwaliteit van medische zorg en uitermate nuttig te weten wat de ervaringen van de medische specialisten zijn, die samenwerken met de huisartsen in instellingen. Levert het de zorg op die gewenst is en wat is er nodig om de medische zorg te bevorderen? Juist door middel van het verzamelen en analyseren van ervaringsverhalen wil de onderzoeker nagaan wat er speelt. Mogelijk komt hieruit naar voren dat verbetering van de medische zorg te maken heeft met het aangaan van relaties zoals in paragraaf 2.4. werd besproken. Het is interessant te onderzoeken wat men nodig acht voor onderlinge samenwerking tussen huisarts en medisch specialist. Hierbij heeft de onderzoeker het onderzoek van Schols (2000) verwerkt en ook benoemt tijdens de interviews (zie bijlage C).

Uit het kleinschalig informele veldonderzoek onder collegae huisartsen kwam de zorg naar voren over kennis en kunde van de huisarts en de werkbelasting van de medisch specialist. Dankzij deze zorg wordt dus ook nagegaan wat de medisch specialist aangeeft over wat deze samenwerking op de werkbelasting van de medisch specialist voor invloed heeft. En er wordt gevraagd naar de inschatting van de kennis en kunde van de huisartsen. Zowel uit het veldonderzoek, als uit de literatuur, werd duidelijk dat het ook interessant is te vragen naar het overzicht van de respondent op het totale systeem in Nederland. Zijn er wenselijke organisatorische veranderingen die de medische zorg kunnen verbeteren.

Het interview is zodanig opgebouwd dat de respondent eerst wat op zijn gemak wordt gesteld doordat hij of zij wat over zichzelf kan vertellen. Daarna wordt naar het meest relevante thema gevraagd; wat houdt kwaliteit van medische zorg voor de respondent in. Een open vraag, om te exploreren wat de respondent zich hierbij voorstelt.

Vervolgens wordt verzocht om situaties te beschrijven vanuit de praktijk waarbij er sprake was van een bijzondere ervaring (een situatie waar we van kunnen leren in positieve zin en een situatie waarvan we kunnen leren in negatieve zin) ten aanzien van de samenwerking tussen de respondent en de huisarts(en) in de ANW spoedzorg en/of zorg overdag. Deze vraag is gericht op het verkrijgen van een beeld van gedachten en gevoelens van de respondent ten aanzien van de medische zorg, tenslotte geven de verhalen die de respondenten vertellen de werkelijkheid weer zoals de vertellers hem waarnemen (Baarda et al., 2013, blz. 56).

### 3.3 De selectie van respondenten

De respondenten bestonden uit specialisten oudergeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapt en psychiaters. Er is gekozen voor deze drie medisch specialisten, omdat alleen hier sprake is van de nieuwe werkwijze, waarbij er binnen dit onderzoek gesproken kan worden van herverdeling van medische zorg. Bij de keuze voor de respondenten is breed gekeken. Niet alleen naar een evenredig aantal van de verschillende medisch specialismen werkzaam binnen dezelfde soort instellingen, maar ook naar respondenten werkzaam in verschillende instellingen door heel Nederland heen. De selectie van deze artsen vond plaats door na te gaan welke

medisch specialisten werkzaam zijn in instellingen waar er sprake is van samenwerking met huisartsen. In eerste instantie via het netwerk van de onderzoeker zelf, maar daarnaast via het netwerk van collega's en het netwerk van respondenten. Het feit dat het om 3 verschillende medisch specialisten gaat is niet relevant binnen dit onderzoek, omdat de onderzoeker geïnteresseerd is in de gevolgen van het feit dat de huisarts, naast deze medisch specialisten, werkzaam is binnen de instellingen. De meeste interviews waren zeer boeiend en leverde veel bruikbare informatie op.

In totaal hebben er achttien interviews plaatsgevonden. De achttien respondenten waren evenredig verdeeld onder de drie verschillende specialismen. Van elk specialisme zijn er precies zes geïnterviewd, zodat de invloed op de resultaten gelijkwaardig is. De bereidwilligheid was uitermate hoog. Bijna alle medisch specialisten, die werden benaderd, wilden meewerken. Op een na, maar deze was van mening dat ze geen nuttige bijdrage kon leveren aan dit onderzoek. Er is rekening gehouden dat er maximaal een andere collega uit dezelfde instelling kan deelnemen aan het onderzoek, zodat de resultaten niet te veel beïnvloed worden door een en dezelfde instelling. Hierdoor is voorkomen dat er te veel directe collega's (artsen binnen dezelfde instelling) zijn geïnccludeerd in het onderzoek.

### Beschrijving van de achtergronden van de respondenten

Om een beeld te krijgen van de achtergrond van de respondenten beschrijft de onderzoeker enkele gegevens. De 18 respondenten waren evenredig verdeeld onder de 3 verschillende specialismen. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar, waarbij de gemiddelde leeftijd van de groep AVG uitkomt op 43 jaar, de groep psychiaters op 48 jaar en de SO's waren gemiddeld het oudste, namelijk 50 jaar. Hieruit en uit de gegevens van de interviews is te concluderen dat gemiddeld genomen het aantal ervaringsjaren aanzienlijk is.

Een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) houdt zich bezig met "geneeskunde voor mensen met een verstandelijke handicap". Dit medisch specialisme wordt sinds 2000 erkend als medisch specialisme. Een specialist ouderengeneeskunde heette vroeger een verpleeghuisarts. Een SO is een arts in de geriatrie die zich gespecialiseerd heeft in de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Van oorsprong was de verpleeghuisarts werkzaam in verpleeghuizen, maar steeds vaker ook daarbuiten, omdat er door de dubbele vergrijzing steeds meer ouderen langer thuis wonen. Het medisch specialisme SO wordt in Nederland sinds 1990 erkend. Een psychiater wordt al veel langer erkend en is een arts die zich in de psychiatrie heeft gespecialiseerd.

Allen zijn werkzaam in instellingen waar ze er eerst als arts alleen voor stonden. Inmiddels hebben ze allen ervaring met de komst van de huisarts, die eveneens in de instelling werkzaam is. Dit vindt zowel overdag als tijdens de ANW plaats.

### 3.4 De interviews

De interviews bestonden uit een standaard introductie gevolgd door acht vragen. De interviews waren semigestructureerd, zodat indien gewenst doorgevraagd kon worden om meer informatie te verkrijgen. Hierdoor was het goed mogelijk na te gaan of de respondent de vraag goed begreep en om verdieping van het antwoord op de vraag te stimuleren. Om het ijs wat te breken ging aan elk interview een standaard introductie vooraf gevolgd door een openingsvraag waarbij gevraagd werd naar de achtergrond van de respondent. Vervolgens werd gestart met een brede, open vraag. Voordat de huidige opzet van het interview daadwerkelijk werd uitgevoerd bij de respondenten heeft de onderzoeker een tweetal proefinterviews (Baarde et al., 2013, blz. 164) gehouden, zodat het interview nog wat kon worden bijgesteld in verband met de tijdsduur van

het interview. De respondenten werden vooraf verteld dat het interview ongeveer 45 minuten, maar maximaal een uur zou duren. Het kortste interview duurde krap 30 minuten en het langste ruim 55 minuten. Gemiddeld duurde de 18 interviews 41 minuten.

Vooraf werd toestemming gevraagd om het gesprek op te nemen. Niemand had hiertegen bezwaar. Daarbij werd nogmaals kenbaar gemaakt dat de interviewgegevens anoniem zullen worden verwerkt, maar dat er wel quotes gebruikt kunnen worden. Ook dit was niet bezwaarlijk bij alle respondenten.

Om de medewerking van de respondenten te verkrijgen hebben alle respondenten eerst een introductiebrief en achtergrondinformatie ontvangen per email. De introductiebrief is opgenomen in Bijlage A en de achtergrondinformatie in Bijlage B. In de introductiebrief wordt uitgelegd wie de onderzoeker is, wat de onderzoeker onderzoekt, waarom de onderzoeker wil onderzoeken en waarom deelname van de respondent gewenst is. De email werd afgesloten met de mededeling dat de onderzoeker binnenkort telefonisch contact zal opnemen voor het maken van een afspraak.

Binnen twee weken na verzending van de email heeft de onderzoeker elke respondent opgebeld om na te gaan of de respondent mee wil werken aan het onderzoek, vervolgens werd indien gewenst een afspraak ingepland. De afspraken vonden bij veertien respondenten plaats op de instelling waar de respondent werkzaam is. De andere vier vonden elders plaats. De interviews vonden plaats in een afgesloten ruimte waar de interviews ongestoord konden plaatsvinden.

Alle interviews zijn opgenomen door middel van audio-opnames via de mobiele telefoon, waarbij gebruik werd gemaakt van de dictafon-app. Alle opnames zijn letterlijk uitgewerkt op basis van instructies van de onderzoeker. De uitwerking heeft ongeveer zeven tot negen uur per interview gekost. De onderzoeker heeft de inhoud vergeleken met de transcripten en waar nodig aanpassingen gedaan. De noodzakelijke aanpassingen behelsden vooral medische terminologie. De transcripten zijn gecodeerd. Dit om de anonimiteit van de respondenten te garanderen. De transcripten zijn als volgt gecodeerd; A1 t/m A6, S1 t/m S6 en P1 t/m P6. Hierbij verwijst de letter "A" naar een AVG, de letter "S" naar een SO en de letter "P" naar een psychiater. De geluidsopnames zijn op te vragen bij de onderzoeker evenals de transcripties. In bijlage F heeft de onderzoeker een voorbeeld van een transcript opgenomen.

Bijna alle medisch specialisten, die werden benaderd, wilden meewerken. Veertien respondenten organiseerden voor het interview een geschikte ruimte en voldoende tijd in de instelling waar men werkzaam is. De anderen waren bereid om naar de onderzoeker toe te komen.

De onderzoeker heeft ervoor gekozen alle achttien interviews te coderen. Een gelijkwaardig beginpunt tijdens het coderen gaf hierbij de doorslag. Allereerst heeft de onderzoeker de verhalen gedetecteerd. Kijkende naar de verhalen was er een groot verschil in hoe frequent de verschillende respondenten over gingen op het vertellen van een verhaal binnen het interview. De vraag naar de bijzondere situatie is er op gericht om in ieder geval 2 verhalen per respondent los te krijgen. Dit lukte bij op een na elk interview. Het maximale aantal verhalen dat verteld werd in een interview was zeven. Gemiddeld vertelden de respondenten 3,1 verhaal per interview.

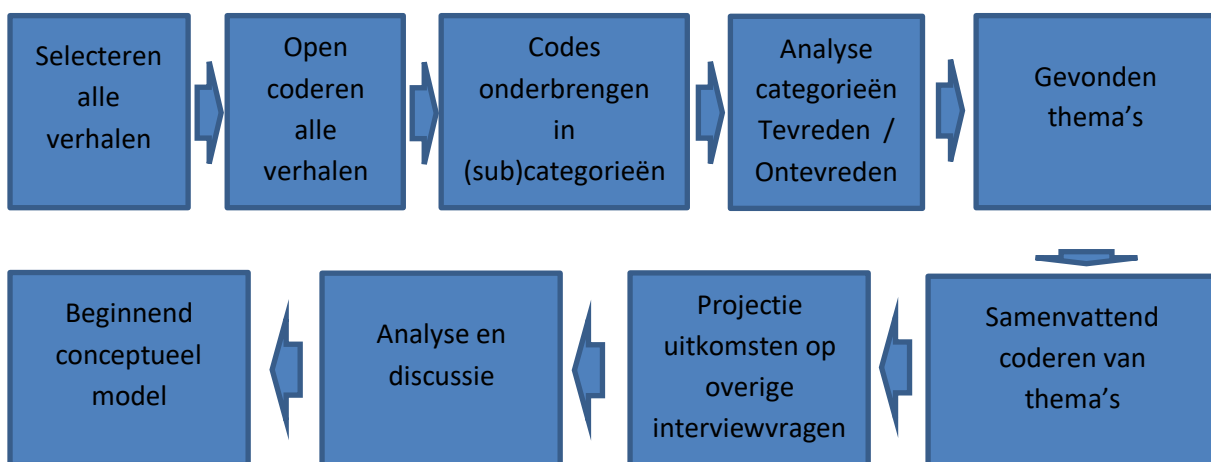
### 3.5 Data-analyse

Om kwalitatieve nauwkeurigheid aan te brengen aan de analyse van het onderzoek zijn er systemische benaderingen beschreven. Gioia et al. (2012) beschrijven een systemische benadering van de gefundeerde theoriebenadering ("grounded theory", ontwikkeld door Glaser and Strauss in 1967). Uitgangspunt bij deze benadering is een open houding van de onderzoeker. De systemische benadering is ontworpen om kwalitatieve nauwkeurigheid aan te brengen aan de

analyse van het onderzoek. Op deze wijze is de onderzoeker in staat om theorie te bouwen. Dit bouwen van een theorie wordt de inductieve benadering genoemd. Het onderzoek is niet volledig inductief, omdat de onderzoeker wel uit moest gaan van een aantal thema's. De onderzoeker heeft, binnen deze gekozen thema's, op de resultaten van de interviews verder een inductieve werkwijze toegepast.

Tijdens de periode van interviewen werd steeds duidelijker dat juist de verhalen binnen de interviews de meeste rijkdom bevatten. Hierdoor is de onderzoeker ook meer gefocust geworden op de verhalen en op de verdieping van deze verhalen. Nadat alle interviews getranscribeerd waren werden eerst alle verhalen geselecteerd. Van belang is het om de verhalen te identificeren. Riessman (2005) beschrijft wat zulke teksten verhalend maakt. Dat is de volgorde en gevolg: gebeurtenissen worden geselecteerd, georganiseerd, verbonden en als zinvol beoordeeld voor het onderzoek. Binnen een verhaal wordt gebruik gemaakt van narratieve elementen, ook wel de kenmerken van een verhaal genoemd. Een verhaal heeft een duidelijk begin en een eind. Het verhaal gaat over een hoofdpersonage, dit kan de respondent zelf zijn, maar dat hoeft niet. Binnen het verhaal zijn er mogelijke tegenstanders en medestanders en is er sprake van een conflict of worsteling met bijbehorende emoties. In het verhaal zit meestal een wending die een verandering teweeg brengt en de gebeurtenissen staan met elkaar in verband. Kortom, het belang van de ervaringsverhalen zou op deze wijze naar voren gehaald kunnen worden. Zie gele arceringen in bijlage F. In totaal konden er 56 verhalen worden geselecteerd. Deze verhalen werden volgens een kwalitatieve benadering (narratieve analyse) geanalyseerd. Deze analyse leidde tot vele codes en categorieën, die vervolgens leidden tot bekende en nieuwe thema's. Uitgangspunt bij de narratieve analyse is de gedachte dat opvattingen, beelden, en boodschappen van respondenten tot uiting komen in verhalen die zij vertellen (Baarda et al., 2013, blz. 211). Steeds heeft de onderzoeker hierbij de onderzoeksvragen voor ogen gehouden.

De analyse heeft zo "open" als mogelijk plaatsgevonden met als gevolg dat de eerste analyse zo blanco mogelijk is uitgevoerd. Tijdens de eerste fase van coderen heeft de onderzoeker ervoor gekozen om de verhalen binnen de transcripties volledig te coderen omdat de onderzoeker zich ervan bewust was dat hij anders te snel zou gaan interpreteren. Ter voorkoming van het te snel tot conclusies komen is deze stap gezet, waarbij continu werd gereflecteerd op de oorspronkelijke tekst en audio-opnames. De onderzoeker heeft de verhalen als uitgangspunt genomen. In een latere fase zijn de uitkomsten daarvan tegen het licht gehouden van de uitkomsten van het overige gecodeerde onderzoeksmateriaal dat uit de interviewvragen voortkwam (zie figuur 1).



**Figuur 1:** Stroomschema data-analyse



Bij de narratieve analyse is de onderzoeker gaan kijken naar welke thema's naar voren komen. Deze concepten ("sensitizing concepts" (Baarda et al., 2013, blz. 212)) of thema's zijn deels op basis van voorkennis en deels op basis van de eerste analyse tot stand gekomen. Verderop in de analyse worden deze thema's verder uitgewerkt. Binnen dit onderzoek is er bij aanvang een basis-conceptueel model opgesteld. De onderzoeker wist niet precies waarnaar hij op zoek was, maar kon de opgestelde thema's wel onderbrengen in een basis-conceptueel model. Binnen dit model werd aangegeven dat de thema's "onderlinge samenwerking", "kwaliteit van medische zorg", "werkbelasting" en "kennis en kunde" invloed zouden kunnen hebben op het bevorderen van de medische zorg ten gevolge van de herverdeling van deze medische zorg. Vandaar dat deze thema's zijn verwerkt in de interviewvragen.

