

Tilburg University

De noodzaak van een integrale benadering op het gebied van zorg en welzijn, werk en inkomen

Nouwen, C. R. W.; Driesen, I.

Published in:

Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden

Publication date:

2020

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Nouwen, C. R. W., & Driesen, I. (2020). De noodzaak van een integrale benadering op het gebied van zorg en welzijn, werk en inkomen. In W. Kuijer-Siebelink, S. Weijzen, & F. de Vijlder (Eds.), *Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden* (pp. 51-57). HAN University of Applied Sciences.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

GRENSOVERSTIJGEND SAMENWERKEN, LEREN EN OPLEIDEN IN HET SOCIAAL EN GEZONDHEIDSDOMEIN

**KENNISCENTRUM
PUBLIEKE ZAAK
WIETSKE KUIJER-
SIEBELINK, SASKIA
WEIJZEN, FRANS
DE VIJLDER (RED.)**

OPEN UP NEW HORIZONS.

HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES



WOORD VOORAF

Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden wordt steeds belangrijker geacht voor het kunnen (blijven) leveren van kwalitatief hoogwaardige zorg- en ondersteuning die toegankelijk en betaalbaar is voor iedereen. (Zorginstituut Nederland, 2016). Het gaat hierbij niet alleen om samenwerken tussen verschillende disciplines, waarbij functioneren, veerkracht en eigen regie centraal staan. Het gaat ook over samenwerking in 'consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm' én over verbinding van onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid met elkaar. (Zorginstituut Nederland, 2016).



In deze publicatie belichten we (theoretische) inzichten over het kwalificeren, leren en opleiden van (toekomstig) professionals voor grensoverstijgend werken vanuit verschillende perspectieven in het sociaal en gezondheidsdomein. Daarnaast nemen we u mee in diverse praktijkvoorbeelden van grensoverstijgend werken in relatie tot de ontwikkeling van interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden en de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit.

Ieder hoofdstuk is geschreven door betrokken onderzoekers, die verschillende projecten hebben uitgevoerd. Hierdoor krijgt de lezer een inkijkje vanuit andere perspectieven op grensoverstijgend werken in relatie tot de ontwikkeling van professionaliteit van toekomstig professionals in het sociaal en gezondheidsdomein. Ieder hoofdstuk kent dan ook zijn eigen kleur en zijn eigen focus. Dat is al merkbaar in de terminologie die gebruikt wordt. Daar waar bijvoorbeeld over 'cliënten' gesproken wordt, kan - naar gelang de context - ook burger of patiënt worden gelezen, in diens sociale context. Tevens gebruiken we het woord 'professional'. Hier kan ook beroepskracht, werker en soms ook onbetaald werker of vrijwilliger worden gelezen. We sluiten af met een beschouwing, waarin we de gezamenlijke lessen expliciteren.

Deze publicatie is geïnitieerd vanuit het Kenniscentrum Publieke Zaak van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en draagt bij aan de onderzoeklijnen 'schuivende beroepsbeelden van professionals' en 'innovatie en valorisatie'. Door het samen met onderwijs en praktijk doen van onderzoek en door het breed beschikbaar maken van de resultaten, willen we bijdragen aan de ontwikkeling van de HAN tot een University of Applied Sciences (UAS), het samen werken, leren en innoveren over grenzen heen in publieke domein. Dank gaat uit naar de betrokken studenten, burgers en professionals in het werkveld, die hebben geparticipeerd in de verschillende projecten en naar al degenen binnen en buiten de hogeschool die in welke vorm ook hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit werk.

We hopen met deze publicatie concrete handvatten mee te geven en te inspireren voor de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit van (toekomstig) professionals in het sociaal en gezondheidsdomein door grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden. Werken aan de ontwikkeling van de juiste houding voor de juiste professionele aanpak.

Wietske Kuijer-Siebelink, Saskia Weijzen en Frans de Vijlder, september 2019

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|-----------|
| WOORD VOORAF | 3 |
| INHOUDSOPGAVE | 5 |
| DEEL I KWALIFICEREN, LEREN EN OPLEIDEN | 7 |
| 1 INTERPROFESSIEEL SAMENWERKEN, LEREN EN OPLEIDEN IN DE GEZONDHEIDSZORG | 8 |
| 1.1 Belang van samenwerking in de gezondheidszorg | 8 |
| 1.2 Interprofessionele samenwerking | 9 |
| 1.3 Interprofessioneel opleiden | 11 |
| 1.4 Interprofessioneel leren | 13 |
| 1.5 Professionele leer- en innovatiewerkplaatsen | 13 |
| Literatuur | 14 |
| 2 DE NETWERKPROFESSIONAL: EEN LERENDE WERKER | 17 |
| 2.1 Wat netwerkprofessionaliteit is en waarom het moet | 17 |
| 2.2 Netwerkprofessionaliteit ontwikkelen: wat betekent dit voor het opleiden voor zorg- en welzijnsberoepen? | 19 |
| 2.2.1 Nieuwe benadering van opleiden nodig voor het ontwikkelen van netwerkprofessionaliteit | 20 |
| 2.2.2 Opleiden als onderdeel van een lerende omgeving, lerende wijk | 20 |
| 2.2.3 Leeraanpakken voor de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit | 23 |
| 2.3 De potentie van ethiekondersteuning voor de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit | 24 |
| Literatuur | 25 |
| 3 EEN NIEUW GEZONDHEIDSINITIATIEF: WAT VRAAGT DAT VAN DE BURGER EN DE PROFESSIONAL IN HET SAMEN WERKEN EN LEREN? | 27 |
| 3.1 Inleiding | 27 |
| 3.2 Drie gezondheidsinitiatieven nader onderzocht | 28 |
| 3.3 Resultaten | 30 |
| 3.4 Discussie | 35 |
| 3.5 Conclusie | 37 |
| Literatuur | 38 |
| 4 SAMENWERKEN IN DE 1E LIJN VRAAGT OM INTERPROFESSIELE VERANTWOORDELIJKHEID | 39 |
| 4.1 Inleiding | 39 |
| 4.2 Methode | 40 |
| 4.3 Resultaten | 40 |
| 4.4 Conclusie en discussie | 48 |
| Literatuur | 50 |

| | | |
|----------------|---|-----------|
| 5 | DE NOODZAAK VAN EEN INTEGRALE BENADERING OP HET GEBIED VAN ZORG EN WELZIJN, WERK EN INKOMEN | 51 |
| 5.1 | Het belang van integraal werken | 51 |
| 5.2 | Transities in het sociaal domein | 53 |
| 5.3 | Interprofessioneel samenwerken | 54 |
| 5.4 | Behoeftte aan verder onderzoek | 56 |
| | Literatuur | 56 |
| DEEL II | PRAKTIJKVOORBEELDEN | 58 |
| 6 | DE ONTWIKKELING VAN NETWERKPROFESSIONALITEIT EN EEN LEERLABORATORIUM | 60 |
| 6.1 | Inleiding: de geboorte van het idee | 60 |
| 6.2 | Doel en context scherp krijgen | 61 |
| 6.3 | Naar een leerlaboratorium | 62 |
| 6.4 | Doorontwikkeling | 64 |
| 6.5 | Het leerlaboratorium 'ParkinsonNet' | 64 |
| 6.6 | Besluit | 67 |
| | Literatuur | 67 |
| 7 | DE STUDENT ALS CHANGE AGENT? GRENSOVERSTIJGEND LEREN EN WERKEN TER VERBETERING VAN GEÏNTEGREERDE ZORG | 68 |
| 7.1 | De context | 68 |
| 7.2 | De uitdaging | 68 |
| 7.2 | Samenwerken in leren en opleiden | 69 |
| 7.3 | Change agency | 71 |
| 7.4 | De student als change agent | 71 |
| 7.5 | Boundary Crossing | 73 |
| 7.6 | Van change agent naar grensganger | 74 |
| 7.7 | De rol van grensganger in het samen werken, leren en opleiden ter bevordering van geïntegreerde gezondheidszorg | 74 |
| | Literatuur | 76 |
| 8 | BEÏNVLOEDEN VAN PRAKTIJKEN DOOR NETWERKSAMENWERKING | 77 |
| 8.1 | Praktijken veranderen | 77 |
| 8.2 | Vier aangrijpingspunten om praktijken te veranderen | 78 |
| 8.3 | Het beïnvloeden van praktijken in praktijk gebracht | 80 |
| 8.4 | Tot slot | 83 |
| | Literatuur | 84 |
| 9 | SLOTBESCHOUWING | 85 |
| 9.1 | Rode draden | 85 |
| 9.2 | Lerend op avontuur | 86 |
| | Literatuur | 89 |
| | Over de auteurs | 89 |

COLOFON

HAN University of Applied Sciences

Grensoverstijgend samenwerken, leren en opleiden in het sociaal- en gezondheidsdomein.

Wietske Kuijer-Siebelink, Saskia Weijzen, Frans de Vijlder (red.)

September 2019

Foto cover

Professionals vanuit zorg en publieke gezondheid, burgers en studenten werken en leren samen over gezond ouder worden in Lent. Foto: Wietske Kuijer-Siebelink

Opmaak

Emotion

Fotografie

Rob Gieling

Kenniscentrum Publieke Zaak

Postbus 6960

6503 GL

Nijmegen

Blog: <https://blog.han.nl/publiekezaak>

© HAN University of Applied Sciences,
The Netherlands 2019

DEEL I

KWALIFICEREN, LEREN EN OPLEIDEN



HOOFDSTUK 1 INTERPROFESSIEEL SAMENWERKEN, LEREN EN OPLEIDEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Wietske Kuijer-Siebelink en Nynke Scherpbier-de Haan

In dit hoofdstuk gaan we in op interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden in de gezondheidszorg. We besteden specifiek aandacht aan één van de grootste uitdagingen van dit moment: hoe interprofessioneel samenwerken en opleiden in te bedden in opleidingscurricula.

1.1 BELANG VAN SAMENWERKING IN DE GEZONDHEIDSZORG

De verwachting is dat er in 2030 bijna geen enkelvoudige zorgproblemen meer voorkomen (Kaljouw, M., & Van Vliet, K., 2015). De kostenstijging in de gezondheidszorg wordt in de toekomst grotendeels veroorzaakt door het toenemend aantal ouderen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid, 2018; Van Rooijen, Goedvolk, & Houwert, 2013) en doordat de meeste mensen met een hulpvraag zich bewegen in meerdere zorggebieden (Kwartel, Bloemendaal, Velde, & Wind, 2012). De trend is om laag complexe zorg- voor zover deze nog in de tweede lijn wordt geleverd- te beleggen binnen de eerste lijn. Mensen worden mondiger en willen steeds meer regie hebben over hun eigen gezondheid en zorg. Ook de overheid stuurt erop aan dat mensen zelf de regie nemen en daar hun netwerk in betrekken. Zorg- en welzijnsprofessionals zullen steeds vaker werken in multidisciplinaire of interprofessionele teams waar ook de burger/cliënt deel van uitmaakt of zelfs (zo mogelijk) de regie van voert. In de eerstelijnszorg, wordt hierbij 'wijkgericht werken', waarbij zorg-

dienstverlening in samenhang wordt georganiseerd, steeds belangrijker. Bij wijkgericht werken gaat het niet alleen om een integrale benadering van problemen van cliënten om individuele zorg en ondersteuning dicht bij huis te realiseren, maar ook om gezondheidsbevordering op wijkniveau (Nivel, 2009; Ministerie VWS, 2011). Door zorg en ondersteuning dicht bij de mensen te brengen, kunnen gezondheidsproblemen worden voorkomen, of sneller, effectiever en goedkoper worden opgepakt door mensen zelf of, indien nodig, door zorgverleners (Schelleman-Offermans et al, 2015). In een onlangs verschenen rapport "De vele beelden van integraal werken" (Polstra et al, 2018), wordt geconcludeerd dat er verschillende beelden zijn van integraal werken, integrale aanpak of integrale benadering, afhankelijk van het perspectief waaruit gekeken wordt.

Een integrale benadering wordt op individueel niveau ook wel uitgelegd als aandacht hebben voor alle problemen van de cliënt: denken en doen vanuit een holistisch mensbeeld. Op wijkniveau betekent integraal dat gezondheidszorg en sociaal domein hun activiteiten combineren en op elkaar afstemmen, om zo samenhangende, toegankelijke zorg en ondersteuning te bieden (Valentijn et al, 2015).

1.2 INTERPROFESSIELE SAMENWERKING

(Toekomstige) professionals uit het domein van de gezondheidszorg erkennen het toenemend belang van samenwerken met professionals van andere vakgebieden. (Wierda-Boer, Kuijer-Siebelink, & de Vijlder, 2016). Vyt beschrijft dat er voor samenwerking zorgcoördinatie nodig is; "De nood aan zorgcoördinatie doet zich vooral voor bij complexe zorgsituaties: als de zorgverlening ingewikkeld wordt, als er meerdere zorgverleners bij de zorg betrokken zijn en als de thuisituatie en de mantelzorg meer ondersteuning nodig hebben" (Vyt, 2012). De financiering van de zorg moet zodanig zijn dat het samenwerking stimuleert, of op zijn minst niet ontmoedigt.

In grote lijnen zorgen netwerken voor een structuur waarin zorgprofessionals nauwer kunnen samenwerken en kennisdeling plaats vindt tussen individuen en organisaties over de beste interventies. Hierdoor zal de kwaliteit van en toegang tot gezondheidszorg voor cliënten verbeteren. (Brown et al, 2016) Voor een effectief netwerk lijkt het belangrijk dat er voldoende middelen zijn, geloofwaardig leiderschap, efficiënt management, verbonden aan effectieve communicatiestrategieën en vertrouwensrelaties (Brown, et al, 2016).

Vanuit verschillende perspectieven zien we een groeiend besef dat interprofessionele samenwerking nodig is om kwalitatief goede, persoonsgerichte zorg te bieden aan cliënten met complexe problematiek (Conti et al, 2016; Watson, Townsley & Abbot, 2002). Er bestaan verschillende definities van interprofessionele samenwerking. Een veel gebruikte definitie in de gezondheidszorg is de definitie vanuit de WHO (World Health Organisation, 2010), die spreekt over 'collaborative practice in healthcare'.

Ondanks de veelheid aan definities spelen vijf onderliggende concepten een rol: 'delen', 'partnerschap', 'macht', 'onderlinge afhankelijkheid' en het 'proces van samenwerking' (D'Amour, Ferrada-Videla, San, & Beaulieu, 2005). Idealiter ontstaat er synergie tussen de verschillende invalshoeken van de verschillende professionals. Hierbij zijn de sociale processen tussen de betrokken



Collaborative practice in healthcare: "zorg- of dienstverlening, waarbij twee of meer gezondheidswerkers van verschillende professionele achtergronden samenwerken met patiënten, hun families, verzorgers en gemeenschap om de hoogste kwaliteit van zorg te bieden in verschillende omgevingen."

"Interprofessionele samenwerking is zorg- of dienstverlening, waarbij twee of meer professionals van verschillende professies samenwerken, waarbij een gezamenlijk doel is geformuleerd die bijdraagt om de hoogste kwaliteit van zorg te kunnen bieden aan de cliënt" (WHO, 2010).

mensen belangrijk ("human process") (D'Amour et al, 2005). Interprofessionaliteit wordt door d'Amour en Oanfdasan (2005) gedefinieerd als:

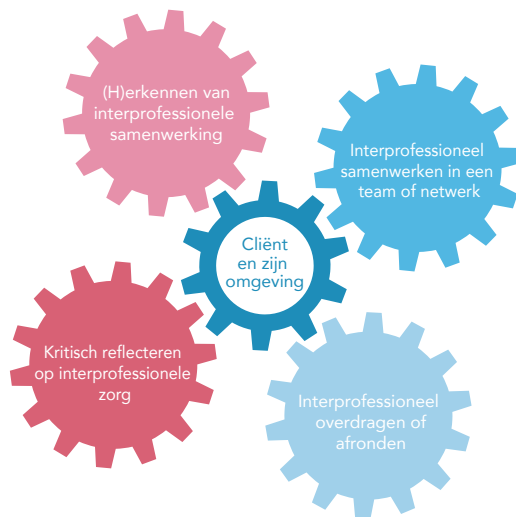
'Interprofessionality is the development of a cohesive practice between professionals from different disciplines. It is the process by which professionals reflect on and develop ways of practicing that provides an integrated and cohesive answer to the needs of a client/ family/ population.' (d'Amour en Oanfdasan, 2005).

Interprofessionele samenwerking draagt bij aan doelgerichte en persoonsgerichte zorg en heeft een positief effect op het welbevinden en het carrièrebeloop van professionals (WHO, 2010). Er zijn meerdere studies die positieve effecten laten zien van interprofessionele samenwerking op cliëntniveau, echter de wetenschappelijke kwaliteit van deze evaluaties is matig. Een recente Cochrane review laat zien dat er nog geen stevige onderbouwing met gecontroleerde interventies bestaat die aantoont dat interventies om interprofessionele samenwerking te stimuleren een gunstig effect hebben op cliëntniveau (Reeves, 2017). Dat betekent niet dat het omgekeerde waar is: dat interprofessionele samenwerking geen effect zou hebben op cliëntniveau.

Er zijn voldoende studies die een positieve trend laten zien. Er is echter behoefte aan goed gecontroleerd onderzoek om dit effect beter te onderbouwen. Gezien de veelheid aan variabelen die een rol spelen is dit moeilijk te realiseren en is het dus niet verbazingwekkend dat dit onderzoek nog niet is uitgevoerd.

Om complexe gezondheidsproblemen aan te kunnen pakken en tevens recht te doen aan persoonsgerichte zorg, moeten professionals de attitude en vaardigheden hebben om goed met andere professionals in teams of netwerken te functioneren. Er zijn verschillende competentie frameworks die inzicht geven in de competenties die nodig zijn voor interprofessionele samenwerking. Deze competenties kunnen cliëntgebonden zijn of juist meer op het niveau van organisatie liggen. Een bekend framework is dat van the Canadian Interprofessional Health Collaborative, welke vier competentiedomeinen onderscheidt: waarden/ethiek voor interprofessioneel samenwerken, rollen en verantwoordelijkheden, interprofessionele communicatie en teams en teamwerk (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

In Nijmegen hebben de Hogeschool van Arnhem Nijmegen en het Radboudumc een gezamenlijk raamwerk¹ voor interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden opgesteld. (Werkgroep IPE HAN-Radboudumc, 2017) (figuur 1.) Het interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden is hierbij gegroepeerd in vier deelgebieden: het (h)erkennen van interprofessionele samenwerking, interprofessioneel werken in een team of netwerk, kritisch reflecteren op interprofessionele zorg, interprofessioneel overdragen of afronden. Daarbij is een toolbox² ontwikkeld met werkvormen die interprofessioneel leren kunnen ondersteunen. Dit is een eerste stap op weg naar verdere samenwerking.



Figuur 1: Het raamwerk IPE is ontwikkeld samen met het Radboud.

We weten dat samenwerken niet vanzelf gaat, en samenwerken vanuit een gezamenlijk doel, voor en met de cliënt, vindt nog maar weinig plaats in de beroepspraktijk (Wierda-Boer et al, 2016). Veel patiënten ervaren dat de gezondheidszorg gefragmenteerd is en dat professionals niet altijd op een constructieve manier met elkaar samenwerken. Dit geldt zowel binnen het ziekenhuis als binnen de eerste lijn. Dit geldt ook bij transmurale samenwerking. En het speelt in de samenwerking tussen (para)medische professionals en professionals die werkzaam zijn in de welzijnssector. Gebrek aan begrip van elkaars rollen en ook de uniprofessionele manier waarop professionals worden opgeleid en hun post initieel onderwijs volgen, zijn - naast bijvoorbeeld de verschillende financieringsstructuren - factoren die daaraan ten grondslag liggen. Als we hier iets aan willen doen zal er op meerdere niveaus geacteerd moeten worden. We staan voor de opgave onze zittende en toekomstige professionals in de gezondheidszorg voor te bereiden om kwalitatief goede, persoonsgerichte zorg te kunnen bieden aan personen met complexe problematiek. Interprofessioneel leren en opleiden is daarbij een belangrijk middel.

1 Raamwerk IPE te raadplegen via: <https://blog.han.nl/publiekezaak/files/2017/03/Raamwerk-IPE.pdf>

2 Toolbox interprofessionele werkvormen te raadplegen via: <https://blog.han.nl/publiekezaak/files/2018/12/Toolbox-interprofessionele-werkvormen.pdf>

1.3 INTERPROFESSIEEL OPLEIDEN

Interprofessioneel Opleiden staat als speerpunt in de beleidsagenda's van de opleidingen in het Hoger Onderwijs in de domeinen van gezondheidszorg en welzijn in de regio Nijmegen.

Interprofessioneel opleiden wordt hierbij gedefinieerd als wanneer (toekomstig) professionals van twee of meer verschillende achtergronden participeren in activiteiten waarbij over, van en met elkaar geleerd wordt om samenwerking en gezondheidsuitkomsten te verbeteren (WHO 2010, p.7).

Het aantal studies dat de effecten van interprofessioneel opleiden (interprofessional education, IPE) evalueert groeit snel. Er zijn positieve uitkomsten op het niveau van student tevredenheid en interprofessionele attitude. Samenwerkingsvaardigheden verbeteren en er zijn ook studies waarin door IPE de organisatie van zorg verbetert. Er zijn een aantal studies die gunstige effecten op het niveau van de cliënt laten zien (Reeves et al, 2016).