Juist door intensief naar het onderzoeksmateriaal te kijken met daarbij de gestelde onderzoeksvragen voor ogen te houden, is de onderzoeker op zoek gegaan naar de antwoorden op de onderzoeksvragen. Kijkende naar de verhalen is er gekozen voor de waarderende benadering, dus kijkende door een waarderende lens. Hierbij wil de onderzoeker leren van wat goed gaat. Veelal is er binnen de geneeskunde sprake van leren van incidenten, waarbij juist gefocust wordt op wat niet goed gaat. De waarderende benadering vertaalt zich in een focus op wat goed loopt en wat men waardeert, zonder blind te zijn voor wat door veranderen beter zou kunnen.

Kwalitatieve data-analyse is een proces waarbij waarnemen, analyseren en reflecteren elkaar continu afwisselen (Baarda et al., 2013, blz. 208). Het is een arbeidsintensief en zorgvuldig proces. De data-analyse is zoals beschreven in dit onderzoek deels gebaseerd op de gefundeerde theoriebenadering, met als doel om vanuit het verzamelde onderzoeksmateriaal te komen tot een beginnend conceptueel model en om op antwoorden op de onderzoeksvragen te komen.

Na een eerste oppervlakkige analyse van alle transcripten zijn de "rijkste" zes interviews ontleed. "Rijkste" wil zeggen de interviews waarbij de respondent het onderwerp en de antwoorden op de vragen goed kon verwoorden en waarbij het onderwerp uitvoerig is besproken (Baarda et al., 2013, blz. 216). Eerst zijn de verhalen grondig ontleed en vervolgens het overige verzamelde materiaal van deze zes interviews. Het resultaat van de grondige ontleding waren vele korte passages uit de tekst van de transcripties. Aan deze passages zijn codes toegekend. Uiteindelijk zijn de geconcludeerde thema's te controleren op het empirisch materiaal (de interviewopnames). Dit door een transparante stapsgewijze en nauwkeurige analyse (zie bijlagen E en F).

Nadat de "rijkste" interviews waren geselecteerd is het materiaal nogmaals aandachtig gelezen en gecodeerd. Het hulpmiddel voor de kwalitatieve analyse zijn de codes. Codes zijn korte woorden of combinaties van woorden waarmee de onderzoeker aangeeft waar de tekst over gaat (Baarda et al., 2013, blz. 217). Een code legt uiteindelijk het verband tussen de woorden van de respondent en het interpretatiekader van de onderzoeker. In eerste instantie heeft de onderzoeker een brede verkenning toegepast waardoor de kans op het verkrijgen van nieuwe inzichten geoptimaliseerd wordt. Dit wordt "open coderen" genoemd (Baarda et al., 2013, blz. 220). Gezien de voorkennis van de onderzoeker was het juist de uitdaging om niet direct op zoek te gaan naar wat de onderzoeker al wist, maar juist de nieuwe thema's te vinden. Om niet direct in deze fase al informatie te verliezen is er gebruik gemaakt van "in vivo coderen", dat wil zeggen dat de onderzoeker letterlijk de woorden, die in de transcripties voorkomen, gebruikt (Baarda et al., 2013, blz. 224) voor de codes (zie bijlage E en F).

Vervolgens is de onderzoeker "gericht gaan coderen" (Baarda et al., 2013, blz. 224) en zijn de codes ondergebracht, hierbij had de onderzoeker gericht een onderzoeksvraag in gedachte of had de onderzoeker een bepaald thema ontdekt. De codes zijn bij de verschillende categorieën neergezet. In een categorie (Baarda et al., 2013, blz. 231) worden de codes bij elkaar gezet die op de een of andere manier naar dezelfde achterliggende thematiek of onderzoeksvraag verwijzen.

Juist door bepaalde codes samen te voegen in categorieën is de analyse naar een hoger niveau getrokken. Er zijn ook subcategorieën aangemaakt. De subcategorieën verwijzen naar de verschillende onderdelen van een verhaal. Riessman (2005) beschrijft wat zulke teksten verhalend maakt.

Uiteindelijk is de onderzoeker samenvattend gaan coderen om de kern te verwoorden (zie bijlage E en G).

Het resultaat van het lezen en coderen zorgde ervoor dat de onderzoeker in staat was data te selecteren die van belang is om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Hierbij wil de onderzoeker op basis van specifieke data komen tot steeds algemenere theoretische begrippen. Nadat de eerste zes “rijkste” interviews waren geanalyseerd heeft de onderzoeker er voor gekozen om alle achttien interviews op dezelfde wijze te analyseren, omdat bleek dat elk interview relevante informatie bevatte of andere resultaten bekrachtigde. Soms was het net de nuance of een iets andere invalshoek of beschrijving wat dan toch maakte dat de inhoud relevant genoeg was om mee te nemen. Een gelijkwaardig beginpunt tijdens het coderen gaf daarom de doorslag.

Bij het coderen is gebruik gemaakt van het computerprogramma Excel. De matrix kent kolommen en rijen met de codes van de respondenten, de regelnummers, de fragmenten uit de transcripten van de interviews, de toebedeelde codes en de (sub)categorieën (zie bijlage E). Bijlage E toont een overzicht van de indeling van de uiteindelijke categorieën en subcategorieën en tevens een voorbeeld van de wijze waarop de verhalen van een transcript is gecodeerd met daarbij de bijbehorende categorieën en subcategorieën. De volledige coderingen van de andere transcripties zijn op te vragen bij de onderzoeker.

## 3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Binnen kwalitatief onderzoek is de validiteit en betrouwbaarheid anders dan binnen kwantitatief onderzoek. Er is binnen kwalitatief onderzoek geen sprake van getallen, maar van woorden en zinnen. Het is van belang dat de kwaliteit van de verzamelde gegevens zo hoog mogelijk is. Daarvoor worden deze kwaliteitscriteria gebruikt. In de volgende twee paragrafen wordt uiteengezet hoe aan de validiteit en betrouwbaarheid invulling is gegeven.

### 3.6.1 Validiteit

Validiteit is de mate waarin de manier van werken ons in staat stelt om juiste uitspraken te doen over het object van onderzoek (Baarda et al., 2013, blz. 243). De manier van werken is terug te vinden in de wijze van het verzamelen van de gegevens, het analyseren van deze gegevens en de opgestelde conclusies die daaruit voortkomen. De nadruk ligt op de transparantie van het proces dat de onderzoeker heeft gevolgd.

De onderzoeker heeft veldonderzoek gedaan, waar hij informeel gesproken heeft met andere huisartsen over het onderzoek en de onderzoeksdoelstelling. De onderdelen van het interview kwamen, zowel uit het veldonderzoek, als uit het literatuuronderzoek naar voren als zijnde belangrijke onderdelen. Op basis van de resultaten is de vragenlijst opgesteld en is het interview getest dankzij de hulp van een tweetal artsen waarbij proefinterviews zijn afgelegd.

Bij de keuze voor de respondenten is breed gekeken, waardoor wordt voorkomen dat de resultaten te eenzijdig belicht en beperkt zijn. Dit draagt bij aan een betere dekking van de conclusies en dus de kwaliteit van het onderzoek (Baarda et al., 2013, blz. 244 en 245).

Verder zijn/is:

- de interviews opgenomen en bewaard door middel van audio-opnames;
- de interviews op te vragen bij de onderzoeker;
- de interviews volledig en letterlijk getranscribeerd en door derden gecontroleerd om te voorkomen dat de onderzoeker tijdens het transcriberen interpreteert;
- tijdens het open coderen gebruik gemaakt van veelal de letterlijke tekst met daarbij de regelnummers van de geanonimiseerde interviews, zodat de informatie altijd is terug te vinden;
- het open coderen en categoriseren voorgelegd aan een expert, deze begreep en accepteerde de toegepaste methode;
- alle Excel bestanden, met de codes en categorieën, die zijn gebruikt voor de kwalitatieve analyse bewaard en inzichtelijk (opvraagbaar bij de onderzoeker);
- doordat de onderzoeker zowel veldonderzoek, literatuuronderzoek, als interviews heeft toegepast, er sprak van triangulatie in de analyse.

### 3.6.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid is de mate waarin de resultaten onafhankelijk zijn van toeval (Baarda et al., 2013, blz. 243). Ook hierbij ligt de nadruk op de transparantie van het proces dat de onderzoeker heeft gevolgd. De onderzoeker wil hiermee aantonen dat de resultaten op een betrouwbare wijze tot stand zijn gekomen en dat de onderzoeker zo tot geldige conclusies en aanbevelingen is gekomen.

De interviews vonden een op een plaats en worden anoniem verwerkt, waarmee de onderzoeker wil waarborgen dat de respondenten zich veilig voelen en dus geen belemmeringen ondervinden bij het beantwoorden van de vragen.

De onderzoeker is zich bewust van zijn eigen voorkennis. Om te voorkomen dat de onderzoeker de respondent beïnvloedt, heeft de onderzoeker gekozen voor zoveel mogelijk open vragen, zodat de vragen niet sturend zouden zijn. Daarbij heeft de onderzoeker ook bewust de stapjes in het coderen zo klein mogelijk gehouden met letterlijke teksten, die te herleiden zijn tot de oorspronkelijke transcripties. En, heeft de onderzoeker gaandeweg het onderzoek besloten om alle achttien interviews volledig te analyseren om zo geen informatie verloren te laten gaan. De verdere informatie met betrekking tot de analyse door de onderzoeker komt in het volgende hoofdstuk uitgebreid aan bod. Hiermee wil de onderzoeker de betrouwbaarheid zo compleet mogelijk maken.

## 4. Uitkomst van de analyse van de verzamelde data

### 4.1 Beschrijving interview

De bereidwilligheid was uitermate hoog. Tijdens het interview was het enthousiasme om zich te uiten ook te merken. De onderzoeker had het gevoel dat men het prettig vond dat men hun verhaal kwijt kon. De respondenten wekten de indruk het nuttig en belangrijk te vinden. Dit werd bevestigd door het feit dat alle respondenten ook een terugkoppeling wilden van de resultaten van het onderzoek.

### 4.2 Beschrijving en analyse van de verhalen

De verhalen die verteld werden hadden veelal betrekking op de patiëntenzorg, hoe deze geleverd werd en hoe deze geleverd zou moeten worden. Om uit deze verhalen de resultaten te verzamelen heeft de onderzoeker honderden codes opgesteld. Deze codes zijn bij elkaar gezet onder totaal 10 categorieën, waarvan 1 categorie is opgedeeld in zes subcategorieën (zie bijlage E). In elke (sub)categorie (Baarda et al., 2013, blz. 231) zijn de codes bij elkaar gezet die op de een of andere manier naar dezelfde achterliggende thematiek of onderzoeksvraag verwijzen. Door bepaalde codes samen te voegen in (sub)categorieën, is de analyse naar een hoger niveau getrokken. Elke code is weggezet onder minimaal 1 (sub)categorie. Daarbij zijn er ook codes die 2 (sub)categorieën hebben gekregen. Dit heeft te maken met de diepere dimensie die deze code weergeeft.

Allereerst bevatte de meeste verhalen (=casus) een opbouw, waarbij gebruik werd gemaakt van een introducerend stukje tekst. Respondent A1 begint een verhaal als volgt: *“Ik heb een patiënt gehad, die was opgenomen in een verpleeghuis, maar die had een verstandelijke beperking waarbij ze in het verpleeghuis niet helemaal bij machte waren om adequate zorg te leveren”*.

Dit ging vaak over in een beschrijvend deel. In het voorbeeld: *“Ze hebben toen een AVG erbij gehaald om meer gericht te kijken naar het handicapgerelateerde, om daar beleid op te maken. Ik heb patiënt gezien op de poli. Ik wilde hem ook door een van de gedragskundige laten zien; De gedragsdeskundige zou een behandeling starten”*.

De casus werd veelal gebruikt om de bijzondere situatie te verduidelijken. Overigens moet het woord casus hier niet verward worden met de in de geneeskundige gebruikte term casus, waarbij men een patiënt met een bepaalde ziekte beschrijft. Bij enkele respondenten werd als casus evenwel een geneeskundige casus gebruikt om de bijzondere situatie te beschrijven.

#### 4.2.1 Categorie casus

De categorie casus is opgedeeld in een aantal subcategorieën, waarbij elk deel staat voor een andere fase van de casus. De introductie staat voor het begin van de casus, de beschrijving staat voor de samenhangende opsomming van alles wat men over de casus kan vertellen, het beleid staat voor het plan van aanpak of de maatregel die binnen de casus werd gebruikt voor het oplossen van de casus in de meest ruime zin en de conclusie staat voor de beslissing of bevinding binnen de casus. De reflectie staat voor betekenis die de respondent aan de casus geeft, waarbij vervolgens het gevolg staat voor de gebeurtenis of aanpassing die optreedt als resultaat van de casus. Alle codes die aan deze categorie zijn gekoppeld zijn terug te vinden in bijlage E.

Om nog even terug te komen op het voorbeeld van respondent A1. Hier werd het volgende beleid beschreven: *“Dan moet er een zorgwaarte zijn. Maar om dat te doen, zou hij uitgeschreven moeten*

*worden uit het verpleeghuis.. Dus uiteindelijk kon de zorg van de gedragskundige en van mij niet geleverd worden omdat het financieel niet haalbaar was”.*

Gevolgd door een verdere beschrijving: *“Ik had dus een heel plan bedacht, wat uiteindelijk niet uitgevoerd kon worden omdat hij in een verpleeghuis zit”*, en een stukje gevoel van de respondent: *“Het zou heel fijn zijn als dat makkelijker zou kunnen”*.

Uiteindelijk geeft respondent A1 als conclusie aan: *“die man zat eigenlijk wel goed in dat verpleeghuis, er waren alleen nog een aantal dingen waar aandacht voor zou kunnen zijn, omdat men daar niet gewend was om met verstandelijk beperkte cliënten om te gaan”*. Zijn gewenste aanpassing is: *“En als je die zorg dan van een andere kant ‘in wil laten vliegen’ dan kan dat niet omdat het niet gefinancierd kan worden. Het zou fijn zijn als dat wel zou kunnen. Als die geldstromen makkelijker geregeld kunnen worden. Dat die patiënt gewoon behandeld kan worden, zonder ontslagen te worden uit het verpleeghuis.”*. Tevens benoemd hij nog enige reflectie: *”omdat men daar niet gewend was om met verstandelijk beperkte cliënten om te gaan”*.

## 4.2.2 Categorie complexe problematiek

Bijna alle respondenten brachten in hun verhalen complexe medische problematiek naar voren, die werden ingedeeld bij de categorie “complexe problematiek”. Hierbij is sprake van een medisch probleem waarbij bv. niet meteen duidelijk een diagnose kan worden gesteld en/of behandeling kan worden toegepast. Het gaat hier om ingewikkelde medische problematiek. Deze wordt deels door de onderzoeker als complex ingeschat, maar veelal geven de respondenten dit ook zelf aan. Om een beeld te krijgen van wat de respondenten aangeven volgen hieronder enkele quotes:

Respondent A1: *“Wie die mensen zijn, en hij kent ze goed en er zijn mensen met hele bijzondere afwijkingen. Met gekke metabole aandoeningen. Sommige hebben vage klachten, die dan toch wat betekenen”*.

Respondent A3: *“Ingewikkelde casussen. Ik vind dat soms wel lastig”*.

Respondent P1: *“We hebben een zorgafdeling waar mensen zitten die wat ingewikkeldere problemen hebben. Wij hebben daar 3 borderline vrouwen die zichzelf beschadigen. Die vrouwen maken ons daarmee machteloos”*.

Respondent S1: *“Waar wij vaak voor ingeschakeld worden is dementerenden. Waarbij gedragsproblematiek speelt, waarbij een huisarts eigenlijk niet zo heel goed weet wat ze er mee moeten”*.

Respondent S2: *“Er was een Poolse dame opgenomen die heel erg verward was. Ze at en dronk niet, hierdoor was de huisarts gestart met sondevoeding. Maar de vrouw trok elke keer de sondevoeding eruit. De huisarts had zoveel moeite om te stoppen met die sondevoeding”*.

Respondent S3: *“En een patiënt lag heel slecht, alleen met die familie was al heel lang een problematische relatie. Waarin familie het niet kon accepteren dat die vrouw zou overlijden, en nu leek het erop dat die vrouw in haar stervensfase terecht zou komen in dat weekend”*.

Bovenstaande quotes bevestigen dat de patiënten verblijvende in instellingen behoren tot een bijzondere doelgroep. De respondenten zijn zich hiervan bewust en realiseren zich ook dat de huisartsen geen “gewone” huisartsen zijn. Deze huisartsen hebben affiniteit en kennis met

betrekking tot de doelgroep. Respondent A3 geeft dit als volgt weer: *“Als je zo lang aan een instelling bent verbonden als ik, dan ken je de meeste patiënten wel. Continuïteit is een enorme meerwaarde, vooral bij deze doelgroep. Dat is natuurlijk ook wel zo bij huisartsen, dat zo een heel traject met een patiënt meemaken. Er zijn ook hele betrokken huisartsen, maar dat is toch een minderheid”*.

#### 4.2.3 Categorie samenwerken, werkverdeling, uitwisselen informatie en kennis

Binnen de verhalen komt het samenwerken veel aan bod. Hiervoor is de categorie “samenwerken” door de onderzoeker gekozen. Voorbeelden van “samenwerken”:

Respondent:

P3: *“Huisartsen komen makkelijk in huis”* en *“die casus bespreek ik met de huisarts”*

S3: *“Samen opgepakt, de huisarts vroeg wat hadden jullie gewild”*

A5: *“We zijn allemaal collega’s van elkaar, je mag elkaar erop aanspreken”*

Binnen het samenwerken kwam ook regelmatig het verdelen van de werkzaamheden die gedaan moeten worden naar voren. Deze codes werden ingedeeld bij de categorie “werkverdeling”.

Hierbij wordt aangegeven wie bepaalde werkzaamheden verricht of zou moeten verrichten.

Voorbeelden van “werkverdeling”:

P3: *“Wij zijn hoofdbehandelaar als de psychiatrie op de voorgrond staat, maar als de somatische morbiditeit verschuift, verschuiven ook de verhoudingen van wie de hoofdbehandelaar is. Soms heeft een patiënt zijn huisarts meer nodig dan een psychiater”*.

P5: *“Idealiter zou zo’n patiënt eerste bij de huisarts moeten”*.

Van belang is ook het uitwisselen van kennis en informatie. Het verschil tussen de categorieën “uitwisselen kennis” en “uitwisselen informatie” zit hem in datgene wat uitgewisseld wordt. Indien er medisch inhoudelijk kennis over en weer wordt gedeeld en/of medisch beleid wordt afgewogen tussen twee artsen, dan spreekt de onderzoeker over de categorie “uitwisselen van kennis”. Zoals respondent P5 beschrijft: *“Dan ga je toch in overleg met de huisarts”* en *“als specialist mag je meedenken”*.

Als er alleen simpelweg (medische) informatie wordt overgedragen dan is er sprake van de categorie “uitwisselen informatie”. Respondent A6: *“Handig als je weet dat iemand 4x een pneumonie heeft gehad”*.

Zie ook bijlage E.

#### 4.2.4 Categorie gevoel respondent

Tijdens de verhalen uitten de verschillende respondenten ook frequent hun gevoel. De codes waar de respondent zijn of haar gevoel uit, zijn verzameld onder de categorie “gevoel respondent”. Veel respondenten gaven uiting aan hun gevoel. Hieruit komt naar voren dat de respondenten erg betrokken zijn bij hun vak en zich kwetsbaar durven opstellen tijdens het interview. Enkele gevoelens die tot uiting kwamen waren:

Respondent:

A1: *“Ik baalde van mezelf”, “vond ik leuk”*

A3: *“Heel prettig ervaren”, “het geeft rust”*

A4: *“Ik voel geen beperking”*

A6: *“Ik voel me dan heel nuttig”* en *“Ik voel me vaak onthand”*

P1: *“Wij hebben ook dat gevoel van machteloosheid”*

P3: *“Ik vond dat heel erg fijn”*

P4: *“Ik ben altijd heel bang dat het management niet begrijpt”*

- P5: “Ik ben dan blij dat ze me dat wel vertellen”, “Het is geen onzekerheid van mij” en “Je hebt iets voor elkaar over”
- P6: “Samenwerken is leuk”, “Dat vind ik heel mooi”
- S1: “Wel altijd heel jammer vinden”, “Vind ik dus heel teleurstellend”, “Voelde me gepasseerd”
- S3: “Dan denk ik beseffen jullie het wel” en “fijn gevonden als er een arts was geweest”
- S4: “Ik heb dit niet als collegiaal ervaren”
- S6: “Dat is heel onbevredigend”, “Was hele verademing” en “Fijn ervaren”,

Niet altijd waren de gevoelens zo duidelijk uitgesproken zoals verzameld onder de categorie “gevoel respondent”. Uit de observaties tijdens de interviews bleek verbaal en non-verbaal soms ook direct of indirect een gevoel van tevredenheid en ontevredenheid over een bepaalde casus of over hoe een casus is verlopen.

### 4.3 Categorieën “Tevreden factor” en “Onteveden factor”

Deze tevredenheid en ontevredenheid heeft de onderzoeker als tweede dimensie waargenomen en verzameld onder de categorieën “tevreden factor” en “ontevreden factor”. Juist die tevredenheid en ontevredenheid geven de onderzoeker richting aan datgene wat de verhalen van de respondenten vertellen en dus wat voor werkelijkheid ze weergeven. De onderzoeker heeft duidelijke verhaallijnen ontdekt in alle verhalen. Het gaat hierbij om 2 soorten verhaallijnen. De eerste is gekoppeld aan de “tevreden factor”, hierbij vertelt de respondent een verhaal waar hij tevreden over is. De respondent wil hiermee aangeven dat hij dit prettig vindt. Binnen de waarderende aanpak worden deze verhalen gebruikt om naar voren te brengen wat gewaardeerd wordt en dus behouden moet blijven.

Aan de andere kant laat de tweede verhaallijn juist het tegenovergestelde zien. De respondent is ergens ontevreden over en gebruikt het verhaal om dit te verduidelijken. Deze verhalen laten eveneens zien hoe de respondent datgene waar men ontevreden over was heeft geventileerd en opgelost. De ontevreden verhalen eindigen vervolgens met een aanpassing, dus wat de respondent in de toekomst wenst. Er wordt lering uit het verhaal getrokken. Deze lering wordt gewaardeerd en moet worden meegenomen. Maar daarnaast legt men ook het accent op hoe het is geventileerd en opgelost.

De factoren geven de onderzoeker richting. De “tevreden factor” maakt duidelijk waarover de respondenten tevreden zijn en dus zijn deze factoren in het kader van de waarderende benadering zeer relevant. De onderzoeker wil weten wat goed gaat. Daarnaast is de “ontevreden factor” ook zeer relevant. De respondenten dragen in veruit de meeste situaties ook meteen oplossingen aan. Juist die oplossingen zijn leerzaam en eveneens van belang om te weten. In de volgende paragrafen gaat de onderzoeker dieper in op deze factoren.

#### 4.3.1 Categorie “tevreden factor”

Binnen de categorie “tevreden factor” geven de respondenten aan waarover ze tevreden zijn. De onderwerpen binnen de verhalen zijn divers en hebben te maken met verschillende thema's. Deze thema's zijn van belang bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Binnen de geselecteerde 56 verhalen kwam in tweederde van de verhalen thema's naar voren waarover men tevreden was. Soms was de tevredenheid niet optimaal en werd er een gewenste aanpassing beschreven. Bij de “ontevreden factor” kwam binnen het verhaal veel vaker een gewenste aanpassing naar voren. Deze zijn verzameld onder de categorie “gewenste aanpassing”.

De situatie die respondent A1 beschrijft, waarbij tijdens de ANW de huisarts een complexe patiënt met vage klachten terecht instuurt en de respondent zich afvraagt of hij niet had moeten kijken overdag. De respondent geeft aan dat de huisarts gewoon goed heeft gehandeld en de respondent heeft de patiënt vervolgens besproken met de huisarts. Hierbij is sprake van “uitwisselen van kennis” door elkaar op te zoeken en op deze wijze de patiënt te bespreken. De respondent geeft hierbij aan het fijn te vinden om collega’s te hebben die ook meekijken. Respondent vertelt: *“We kunnen de zorg in de avond prima overlaten aan de huisartsen, juist omdat ze affiniteit hebben. Ik denk dat de meesten wel affiniteit hebben met de doelgroep. En dat is wel prettig”*. Dezelfde respondent is tevreden over het feit dat een huisarts een avond organiseert waarbij kennis wordt uitgewisseld over een bepaald syndroom. De respondent geeft aan: *“Dat vond ik wel leuk, dat hij als huisarts zelf initiatief nam voor kennisoverdracht over dit syndroom”*. Daarnaast maakt deze respondent duidelijk dat het samen in een EVS (Elektronisch Voorschrift Systeem) kunnen voorschrijven de kwaliteit van zorg voor patiënten verbetert.

Het nauw met elkaar samenwerken en een optimale werkverdeling benoemd respondent A2: *“Het is heel intensief maar wel een prachtige manier van samenwerken. Ik kijk op de achtergrond mee of de lichamelijke klachten passen bij de psychische en de huisarts behandelt de kwalen. Ze lijkt nu beter in haar vel te zitten, heeft minder pijn en neemt haar pillen trouw in. De huisarts en ik staan hierbij allebei in ons kracht”*. Maar ook het uitwisselen van kennis en het samen goed doorspreken van een patiënt wordt als positief ervaren. In deze situatie was er sprake van het samen bepalen van het beleid bij een patiënt die herhaaldelijk dezelfde klachten had, maar waarbij het insturen naar het ziekenhuis regelmatig een averechts effect had.

Daarnaast gaf respondent A2 aan dat ook bij de diagnostiek van ziektebeelden de verschillende specialismen elkaar versterken. Zij kwam met het voorbeeld van een patiënt waarbij de huisarts direct aan een hartinfarct denkt, maar de respondent daar niet meteen aan dacht. De respondent concludeert: *“Een huisarts denkt daar gelijk aan bij een man van een bepaalde leeftijd, misschien wel roker, etc. Bij ons zit dat helemaal niet voorin. Dus missen we dat. Je kunt zien dat er echt wel verschil is waarop een AVG of een huisarts naar een patiënt kijkt”*.

Binnen het samenwerken benoemt respondent A3 dat het wel lastig is met twee kapiteins op een schip, maar geeft ze aan dat er steeds meer verandert; *“Ik heb nog wel ietsje van de hele complete, integrale zorg, maar dat is heel beperkt”*. Ze reflecteert het volgende: *“Ik ben een beetje een eigenwijze en heb vaak het idee dat ik het beter kan. Dat is niet altijd zo”*. Vervolgens trekt ze in een volgend verhaal de samenwerking nog breder, door het hele team rondom een patiënt te betrekken bij het kijken wat er nog mogelijk is. Ze merkt dat de huisarts dit nog lastig vindt; *“Ik denk dat huisartsen het in een instelling lastig vinden dat ze niet altijd direct met de cliënt te maken hebben, maar met een heel systeem”*.

Later in het interview beschrijft ze een situatie waarbij ze intensief samen met de huisarts heeft gekeken en dit als heel prettig heeft ervaren. Hierbij benoemt ze een belangrijk thema, namelijk dat ze haar verantwoordelijkheid kon delen. Ze zegt: *“Ik vond het een goede samenwerking met de huisarts. Als heel prettig ervaren. Voor een deel kon ik de verantwoordelijkheid bij een ander leggen. We hebben het samen besloten. Je hoeft niet alle last alleen te dragen”*.

In een laatste verhaal concludeert ze dat continuïteit van zorg in persoon een enorme meerwaarde heeft, vooral bij deze doelgroep. In de beschreven situatie kende de respondent een ingewikkelde patiënt al heel lang. Dit was tijdens een overleg met de huisarts van belang om samen te beslissen.

De laagdrempeligheid van de huisarts vindt respondent A4 een toegevoegde waarde. Hij beschrijft een situatie waarbij de huisarts snel even komt meekijken bij huidproblematiek. Daarbij benoemt hij een ander belangrijk thema, namelijk dat de patiënt op deze wijze weer centraal staat.



In een andere situatie beschrijft hij het belang van directe terugkoppeling. Bij een vervelende ervaring is het direct uitgesproken. Hij vertelt: *“Dat is toen wel gelijk uitgesproken en direct teruggekoppeld. Als ik zou willen bellen naar de ANW, zou ik bellen. Ik voel daar geen beperking”*.

Samenwerken en regelmatig overleggen en hiervoor de tijd nemen laat respondent A5 naar voren komen in haar verhalen. Zij beweert: *“Dat is echt 1 en 1 is 3. Maar dat is omdat je de tijd hebt om met elkaar te gaan zitten en te overleggen. Anders blijf je naast elkaar werken. We werken allemaal heel hard, maar als je niet overlegt dan mis je dat synergistische”*.

In een tweede verhaal laat ze zien dat juist op deze wijze de medisch specialisten van elkaar kunnen leren. Dit heeft als resultaat dat er sprake is van meerwaarde, juist voor mensen die niet alles kunnen zeggen, zoals bij verstandelijk gehandicapten. Ze versterkt dit door aan te geven; *“En juist als je dan bij elkaar zit, bespreek je dat. Dan bespreken we ook de epidemiologie meer”*.

Respondent A6 maakt duidelijk dat samenwerken en daarmee samenhangend het uitwisselen van kennis en informatie essentieel is als er sprake is van onbegrepen gedrag bij een patiënt die zelf niet zo veel aangeeft. Een ander thema binnen dezelfde situatie is het nemen van tijd om alles te kunnen bespreken en eventuele onzekerheid weg te kunnen nemen. De respondent eindigt met: *“Het gaat er vooral om elkaars blinde vlekken in te vullen. Ik heb vandaag ook een huisarts gebeld over een vlekje bij een cliënt, waarvan ik dacht heb ik dat gemist?”*.

Het delen van machteloosheid bij bepaalde complexe problematiek wordt als thema benoemd door respondent P1. De machteloosheid die, zowel de huisarts, als de respondent ervaren en het feit dat ze hierover kunnen overleggen en samen kunnen optrekken wordt als tevreden factor aangegeven. De respondent geeft aan: *“Dan is het fijn dat je met anderen de casus kunt bespreken, alle voors en tegens kunt bespreken en integrale zorg kunt leveren”*. In het verlengde hiervan neemt de respondent ook mee dat juist het bereiken van elkaar van belang is; *“Dat onderzoeken wij op indicatie, wij spreken elkaar altijd op casuïstiek niveau. We bellen of mailen elkaar. Kunnen we het over patiënt X hebben, dan belt ze me terug of we ontmoeten elkaar als we beide in huis zijn”*.

Een medisch ethisch dilemma waarbij onderling, samen met huisarts, ziekenhuisartsen en respondent P2 tot een beslissing is gekomen over leven en dood. Dit werd ervaren als een heel beladen, maar constructieve samenwerking; *“Je beslist eigenlijk over leven en dood, maar het is fijn dit met elkaar te delen”*.

Respondent P2 beschrijft eveneens een situatie waarbij een patiënt overlijdt aan een genetisch onderliggend lijden, waarbij men in de instelling overtuigd was dat de patiënt het speelde. Dankzij het uitwisselen van kennis en doordat men naar elkaar luisterde is de patiënt wel ingestuurd op aandringen van de huisarts, maar helaas mocht dat niet baten. Toch leverde het voor de familie een meerwaarde op; *“Er was dus toch een ernstig neurologisch probleem, mogelijk familiair bepaald. Ze is daar helaas overleden, maar de familie is er nog tijdig bij geweest”*.