Net als interprofessioneel samenwerken, is ook het realiseren van interprofessioneel opleiden niet eenvoudig. Implementatie van IPE vraagt een behoorlijke investering. Het is nodig om collectief achter de interprofessionele onderwijsdoelen te staan (wat moet er worden geleerd), en achter de onderwijs- en leermethoden (hoe). De grootste uitdaging ligt in het daadwerkelijk veranderen van gezondheidszorgopleidingen, aangezien IPE vraagt om verandering op verschillende stakeholder-niveaus: denk hierbij aan accreditatiestandaarden, of professionele standaarden vanuit beroepsgroepen; organisatie en leiderschap van en in het hoger onderwijs; en op individueel niveau, waar docenten/opleiders en/of studenten, impact hebben op de implementatie van IPE in het curriculum (Lawlis et al, 2014).

Er zijn gremia die stellen dat interprofessioneel opleiden zo vroeg mogelijk tijdens de studie geïntroduceerd moet worden om 'hostile stereotyping' tegen te gaan. Gevoelens van machtsverschil tussen verschillende professies kunnen enerzijds het gevoel van urgentie voor IPE versterken, anderzijds kan het constructief interprofessioneel leren in de weg staan (Baker et al, 2011). In de loop van hun studie bleken verschillende studenten (behalve verpleegkundigen) minder bereid te zijn om interprofessioneel onderwijs te volgen (Coster et al, 2008). Anderzijds wordt vaak gesteld dat studenten eerst een beroepsidentiteit ontwikkeld moeten hebben om goed te profiteren van interprofessioneel onderwijs. De beste koers lijkt te zijn om interprofessioneel onderwijs gedurende het hele curriculum op verschillende wijzen en met verschillende doelen aan te bieden (Reeves et al, 2012). Het is van belang dat er tijdens het interprofessioneel opleiden sprake is van een positieve wederzijdse afhankelijkheid en individuele verantwoordelijkheid van de student (Joynes, 2018).

Het inbedden van interprofessioneel leren en opleiden in opleidingscurricula, kent verschillende uitdagingen. We willen graag ingaan op een vijftal uitdagingen, in aansluiting op Anderson et al, (2014, p. 288-289):

→ **Overschrijden van professionele grenzen (boundary crossing).**

Om effectief samen te werken, is het belangrijk dat interprofessioneel onderwijsontwikkelaars elkaars systeem leren begrijpen, om samen tot een gedeelde praktijk te kunnen komen. Bewustwording en begrip van de organisatorische en sociale context waarin je werkt, welke onder andere bestaat uit regels en normen vanuit de beroepsgroep, rollen van de betrokkenen in curriculumontwikkeling maar ook bijvoorbeeld begeleiding- en toetsingsinstrumenten, zijn voorwaardelijk om hiermee productief om te kunnen gaan tijdens curriculumontwikkeling. Dit gaat niet vanzelf. Bij boundary crossing, gaat het erom inspanningen te leveren om positief en productief met grenzen om te gaan. Hierbij worden grenzen geduid als sociaal culturele verschillen ervoor zorgen dat acties of interacties niet de gewenste voortgang hebben of een niet-vanzelfsprekende inspanning vergen (aldus Akkerman en Bakker, 2011, p.133).

Vanuit de theorie over boundary crossing, kunnen 4 leermechanismen ondersteunend zijn aan grensoverschrijdend samenwerken, leren en opleiden: identificatie, coördinatie, reflectie en transformatie. Via deze leermechanismen kunnen mensen elkaars taal leren begrijpen, leren om elkaars perspectieven te willen en kunnen begrijpen, leren verbanden tussen de verschillende perspectieven te zien en deze combineren in een nieuwe oplossing of nieuwe praktijk.

- Inbedding van interprofessioneel opleiden in bestaande opleidingscurricula. Indien interprofessioneel opleiden 'iets extra's' blijft, dan bestaat de kans dat studenten, docenten en managers de motivatie verliezen, en andere (beroepsspecifieke) elementen prioriteit krijgen. Het is dus van belang dat interprofessioneel opleiden op een geïntegreerde wijze is ingebed binnen onderwijsprocessen zo dat het past in de ontwikkeling van de (toekomstig) professional, en bijdraagt aan het leren van de student. Een studie van Ratka, Zorek en Meyer (2017) naar activiteiten en interventies voor succesvolle ontwikkeling van IPE programma's, leert ons dat het volgende bijdraagt aan succesvolle implementatie van IPE: support vanuit het instituut, doelen en uitkomsten gebaseerd op interprofessionele competenties, een focus op creëren van consensus, flexibiliteit creëren en inbedding van een toetsstrategie. Het lijkt een open deur: maar juist in de inbedding van interprofessioneel opleiden, is het belangrijk om professionele (opleidings)grenzen te overschrijden en door boundary crossing, te komen tot een nieuwe 'gedeelde' praktijk.
- Kunnen omgaan met de veranderende en onvoorspelbare aard van de ontwikkeling en uitvoering van interprofessioneel opleiden. Het uitlijnen van de beroepsspecifieke opleiding en interprofessioneel opleiden vraagt om een adaptief en flexibel team, waarvan de leden goed kunnen samenwerken en zelf ook van, met en over elkaar leren. Immers: ook opleidingen zijn continu in beweging. Ontwikkelaars en uitvoerders van interprofessioneel onderwijs moeten kunnen omgaan met onzekerheid en bekend zijn met expansief leren (door verschillende perspectieven

en interpretaties te expliciteren, komen tot een daadwerkelijke verandering, dat realistisch en haalbaar is in de (onderwijs)praktijk (Engestrom, 2001).

- Aandacht hebben voor en gebruik maken van theorieën voor interprofessioneel opleiden. Al eerder is beschreven dat er toenemend bewijs is dat IPE bijdraagt aan interprofessioneel samenwerken (Reeves et al, 2016). Ook hierboven zijn handvatten gegeven vanuit de literatuur voor implementatie van een succesvol IPE programma. Er zijn verschillende theoretische inzichten vanuit onderwijskundige, psychologische en sociologische theorieën die kunnen worden toegepast bij het vormgeven van het interprofessioneel opleiden, (Thistlethwaite, 2012). In een recente publicatie van Hean et al, (2018) wordt de bijdrage van verschillende theorieën uiteengezet t.a.v. curriculum ontwerp en ontwikkeling, uitvoer en evaluatie, zowel voor individueel alsook groepsniveau. Denk hierbij aan theorieën vanuit het sociaal constructivisme (b.v. transformatief leren of culturele sensitiviteit), sociaal kapitaal, of theorieën vanuit systeem-perspectief (b.v. 'practice theory', 'activity theory', 'complexity theory', 'presage-process-product' theorie; zie Hean et al, 2018). Daarnaast zijn richtlijnen beschikbaar voor bijvoorbeeld het selecteren van adequate methodes om interprofessioneel leren te toetsen en om relevante leeractiviteiten te selecteren (Anderson e.a, 2014). Hean et al, (2012) beschreef praktische richtlijnen hoe de theorieën te vertalen naar curriculum onderdelen.
- (H)erkennen dat interprofessioneel leren complex is en dat leerervaringen verschillend zijn. Bij interprofessioneel opleiden zijn per definitie verschillende groepen studenten betrokken. Dat leidt tot verschillende leerervaringen. Studenten verschillen niet alleen als persoon, maar ook vanuit de persoonlijke en professionele normen en waarden die hen gevormd hebben tijdens hun leven en opleiding. (Anderson et al, 2009). Het is van belang om deze diversiteit te waarderen en docenten voor te bereiden op het 'managen' van het leren in interprofessionele groepen.

1.4 INTERPROFESSIELE LEREN

We kunnen aannemen dat goed voorbereide studenten bijdragen aan de ontwikkeling van nieuwe gezamenlijke routines, in een rol als 'change agent' (Frenk et al, 2010). De vraag is echter of dat voldoende is om de gevraagde transformatie te realiseren. Immers: de huidige professionals fungeren als rolmodel bij het opleiden van de toekomstige collega's.

IPE wordt dan ook niet alleen in het initieel beroepsonderwijs gepositioneerd, maar is onderdeel van het leven lang leren en professionele ontwikkeling van de welzijns- of zorgmedewerker (IOM, 2010). Hierbij wordt interprofessioneel leren in een leercontinuüm geplaatst. Het 'Interprofessional learning continuüm model' (IPLC) schetst een leercontinuüm van formeel en informeel leren tijdens bachelor en master onderwijs en tijdens leven lang leren met impact op zowel leeruitkomsten als ook gezondheidsuitkomsten en systeem uitkomsten. Dit leercontinuüm wordt beïnvloed door bevorderende of interfererende factoren zoals b.v. professionele cultuur of financieringsbeleid. (IOM, 2010).

Interprofessioneel leren is leren dat resulteert vanuit interactie waarbij professionals of studenten van twee of meer professies betrokken zijn. Dit kan een product zijn van interprofessioneel opleiden, maar kan ook spontaan optreden op de werkplek, of op opleidingsplaatsen en meer toevallig zijn (IOM, 2015).

De vraag is hoe het hoger onderwijs en de gezondheidszorg zo verbonden kunnen worden, dat de impact van interprofessioneel leren en opleiden optimaal bijdraagt aan verbeterde samenwerking en verbetering van zorg voor de cliënt. Er is behoefte aan een doelbewust en uitgebreider systeem van verbinding tussen de opleidingen en de praktijk van gezondheidszorg. Ook onderzoek naar de effecten van interprofessioneel opleiden op de kwaliteit van zorg is nodig.

1.5 PROFESSIONELE LEER- EN INNOVATIEWERKPLAATSEN

Een recent literatuuronderzoek naar leeromgevingen op de grens tussen school en werk (Bouw, Zitter en de Bruijn, 2019) laat zien dat er drie categorieën van ontwerp van de leer-werkomgeving bestaan. Een eerste betreft een ontwerp gebaseerd op 'alignment' van twee onafhankelijke praktijken: school en werk, waarbij 'alignment' tussen theorie en praktijk plaatsvindt d.m.v. reflectiesessies en doelbepaling. Een tweede betreft een ontwerp gebaseerd op incorporatie: bekend raken met werkprocessen, procedures en werkpraktijken door simulatie of participatie in delen van het werkproces. Een derde ontwerp is gebaseerd op hybridisatie: tegelijkertijd leren en werken in de praktijk. De focus ligt hierbij op leren en om gehele werkprocessen uit te voeren. Ieder ontwerp kent vervolgens ook weer zijn eigen bijbehorende ontwerpprincipes.

In Nederland is er in de afgelopen periode veel geïnvesteerd in innovatieve samenwerkingsprojecten tussen onderwijs en gezondheidszorg. In de periode 2015-2018 hebben koplopers in deze innovatieve samenwerkingsprojecten zich verenigd in het ZorgPact³. Het Zorgpact was een initiatief van het kabinet Rutte-II om de samenwerking tussen onderwijs en zorg- en welzijnsinstellingen van onderaf te ondersteunen en versterken. De Kopgroep bleek zeer waardevol en is vanaf 2019 voortgezet in het Actie Leer Netwerk⁴ van het actieprogramma Werken in de Zorg. We zien in deze innovatieve samenwerkingsprojecten tussen onderwijs en gezondheidszorg verschillende uitingsvormen van professionele leer- en innovatiewerkplaatsen: plekken in het werkveld waarin studenten, docenten, onderzoekers, professionals en burgers samen werken en leren in netwerken rondom actuele vraagstukken in het werkveld.

Vragen vanuit de praktijk vergen vaak een interprofessionele aanpak. In de realisatie van interprofessionele leer- en innovatiewerkplaatsen krijg je direct te maken met interprofessioneel opleiden en de uitdagingen die dat met zich meebrengt (paragraaf 1.3)

3 <https://zorgpact.archiefweb.eu/#archive>

4 <https://actieleernetwerk.nl/>

Dergelijke plaatsen zijn veelal gebaseerd op een vorm van hybridisatie. Interprofessionele leer- en innovatiewerkplaatsen hebben het potentieel te fungeren als verbindingsmechanisme tussen onderwijs en innovatie (Narayanan et al, 2010; Nelen et al, 2010; Rampersad, 2015). Om dit potentieel te kunnen benutten, is niet alleen een heldere visie op het leren en ontwikkelen van studenten nodig, maar ook een programma om (inter-)organisationele routines te doorbreken (zowel binnen Hogescholen alsook in de beroepspraktijk), en om regionale innovatie op gang te brengen (Hoeve en Nieuwenhuis, 2015). Het faciliteren van partnerschap en een collectieve aanpak in het verandermanagement blijken beïnvloedende factoren voor dergelijke samenwerkingsverbanden om ook daadwerkelijk te komen tot impact op cliënt niveau (Haggman-Laitila & Rekola, 2014). Mensen die een 'broker' rol kunnen vervullen tussen onderwijs en praktijk, kunnen een belangrijke rol vervullen om het potentieel van dergelijke plekken te benutten en organisatieontwikkeling te stimuleren (Hoeve, Kuijer-Siebelink en Nieuwenhuis, 2019; Barry, et al, 2019).

In deel twee van dit boek zullen we voorbeelden geven vanuit onze regio Arnhem en Nijmegen waarin geëxperimenteerd wordt met het verbinden tussen praktijk en onderwijs en verbinden van onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid. Deze voorbeelden behelzen het vormen van lerende netwerken, dubbelrollen van professionals of broed- of werkplaatsen in het beroepenveld waarin studenten, onderzoekers, burgers en professionals samen werken aan concrete vraagstukken of dilemma's vanuit de beroepspraktijk.

LITERATUUR

Akkerman, S.F. en Bakker, A. (2011, p.133). Boundary crossing and boudary objects. Review of Educational Research, 81, 132-169.

Anderson ES, Cox D, Thorpe LN (2009). Preparation of educators involved in interprofessional education. Journal of Interprofessional Care. 23 (1), 81-94.

Anderson L, Hean S, O'Halloran C, Pitt R, Hammick M. Faculty Development for Interprofessional Education and Practice. Book Chapter: 14: 287-310. In: Steinert Y (ed.). (2014). Faculty Development in the Health Professions: A focus on Research and Practice, Innovation and Change in Professional Education. Dordrecht: Springer Science + Business Media. DOI: 10.1007/978-94-007-7612-8_14

Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M.A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: Implications for interprofessional education. Journal of Interprofessional Care, 25, 98-104. DOI: 10.3109/13561820.2010.505350

Barry, M, de Groot, E. Baggen, Y. Smalbrugge, M. Moolenaar, N. Bartelink, M.E.L. Damoiseaux, R.A.M.J. Scherpbier-de Haan, N. Kluijtmans. M. (2019). Understanding the broker role of clinician-scientists: a realist review on how they link research and practice. Academic Medicine. E pub ahead of print. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002819

Brown, B. B., Patel, C., McInnes, E., Mays, N., Young, J., & Haines, M. (2016). The effectiveness of clinical networks in improving quality of care and patient outcomes: A systematic review of quantitative and qualitative studies. BMC Health Services Reviews, 16 (1), 360. doi: 10.1186/s12913-016-1615-z

Bouw, E. Zitter, I. de Bruijn, E. (2019). Characteristics of learning environments at the boundary between school and work - a literature review. Educational Research Review. 26:1-15. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2018.12.002>

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010.). A national interprofessional competency framework. Retrieved from https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

Conti, G., Bowers, C., O'Connell, M. B., Bruer, S., Bugdalski-Stutrud, C., Smith, G., . . . Mendez, J. (2016). Examining the effects of an experiential interprofessional education activity with older adults. Journal of Interprofessional Care, 30(2), 184-190. 10.3109/13561820.2015.1092428

- Coster S, Norman I, Murrells T, Kitchen S, Meerabeau E, Sooboodoo E, et al, (2008). Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45(11):1667-81.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San, M. R., & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 116-131.
- D'Amour D and Oandasan I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 19 suppl 1:8-20.
- Engestrom Y. (2001). Expansive learning at work: Toward an activity theoretical; reconceptualization. *Journal of Education and Work*, 14 (1): 133-156.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al, (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 4;376(9756):1923-58.
- Haggman-Laintila A, Rekola L. (2014). Factors influencing partnerships between higher education and healthcare. *Nurse Educ Today*. 34 (10): 1290-7. Doi: 10.1016/j.nedt.2014.02.001
- Hean, S, Craddock, D, Hammick, M, Hammick, M. (2012). Theoretical insights into interprofessional education: AMEE Guide No.62. Web Paper. AMEE GUIDE Theories in Medical Education. 34:e78-e101. doi: 10.3109/0142159X.2012.650740
- Hean, S., Green, C., Anderson E, Morris D, John C, Pitt, C, O'Halloran C. (2018). The contribution of theory to the design, delivery and evaluation of interprofessional curricula: BEME Guide No. 49. *Medical Teacher*. 40 (6): 542-558. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1432851.
- Hoeve, A, Kuijjer-Siebelink, W, Nieuwenhuis, L. (2019) Innovative Work-Based Learning for Responsive Vocational Education and Training (VET): Lessons from Dutch Higher VET. Chapter 21, pp 415-432. In: eds. Guile, D, Unwin, L. *The Wiley Handbook of Vocational Education and Training*. John Wiley & Sons, Inc.
- Hoeve, A. and Nieuwenhuis, L. (2015). *De academische leerwerkplaats: op zoek naar ontwerpprincipes*. Nijmegen: HAN University of Applied Sciences.
- IOM (Institute of Medicine) (2010). Interprofessional learning continuing model (IPLC). P. 29. & Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, 8-20.
- IOM (Institute of Medicine) (2015). *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Joynes, V.C.T. (2018) Defining and understanding the relationship between professional identity and interprofessional responsibility: implications for educating health and social care students. *Adv in Health Sci Educ*. 23: 133-149. <https://doi.org/10.1007/s10459-017-9778-x>
- Kaljouw, M., & Van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Kwartel, v. d. A., Bloemendaal, I., Velde, v. d. F., & Wind, v. d. W. (2012). *Quick scan zorgvraag 2030*. Utrecht: Kiwa Prismant.
- Lawlis, TR, Anson, J, Greenfield, D. (2014). *Journal of Interprofessional Care*. 28 (4):305-310. DOI:10.3109/13561820.2014.895977
- Ministerie van VWS (2011). *Zorg en ondersteuning in de buurt*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Narayanan, V.K., Olk, P.M. & Fukami, C.V. (2010). Determinants of Internship Effectiveness: An Exploratory Model. In: *Academy of Management Learning & Education*, 9, 1, p. 61-80.

- Nelen, A., C.L. Poortman, A. de Grip, L. Nieuwenhuis & P. Kirschner (2010). Het rendement van combinaties van leren en werken. Een review studie. [The impact of combinations of work and learning; a review study]. The Hague: PROO-NWO (www.nwo.nl)
- NIVEL. (2009). Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een inventarisatie. Utrecht: NIVEL.
- Ouwens, M., Bosch, M., & Wensing, M. (2012). De zachte kanten van samenwerking in de eerstelijnszorg. wat is er bekend uit onderzoek en wat zijn de kennislancunes? (). Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare, UMC St. Radboud i.o ZonMw. (Geraadpleegd op 8 juni 2017.)
- Polstra L, Verkooijen L, Binkhorst J, van der Ende P, Glasbergen P, van de Korput J, Pruim E, Teekman C. (2018). De vele beelden van integraal werken. Groningen: Marian van Os Centrum voor ondernemerschap Hanzehogeschool Groningen.
- Rampersad, G.C. (2015). Developing university-business cooperation through work-based learning. In: International Journal of Technology Management, 68,3/4, p. 203-227.
- Ratka A, Zorek JA, Meyer SM. Overview of Faculty Development Programs for Interprofessional Education. Am J Pharm Educ. 2017 Jun;81(5):96. doi:10.5688/ajpe81596. Review. PubMed PMID: 28720924
- Reeves, S. Pelone, F. Harrison, R., Goldman, J., Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6, Art. No.: CD000072)10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39. Medical Teacher, 38(7), 656-668. 10.3109/0142159X.2016.1173663
- Reeves S, Tassone M, Parker K, Wagner SJ, Simmons B. (2012). Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. Work (Reading, Mass), 1(3):233-45.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid. (2018). Een strategische verkenning van volksgezondheid in de toekomst. (VTV). Retrieved from <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>
- Schelleman-Offermans K, Tietschert M, Derickx M, Ruwaard D, Jansen M. (2015). Wijkgericht werken en integrale zorg. De kijk van eerstelijnszorgprofessionals, gemeenten, zorgverzekeraars en patienten op het integreren van gemeentelijke basiszorg en eerstelijnszorg. Maastricht: Maastricht University.
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. Medical Education. 46: 58-70.
- Valentijn PP, Vrijhoef HJ, Ruwaard D, et al, (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. BMC Fam Prac, 16: 64
- Van Rooijen, M., Goedvolk, R., & Houwert, T. (2013). Vision for the dutch health care system in 2040: Towards a sustainable, high-quality health care system. World Economic Forum: McKinsey & Company.
- Vyt, A. (2012). Samenwerken aan een zorgplan. In A. Vyt (Ed.), Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn (pp. 63-72). Apeldoorn: Garant.
- WATSON, D., TOWNSLEY, R., & ABBOTT, D. (2002). Exploring multi-agency working in services to disabled children with complex healthcare needs and their families. Journal of Clinical Nursing, 11(3), 367.
- Werkgroep IPE HAN-Radboudumc. (2017). Raamwerk interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden in de gezondheidszorg. Retrieved from <https://blog.han.nl/publiekezaak/files/2017/03/Raamwerk-IPE.pdf>
- WHO (World Health Organization). (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO.
- Wierda-Boer, H., Kuijer-Siebelink, W., & de Vijlder, F. (2016). Tussen beeld en werkelijkheid II. Ontwikkelingen, trends en beroepsbeelden in de paramedische en verpleegkundige zorg. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.