Ook respondent P3 geeft in 3 verschillende bijzondere situaties aan dat overleg met en het samen optrekken met de huisarts meerwaarde heeft. Maar daarnaast brengt hij ook de laagdrempeligheid van de huisarts en het contact met de huisarts zelf als thema naar voren. Een ander belangrijk thema die respondent P3 noemt is de werkverdeling. Respondent A3 geeft aan het lastig te vinden met twee kapiteins op een schip, maar respondent P3 geeft het als volgt weer; *“Die casus bespreek ik met de huisarts, het is belangrijk om hierin samen op te trekken. Wij zijn hoofdbehandelaar als de psychiatrie op de voorgrond staat, maar als de somatische morbiditeit verschuift, verschuiven ook de verhoudingen van wie de hoofdbehandelaar is. Soms heeft een patiënt zijn huisarts meer nodig dan een psychiater”*.

Respondent P4 benadrukt binnen de samenwerking met de huisarts vooral het samen zien van de patiënt. Zij is van mening dat als je samen de patiënt ziet en onderzoekt, dat je dan meer ziet dan

alleen. Ze zegt: *“Met z’n tweeën zie je meer dan alleen, kijk je van twee verschillende ingangshoeken. Ik denk dat je dan de beste zorg levert”*.

Respondent P5 zoomt in op het belang van een open communicatie waarbij je als arts niet een verheven positie, maar in de communicatie naar patiënten en andere zorgprofessionals een open en eerlijke houding inneemt (gelijkwaardig opstelt). Hij noemt ook laagdrempeligheid en bereikbaarheid van de arts. Hij onderstreept het belang van een goede band met de patiënt, waarbij er wel sprake is van correcte afstand tussen patiënt en behandelaar. Als voorbeeld benoemt hij: *“Soms maak ik patiënten mee die illegaal medicijnen nemen, ik ben dan blij dat ze me dat wel vertellen. Dat ze vertellen: “ik heb die slaappil gisteren geprobeerd”. Dat moet je natuurlijk niet sanctioneren. Ik heb toen samen met hem naar het Therapeutisch Kompas gekeken en ik heb gezegd dat het gevaarlijk is om meer dan 40 mg ineens in te nemen. Maar die openheid naar mij toe is heel goed. Dat draagt bij tot de veiligheid”*. Hiermee bereikt hij in zijn ogen ook veiligheid.

In een andere situatie beschrijft hij de uitdaging van het vak, namelijk het samen met andere disciplines actie ondernemen. Hij benoemt hier het hebben van een vertrouwensband onderling en het iets voor elkaar over hebben. Binnen dit optrekken met elkaar benadrukt hij de communicatie middels overleggen en direct contact. Hij geeft aan dat doordat je elkaar kent weet je van elkaar wat je te bieden hebt.

Het samenwerken met zorgprofessionals met ieder zijn eigen expertise en het feit dat je elkaar kunt vinden draagt respondent P6 aan thema. Zij vertelt: *“Toen hebben we een overleg gepland met de apotheker, huisarts, psychiater en ANIOS. Ik dacht dat moet je vaker doen. Ieder doet met zijn eigen expertise wel wat goed is, maar soms kan er veel beter worden samengewerkt. Dat is leuk. Je kunt elkaar dan toch weer vinden”*.

Netals respondent P4 stuurt ze in een ander verhaal aan op het samen met de huisarts zien van een patiënt. Ze ondersteunt dit door aan te geven dat je op deze wijze meteen integraal met de patiënt dingen kunt bespreken en het beleid direct kunt afhandelen.

Respondenten S1 en S2 brachten alleen ontevreden factoren in hun verhalen naar voren (zie paragraaf 4.2.2).

Het begripvol reageren en goed oppakken binnen het samenwerken ervaart respondent S3 als een positieve ervaring. Daarnaast draagt zij de werkbelasting aan. Doordat ze geen diensten meer hoeft te doen heeft ze het gevoel dat ze betere kwaliteit zorg kan leveren. Ze zegt: *“Want nu heb ik mijn werk overdag. Kan ik me 150 % geven en je hebt geen avond/nachtdiensten meer. Het is echt in het belang van de patiënt dat we dit zo doen”*. Ze vult dit aan door aan te geven dat de spoedzorg ook niet meer aan haar besteed is en dat de opleiding er ook niet op gericht is. Ze legt uit: *“En overdag kan je altijd even overleggen met collega’s (er is laagdrempelig contact) dus je hebt dan voldoende back-up om goed te kunnen functioneren. Maar in de ANW dan is dat een ander verhaal”*.

Respondent S4 benoemt het uitwisselen van kennis en van elkaar leren. Dit doet zij aan de hand van een situatie waarbij een patiënt last kreeg van bijwerkingen die zij had ontdekt. Dit heeft ze teruggekoppeld aan de huisarts, die aangaf daar niet bij te hebben stilgestaan.

Een huisarts en respondent S5 in een soort duo praktijk. Een vorm van samenwerken waarbij afhankelijk van de voorkeur van de patiënt de huisarts dan wel de respondent langs gaat en daar waar de huisarts er niet uit komt wordt de respondent ingeschakeld en andersom. Hij beweert: *“dat beide een toegevoegde waarde kunnen hebben. Heel charmant en of dat nu nog werkt weet ik niet maar ook dat is voorstelbaar”*.

Ook speelt hij in op het belang van preventieve zorg en het samen optrekken daarin. Hij beschrijft een huisarts die alle kwetsbare 75-plussers in kaart bracht en daarvoor een

basiszorgplan opstelde. Na bespreking met andere zorgprofessionals waaronder de respondent werd het zorgplan definitief. De huisarts behield hierbij de regierol. Respondent S5 beschrijft: *“Dat je preventief kan denken. Maar goed er zijn vele variaties mogelijk. Maar daar had de deskundige van buitenaf een toegevoegde waarde. En de huisarts in de regierol laat. Vind ik heel belangrijk”*.

In een ander verhaal geeft hij het belang aan van het met elkaar bespreken van dilemma's en complexe vraagstukken. Samen je overwegingen en afwegingen in een zorgplan neerzetten en met elkaar afspreken welke keuzes je maakt en welke verwachtingen je hebt. Dit verhaal wijst op het belang van samenwerken, afstemmen en organiseren. Later in het interview beschrijft hij opnieuw een situatie waarbij het samenwerken en uitwisselen van kennis tot meerwaarde leidt. Tevens wordt het belang van afstemming, van bv. de regierol opnieuw aangestipt; *“Dat vond ik dus wel een hele aardige, waarin je dus met elkaar naar oplossingen zoekt. Vervolgens pakte de huisarts de regie weer terug kon die mevrouw zich nog wel een tijdje redden”*.

Ook respondent S6 vertelt een verhaal waarin optimale samenwerking leidt tot tevredenheid bij patiënt, familie van patiënt, huisarts en respondent. De patiënt lag slecht. Zelfs de huisarts en de respondent kwamen er niet uit. Dankzij de nodige diagnostiek via het ziekenhuis kon er een weloverwogen beleid worden opgesteld. De respondent beschrijft: *“Hier is alles goed overwogen, er is een bewust beleid ingezet waarbij de consequenties zijn overwogen alvorens men ging handelen. Zeer zorgvuldig en doordacht”*.

#### 4.3.2 Categorie “ontevreden factor”

Ook de “ontevreden factor” is zeer relevant. De verhalen waarin de onderzoeker de ontevreden factor als categorie heeft aangeduid dragen eveneens meteen oplossingen aan. Juist die oplossingen zijn leerzaam en eveneens van belang om te weten. Bij de “ontevreden factor” kwam binnen het verhaal meestal een gewenste aanpassing naar voren. Deze zijn verzameld onder de categorie “gewenste aanpassing”.

Respondent A1 ergert zich aan de geldstromen die beperkend werken. Hij beschrijft een verstandelijk beperkte patiënt, die opgenomen ligt in een verpleeghuis, waar men niet helemaal bij machte was om adequate zorg te leveren. De respondent wilde zorg van buiten halen, maar dat kon alleen als de patiënt ontslagen zou worden. Respondent A1 verwoordt dit als volgt: *“Het zou heel fijn zijn als dat makkelijker zou kunnen, als die geldstromen makkelijker geregeld kunnen worden. Dat die patiënt gewoon behandeld kan worden, zonder ontslagen te worden uit het verpleeghuis”*.

De ontevreden factor die respondent A3 aangeeft is dat de huisarts teveel mee gaat met de patiënt en daarbij de rest van de zorgprofessionals en begeleiders niet meeneemt. De situatie betreft een ingewikkelde patiënt waarbij het lastig is voor de patiënt om naar het ziekenhuis te gaan. De respondent vat het als volgt samen: *“dat je met elkaar en met cliënt kijkt wat voor hem het beste is. Soms kom je dan wel op het punt: we doen niet meer zo veel. Dat kan ook kwaliteit zijn: dat je terughoudend bent in je zorg”*.

Respondent A5 uit haar ongenoegen over het feit dat een huisarts in de overdracht zet dat het overdag niet goed is geregeld. Ze geeft aan: *“we zijn allemaal collega's van elkaar en misschien hebben we het inderdaad niet goed geregeld. Maar laten we dan even overleggen. Je mag elkaar erop aanspreken”*. Ze adviseert om open met elkaar te communiceren, om elkaar te zien en te overleggen. Daarbij moet men zich veilig voelen. Veilig genoeg om over onze kwetsbaarheden te spreken.

Ook respondent A6 benadrukt dat de huisartsen moeten weten dat de respondent er is en dat ze aan haar denken en haar uitnodigen om breed te denken. De respondent geeft aan dat ze zich meer moet inwurmen en moet open staan voor laagdrempelig contact. Binnen de situatie die ze

beschrijft eindigt ze met: *“Omdat hij geen behandelplek heeft, is niet iedereen erbij betrokken. Pas toen ik erbij betrokken werd, werd e.e.a. in kaart gebracht en begrijp je patiënt veel beter. Je kunt dan pas betere zorg leveren”*.

Hiernaast vertelt ze een ander verhaal waarbij ze het van de andere kant bekijkt. Ze merkt dat ze soms als huisarts wordt ingezet en dat ze het eigenlijk niet kan en er zich echt ongelukkig bij voelt. Ze geeft aan dat er overlappende gebieden zijn, die je van elkaar moet weten. Vervolgens zal je met elkaar moeten overleggen en dit moet adequaat en frequent plaatsvinden.

Binnen het interview met respondent P2 wordt er ingegaan op een incident waarbij de huisarts een antibioticum voorschrijft, maar dit niet heeft kunnen invoeren in het EVS. Hierdoor werd een interactie gemist. De respondent voerde het antibioticum de volgende dag in in het EVS en kwam erachter. De leerpunten die hieruit naar voren kwamen was allereerst het gezamenlijk kunnen voorschrijven in hetzelfde EVS, maar tevens het direct kunnen bereiken om elkaar op de hoogte te stellen en van elkaar te leren.

Respondent P4 vertelt over haar onvrede over het feit dat de huisarts te weinig wordt ingekocht door het management. Tijdens een vakantieperiode waarin de huisarts maar halve dagen i.p.v. hele dagen aanwezig was leek het ook wel te gaan. Dit kwam omdat de respondent veel generalistische taken oppakte, maar hierdoor bleef haar werk liggen en ontvingen de patiënten te weinig specialistische zorg. Ze beschrijft: *“Ik ben altijd heel bang dat het management niet begrijpt hoe belangrijk het is om 5 dagen per week een huisarts in huis te hebben, juist bij deze categorie”*.

Ook respondent P5 benadrukt dat het contact met de huisarts heel belangrijk is. Dit concludeert hij aan de hand van een casus waarbij er bijwerkingen optraden ten gevolge van een geneesmiddel. Hij geeft aan dat de huisarts en de respondent elkaar moeten kunnen informeren en scherp houden. Dit is mogelijk door met elkaar te overleggen om er samen uit te komen. In een tweede situatie kwam eveneens naar voren dat het informeren van elkaar voor respondent P5 van grote meerwaarde is. Hij geeft aan dat niet alleen de huisarts, maar ook andere disciplines rondom de patiënt goed geïnformeerd moeten worden. Hij wil daarmee de continuïteit en dus de kwaliteit van zorg verbeteren.

Het feit dat de huisarts niets met een verslag en een advies van respondent S1 heeft gedaan zorgde voor ergernis bij de respondent. Hij zou meer interactie met de huisartsen willen. Bij voorkeur face-to-face contact. Dit zet hij kracht bij door in een andere situatie te beschrijven dat hij uit slimigheid langs alle extramurale huisartsen is gegaan. Hierbij heeft hij verteld wie hij is en wat hij voor de huisartsen kan betekenen. Dit leidde tot vertrouwen en werd als positief ervaren.

Respondent S2 beschrijft in een soortgelijk verhaal ook het naast elkaar werken aan dezelfde patiënt. Dit zorgde voor irritatie bij beide partijen. Gevolg hiervan was dat men elkaar feedback heeft gegeven en van elkaar heeft geleerd. In het vervolg zijn er vaste afspraken gemaakt, zoals het goed overdragen. Daarbij niet alleen rapporteren, maar ook gewoon bellen over wat je overweging is geweest. Ze zegt: *“Iedereen heeft een eigen stijl he dus als je het er niet mee eens bent of vragen of twijfels hebt vind ik het zo belangrijk dat je elkaar even opzoekt of belt”*.

Ook respondent S3 onderschrijft het hebben van korte lijnen en het geven van feedback aan elkaar. Deze feedback moet zo snel mogelijk en op een respectvolle en directe manier plaatsvinden.

Respondent S4 beschrijft, dat juist bij complexe patiënten waarbij de familie wat anders wil dan de patiënt, dat het van belang is goed samen te werken, op een lijn te zitten en afspraken te

maken. Op deze wijze is iedereen ook beter gewapend tegen klachten. In een ander verhaal benoemd ze dat het onderling ook duidelijk moet zijn wat er van elkaar verwacht kan worden. Vervolgens gaat ze in op het respectvol en tolerant met elkaar omgaan.

Een ander thema dat respondent S5 benoemd is dat het noodzakelijk is om deskundig personeel rondom een patiënt te hebben. Vervolgens beschrijft hij twee situaties waarbij het verzorgend personeel verwachtingen schept waarvan de arts niet op de hoogte is. Hij geeft aan dat tussen elke zorgprofessional de verwachtingen dienen te worden besproken om misverstanden te voorkomen.

Het belang van een krachtige overdracht om te voorkomen dat beleid niet duidelijk is bij collega's grijpt respondent S6 aan als verbeterpunt. Daarnaast komt het belang van vertrouwen in elkaar en, het laagdrempelig bereikbaar zijn voor elkaar naar voren. Tevens benoemt hij het "ontschotten" van de zorgvormen en het samen in een EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) werken als verbeterpunt voor de kwaliteit van zorg en vindt hij het organiseren van een multidisciplinair overleg met de patiënt er bij van grote meerwaarde. Ook als het gaat om het bespreken van casuïstiek. Hij zegt: *"Het is veel meer een aanleiding om een gesprek te voeren. De huisartsen bereiden de casus voor. Die zorg is niet alleen medisch maar ook zorgtechnisch en verpleegkundig. En juist die mensen lopen tegen de problematiek aan, die moet je ondersteunen"*.

#### 4.4 Beschrijving en analyse van antwoorden op de interviewvragen

Veel verhalen kwamen voort uit de vraag waarin werd verzocht om situaties te beschrijven vanuit de praktijk waarbij er sprake was van een bijzondere ervaring (een situatie waar we van kunnen leren in positieve of negatieve zin) ten aanzien van de samenwerking tussen de respondent en de huisarts(en) in de ANW spoedzorg en/of zorg overdag. Veelal is er binnen de geneeskunde sprake van leren van incidenten, waarbij juist gefocust wordt op wat niet goed gaat. De waarderende aanpak vertaalt zich in een focus op wat goed loopt en wat men waardeert, zonder blind te zijn voor wat door veranderen beter zou kunnen.

##### 4.4.1 Kwaliteit medische zorg en Wkkgz

Uit de analyse van de antwoorden op de vraag wat kwaliteit van medische zorg inhoud werd duidelijk dat de respondenten hier goed over moesten nadenken. Regelmatig viel het even stil tijdens de interviews als deze vraag gesteld werd. Uit eerder onderzoek blijkt dat voldoende en goed opgeleide medewerkers belangrijk zijn voor goede kwaliteit van zorg (Nivel; 2012). Het is interessant en geruststellend om waar te nemen dat de resultaten ook laten zien dat de respondenten dit vinden. Ze beschrijven dat ze zichzelf goed op de hoogte moeten houden van de nieuwe ontwikkelingen en dat ze de door de vakgroep opgestelde richtlijnen en protocollen willen naleven. Respondent A5 zegt: *"Met richtlijnen en protocollen. Dat je je beroepsgroep volgt. En dat er benijds voor is dat het goede medische zorg is. En uniform werken, dat de basis steeds meer verbetert wordt"*.