HOOFDSTUK 2 DE NETWERKPROFESSIONAL: EEN LERENDE WERKER

Linda Dauwerse, Frans de Vijlder en Saskia Weijzen

Dit hoofdstuk duidt interprofessionaliteit als 'netwerkprofessionaliteit'. Een vorm van professionaliteit die betekenis krijgt in samenwerking met patiënten, cliënten, mensen (...) in een specifieke context. Professionaliteit die in essentie gaat over zorg en dienstverlening vanuit leefwereldperspectief. En die dus per definitie een integraal karakter heeft. Hoe leren we (aankomend) professionals in zorg en welzijn om een netwerkprofessional te zijn? Wat betekent dit voor het beroepsonderwijs? In dit hoofdstuk wordt gesteld dat we netwerkprofessionaliteit alleen maar ontwikkelen in empathische dialoog mét mensen en hun (in)formele netwerk. Learning by doing dus.

2.1 WAT NETWERKPROFESSIONALITEIT IS EN WAAROM HET MOET

De afgelopen jaren is er gegeven de maatschappelijke ontwikkelingen veel geschreven over de behoefte aan een nieuw soort professional binnen zorg en welzijn. Hoe die toekomstige professional eruit moet zien, valt op de vatten als een ontwerpvrage, relevant voor opleidingen en de verdere professionalisering van al werkende professionals. Die ontwerpgedachte is de afgelopen jaren al in meerdere publicaties terug te vinden onder benamingen zoals de 'nieuwe professional', de 'professionele professional' en de 'professional 2.0' (Zuurmond & De Jong, 2010; Van Vliet, 2009; Van Hout, 2012). Voor ons is het werk van Ron Barnett (1997) een belangrijke inspiratiebron.

Barnett spreekt over de 'critical professional', waarbij 'criticality' verwijst naar een kritische houding tegenover formele kennis, tegenover de eigen persoon en tegenover de maatschappelijke omgeving. Hoogopgeleide professionals moeten in de ogen van Barnett in alle drie de domeinen, en dan ook nog onderling geïntegreerd in de persoon, op het hoogste niveau van 'criticality' kunnen functioneren. Vertrouwen in jezelf en bij voortdaring werken aan je persoonlijke ontwikkeling zijn volgens hem van doorslaggevend belang voor professionaliteit. Barnett voegt een dimensie toe aan Donald Schön's bekende concept van de 'reflective practitioner' (Schön, 1983). Hij vindt dat Schön een te individualistisch beeld van de professional heeft neergezet en te weinig oog heeft voor de van buitenaf opgelegde sociale en intersubjectieve kenmerken van het professionele bestaan. De essentie van Barnett's 'critical professional' is het kunnen omgaan met onderling strijdige denkschema's. Dat sluit nauw aan bij beelden over 'terug naar de bedoeling', 'het vooropstellen van maatschappelijke waarde' boven het kunstje en de regels, omgaan met 'botsende rationaliteiten' en het leren omgaan met waardeconflicten in het publieke domein. Dat vergt oordelen met een hoge maatschappelijke verantwoordelijkheid en daarmee een ontwikkeling als persoon die niet is los te zien van diens rol als professional. Volgens Barnett heeft deze professional niet het recht, maar de plicht om hardop zijn bijdrage te leveren aan het debat over de issues die zijn vakgebied raken om daarmee

de samenleving naar een hoger plan te tillen. Dit debat - of liever: deze dialoog - voert de professional in netwerken van alle betrokkenen bij deze issues. Betrokkenen van binnenuit (ervaringskenners), professioneel betrokkenen en betalers en bepalers. Zowel op macroniveau (beleid) als op microniveau (zorg- en dienstverlening aan klanten). Mogelijk is deze netwerkdialog wel hét kenmerk van de gevraagde nieuwe professionaliteit. Vanuit dit perspectief definiëren wij de 'netwerkprofessioneel' als een noodzakelijke professionaliteit voor het sociale domein en het gezondheidsdomein. De netwerkprofessional is een soort 'spin in het web'. Hij werkt in een netwerk met verschillende partijen: zoals (1) de gemeenschap, dit is bijvoorbeeld de omgeving van een (potentiële) cliënt of gezin; (2) intern in de organisatie met het management en (3) met collega's in het multidisciplinair, professioneel team en in de professionele gemeenschap(pen). Een professional moet dus kunnen omgaan met al deze verschillende relaties, en dit vraagt veel (Blanke & Geuijen, 2013). Alleen al de derde - samenwerking in een multidisciplinair team - is verre van vanzelfsprekend zoals de overige hoofdstukken in deze bundel laten zien.

De ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit vraagt om gezamenlijke erkenning over disciplines in gezondheidszorg en welzijn heen dat deze professionaliteit noodzakelijk is voor het gezond zijn en het gezond houden van mensen.

Zolang innovaties in deelsystemen en afzonderlijke professionele disciplines van en in het onderwijs, de zorg en het lokaal openbaar bestuur geïsoleerd plaatsvinden, blijven deze opgesloten in hun eigen systeemrationaliteit. En komen er dus geen nieuwe, creatieve verbindingen tot stand tussen opleidingen onderling, tussen onderwijs en professionele veld en tussen gezondheidszorg, welzijn en andere delen van het publieke domein. Wat hier feitelijk vereist is, zijn intensieve vormen van co-creatie ofwel innovatie in nauwe communicatie met en grotendeels gestuurd door de stakeholders in de omgeving (outside-innovation). Voor onderwijsinstellingen die opleiden voor professionele beroepen betekent dit 'dubbel innoveren': ze moeten hun eigen routines en beroepsbeelden aanpassen én ze hebben de maatschappelijke opdracht om zich voor te

bereiden op zich aandienende vernieuwingen van de professionele praktijken in de beroepenvelden waartoe ze opleiden. Dat is een taai opgave. En juist zo cruciaal. Want zo lang het opleiden gebeurt op basis van verouderde beelden van professionele praktijken:

- trekken deze een populatie aan die zich 'wentelt' in een verouderd beroepsbeeld (zoals het individualistisch beeld van de 'reflective practitioner' waar Barnett op doelt);
- draagt dat bij aan een reproductie van een verouderde professionele praktijk;
- vervreemden de organisaties waarvoor opgeleid wordt steeds verder van wat de samenleving feitelijk vraagt.

Onderwijsinstellingen zouden dus moeten bevorderen dat het kunnen omgaan met de nieuwe maatschappelijke realiteit onderdeel gaat uitmaken van de normale bagage van de professional. Bijvoorbeeld: het beeld over de bureaucratie. In plaats van bureaucratie te beschouwen als een 'vreemd', professioneel verschijnsel, moet het tot de normale professionele bagage horen om met bureaucratie als maatschappelijk verschijnsel om te kunnen gaan.

In het verlengde daarvan ligt de aandacht voor de 'vorming van de persoon', die als werker in het publieke domein in staat is tot eigen oordeelsvorming en bereidheid daarnaar te handelen. Het durven nemen van verantwoordelijkheid; het benoemen, erkennen en bespreekbaar maken van misstanden en fouten die zijn gemaakt; het lef om de omgeving te betrekken in het oplossen van problemen; het tonen van ruggengraat onder lastige omstandigheden; het durven aanspreken van collega's op gedrag; de bereidheid om conflicten op te lossen, vanuit respect voor burger of cliënt; het nemen en tonen van gepast leiderschap. Uit vele rapporten van inspecties, onderzoeken en studies van (bijvoorbeeld) de Onderzoeksraad voor Veiligheid blijkt dat veel van de incidenten, tekorten in het functioneren van organisaties in het publieke domein zijn terug te voeren op dergelijke 'menselijke' factoren. Een voorbeeld van een dergelijke systematische studie is die van het EMGO/Nivel (Wagner et al, 2008) naar onbedoelde incidenten en schade in ziekenhuizen.

Bovenstaande maakt duidelijk dat we netwerkprofessionaliteit beschouwen als een normatief ethische professionaliteit, in tegenstelling tot een instrumentele professionaliteit. Een professionaliteit die bovendien niet individueel - of vanuit een discipline of vanuit een institutie - kan worden aangeleerd, maar die vraagt om sociale constructie met betrokkenen bij reële issues of casussen. Met als uitgangspunt het leven van mensen (of cliënten, of patiënten) in die casus. In de volgende paragrafen werken we dit verder uit: paragraaf 2.2 gaat in op een nieuwe benadering van onderwijs en leren die mensgericht, sociaal en normatief van karakter is. In paragraaf 2.3 gaan we specifiek in op het type (morele) dialoog dat normatieve professionaliteit ondersteunt.

2.2 NETWERKPROFESSIONALITEIT ONTWIKKELEN: WAT BETEKENT DIT VOOR HET OPLEIDEN VOOR ZORG- EN WELZIJNSBEROEPEN?

Als een nieuw soort professionaliteit zich aandient, zoals netwerkprofessionaliteit, reageren onderwijsinstellingen gewoonlijk met een nieuw kwalificatieprofiel en een afgeleid aangepast curriculum met kennis en vaardigheden die aan jonge professionals aangeleerd worden. Een profiel waarin meer dan voorheen kwalificaties zijn opgenomen zoals het omgaan met organisatorische zaken, het samenwerken met andere disciplines en het eigen handelen relateren aan een groter geheel.

Zoals uit de eerste paragraaf al duidelijk werd denken wij dat de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit ingewikkelder is. Dat heeft drie redenen.

1. Netwerkprofessionaliteit is niet alleen aan (toekomstige) professionals zelf om te ontwikkelen. Het houdt ook in dat de omgeving van professionals open staat voor deze nieuw soort professionaliteit: opleiders en ook meer senior professionals, professionals uit andere domeinen en zelfs ook cliënten, patiënten, mensen. Het is eigenlijk een cultuuromslag in het denken over de gezondheidssector, die raakt aan de bredere maatschappelijke transformatie van verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving.

2. Beroepsonderwijs heeft van oudsher een socialisatiefunctie. Het is gericht op het leren meedoen in bestaande beroepstradities waarbij praktijkleren (stage) een belangrijke component is. De stagiair oftewel 'gezel' leert het vak van de professional oftewel de 'meester'. Zoals Biesta (2015) stelt, worden jongeren, via het onderwijs, onderdeel van politieke, sociale, professionele en culturele tradities en praktijken. Hiermee heeft onderwijs een belangrijke rol in het in stand houden van cultuur en traditie. Dat is nodig, maar het kent ook beperkingen, in verband met het volgende punt.
3. Netwerkprofessionaliteit vraagt om 'professional governance'. Dit houdt in dat een professional weet wat zijn of haar eigen positie is in het werkveld en maatschappij en daar kritisch op kan reflecteren en dat eventueel ook kan aanpassen. De professional kan zo zelf invloed uitoefenen op het beroep en de positie van het beroep in het werkveld. Door deze kritisch professionele attitude zijn professionals niet alleen afhankelijk van de veranderingen buitenaf, maar kunnen ze zelf ook vorm geven aan hun eigen beroep. Zo is professionals governance een vorm van zelforganiserend vermogen. Professionals governance is niet vanzelfsprekend in gezondheidszorg en welzijn.