Maar daarnaast vragen ze nog veel meer van de huisarts en andere zorgprofessionals. Hierbij valt te denken aan het vermogen om op een open en eerlijke manier samen te werken. Maar ook bereikbaar zijn en laagdrempelig zijn, zijn van grote betekenis. Respondent P6 zegt krachtig: *"Je moet elkaar kunnen vinden"*.

Kijkende naar 'kwaliteit van zorg' is kwaliteit van zorg gedefinieerd als: zorg van goed niveau die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Veel antwoorden kun je hieronder scharen, maar de respondenten benoemen nog veel meer andere aspecten die zij kwaliteit van medische zorg vinden. In bijlage D zijn de

aspecten gerangschikt onder de 3 genoemde kenmerken van kwaliteit van zorg. In de tabel is elk genoemd aspect van kwaliteit van medische zorg geordend. Bepaalde aspecten kunnen onder meer onderdelen van de definitie van kwaliteit van zorg worden gezet.

Naast de aspecten die overeenkomen met de definitie van kwaliteit van zorg (zie bijlage D) geven de respondenten nog veel meer aspecten aan die zij van belang vinden als het gaat om kwaliteit van zorg. Deze zal ik hieronder bespreken. Alle quotes die hierbij genoemd worden zijn te vinden in Bijlage G, Tabel 1. Wat vooral opvalt, is dat men veel waarde hecht aan goede communicatie. Hierbij richt men zich vooral op de directe communicatie, waarbij er bij voorkeur sprake is van persoonlijk contact. Men geeft aan dat vele contactmomenten tussen behandelaren gewenst zijn. Deze contacten wil men het liefst face-to face laten plaatsvinden; men wil elkaar zien en spreken. Respondent P4 geeft aan: *“Natuurlijk overleg je met elkaar als er iets heel groots is. Om de grote lijn samen te bewaken is het goed dat je elkaar regelmatig ziet”*.

Hierbij vindt men het belangrijk dat men laagdrempelig en flexibel bereikbaar is voor elkaar, dat men open staat voor overleg en er korte lijnen zijn tussen elkaar. Tijdens het overleg heeft men de voorkeur voor een open houding, waarbij men open naar elkaar durft te zijn en elkaar durft aan te spreken. In het contact moet men open staan voor feedback en elkaar een spiegel kunnen voorhouden. Tevens geeft men aan dat men niet alleen kritisch naar zichzelf moet zijn, maar ook naar de andere collega's. Respondent S5 zegt: *“Ook moet je ervoor zorgen dat de arts en de behandelaars de nieuwe ontwikkelingen zich eigen maken en daar elkaar rekenschap van geven daar iets over vertellen aan elkaar. Dat er een platform is waarin je elkaar ook kan zeggen wat er is en dat je kan leren van elkaar en van verschillende werkvormen. Maar je moet er wel over nadenken dan moet je ook vastleggen en dat ook steeds periodiek evalueren”*.

Naast de ad hoc overleggen hecht men dus grote waarde aan regelmatige intercollegiale en multidisciplinaire overleggen waarbij multidisciplinair wordt gekeken naar de patiënt en er sprake moet zijn van een goede samenwerking tussen de verschillende partijen. Er dient duidelijk te worden afgesproken wie de regievoerder over de zorg is van elke patiënt. Over het algemeen moet er voldoende communicatie plaatsvinden tussen de verschillende partijen, zodat men elkaar goed op de hoogte kan houden. Een regelmatig overleg tussen apotheker, huisarts en medisch specialist voor het houden van een medicatiereview wordt ook genoemd. Bij dit alles is adequate dossiervorming een vereiste.

Niet alleen de behandelaren hebben een rol. Ook dient de familie erbij te worden betrokken en zal er dus overleg met de familie dienen plaats te vinden. Iedereen die een rol heeft moet worden betrokken rondom de zorg van een patiënt. Niet in de laatste plaats de patiënt zelf. Een goed persoonlijk contact waarbij de patiënt zich veilig voelt is cruciaal in de zorg. Men verwacht een maximale betrokkenheid van de arts. De arts zal tijd moeten besteden en voldoende aandacht moeten geven aan de patiënt, zodat er een band of een vertrouwensrelatie kan ontstaan. Respondent A4 geeft dit als volgt weer: *“Betrokkenheid, aandacht, en waar nodig contact met familie leggen. Je bent meer multidisciplinair bezig dan in andere specialismen. Je hebt samen een doel”*.

De artsen leggen zich de nodige zelfreflectie-eisen op, zoals het kennen van de eigen grenzen, toe durven geven en op tijd hulp inroepen indien men er zelf niet uitkomt. Men eist van elkaar dat men een goed netwerk heeft en dus contacten heeft met voldoende medisch specialisten, zodat er eenvoudig een beroep gedaan kan worden op ziekenhuiszorg. Daarnaast hecht men grote waarde aan continuïteit van zorg en bij voorkeur ook in persoon. Men vindt dat dokters zichzelf continu moeten neerzetten.

Kijkende naar de organisatie binnen de instellingen is men allereerst gebaat bij voldoende dokters en paramedici op de werkvloer en daarbij zal de infrastructuur ondersteunend moeten zijn aan de

werkzaamheden die zij moeten verrichten. Men zou meer betrokken willen worden bij het interne kwaliteitsbeleid. Respondent P2 zegt: *“Wij hebben sinds 12 jaar een kwaliteitsbeleid in de kliniek, waar ik me zeer bij betrokken voel. Ook toen mijn manager het allemaal nog onzinnig vond en onverantwoord tijdverdrijf. Nu is het wettelijk verplicht”*. Alles overstijgend is de medische zorg zeer gebaat bij simpelere wetgeving, hierbij doelt men op de financiering van de zorg en de eisen voor herregistratie van artsen. De respondenten trekken de kwaliteit van zorg dus veel breder. Men legt de nadruk op het systeem en hoe men binnen het systeem samenwerkt en afstemt. Ook vindt men geduld van de zorgprofessional belangrijk, waarbij men de tijd neemt en voldoende aandacht geeft aan de patiënt om alles goed uit te kunnen leggen en de patiënt te informeren. Dit geeft respondent S6 als volgt weer: *“Dat er vooral ook geluisterd wordt naar wat er speelt en dat er heel veel samengewerkt wordt met alle andere betrokkenen die in het veld een rol spelen. Zeker in onderengeneeskunde is de patiënt waar het om gaat niet altijd even duidelijk in zijn klachtenpresentatie. Dat er heel veel hulpvragen onder de vragen liggen, dat er heel veel welzijnscomponenten zijn. Dat er door zorgverleners heel snel paternalistisch gedacht wordt van wij weten wel wat goed is voor u. Tervijl wij dat helemaal niet zo goed weten. Dat er soms ook tijdig de handen op de rug gehouden wordt zonder dat er gelijk medische of andere zorg geboden wordt. Dat de mensen zelf de keus hebben om hun leven te leiden zoals zij hun leven willen leiden moet worden. Ook als dat leidt tot een levenseinde”*.

Alle respondenten antwoorden bevestigend op de subvragen binnen de Wkkgz en dus voldoet in de ogen van de respondenten de zorg die door de huisarts samen met de respondent geleverd wordt aan deze wet ten aanzien van de kwaliteit.

Concluderend ligt de nadruk op samenwerken met als gezamenlijk doel goede zorg voor de patiënt. Het is prettig dat dit na veldonderzoek en literatuuronderzoek ook van belang werd geacht. Vervolgens is het dus ook uitermate interessant om na te gaan wat de respondenten nodig achten voor samenwerking. Dit kwam aan bod in vraag 4, waar de respondenten werden gevraagd welke factoren intramuraal een bevorderende rol spelen als het gaat om samenwerking tussen de medisch specialist en de huisarts. De resultaten hiervan komen aan bod in de volgende paragraaf.

#### 4.4.2 Bevorderende factoren in de samenwerking

Schols benoemde in 2000 in zijn proefschrift (“De samenwerking verpleeghuisarts en huisarts nader onderzocht”) een aantal factoren, die bevorderend kunnen werken. Dit onderzoek heeft achttien jaar geleden plaatsgevonden. Inmiddels is de huisarts zich, zoals beschreven, gaan verplaatsen naar intramuraal. De vraag is welke factoren spelen volgens de medisch specialisten intramuraal een bevorderende rol als het gaat om samenwerking tussen de medisch specialist en de huisarts?

Een klein deel van de antwoorden komen overeen met die van achttien jaar geleden. Maar daarnaast noemen de respondenten nog veel meer aspecten die bij samenwerken bevorderend werken (zie bijlage G, tabel G2). Tijdens de interviews bemerkte de onderzoeker vooral de gelijkwaardigheid in de samenwerking op. Men lijkt niet gediend van hiërarchie. De respondenten wijzen er echter wel op, dat er duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over wie waarvoor verantwoordelijk is, maar de insteek is vooral gezamenlijk optrekken onder een veilige sfeer waarbij men respect en oog heeft voor elkaar.

Er zijn veel overeenkomsten van aspecten die ook bij de kwaliteit (zie paragraaf 4.4.1) werden genoemd. Blijkbaar is men zich bewust van de importantie van een goede onderlinge samenwerking die vereist is bij het leveren van kwaliteit van zorg.

De meest genoemde factor is de bereikbaarheid van elkaar. Men wil dat dat men elkaar goed kan vinden. Men moet daarbij ook laagdrempelig bereikbaar zijn en bij voorkeur wil men elkaar face-

to-face zien en spreken om te kunnen overleggen. Er wordt herhaaldelijk aangegeven dat huisartsen best vaker een beroep op de respondenten mogen doen. Ze ervaren het soms als te veel eenrichtingsverkeer. In het contact verwacht men dat er sprake is van wederzijds enthousiasme en bereidheid om samen op te trekken en zo de samenwerking tot een positieve beleving te maken. Dit maakt de samenwerking prettig. De respondenten hechten aan een veilige en prettige sfeer, waarbinnen men collegiaal en loyaal is naar elkaar en er wordt gewerkt aan een vertrouwensband. Dit kan het beste doordat er sprake is van een vast clubje artsen, zodat men ook continuïteit van zorg kan bewerkstelligen. Men wil elkaar (leren) kennen. Respondent A2 beschrijft: *“Mij komt het ten goede om dingen te delen. Samen naar een patiënt kijken. Wat zie jij, wat zie ik. Bij voorkeur face-to-face. Dat lukt niet altijd. Het is belangrijk je collega’s te kennen. Als je van elkaar de meerwaarde erkent en accepteert. Als je van jezelf de gebreken kent en weet waar je de huisarts bij moet halen”*.

De huisartsen die werkzaam zijn in instellingen moeten affiniteit hebben voor de doelgroep waarvoor ze werken en de nodige kennis en kunde bezitten (zie paragraaf 4.4.3) over de mensen in de instelling en hoe de mensen daar wonen.

Ook de respondenten binnen dit interview vinden het belangrijk dat de huisartsen weten wat de medisch specialist kan betekenen en dat men elkaars expertise goed begrijpt, zodat beide artsen elkaars expertise kunnen gebruiken en er van kunnen leren. De grootste voorkeur hierbij geniet het tegelijkertijd zien en onderzoeken van de patiënt. Men geeft aan dat het samen zien een meerwaarde heeft voor de patiënt en voor elkaar. Tenslotte ziet men samen meer dan alleen en komen ze wellicht tot andere conclusies. Altijd zal goede zorg voor de patiënt centraal staan. Ook is dit een gezamenlijke investering in het contact onderling om zo ook betere zorg te kunnen leveren. Het gezamenlijke zit hem ook in het gebruik van een goed EVS en EPD waarin beide eenduidig kunnen werken, maar ook in het beide aanwezig zijn tijdens de overdrachten. Respondent P2 zegt: *“Een bevorderende factor is het gezamenlijke, elektronische voorschrijfsysteem wat door de huisartsen en de psychiaters wordt gebruikt. Wij kunnen de aantekeningen van de huisarts vrijelijk inzien in Medimo (EPD)”*.

Regelmatig, liefst wekelijks, georganiseerde overleggen waarbij men elkaar ziet en spreekt waardeert men zeer. Juist tijdens deze overleggen kan men op een lijn komen en streven naar hetzelfde doel. Er kan zo goed worden afgestemd waar samen in kan worden opgetrokken. Er zal tijd voor elkaar moeten worden vrijgemaakt en men moet het belang inzien van deze intercollegiale overleggen. Tevens zou men graag op regelmatige basis tijd willen vrijmaken voor gezamenlijke deskundigheidsbevordering.

Al deze factoren spelen in de ogen van de respondenten een bevorderende rol in de samenwerking. Met het oog op de organisatie helpt een goed functionerende medische dienst met daarbij een efficiënte praktijkomgeving ook. En daarbij komt ook het “ontschotten” van de financiering naar voren, maar hierbij doelt men op de extramurale samenwerking.

De herregistratie eisen van de huisartsen passeren eveneens de revue. Dit in het kader van de continuïteit van zorg. Doordat de werkzaamheden voor huisartsen overdag maar voor 50% meetellen en de ANW-diensten helemaal niet meetellen voor de herregistratie is het noodzakelijk dat de huisartsen ook werkzaam blijven in de gewone huisartsenpraktijk. Een huisarts kan dus nooit fulltime werken in instellingen.

#### 4.4.3 Kennis en kunde van de huisarts

De onderzoeker heeft tijdens het interview ook een controlerende vraag gesteld naar de kennis en kunde van de huisartsen. De vraag luidde als volgt: “Wat is uw ervaring ten aanzien van de kennis



en kunde van de huisartsen tijdens de ANW met betrekking tot de medische zorg aan patiënten verblijvende in uw instelling?”.

Tevens werd er een splitsing gemaakt in spoedzorg gerelateerd en medisch specialistisch gerelateerde zorg.

Over het algemeen waren de medisch specialisten zeer tevreden. Vooral ten aanzien van de geleverde spoedzorg. Men beweert dat huisartsen de beste medisch specialisten zijn met betrekking tot spoedzorg. Respondent A5 beweert: *“Het is heel goed dat de huisartsen zorgen voor de spoedzorg. De huisartsen zijn de beste specialisten in de spoedzorg en de medische triage”*. Er wordt eveneens genoemd dat spoedzorg puur huisartsgeneeskundige zorg is; *“daar is niks specialistisch aan”*. Ten aanzien van de medisch specialistische zorg werden er een aantal kanttekeningen of tips geplaatst. Dit had vooral te maken met de aandacht voor de begeleiding en de familie rondom te patiënt. Men adviseert daar de tijd voor te nemen. Er zou meer overleg moeten plaatsvinden met de personen die de belangen behartigen van de patiënt.

#### 4.4.4 Invloed herverdeling op de werkbelasting

Men is het er binnen de groep AVG's en SO's unaniem over eens dat de huisartsen die werkzaam zijn in instellingen de medisch specialisten veel werk uit handen nemen. Het heeft geleid tot een verlichting van de werkdruk. Respondent A3 geeft aan: *“Ik kan me nu bezig houden met datgene waar ik goed in ben”*. Daarnaast neemt het een stuk onzekerheid weg bij veel collegae medisch specialisten. De psychiaters werkzaam in tbs-klinieken merken er minder van, omdat psychiaters ook altijd parallel aan de huisartsen ANW diensten moeten doen.

#### 4.4.5 De veranderkundige vraag

Welke veranderingen zijn er nodig en/of welke wensen heeft u? Wat ook al uit de verhalen naar voren kwam wordt hier nogmaals benoemd.

Er wordt herhaaldelijk aangegeven, dat men af wil van de schotten in de financieringsstructuur. In de praktijk worden er drempels opgeworpen om patiënten te kunnen behandelen. Men zou willen dat de zorg die een patiënt nodig heeft wordt toegespitst op de patiënt en dat de financiën vervolgens eenvoudig meebewegen. Respondent A3 zegt: *“Er moet meer duidelijkheid zijn voor iedereen. Er zijn grote verschillen tussen financiering per plaats en het zorgkantoor. Daardoor kan zorg slecht worden geleverd. De huisarts komt voor deze patiënten, maar krijgt niet meer geld voor deze patiënten, of geld voor overleg. De willekeur in (soms) één woning kan echt niet”*.