Aangezien netwerkprofessionaliteit een cultuuromslag vraagt die ingebed is in een maatschappelijk transformatieproces kan deze niet louter ontwikkeld worden via het opleiden van jonge mensen voor nieuwe kwalificaties. Het gaat om een nieuw soort socialisatie die evenzeer van toepassing is op ervaren professionals als op toekomstige professionals. En die zich niet beperkt tot professionals zelf, maar die ook betrekking heeft op de omgeving van professionals, organisaties, overheden, docenten en bij uitstek óók de doelgroep van het gezondheidsdomein (patiënten, cliënten...). Alle mensen dus.

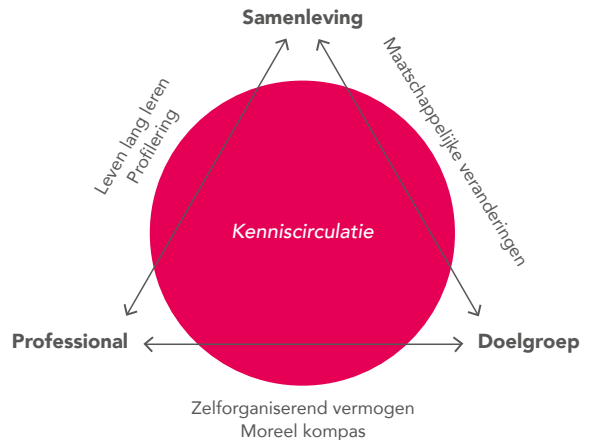
2.2.1 NIEUWE BENADERING VAN OPLEIDEN NODIG VOOR HET ONTWIKKELEN VAN NETWERKPROFESSIONALITEIT

Bovengenoemde vraagt om een nieuwe benadering van onderwijs en leren in nieuwe verhoudingen tussen formele onderwijsinstellingen en het werkdomein waarvoor wordt opgeleid. Een benadering waarin ruimte is voor de ontwikkeling van professional governance als aanvulling op het 'invloegen in bestaande beroepsstradities' en het opdoen van basiskennis en -vaardigheden. Dit laatste blijft overigens belangrijk en er zal gezocht moeten worden naar een combinatie van een meer klassieke benadering waarin disciplinegebonden kennis en vaardigheden centraal staan en een meer transformatieve benadering waarin de ontwikkeling van identiteit en normen en waarden centraal staan (zie verderop ook hoofdstuk 7 waarin de T-shaped professional wordt toegelicht).

De transformatieve benadering die nodig lijkt voor de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit neemt maatschappelijke veranderingen als uitgangspunt zonder ze te 'stollen' in een nieuw kwalificatieprofiel. Het is een ontwerpende en experimentele benadering waarin veranderingen in het beroep door (toekomstige) professionals zelf in relatie met hun omgeving worden geïnitieerd en doorgevoerd.

Een concept waarmee deze benadering geduid kan worden is 'adaptive governance' (Bergman et al, 2017). Onderwijs, primair gericht op het bevorderen en stimuleren van maatschappelijke innovatie in de richting van een duurzame samenleving. Vanuit het besef dat dit niet dwingend en top-down kan, maar wel co-evolutionair, door middel van een proces van agenderen, leren en experimenteren.

Onderstaand model van de Vijlder en Rozema (2011) biedt handvatten voor een opvatting van onderwijs en leren die past bij de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit. Leren als voortdurende kenniscirculatie tussen (toekomstige) professionals, doelgroep en samenleving. Leren als werken en werken als sociaal en dialogisch leren.



Met dit model als kader lijkt het erop dat we voor de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit beroepsonderwijs nodig hebben dat samen met het werkveld de beroepen in het gezondheid- en welzijnsdomein een nieuwe beroeps cultuur ontwikkelt. Een cultuur waarin samenwerking/ samensturing met doelgroep en overheid centraal staan en waarin zelforganiserend vermogen, moreel kompas, leven lang leren en samenlevingsontwikkeling belangrijke begrippen zijn.

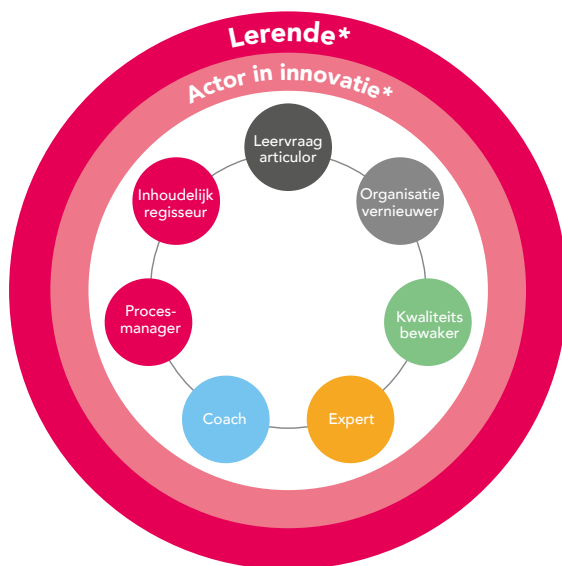
2.2.2 OPLEIDEN ALS ONDERDEEL VAN EEN LERENDE OMGEVING, LERENDE WIJK

Beroepsonderwijs gaat daarmee veel verder dan het opleiden van aankomend professionals oftewel studenten. Transformatief beroepsonderwijs stimuleert de ontwikkeling van een lerende omgeving. Bergman et al, (2017) onderstrepen het belang van de beweging van beroepsonderwijs naar een lerende regio/omgeving in relatie tot de eerdergenoemde transformatie. Ze geven aan dat vraagstukken rond de transformatie idealiter worden opgepakt in een lerende regio. Vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt binnen een lerende omgeving systematisch samen kennis gecreëerd en gedeeld, waarbij grenzen tussen verschillende instellingen en actoren vervagen. Het gaat om sociaal innovatieve kennisuitwisseling, waarin innovatieve experimenteermethoden en samenwerking tussen ongebruikelijke partijen centraal staan (Karré, Dagevos & Walraven, 2018).

Kennisuitwisseling waarbij nieuwe mentale modellen, nieuw gedrag en nieuwe verhoudingen kunnen ontstaan. Naast beroepsonderwijs zouden minimaal gemeenten, maatschappelijke instellingen en inwoners, patiënten, cliënten, ... vertegenwoordigd moeten zijn in een lerende omgeving.

Het profiel van de lerende wijk in de gezondheidszorg (Kuijer-Siebelink, Hoeve en Thijssen, 2017) schetst een aantal rollen die nodig zijn in een leerproces in een lerende omgeving. Het profiel laat zien dat 'leren' niet alleen een kwestie is van kennen of kunnen, maar juist ook een netwerk kwestie. Een kwestie van verbinding tussen mensen met een diversiteit aan expertises en rollen.

Profiel van de lerende wijk in de gezondheidszorg (Kuijer Siebelink, Hoeve en Thijssen, 2017)



Inhoudelijk regisseur: de inhoudelijk regisseur probeert nieuwe initiatieven in de wijk te ontplooiën, partijen daarop verbinden en borging te beleggen. Gedeelde ambitie scheppen, visie en koers neerzetten, netwerk identiteit opbouwen.

Leervraagarticulator: De leervraagarticulator vertaalt thema's of vragen uit de regio naar uitvoerbare opdrachten voor individuele of groepen studenten vanuit verschillende disciplines en opleidingsniveaus en zoekt daarbij de verbinding met passende lectoraten.

Procesmanager: de procesmanager geeft regie aan en ondersteunt het werken in de driehoek onderwijs, onderzoek en praktijk, door (nieuwe) samenwerkingsprocessen te smeden, de portfolio van samenwerking levend te houden, het eigenaarschap bij betrokken partners in stand te houden.

Coach: de coach ondersteunt (aspirant) professionals in hun ontwikkeling en creëert daarvoor een passende (leer)omgeving.

Expert: Inbreng vakinhoudelijke expertise, ervaringsdeskundigheid, expertise t.a.v. interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden en/ of expertise t.a.v. praktijkgericht onderzoek.

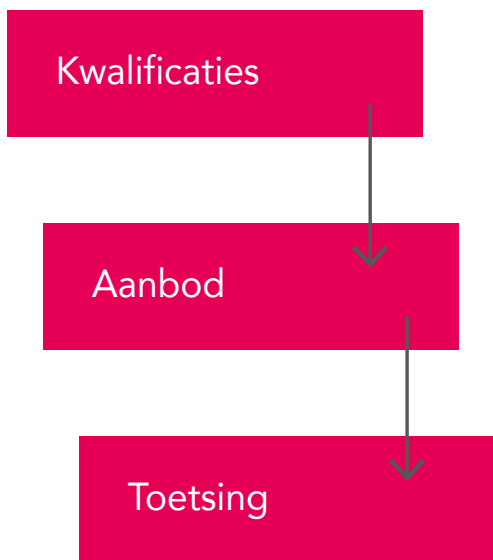
Kwaliteitsbewaker: de kwaliteitsbewaker zorgt voor onderbouwde en inzichtelijke borging van kwaliteit op gezamenlijk ontwikkelde producten (resultaat) en activiteiten (proces)

Organisatievernieuwer: de organisatievernieuwer is verantwoordelijk voor de verbinding naar de organisatie/ de opleiding (organisatorisch) en de inbedding in de professionele praktijk/ het curriculum (inhoudelijk).

Echt onderscheidend in dit profiel is dat alle betrokkenen in een lerende wijk zowel leren als acteren in innovatie/ontwerp/ontwikkeling. Er wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen overdragers van kennis (traditioneel de docent of de professional) en ontvangers van kennis (traditioneel de student).

Het profiel van de lerende wijk laat zien dat netwerkprofessionaliteit zowel het resultaat kan zijn van een nieuwe aanpak van beroepsonderwijs, als kenmerk van de aanpak zelf.

**GANGBAAR LEERMODEL:
KWALIFICATIE-GEBASEERD ONDERWIJS**



Voor de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit zou het klassieke onderwijsparadigma van kwalificatie & aanbod in hiërarchische kennisverhoudingen en met een individugericht leerresultaat aangevuld kunnen worden. Met een nieuw paradigma van kwestie vanuit mens-/cliënt-/patiëntperspectief & ontwerp via kenniscirculatie in gelijkwaardige (en ongebruikelijke) verhoudingen. Met als resultaat: verbetering in de kwestie én een lerende verbinding tussen mensen, een lerende wijk. In een plaatje ziet de vergelijking tussen het klassieke, gangbare onderwijsparadigma en het nieuwe paradigma er als volgt uit.