Momenteel weigeren steeds vaker extramuraal de huisartsenposten de zorg aan deze doelgroepen. Dit is onwenselijk. Het moet duidelijk zijn welk medisch specialisme de eerste zorg levert. Er moet geen sprake zijn van willekeur als het gaat om het leveren van zorg. Huisartsen zouden de zorg voor bepaalde doelgroepen niet mogen weigeren.

Kortom er moet geen verschil zijn tussen Wlz-patiënten en burger-patiënten.

De groep AVG's pleit voor meer bekendheid voor het bestaan van en voor de werkzaamheden die een AVG doet. Hierbij wil men gelijk aan de beweging die binnen de ouderengeneeskunde plaatsvindt ook meer extramuraal gaan samenwerken met huisartsen. Daarbij geeft men aan dat ze zelf ook meer aan hun eigen bekendheid moeten doen.

De huidige herregistratie-eisen van de RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten) van de huisartsen ziet men als knelpunt voor de continuïteit van zorg voor deze werkzaamheden (zie ook paragraaf 4.4.2). Respondent spreekt zich als volgt uit: *“Ik vind dit heel vreemd. Je ziet hier juist van alles”*. Respondent A2 oppert: *“Dat er meer individueel gekeken zou moeten worden. Van belang*

*hierbij zou moeten zijn het aantal ervaringsjaren van de huisarts. Het is hierbij belangrijk om altijd als algemeen huisarts te blijven werken, zodat de “blik” van de huisarts intact blijft”.*

Meerdere respondenten zouden een nauwere samenwerking tussen de opleidingen wenselijk vinden. Men geeft niet aan hoe deze samenwerking moet worden vorm gegeven, maar dit zal gericht moeten zijn op overlappende werkgebieden. Meerwaarde hierbij zou zijn dat men beter weet wat men van elkaar kan verwachten en wat men voor elkaar kan betekenen.

## 5. Discussie

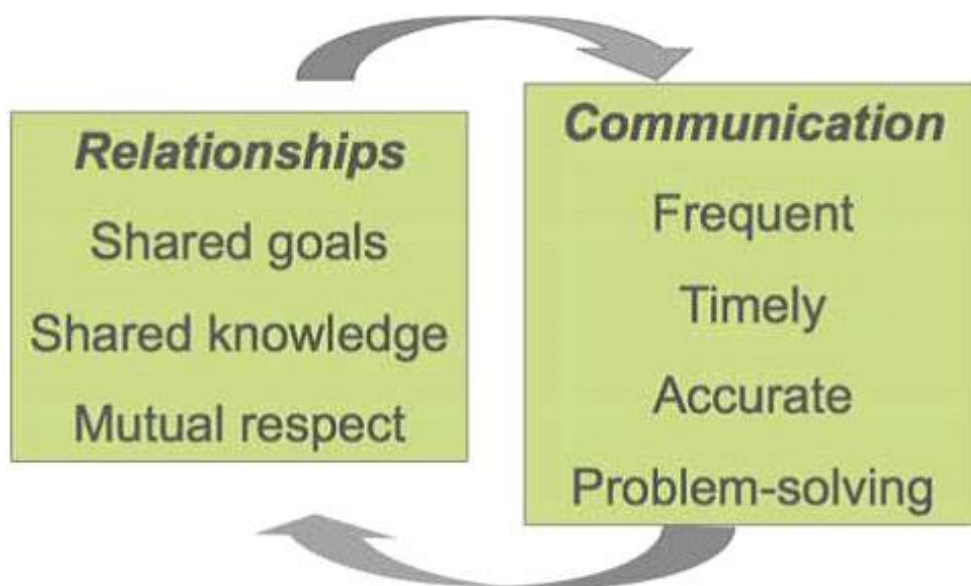
Het onderzoek heeft tot veel informatie en inzichten geleid. Door de open vragen en het uitdagen van de respondenten tot het vertellen van verhalen is het gelukt om veel informatie te verkrijgen. Dankzij de waarderende aanpak was de onderzoeker in staat de positieve thema's en aspecten te destilleren. Uit de verhalen werden de "onbewuste aanbevelingen" vanuit de respondenten geïnterpreteerd middels een stapsgewijze, transparante en uitgebreide analyse van deze verhalen. Hierbij kon de onderzoeker van alle achttien interviews dankbaar gebruik maken.

De verhalen brachten, vaak onbewust, naar boven wat de verschillende respondenten belangrijk vinden als het gaat om het leveren van medische zorg. Met daarin een focus op het leveren van medische zorg in samenwerking met een collega medisch specialist. In Nederland hebben we te maken met een nieuwe ontwikkeling, die het gevolg is van schaarste op de markt van medisch specialisten (SO, AVG en psychiater). Het gaat hier om een unieke situatie. Juist de ervaringsverhalen vanuit deze unieke situatie, bekeken vanuit de medisch specialisten, lieten interessante inzichten zien, die goed gebruikt konden worden voor een waarderende aanpak. De positieve verhalen brachten aspecten naar voren waarover men tevreden was en dus konden deze aspecten worden gezien als aspecten die men wil behouden. Maar eveneens kon de onderzoeker de negatieve verhalen gebruiken. De respondenten kwamen namelijk zelf met de oplossing. Deze oplossing en de manier waarop het werd opgelost, bleek ook zeer waardevol.

De wetenschappelijke literatuur die er is, heeft wel betrekking op gezamenlijke zorg van de eerste en de tweede lijn, maar is niet zonder meer van toepassing op de Nederlandse zorg en de Nederlandse wijze waarop gezamenlijke zorg is georganiseerd. Binnen de shared care in instellingen komt naar voren dat men meer streeft naar netwerkzorg dan ketenzorg. De zorg rondom deze patiënten wordt steeds complexer en daardoor wordt er meer en meer gekozen voor een horizontelere samenwerking binnen de medische zorg. Interessante studies spreken over nieuwe ontwikkelingen.

Deze nieuwe ontwikkelingen binnen de zorg laten zien, dat relationele coördinatie (zie paragraaf 2.4) samenhangt met hoogwaardige resultaten in onder andere de geïntegreerde zorgverlening voor gehospitaliseerde oudere patiënten. De resultaten van dit onderzoek laten overeenkomsten zien met deze relationele coördinatie. Veel aspecten die naar voren worden gebracht door de respondenten hebben betrekking op elkaar versterkende processen van interactie tussen communicatie en relaties (zie figuur 2). Die processen worden uitgevoerd voor taakintegratie en zijn geassocieerd met de kwaliteit van de communicatie en de kwaliteit van de relaties tussen de zorgprofessionals. De grootste nadruk wordt binnen dit onderzoek gelegd op het aangaan van relaties, gefaciliteerd door het face-to-face plaatsvinden van ontmoetingen. Enerzijds spontane ontmoetingen waarbij men daadwerkelijk met elkaar optrekt, maar anderzijds ook juist door frequente georganiseerde ontmoetingen, zoals multidisciplinaire overleggen. Bij deze multidisciplinaire overleggen geeft men de voorkeur aan het aanwezig zijn van een teamklimaat (elkaar kennen, samen optrekken, positieve beleving). Dit bevordert de sociale interactie en zo wordt de relationele coördinatie vereenvoudigd.

In de hoofdonderzoeksvraag wordt samenwerken genoemd en in de eerste subvraag staat samenwerken centraal. Communicatie en relaties zijn bij samenwerken van belang. Relationele coördinatie wordt gedefinieerd als "het coördineren van werk door middel van het hebben van relaties met gedeelde doelen, gedeelde kennis en wederzijds respect". Kijkende naar de onderzoeksvraag, de subvragen en de resultaten van het onderzoek komt het volgende naar voren.



**Figuur 2:**  
Relationele coördinatie (Gittel, 2012)

Te beginnen bij de hoofdonderzoeksvraag:

**“Op welke wijze leiden de ervaringen van de medisch specialisten met de samenwerking met de huisarts binnen de herverdeling van de medische zorg tot het bevorderen van de medische zorg overdag en tijdens de ANW?”.**

Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat samenwerken onlosmakelijk verbonden is aan de kwaliteit van medische zorg. De respondenten vestigen veruit de meeste aandacht op dit aspect. De onderzoeker heeft samenwerken als categorie genomen, maar binnen de categorie “samenwerken” worden de codes geschaard waarbij de respondent direct of indirect samenwerken beschrijft of een wijze waarop samenwerking plaatsvindt. Het belang van samenwerken wordt door iedere respondent beschreven, alleen liggen de accenten niet bij iedereen op hetzelfde aspect. De categorieën “werkverdeling”, “uitwisselen kennis”, “uitwisselen informatie” en “gevoel respondent” zijn ingrediënten die het mogelijk maken het samenwerken te verbeteren en de medische zorg tot hoge kwaliteit te laten stijgen. Hierbij speelt als rode draad de wens tot intensief en constructief samenwerken binnen een goed georganiseerd en gefaciliteerde omgeving (systeem).

De eerste subvraag luidt:

**“Wat voor invloed heeft herverdeling van de medische zorg op de onderlinge samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals en op welke wijze kan onderlinge samenwerking worden bevorderd?”.**

Uit eerder onderzoek aan de Hogeschool Windesheim (Hofhuis et al., 2016) kwam ook naar voren dat de sociale processen sterk samen hangen met de effectiviteit van teams. Wat uiteindelijk een grote meerwaarde heeft voor de patiënt. Daarnaast concluderen zij “dat het belang van deze sociale processen zelfs toeneemt naarmate er meer disciplines in het team vertegenwoordigd zijn”.

Dit komt ook regelmatig terug uit de resultaten van dit onderzoek. De medisch specialisten laten deze aspecten terugkomen eveneens in de aspecten die staan voor kwaliteit. Georganiseerde multidisciplinaire overleggen met daarin een goede mix in niveaus onder de zorgverleners waarbij iedereen deskundig is in zijn of haar vakgebied. De respondenten benadrukken dat veel tijd nodig is om elkaar te zien en te spreken. Dit intensieve contact draagt bij aan verhoging van de kwaliteit van de medische zorg aan de patiënten. De respondenten laten zien dat ze de samenwerking met de huisartsen als gelijkwaardig beschouwen. Er is totaal geen sprake van een hiërarchische verhouding tussen deze twee medisch specialisten. Men vindt het fijn als men samen kan optrekken en daarbij ook de verantwoordelijkheid kan delen. Dit alles duidt op een streven naar een sterkere teamidentiteit. Hierbinnen is vooral ook van belang dat men beide in hetzelfde EPD en EVS kan werken.

Dit kwam ook naar voren in het onderzoek van de Hogeschool Windesheim (Hofhuis et al., 2016); “Om een team te worden met een sterke teamidentiteit lijkt vooral het ervaren dat intensief samenwerken met teamleden met andere professionele achtergronden leidt tot een beter kwaliteit: leden van teams die een sterke mate van onderlinge afhankelijkheid ervaren, rapporteren een sterkere teamidentiteit. Daarnaast blijken het onderlinge vertrouwen en de communicatie tussen teamleden een belangrijke rol te spelen: teams met een sterke identiteit kenmerken zich door de aanwezigheid van een gedeeld ICT-systeem en frequent onderling overleg”.

De ervaringen van de veelal ervaren medisch specialisten hebben tot inzichten geleid, die gebruikt kunnen worden bij het bevorderen van de medische zorg binnen instellingen waarbinnen de medisch en generalistisch specialist werkzaam zijn. Dankzij een stapsgewijze analyse worden patronen zichtbaar waarmee de onderzoeker in staat is de ervaringen om te zetten naar thema's die bruikbaar zijn bij het bevorderen van de medische zorg overdag en tijdens de ANW. De verhalen zijn als uitgangspunt genomen. Binnen de verhalen werden er 2 soorten verhaallijnen zichtbaar, die resulteerden in bruikbare thema's. Daarnaast werden de resultaten van de overige vragen gebruikt als toetsing en aanvulling hieraan.

De resultaten van de narratieve analyse, waarbij de onderzoeker heeft gekeken naar de “tevreden factor”, staan voor de factoren die de respondenten willen behouden. Door de analyse van deze ervaringen heeft de onderzoeker de waarderende factoren kunnen destilleren. Daarnaast werden in de andere verhaallijn de ontevreden factoren besproken. De ontevreden verhalen eindigen met de oplossing van de “ontevredenheid”. Er wordt lering uit deze verhalen getrokken. De lering, die wordt getrokken uit dit ontevreden verhaal, wordt gewaardeerd en is meegenomen.

De thema's die in paragraaf 4.3.1 zijn beschreven hebben direct en indirect te maken met kwaliteit. Zoals vermeld is kwaliteit van medische zorg, waarbij sprake is van meerdere zorgprofessionals, onlosmakelijk verbonden met de wijze waarop invulling wordt gegeven aan samenwerken.

Dit komt tot uiting in organisatorische ingrediënten, zoals een gezamenlijk EPD en EVS, gezamenlijke overleggen en de afstemming van de werkverdeling. En in de relaties die men met elkaar aangaat, waarbij sprake is van vertrouwen, begripvol zijn, betrokken zijn en elkaar versterken. Maar ook de manier van communiceren, die open, veilig, zorgvuldig en constructief moet zijn.

Andere voorwaarden zijn, dat men kennis en informatie uitwisselt en van elkaar leert, dat men samen het zelfde doel voor ogen heeft en dat de verantwoordelijkheid en de gevoelens (bv. van machteloosheid) kunnen worden gedeeld. Alles overkoepelend is bovenstaande te versnellen door onder andere onderlinge (laagdrempelige) bereikbaarheid van de zorgprofessionals en door continuïteit in persoon.

Paragraaf 4.3.2, waarin de resultaten van de gegevens van de “ontevreden factor”, worden uiteengezet laten veelal hetzelfde zien. De respondenten benadrukken hier dat er sprake moet zijn van kortere lijnen en meer onderlinge interactie. Daarnaast worden hier de belemmerende factoren geuit, zoals de huidige geldstromen die beperkend werken. Opvallend binnen deze ontevreden factor is wel dat men vooral bezorgd is dat er incidenten plaatsvinden doordat de uitwisseling van informatie, dan wel mondeling, dan wel via een EPD of EVS niet goed verloopt. Men wil dit echt voorkomen. Juist door de thema’s die bij de tevreden factor ook worden benoemd.

Er is zeker een vergelijking te trekken met de klinische microsystemen (Mohr & Donaldson, 2000. Batalden et al., 2002) zoals besproken in paragraaf 2.5. Men is zich bewust van het feit dat het niet alleen draait om de artsen en de patiënt als het gaat om het verbeteren van medische zorg. De organisatie van de zorg is essentieel en gezien de herverdeling van de medische zorg is men op zoek naar de organisatie van de zorg die het best passend is. Hierbij heeft men oog voor een duurzame organisatie. Dit uit zich in de voorwaarden die men van belang acht voor continuïteit van zorg en het feit dat men van elkaar wil leren en insteekt op het stimuleren van onderlinge samenwerking. Kijkende naar de succesfactoren van de klinische microsystemen, zoals het delen van een cultuur van respect (gelijkwaardigheid), gemeenschappelijke waarden, het centraal stellen van de patiënt en de familie erbij betrekken, hebben de resultaten van dit onderzoek het in zich om tot duurzame, hoogwaardige kwaliteit van zorg te komen.

Er is blijkbaar nog wel het een en ander te verbeteren, maar de verbeterpunten zijn helder. Ook binnen dit onderzoek komen net als bij Mohr en Donaldsson (2000) algemene kenmerken naar boven. Kenmerken die men graag wil verbeteren zijn het toegang hebben tot geïntegreerde informatie over hun activiteiten (EPD en EVS) en dat geïntegreerde zorg niet alleen als team alleen moet worden begrepen, maar ook gezien moet worden in relatie tot de patiënten en alle andere actoren in het bredere gezondheidszorgsysteem waarin het team is ingebed.

De tweede en derde subvragen luiden:

**“Wat verstaat men onder kwaliteit van medische zorg? Wat voor invloed heeft herverdeling van de medische zorg op de kwaliteit van zorg en hoe kan de kwaliteit van zorg worden bevorderd?”**,

**“Wat voor invloed heeft herverdeling van de medische zorg overdag en tijdens de ANW op de kennis en kunde van de huisarts en medisch specialist en hoe kan de kennis en kunde van de artsen worden bevorderd?”**.