**NIEUW LEERMODEL:
ONTWERP-GEBASEERD ONDERWIJS**



In het artikel 'Design Based Learning voor social responsief beroepsonderwijs' (Bergman, Taken & Weijzen, 2019) wordt de ontwerpende benadering met een aantal voorbeelden uitgewerkt als toekomstbestendige benadering voor het opleiden voor beroepen in gezondheidszorg en welzijn. In essentie behelst dit nieuwe leermodel een integratie van leren en sociaal innoveren, oftewel een proces van samenwerking tussen overheden, organisaties in zorg- en welzijn en mensen/cliënten/patiënten in het zoeken naar nieuwe oplossingen voor vraagstukken die het leven van mensen betreffen (Karré, Dagevos & Walraven, 2018). Jan Hoeben (2016) biedt in zijn proefschrift een bruikbaar kader voor integratie tussen sociaal innoveren en leren. Regelmatig refereert hij aan het werk van Illeris (2007) die leren beschouwt in relatie tot maatschappelijke ontwikkeling. Illeris schetst in zijn 'complexe leermodel' dat al het leren plaatsvindt in een bepaalde gesocialiseerde context die, in interactie met de lerende een deel van het leren wordt. Hoeben komt onder andere door het leermodel van Illeris tot de conclusie dat sociale innovatie niet lukt zonder een ontwerp-georiënteerde aanpak waarvan mensen/cliënten/patiënten zelf deelgenoot zijn. Het integreren van sociaal innoveren met leren schept veranderingsperspectieven waarbij persoonlijke ontwikkeling en sociale systeeminnovatie elkaar wederkerig beïnvloeden en versterken.

Dit sociaal innovatieve perspectief voor opleiden draagt bij aan het realiseren van een driedelige doelstelling van beroepsonderwijs als regionaal kenniscentrum: verbetering initieel beroepsonderwijs, bijdrage aan leven lang leren en innovatie.

2.2.3 LEERAANPAKKEN VOOR DE ONTWIKKELING VAN NETWERKPROFESSIONALITEIT

Welke concrete leeraanpakken lijken nu geschikt voor sociale innovatie - en dus - de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit? Hoeben (2016) pleit voor actie-georiënteerde leeraanpakken en Bergman, Taken en Weijzen (2018) sluiten hierbij aan met hun 'sociale innovatiekader voor transformatief leren'. In dit kader worden participatief actieonderzoek, designdenken en leerlabs genoemd

als - overlappende - methoden & technieken waarin netwerkprofessionaliteit zowel een kenmerk als resultaat is. Jansen et al, (2018) spreken in aanvulling hierop van lerende netwerken, communities of practice (CoP) of communities of learning (CoL): multidisciplinaire leergemeenschappen waarin mensen samen leren en oplossingen creëren vanuit een gemeenschappelijke kwestie. Deelnemers aan deze werk- en leergemeenschappen zijn inwoners/klanten, professionals van verschillende disciplines, studenten, docenten en onderzoekers. Met hun diversiteit aan kennis én betrokkenheid bij de kwestie worden zij gezien als 'agents of change'.

Rode draad door deze aanpakken is de ontwikkeling van meer democratische verhoudingen in het leren: participatief en sociaal leren waarbij zowel ontwerp (agendasetting, samenstelling) van de leeromgeving als het leren en experimenteren zelf én de evaluatie van het leren collectieve activiteiten zijn. Het gaat om collectieve actie en mobilisatie van krachten vanuit de aanname dat ieders perspectief en dat ieders kennis en talent (formeel, informeel, ervaring) telt. Dat juist de combinatie van - anders betrokken - perspectieven noodzakelijk is om nieuwe oplossingen te creëren voor duurzame en mensgerichte ontwikkeling van individu en samenleving.

Cruciaal bij de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit lijken het samen ontwerpen, het voeren van nieuwe waarde(n)gerichte dialogen, het 'verstaan' van elkaars taal, het combineren van de kennis van alle betrokkenen en het ontwikkelen van een (collectief) moreel kompas. Het eerdergenoemde sociaal en participatief leren is bij uitstek ook dialogisch en moreel leren, in nieuwe verhoudingen tussen (jonge) professionals, overheid, inwoners/klanten en onderwijs en óók in nieuwe verhoudingen tussen diverse professionele disciplines (in opleiding) onderling. Netwerkprofessionaliteit komt daarmee in het licht te staan van het vermogen om je democratisch te verhouden tot anderen en gezamenlijk tot probleemoplossing of betekenisgeving van een kwestie te komen op basis van een gedeeld - en steeds weer te onderhouden - ethisch kader (Jansen et al, 2018). Bij elke kwestie, en elke casus moet weer opnieuw mét alle betrokkenen bekeken worden wat goed is om te doen en wat 'het goede' is.

2.3 DE POTENTIE VAN ETHIEKONDERSTEUNING VOOR DE ONTWIKKELING VAN NETWERKPROFESSIONALITEIT

Zoals uit voorgaande paragraaf duidelijk wordt is netwerkprofessionaliteit een situationele vorm van professionaliteit die vraagt om waardegerichte dialoog oftewel dialogische ethiek. Uitgangspunt van dialogische ethiek is dat wat in een specifieke situatie als het moreel juiste wordt gezien niet vast staat of tevoren bepaald kan worden; het moreel juiste is dynamisch en ontvouwt zich vanuit concrete situaties (Weidema, 2014). Dialoog is voorwaardelijk om bij elke situatie, met alle betrokkenen in te schatten hoe de juiste houding voor de juiste zorg erop dat moment uitziet.

Netwerkprofessionaliteit vraagt een nieuwe verhouding tussen belanghebbenden en betrokkenen bij casussen. In paragraaf 2.2.3 werd deze verhouding aangeduid als 'democratisch'. Praktische leerprocessen bij het organiseren van ethiekondersteuning in zorginstellingen laten zien dat het dialogisch organiseren van ethiekondersteuning een manier is om de expertise van alle betrokken partijen op gelijkwaardige wijze mee te nemen en waarbij ieder evenveel invloed heeft (Stolper, 2016). Waar Schön's concept van dialogisch onderwijzen ervan uitgaat dat er een partij is die iets te leren heeft (de student of - vanuit zorg geredeneerd -, de cliënt) en een partij die al iets weet (de docent of de professional), laten onderzoek en ervaringen met ethiekondersteuning zien dat er gelijkwaardigheid in deze relaties kan ontstaan door het dialogisch organiseren van ethiekondersteuning (Stolper, 2016).

De term ethiekondersteuning refereert aan een grote variëteit aan (werk)vormen, gericht op het ondersteunen van professionals, cliënten, naasten en/ of andere belanghebbenden met ethische kwesties die zich in de dagelijkse praktijk voordoen (Dauwse, 2014; Hartman et al, 2016). Voorbeelden daarvan zijn moreel beraad, morele counseling en interactieve werkvormen zoals broodje ethiek, toets theater en open de cirkel (Hartman et. al, 2016).

Via ethiekondersteuning kunnen dilemma's die zich binnen de specifieke context van de netwerk professional voordoen systematisch aandacht

krijgen vanuit alle betrokken partijen. Van daaruit kan ethiekondersteuning bijdragen aan de benodigde cultuuromslag voor netwerkprofessionaliteit. Kenmerkend voor dialogische werkvormen van ethiekondersteuning is dat zij uitgaan van een concrete casus die de inbrenger zelf heeft ervaren (Molewijk et. al, 2009). Dit betekent dat de deelnemers (met behulp van de gespreksleider) antwoorden op morele vragen in de concrete ervaring binnen een casus onderzoeken. Daarbij wordt de betekenis van die concrete ervaring onderzocht: de betekenis is niet direct gegeven en vaststaand maar ontstaat en verandert door de dialoog over die ervaring. In de betekenisgeving spelen persoonlijke details, emoties en rituelen ook een wezenlijke rol; er wordt dus niet louter logisch-rationeel of argumentatief geredeneerd (Molewijk et. al, 2009).

De methodische reflectie binnen dialogische ethiekondersteuning richt zich zowel op het normatieve als op het lerende/ reflectieve domein (Molewijk et. al 2009). Voorbeelden van normatieve vragen rondom netwerkprofessionaliteit zijn: wat verstaan we onder gezondheid? Wie bepaalt wat gezondheid is? Wie heeft welke verantwoordelijkheid als het om het gezond houden van een stad gaat? Voorbeelden van lerende/ reflectieve vragen rondom netwerkprofessionaliteit zijn: wat vind ik hier in deze situatie praktisch goede zorg (1ste orde leren)? Hoe en vanuit welke bron bepaal ik wat goede zorg is (2de orde leren)? Hoe kan ik als netwerkprofessional gezamenlijk leren ontwerpen/ vormgeven (3de orde leren)?

Dialogische ethiekondersteuning draagt met haar combinatie van het normatieve en het reflectieve bij aan de in paragraaf 1.1 geschetste 'critical professional' van Barnett: een professional die om kan gaan met onderling strijdige denkschema's en die redeneert vanuit de 'bedoeling'. Met ethiekondersteuning worden de professional - en alle bij de casus of kwestie betrokken partijen - geholpen om hardop zijn/haar bijdragen te leveren aan het debat over issues die de casus of kwestie raken om daarmee uiteindelijk de samenleving naar een hoger plan te tillen. Ethiekondersteuning zou een mooie aanvulling of zelfs invulling kunnen zijn van de in paragraaf 2.2 genoemde leermethodes voor netwerkprofessionaliteit zoals leerlabs, design thinking en communities of learning.

LITERATUUR

Barnett R. (1997). *Higher Education: a Critical Business*. Buckingham, SRHE/Open University Press.

Bergman, W., Broek, van den V., Kemper-Koebrugge, W., Gerritsen, M., Vijlder de F. (2017). *Op weg naar een lerende regio. Onderzoek naar leren en kennisontwikkeling in en door regio's*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Kenniscentrum Publieke Zaak/ Stichting IKBOP.

Bergman W, P. Taken & S. Weijzen (2017). Sociale innovatie als transformatiekader voor beroepsonderwijs. In: Karré, P.M., H. Dagevos & G. Walraven (eds.) (2018). *Sociale innovatie in de praktijk. Zoeken naar nieuwe antwoorden op maatschappelijke vraagstukken*. Assen: Van Gorcum, Hoofdstuk 12.

Bergman, W., Taken, P. & Weijzen, S. (2019). Design based learning voor sociaal responsief beroepsonderwijs. *Onderwijsinnovatie*, lentenummer, maart 2019. <https://onderwijsinnovatie.ou.nl/oi-maart-19/praktisch-artikel>

Biesta, Gert. (2015). *Het prachtige risico van onderwijs*. Culemborg: Uitgeverij Phronese.