Hier is te zien dat de thema’s die naar voren kwamen uit de narratieve analyse, daarnaast ook evident naar voren kwamen uit de resultaten van de kwalitatieve analyse van de overige gegevens. De respondenten waren zeer kritisch ten aanzien van wat kwaliteit van medische zorg is. In bijlage D zijn de aspecten gerangschikt volgens de kenmerken van de kwaliteit van zorg. Dit is een duidelijk, maar niet al te overzichtelijk overzicht. Kijkende naar het geheel heeft de onderzoeker de verschillende aspecten kunnen brengen op een hoger abstractieniveau. De genoemde aspecten zijn te betrekken op grofweg vier niveaus.

Het **eerste niveau** (individueel) zit hem in het persoonlijke, het individu zelf. Men is van mening dat elke professional bevoegd en bekwaam(kennis en kunde) moet zijn in zijn eigen expertise, maar daarbij ook deze expertise moet bijhouden. Meerwaarde van de herverdeling is wel dat men de mogelijkheid heeft om samen op te trekken en hierdoor in staat is eenvoudig en praktisch kennis uit te wisselen. Gevolg is dat van beide artsen de kennis en kunde toeneemt. De kennis en kunde kan dus door intensief en vooral persoonlijk contact worden bevorderd. Los van het feit

dat iedere zorgprofessional bekwaam moet blijven op zijn of haar eigen specialisme en zich daar in zal moeten blijven scholen.

Het **tweede niveau** (netwerk) zit hem in de wijze waarop de professional inhoud geeft aan zijn of haar plaats in het netwerk rondom de patiënt. Men is van mening dat men goed moet kunnen samenwerken met alle andere (zorg)professionals rondom de patiënt, maar ook met de mensen dichtbij de patiënt.

Het **derde niveau** (organisatie) zit hem in de wijze waarop binnen de instellingen de medische zorg georganiseerd is. Hierbij ziet men graag afstemming in waar en wanneer met elkaar spreekt en tevens dat bereikbaarheid en interactie gefaciliteerd wordt.

En het **vierde niveau** (systeem) ligt op het terrein van de organisatie in de zorg als geheel in Nederland met daarin het onderdeel wet- en regelgeving. Men geeft hierbij aan dat geldstromen moeten meebewegen met de geleverde zorg. Ditzelfde ziet men graag terug in de eisen voor herregistratie ten aanzien van de SO's en AVG's, als ten aanzien van de huisartsen.

In bijlage D heeft de onderzoeker achter de aspecten aangegeven onder welk niveau deze valt: "I" van individueel, "N" van netwerk, "O" van organisatie en "S" van systeem. Kernthema's zijn dus **samenwerken, het afstemmen van het samenwerken het organiseren van het samenwerken**. De onderzoeker is zich bewust van het feit dat samenwerken essentieel is. Dit bleek ook al uit het literatuuronderzoek en uit het veldonderzoek. Daarom zijn de factoren die bevorderend werken ook zeer interessant. Deze factoren kunnen het samenwerken op een hoger niveau brengen en op haar beurt de kwaliteit van medische zorg verhogen. De resultaten tonen ook hier veel factoren die eerder al naar voren kwamen uit de narratieve analyse van de verhalen en uit de kwalitatieve analyse van de kwaliteit. Het is duidelijk dat kwaliteit van medische zorg, naast natuurlijk kennis over de professionaliteit die men beoefent, zeer afhankelijk is van samenwerken, binnen de onderzochte situatie. Het samenwerken kan volgens de respondenten het beste tot bloei komen als men de factoren volgt die genoemd zijn in bijlage G, tabel G2. Veruit de belangrijkste zes factoren hierbij zijn, dat:

- men elkaar kent
- men elkaar weet te vinden
- men samen wil optrekken
- men elkaars expertise kent
- er sprake is van een positieve beleving
- er sprake is van gelijkwaardigheid

De onderzoeker heeft alle bevorderende factoren ondergebracht onder deze zes belangrijkste factoren. Voor dit overzicht zie bijlage H. Deze zes bevorderende factoren hebben dus een positieve, stimulerende invloed op de onderlinge samenwerking. En die invloed strekt zich niet alleen uit op individueel niveau, maar eveneens op de andere niveaus. Deze zes factoren hebben een katalytische werking op de onderlinge samenwerking op alle vier niveaus.

De laatste subvraag luidt:

**“Op welke wijze leidt herverdeling van de medische zorg overdag en tijdens de ANW tot een verbeterde werkbelasting voor medisch specialisten en hoe bevordert de werkbelasting van de medisch specialist de medische zorg?”**

Hier is men over de werkbelasting duidelijk en consequent. De respondenten zijn het er unaniem over eens dat dit een positieve invloed heeft op hun werkbelasting. Maar daarnaast benadrukt

men dat dit een nog grotere invloed heeft op de kwaliteit van de zorg. Enerzijds omdat men beter uitgerust aan het werk kan gaan en anderzijds omdat men nu effectievere zorg kan leveren. Men kan zich nu overdag continu en langere tijd bezig houden met de complexere problematiek. Volgens de respondenten is er dankzij de herverdeling een betere balans tussen generalisten en specialisten, en een betere afstemming tussen (aspecten van) de zorgvraag en de zorgaanbieders die hiervoor de juiste competenties bezitten.

Kortom, het lijkt erop dat er voor de patiënt in eerste instantie veel winst te behalen valt aan deze herverdeling in de medische zorg. Het wordt er alleen niet eenvoudiger op. De kans van slagen heeft te maken met vele factoren, maar als men daarin slaagt dan zal synergie in de kwaliteit van zorg zegevieren.

Momenteel is er extern alleen nog wel het nodige te verbeteren, omdat deze herverdeling in de weg wordt gestaan door moeizame financiële stromingen en tevens niet meebewegende, maar eerder conservatieve wet- en regelgeving, als het gaat om de herregistratie-eisen van de artsen. Daarnaast zal aan de voordeur van de opleiding meer integratie en samenwerking moeten plaatsvinden, zodat men elkaars expertise nog beter op waarde weet te schatten.

Op basis van het bovenstaande heeft de onderzoeker onderstaand beginnend conceptueel model (zie figuur 3) kunnen opstellen. Het is gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek met daarin meegenomen het literatuuronderzoek en toont een visuele weergave van de interpretatie van de onderzoeker. Hoofdzaak binnen de herverdeling van de medische zorg is dat er een collega medisch specialist (huisarts) bij komt. Dit gaat gepaard met een nieuwe dynamiek (herverdeling zorg), waarbij de medische zorg aan de patiënt centraal staat.

Kijkende naar het model is te zien dat de kwaliteit van medische zorg afhankelijk is van vier niveaus (individueel-, netwerk-, organisatie- en systeemniveau). Uit het onderzoek komt naar voren dat de artsen gemotiveerd zijn om samen te werken. Er is een duidelijk doel voor ogen en dat is de zorg voor de patiënt. De kwaliteit van zorg wordt hierbij beïnvloedt vanuit het individuele- en netwerkniveau

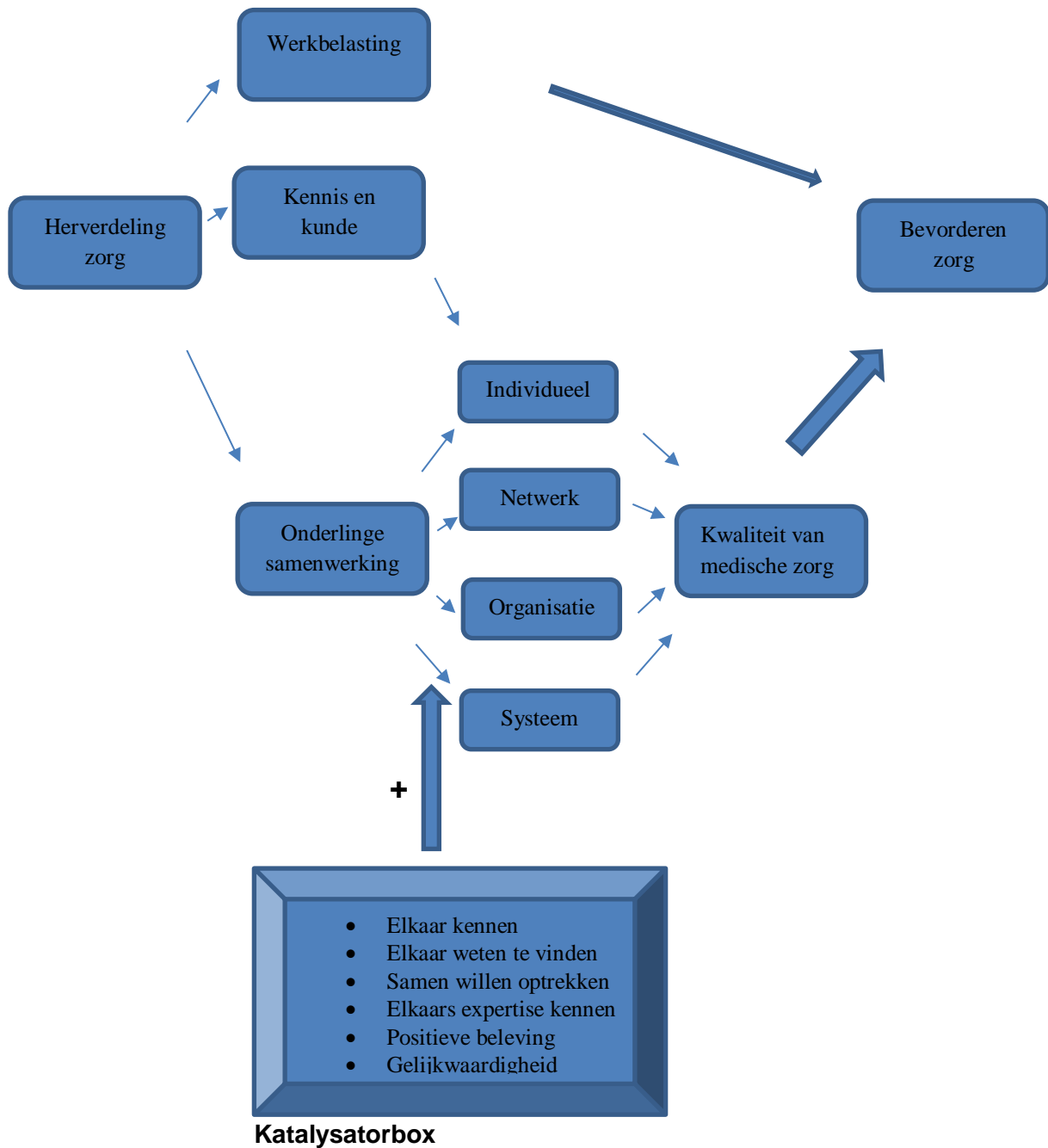
Wat op z'n minst opmerkelijk is, dat in de praktijk de artsen op de werkvloer de kwaliteit een warm hart toe dragen en daar hun uiterste best voor doen, maar dat zij ook afhankelijk zijn van niveau drie (organisatieniveau) en vier (systeemniveau).

De zes factoren van de "katalysator" (zie de omlijste box in figuur 3) zullen gefaciliteerd moeten worden om de kwaliteit te kunnen verhogen. De zes factoren hebben een katalytische werking op de onderlinge samenwerking op alle vier de niveaus. Hierbij is dus ook een adequaat toegepaste organisatie van belang en tevens een systeem die dit tot stand kan brengen. Er dient dus ook sprake te zijn van onderlinge samenwerking tussen alle vier de niveaus. Alle niveaus zullen contact met de werkvloer moeten hebben. De mensen die uiteindelijk het "echte" werk doen zullen gehoord en begrepen moeten worden, zodanig dat hiermee de medische zorg op een hoogwaardig niveau kan worden uitgevoerd. De organisatie en het systeem zullen het netwerk en individu moeten ondersteunen. Hiervoor zou meer gebruik moeten worden gemaakt van incentives, zoals bv. financiële prikkels. Hierbij valt te denken aan het stimuleren van face-to-face momenten, zoals overleggen.

Samenwerken moet beloofd worden. Uiteindelijk is de zorgprofessional verantwoordelijk voor de geleverde zorg. Deze zou meer inspraak moeten hebben in hoe de zorg geleverd moet worden en welke middelen daarvoor noodzakelijk zijn. In het model geven de pijlen aan dat onderlinge samenwerking invloed heeft op alle vier de niveaus. Indien de bevorderende factoren in de katalysatorbox worden nageleefd zal dit de onderlinge samenwerking positief beïnvloeden op de verschillende niveaus. Dit heeft tot gevolg dat de kwaliteit van medische zorg toeneemt, wat dan weer de zorg bevordert. Ook levert, dankzij de herverdeling van de zorg, een verbeterde werkbelasting en toegenomen kennis en kunde, een bevordering op van de zorg.



**Thema's bij het bevorderen van medische zorg aan patiënten in instellingen:**



**Figuur 3:** Beginnend conceptueel model

Uit de resultaten valt te concluderen dat de medisch specialisten tevreden en enthousiast zijn met de komst van de huisartsen in hun instellingen. Men waardeert de huisarts en geeft aan dat de beide artsen elkaar versterken door middel van samenwerken, het uitwisselen van kennis tijdens het samen zien van patiënten en tijdens de (structurele) overleggen, en door het beide documenteren in een gezamenlijk EVS en EPD. Er is duidelijk sprake van gelijkwaardigheid in de samenwerking.

## 6. Conclusie en aanbevelingen

Het zorglandschap is ingewikkeld ingericht en dus niet eenvoudig te doorgronden. In hoofdstuk 1 heeft de onderzoeker hier wat meer duidelijkheid in proberen te brengen voor de lezer. Gezien het onderzoek dat zich beperkt tot medische zorg binnen instellingen heeft de onderzoeker de verschillen ten opzichte van de medische zorg aan de patiënt buiten de instelling inzichtelijk gemaakt. Vervolgens heeft de onderzoeker deze verschillen benadrukt en de maatschappelijke relevantie van het onderzoek naar voren gebracht. In ditzelfde hoofdstuk heeft de onderzoeker de onderzoeksdoelstellingen en de onderzoeksvragen uiteen gezet.

In hoofdstuk 2 heeft de onderzoeker het theoretisch kader beschreven. Gezien het binnen dit onderzoek om een unieke situatie gaat, heeft de onderzoeker getracht literatuur te betrekken die van meerwaarde kan dienen.

Vervolgens kwam de methodologie van het onderzoek in hoofdstuk 3 aan bod, gevolgd door hoofdstuk 4 waar een beschrijving van de uitkomsten heeft plaatsgevonden.

In hoofdstuk 5 heeft de onderzoeker de antwoorden op de onderzoeksvragen aan de hand van de bevindingen en in relatie tot het theoretische kader uiteengezet.

### 6.1 Conclusie

De unieke situatie die in Nederland geldt, maakt het niet eenvoudig om wetenschappelijk onderzoek te vergelijken of te extrapoleren. Dit is precies de reden waarom dit onderzoek enorm bijdraagt aan kennisvorming. Juist door “practice-based evidence” is de kennisvorming zeer nuttig. De marktwerking in de zorg heeft ertoe geleid dat deze unieke situatie, waarbij de huisarts de medisch specialist komt ondersteunen binnen de muren van verschillende instellingen, is ontstaan. Vanuit de wet- en regelgeving hebben niet alle patiënten in instellingen een huisarts als eerste aanspreekpunt. Dit maakt de zorg complex, maar ook de zorg zelf is juist bij de patiënten in instellingen complexer. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om juist de ervaringsdeskundigen binnen deze unieke situatie te benaderen voor dit kwalitatieve onderzoek. Hierbij heeft de onderzoeker als doelstelling te onderzoeken hoe de medische zorg, aan patiënten in instellingen, tussen de eerste lijn en tweede lijn kan worden bevorderd.

Dit leidde tot de volgende hoofdonderzoeksvraag:

**“Op welke wijze leiden de ervaringen van de medisch specialisten met de samenwerking met de huisarts binnen de herverdeling van de medische zorg tot het bevorderen van de medische zorg overdag en tijdens de ANW?”**

Complexe problematiek vraagt om hoogwaardige zorg. De huidige markt en de huidige maatschappelijke ontwikkelingen vragen om geïntegreerde zorgverlening voor “gehospitaliseerde” patiënten. Medisch specialisten die elkaar kennen, elkaar aanvullen en elkaar ondersteunen binnen de medische zorg kunnen leiden tot synergisme ten aanzien van de kwaliteit van medische zorg. Hierbij zijn bepaalde factoren van invloed, die visueel zijn weergegeven in figuur 3.

Kwaliteit van medische zorg zit in de basis in de deskundigheid van elke zorgprofessional, maar als het gaat om interprofessioneel of multidisciplinair samenwerken zit het vooral in de kwaliteit van samenwerken of de kwaliteit daadwerkelijk tot uiting komt. Indien de leden van het team rondom de patiënt zich houden aan een aantal onderlinge verwachtingen leidt de kwaliteit van (medische) zorg tot synergisme. Dit heeft dus een grote meerwaarde voor de patiënt, maar ook voor de leden van het team.

De kwaliteit van zorg komt uiteindelijk tot uiting op de werkvloer. Een onderlinge samenwerking, zoals tussen de zorgprofessionals op de werkvloer, is niet alleen direct op de werkvloer van belang, maar ook indirect via de organisatie en het systeem erom heen.

Wie bepaalt de kwaliteit? In ieder geval moet de organisatie en het systeem aansluiten op de kwaliteit van zorg die men wil leveren. Hierbij is het essentieel dat er inbreng is vanaf de werkvloer tot het bepalen van kwaliteitseisen en tot het bepalen van faciliterende instrumenten en mogelijkheden.

Dankzij de herverdeling van de medische zorg binnen de onderzochte instellingen is het noodzakelijk dat er een balans tussen generalisten en specialisten ontstaat. Dit vereist een goede afstemming tussen (aspecten van) de zorgvraag en de zorgaanbieders die hiervoor de juiste competenties bezitten. Het lijkt erop dat er voor de patiënt veel winst te behalen valt aan deze herverdeling in de medische zorg binnen instellingen.

## 6.2 Aanbevelingen

Er kunnen een aantal aanbevelingen worden opgesteld die nodig zijn om de medische zorg aan patiënten in instellingen te bevorderen.

### **Aanbeveling 1:**

*Zorg ervoor / faciliteer dat het beter mogelijk is om samen te werken op en tussen alle niveaus*

De verschillende zorgprofessionals binnen het netwerk zullen bij elkaar moeten worden gebracht. Hiervoor zullen ruimtes beschikbaar moeten zijn, die voorzien zijn van alle voorzieningen, zoals bv. een scherm waarop het EPD en EVS kan worden geprojecteerd. De instellingen zullen er goed aan doen de verschillende zorgprofessionals in nabijheid van elkaar te stationeren en te voorzien van de modernste communicatiemiddelen (bv. smartphones).

### **Aanbeveling 2:**

*Zorg ervoor dat relationele coördinatie (financieel) beloond wordt.*

Door bijvoorbeeld financiële incentives aan te brengen en hierdoor nadruk te leggen op, en het stimuleren van, het aangaan van relaties en het stimuleren van communicatie onderling. Zoals face-to-face ontmoetingen, zowel spontane, als georganiseerde ontmoetingen (overleggen). Dit zal de sociale interacties bevorderen. Daarnaast zal er sprake moeten zijn van gelijkwaardigheid, het samen willen optrekken en een positief teamklimaat. Dit vergemakkelijkt de relationele coördinatie.

### **Aanbeveling 3:**

*Zorg voor gelijkwaardige eerstelijnszorg, breng de huisarts in positie voor patiënten in instellingen.*

Maak de huisarts voor alle mensen de poortwachter tot de zorg, ook voor de mensen in instellingen. De huisarts is de generalistisch specialist bij uitstek en heeft in de ogen van de medisch specialisten een grote meerwaarde, juist in samenwerking met hen. De huisarts kan het beste schatten welke zorg nodig is voor iedere patiënt, ook voor patiënten in instellingen, en heeft ook de competenties in huis met betrekking tot spoedzorg. De zorgvragen worden op deze wijze beter belegd bij de juiste specialist.

### **Aanbeveling 4:**

*Zorg ervoor dat het systeem de kwaliteitseisen passend maakt en houdt bij de huidige ontwikkelingen.*

Vanuit de CGS zou er meer betrokkenheid moeten zijn met betrekking tot de maatschappelijke ontwikkelingen. Het kan niet zo zijn dat een SO geen ANW hoeft te doen voor haar populatie, terwijl huisartsen die deze ANW wel doen niet beloond worden voor deze doelgroep. Daarnaast worden SO's, AVG's en psychiaters niet opgeleid in spoedzorg. We kunnen dit dan ook niet van

ze verwachten. Kortom, zet de juiste specialist in met de juiste competenties en pas de kwaliteitseisen hierbij aan.

**Aanbeveling 5:**

*Zorg voor een eenvoudige en duidelijke bekostiging van de medische zorg in instellingen, zodat er alle noodzakelijke zorg verricht kan worden.*

De term “ontschotten” maakt veel duidelijk. De financiële stromen zullen moeten volgen op de noodzakelijke zorg, zodat noodzakelijke zorg niet tegengehouden wordt doordat er een “schot” tussen zit. Daarbij zal zorg eenvoudig moeten kunnen worden gedeclareerd, zonder dat hier (te)veel tijd aan moet worden besteed. Zorgprofessionals moeten geen belemmeringen ondervinden bij het leveren van zorg aan patiënten.

## 7. Reflectie

Door zo intensief en langdurig een onderwerp te bestuderen kom je tot inzichten. En ook nu zorgt het ervoor dat mijn ogen geopend worden. Mijn verwachtingen lagen vooral lokaal op het vlak tussen de medisch specialist en de huisarts, maar al snel werd het onderzoek breed getrokken en kwam uit alle interviews naar voren dat juist de medische zorg, geleverd door de medisch specialisten, “highly systemic” en bovenal “deeply personal” is. Het systemische kwam tot uiting in de thema’s van het betrekken van familie en andere belanghebbenden, maar ook de zorgen over de financiering en de kwaliteitseisen. Daarnaast kwam er veel gevoel naar voren waar ik als gevoelsmens veel mee heb. Het heeft me enthousiast gemaakt.

Mijn positionering als onderzoeker heeft gezien het feit dat ik eveneens huisarts ben naar mijn mening de resultaten van het onderzoek verrijkt. Het was hierdoor mogelijk om veel informatie van de respondenten los te krijgen. De bias waar ik ongerust over was heb ik dankzij de thematische analyse weten te verwaarlozen. Ik kon op deze wijze dichtbij de oorspronkelijke tekst blijven en de informatie gebruiken voor verdere interpretatie. De verwondering zit hem in de betrokkenheid van de respondenten wat een enorme rijkdom van gegevens opleverde. Juist deze gegevens, maar ook de literatuurstudie, fascineerde me.

Ook voor mijzelf is het werk dat ik doe “deeply personal”. Ik kan mezelf zijn in mijn werk. De werkzaamheden verplaatsen zich alleen wat meer van het individuele en persoonlijke naar het meer systemische, waardoor uiteindelijk de zorg aan elk individu er beter van moet worden. Mijn bereik wordt groter op deze wijze. Ook deze thesis heeft mijn bewustzijn, en daarbij het belang van het feit dat het leven “highly systemic” is, enorm doen groeien. Het is fascinerend en enerverend te ervaren dat we het met z’n allen moeten doen. Iedere speler binnen het team is belangrijk en iedere speler kan zijn of haar steentje bijdragen. Binnen de zorg is het uitermate belangrijk dat er duurzame kwaliteit van (medische) zorg wordt gerealiseerd, zowel in het opbouwen van kennis, als in het realiseren van duurzame zorgverlener-patiëntrelaties.

Bovenstaande laat ook meteen zien waar de beperking van dit onderzoek ligt. Het onderzoek focust op de kijk en beleving van de medisch specialist. Maar er zijn veel meer spelers die een steentje bijdragen. In eerste instantie had een onderzoek bij de huisartsen ook zeer relevant kunnen zijn. Deze heb ik wel via veldonderzoek betrokken, maar het zou een minder eenzijdige blik geven als deze artsen volledig meegenomen waren. Vervolgens zou er ook onderzoek onder de patiënten en onder de andere zorgprofessionals hebben kunnen plaatsvinden. Er ligt dus nog veel te ontdekken, want als het nog breder wordt getrokken naar de organisatie en naar het (landelijke) systeem, dan wordt het duidelijk dat er genoeg materiaal is om te onderzoeken.

De waarde van dit onderzoek zit hem vooral in hoe de artsen met al hun ervaring en beleving het leveren van medische zorg zien en wat ze noodzakelijk vinden bij het met meerdere zorgprofessionals leveren van (medische) zorg aan patiënten in instellingen. Deze kennis en informatie zijn nodig om de kwaliteit te kunnen bevorderen en zo de zorg aan deze patiënten te verbeteren.

Met betrekking tot eventueel vervolgonderzoek zouden de resultaten van dit onderzoek gebruikt kunnen worden voor bijvoorbeeld een kwantitatief onderzoek onder de andere belanghebbenden die rond de medische zorg aan patiënten in instellingen, een rol spelen.

Mijn rol als onderzoeker in deze, is een betrokken huisarts, die zich met hart en ziel in zet voor deze kwetsbare patiënten. Iedereen is druk met zijn werkzaamheden en hierdoor zijn er maar weinig mensen die even afstand kunnen nemen om te zien wat er gebeurt. Het kan toch niet zo zijn dat deze kwetsbare patiënten niet de meest optimale zorg ontvangen, doordat we het met z’n alleen gewoonweg niet efficiënt en effectief regelen. Hopelijk gaat dit onderzoek de ogen openen

en de weg vrijmaken voor betere zorg aan deze kwetsbare patiënten, waarbij de mensen die zich inzetten voor deze patiënten ook beloond en op niveau gewaardeerd worden. In ieder geval zorgt het voor meer draagkracht en ondersteuning ten aanzien van de praktische werkwijze zoals deze momenteel gaande is binnen de muren van de verschillende instellingen. Maar er is nog een weg te gaan ....

## Literatuurlijst

- Baarda, D. B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T. & De Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (3<sup>e</sup> ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Batalden, P.B., Nelson, E.C., Huber, T.P., Mohr, J.J., Godfrey, M.M., Headrick, M.A. & Wasson, J.H. (2002). Microsystems in healthcare: Part I. Learning from high performing front-line clinical units. *Journal on Quality Improvement*, 28(9), 472-493.
- Batalden, P.B., Nelson, E.C., Huber, T.P., Mohr, J.J., Godfrey, M.M., Headrick, M. A. & Homa, K (2003). Microsystems in healthcare: Part II. Creating a rich information environment. Joint commission. *Journal on Quality and Safety*, 29(1); 5-15.
- Christensen, C., Grossman, C., & Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription: A disruptive solution for health care*. New York: McGraw-Hill.
- Competentieprofiel AVG, (2016). Geraadpleegd op 1 november 2018, van <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/03/2016-Competentieprofiel-def-1.pdf>
- Cooperrider, D. L., Whitney, D. K. & Stavos, J.M. (2003). *Appreciative inquiry handbook*. Oakland, CA: Berrett-Koehler.
- Den Boon, C. A., & Geeraerts, D. (2011). *Dikke Van Dale*. Utrecht, Nederland: Van Dale Uitgevers.
- Folke, C., Carpenter, S. Elmqvist T. Gunderson, L., Holling, C.S., & Walker, B. (2002). Resilience and sustainable development: Building adaptive capacity in a world of transformations. *AMBIO: A Journal of the Human Environment*, 31(5), 437-440. <https://doi.org/10.1579/0044-7447-31.5.437>
- Hingstman T.L., Langelaan, M., Wagner C. & Nivel, M. (2012). De dagelijkse bezetting en kwaliteit van zorg in instellingen voor langdurige zorg. Geraadpleegd op 1 november 2018, van <https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/F4C-kennisbank-Rapport-dagelijkse-bezetting-zorg-in-instellingen1-693.pdf>
- Hofhuis, J., Mensen, M., Ten Den, L., Van den Berg, A., Koopman-Draijer, M., Smits, C. & De Vries, S. (2016). Geraadpleegd op 1 november 2018, van [Succesfactoren voor interprofessioneel samenwerken in de wijk. Een kwantitatief onderzoek onder Nederlandse zorg- en welzijnsprofessionals](#). Zwolle: Windesheim.
- Huber M., van Vliet M. & Boers I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip gezondheid. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 2016;160:A7720.
- Huber M., van Vliet M., Giezenberg M. & Knottnerus J.A. (2013). *Towards a conceptual framework relating to 'Health as the ability to adapt and to self manage', operationalisering gezondheidsconcept*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.

- Gittel, J. H., Godfrey M., & Thislethwaite, J. (2012). *Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships*. *Journal of interprofessional care*, 27(3) 2012; <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.730564>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (z.d.). *Huisartsenzorg voor patiënten met een WI<sub>z</sub>-indicatie*. Geraadpleegd op 1 november 2018, van <https://www.lhv.nl/service/huisartsenzorg-voor-patiënten-met-een-wlz-indicatie>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (z.d.). *Meer tijd voor de patiënt*. Geraadpleegd 1 november 2018, van <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/meer-tijd-voor-de-patient>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (z.d.). *Verwarring over WI<sub>z</sub>-declaraties huisartsen*. Geraadpleegd 1 november 2018, van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/verwarring-over-wlz-declaraties-huisartsen>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (z.d.). *LHV gaat in overleg met VWS over huisartstekorten*. Geraadpleegd 1 november 2018, van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-gaat-overleg-met-vws-over-huisartstekorten>
- Lifvergren, S., Andin, Huzzard, T. & Hellström, A. (2012). *Organizing for sustainable healthcare* (1<sup>st</sup> ed., Chapter 6). Publisher: Emerald
- Lifvergren, S., Huzzard, T., & Docherty, P. (2009). *Creating sustainable work systems* (2<sup>nd</sup> ed., blz. 167-185). London: Routledge.
- Mohr, J.J., & Donaldson, M.S. (2000). *Exploring innovation and quality improvement in healthcare microsystems – A cross-case analysis. A technical report for the institute of medicine committee on the quality of health care in America*. Washington; Institute of Medicine.
- Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (2010). *De medisch specialisten van straks*. Geraadpleegd 1 november 2018, van <https://www.nfu.nl/img/pdf/DeMedischSpecialistVanStraksNFU-10.0694.pdf>
- Raad voor Volksgezondheid en zorg (2010). *Numerus fixus geneeskunde: Vasthouden of loslaten*. Geraadpleegd 1 november 2018, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2010/01/29/numerus-fixus-geneeskunde-loslaten-of-vasthouden>
- Riessman, Catherine Kohler (2005). *Narrative analysis*. In: *Narrative, memory & everyday Life*. University of Huddersfield, blz. 1-7.
- Riessman, Catherine Kohler (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles: Sage Publications.
- Rijksoverheid (z.d.), *Eerstelijnszorg*. Geraadpleegd op 1 november 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>
- Rijksoverheid (z.d.), *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Geraadpleegd op 1 november 2018, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>



Ruth Hammelburg, Wiebe Jan Lubbers & Noks Nauta (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Schols, J. M. G. A. (2000). Geraadpleegd op 1 november 2018, van [In en vanuit het verpleeghuis : samenwerking verpleeghuisarts-huisarts](#). Raamsdonksveer: Vèrse Hoeven

Seligman, M.E.P, Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology. An introduction. American psychologist*, 55 (1) 5-14 Geraadpleegd op 1 november 2018, van <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0003-066X.55.1.5>

Smith S.M. , Cousins G., Clyne, Allwright & O'Dowd T (2017). *Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions*. Cochrane Database Syst. Rev. 2017;2:CD004910

Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde (z.d.). *Over de ziekenhuisarts*. Geraadpleegd op 1 november 2018, van <http://www.vvzg.nl/jouw-vvzg/over-de-ziekenhuisarts>

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (z.d.). *Eerstelijnszorg*. Geraadpleegd op 1 november 2018, van <https://www.venvn.nl/themas/eerstelijnszorg>

Vrijhoef H.J.M. & Huizing A.R. ZIO Integrated Care Network The Netherlands (2017). *Accountable care in practice: global perspectives*. Durham: Duke University.

World Health Organization (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geraadpleegd op 1 november 2018, van [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf;jsessionid=0BDA990A1EF7EF3A33DBE033C369F7B1?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=0BDA990A1EF7EF3A33DBE033C369F7B1?sequence=1)

# Bijlagen