Blanke, M & K. Geuijen (2012). Van starre naar flexibele professionaliteit. Noodzaak tot 'reframing professionalism' ten behoeve van publieke waarde creatie in netwerken. Paper NIG congres, Enschede: 28-29 november 2013.

Dartel, H. van en Molewijk, B. (2014). In gesprek blijven over goede zorg: Overlegmethoden voor moreel beraad. Amsterdam: Boom.

De Bree, M. & E. Veening (2012). *Handleiding Gespreksleider Moreel Beraad*. Assen: Van Gorcum.
De Vijlder, F.J. & M. Rozema (2011). *Kenniscirculatie tussen opleidingen en lokale overheden*, Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Hartman, L., F. Weidema, G. Widdershoven & B. Molewijk (2016). *Handboek ethiekondersteuning*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Hoeben, J. (2016) *Innovleren: Integreren van sociaal innoveren en leren S.I.: [s.n.]* (Dissertatie Tilburg University).

Illeris, K. (2007). *How We Learn: Learning and Non-learning in School and Beyond*. London: Routledge.
Jansen, E., Meesters, J. Kindt-van Esch, Hendriks, i. Verharen, L. (2017). *Kritisch en krachtig: sociale innovatie in professionele leergemeenschappen*. In

Karré, P.M., H. Dagevos & G. Walraven (eds.) (2018). *Sociale innovatie in de praktijk. Zoeken naar nieuwe antwoorden op maatschappelijke vraagstukken*. Assen: Van Gorcum, Hoofdstuk 12.

Karré, P.M., H. Dagevos & G. Walraven (eds.) (2018). *Sociale innovatie in de praktijk. Zoeken naar nieuwe antwoorden op maatschappelijke vraagstukken*. Assen: Van Gorcum, Hoofdstuk 12.

Kuijer-Siebelink, W., Hoeve, A. Thijssen, M. (2017). *Profiel van de lerende wijk in de gezondheidszorg*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Melis, K. & F.J. de Vijlder (2014). Tussen beeld en werkelijkheid. Schuivende beroepsbeelden van professionals in de jeugdzorg, gehandicaptenzorg en het maatschappelijk werk en van hbo-studenten in opleiding. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Molewijk, B., Dam van der, S., Bruijn, A., Kardol, T., Widdershoven, G. (2009). Moreel beraad in de verpleeghuiszorg: methodisch spreken over goede zorg. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde*. Vol 34, no 3.

Wagner, C. et al, (2008). Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen. Een systematische analyse met PRISMA op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde. Amsterdam/Utrecht: EMGO/Nivel.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.

Siegers, A. (2017). *De nieuwe route. Transformatie in het sociaal domein. Samensturing met alle betrokkenen*. Uitgave: datishelder.com

Stolper, M. (2016). Learning by doing. Developing moral case deliberation in health care. CPI Books

Van Hout, A. (red.) (2012). Samen bouwen 2.0. Visie en houding voor de sociale professional van de toekomst. Den Haag: Boom Lemma.

Van Paridon, M. (2016). Voorbeeld van een moreel beraad op socratische wijze. <http://hetsocratischgesprek.nl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Casus-Moreel-Beraad.-Over-trouw-aan-morele-principes-in-een-corporate-organisatie.pdf> (geraadpleegd 11-05-2018)

Van Vliet, K. (2009). Nieuwe eisen aan sociale professionals. De wisselwerking tussen competentieontwikkeling en kennisontwikkeling. Amsterdam: Verwey-Jonker Instituut.

Weidema, F. (2014). Dialogue at Work. Implementing moral case deliberation in a mental healthcare institution. Uitgeverij Eburon, Delft.

Wierda-Boer, H., W. Kuijer & F. de Vijlder (2017). Tussen beeld en werkelijkheid II. Ontwikkelingen, trends en beroepsbeelden in de paramedische en verpleegkundige zorg. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Zuurmond, A., & Jong, J. de (2010). De professionele professional. De andere kant van het debat over ruimte voor professionals. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.



HOOFDSTUK 3 EEN NIEUW GEZONDHEIDSINITIATIEF: WAT VRAAGT DAT VAN DE BURGER EN DE PROFESSIONAL IN HET SAMEN WERKEN EN LEREN?

Marleen Lovink, Wietske Kuijer-Siebelink, Geert Rutten en Miranda Laurant

Hoewel er in Nederland steeds meer gezondheidsinitiatieven ontstaan vanuit het concept 'positieve gezondheid' is er weinig bekend over de mix van bekwaamheden die nodig is voor een succesvol initiatief waarbij interprofessioneel met burgers wordt samengewerkt en geleerd. Door praktijkgericht onderzoek onder betrokken burgers, professionals in zorg, welzijn en publieke gezondheid bij drie verschillende gezondheidsinitiatieven hebben we inzicht gekregen in de bekwaamheden die nodig zijn om tot een succesvol gezondheidsinitiatief te komen.

3.1 INLEIDING

Het concept positieve gezondheid definieert gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' (Huber et al, 2011). De focus ligt in dit concept niet op ziekte, maar op functioneren, veerkracht en zelfregie van de burger, waardoor de verantwoordelijkheid van de burger voor de eigen gezondheid en de rol van het gezondheid gerelateerde gedrag wordt benadrukt. Met het benoemen van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen wordt dit gezondheid gerelateerde gedrag in een brede context geplaatst, waardoor, behalve het individu, ook de omgeving een rol van betekenis krijgt toebedeeld. Een dergelijke visie vraagt van zowel burgers als zorg- en welzijnsprofessionals, maar ook professionals uit

andere domeinen andere rollen en dientengevolge mogelijk andere bekwaamheden. Het is daarom belangrijk dat zowel burgers als professionals leren wat gezond leven is. Bij voorkeur wordt een gezonde leefstijl al op jonge leeftijd aangeleerd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan aandacht voor voeding, bewegen, roken en nachtrust, maar ook aan psychosociale vaardigheden zoals veerkracht en stress regulatie (Kaljouw en van Vliet, 2015; van Vliet et al, 2016).

Van zorg- en welzijnsprofessionals vraagt positieve gezondheid dat zij handelen vanuit de vraag: 'wat is nodig om het functioneren, de veerkracht en de eigen regie te herstellen respectievelijk te bevorderen?'. Zij moeten ook beschikken over: technologische bekwaamheden, netwerkbekwaamheden, maatschappelijke bekwaamheden en kennis van de context. Er ligt meer nadruk op interprofessioneel samenwerken en dus op interprofessioneel leren (Kaljouw en van Vliet, 2015 & Van Vliet et al, 2016). Uit een systematische literatuurstudie (Reeves et al, 2016) blijkt namelijk dat interprofessioneel leren bijdraagt aan interprofessioneel werken en resulteert in betere gezondheidsuitkomsten.

Het besef groeit dat positieve gezondheid om een intersectorale samenwerking vraagt (Walg, 2015; Laurant en Vermeulen, 2018). Waarbij zorg- en welzijnsprofessionals samenwerken met professionals uit andere domeinen, zoals het onderwijs, arbeid en de (woon)omgeving.

Zij dragen samen de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers. Bovendien wordt er een beroep gedaan op de maatschappij om een gezond publiek beleid op te stellen, een ondersteunende omgeving te creëren en maatschappelijke acties gericht op gezondheid te ondersteunen (Barr et al, 2003). Uiteraard hebben individuele burgers een belangrijke rol in hun eigen gezondheid, maar zij kunnen ook andere burgers ondersteunen door een rolmodel te zijn of door mee te werken aan een gezondheidsinitiatief.

Hoewel er in Nederland steeds meer gezondheidsinitiatieven ontstaan vanuit het concept positieve gezondheid is er weinig bekend over de mix van bekwaamheden die nodig is voor een succesvol initiatief waarbij interprofessioneel met burgers wordt samengewerkt en geleerd.

3.2 DRIE GEZONDHEIDSINITIATIEVEN NADER ONDERZOCHT

In het kader hiernaast staat een beschrijving van de initiatieven die een gezondheidsinitiatief hebben ontwikkeld en (succesvol) hebben uitgevoerd. De drie initiatieven stellen allen de gezondheid van de burger en het bevorderen van de eigen regie centraal. Professionals met een achtergrond in het welzijn, de zorg en/of publieke domein werken hierin samen met burgers.

Kader 1. Beschrijving van de drie gezondheidsinitiatieven

De Nije Veste

De Nationale Diabetes Challenge (NDC) is een privaat initiatief van Bas van de Goor waarin in samenwerkingsverbanden van zorgprofessionals, eventueel met behulp van burgers, wandelevents worden georganiseerd voor mensen met diabetes mellitus. De Bas van de Goor Foundation (BvdGF) houdt hiervoor informatiebijeenkomsten en stelt een projectplan beschikbaar (www.nationalediabeteschallenge.nl). Gezondheidscentrum De Nije Veste in Nijkerk was de eerste locatie in Nederland waar de NDC succesvol werd gehouden.

Zorggroep Regio Oost en Omstreken - ZORROO

Bij ZORROO (www.zorroo.nl) bestaan inmiddels meerdere zorginitiatieven die zijn gericht op het bevorderen van zelfmanagement, zoals Cool (gecombineerde leefstijlinterventie) en ZO! Zelfzorg Ondersteund (initiatief om eigen regie van burgers met chronische aandoeningen te verbeteren), en waarin interprofessionele samenwerking een belangrijke rol speelt. Ook heeft ZORROO een Zorginnovatie panel waarin (zorg)professionals en burgers discussiëren over de vormgeving van de zorg.

Vitaal Lent

Binnen Vitaal Lent is de cursus Samen Gezond Actief (SGA) ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen (toekomstige) professionals in de zorg, welzijn en publieke gezondheid en wijkbewoners. SGA is een wijkgericht, gezondheid bevorderend groepsprogramma van 6 bijeenkomsten voor en door thuiswonende, oudere inwoners van Lent om actief aan gezondheid en welbevinden te werken. Andere initiatieven betroffen het ontwikkelen van een beweeg- en ontmoetingsroute en een online Leefstijlcheck (voeding, mobiliteit, sociale participatie) om de eigen regie en bewustwording van de eigen gezondheid bij inwoners van Lent te bevorderen.

Zie ook <https://www.han.nl/onderzoek/werkveld/projecten/vitaal-lent/activiteiten-vitaal-lent/> voor meer informatie.

De ervaringen van betrokkenen binnen deze drie gezondheidsinitiatieven zijn zeer leerzaam en geven inzicht in de benodigde mix aan bekwaamheden voor een succesvol gezondheidsinitiatief: van idee tot uitvoering. Via semigestructureerde interviews hebben we burgers, professionals in zorg, welzijn en publieke gezondheid bevraagd waarmee we inzicht hebben gekregen in de bekwaamheden die nodig zijn om tot een succesvol gezondheidsinitiatief te komen, waar interprofessioneel met burgers wordt samengewerkt en geleerd. De demografische gegevens van de deelnemers staan in tabel 1.

Ieder interview begon met de vraag wat (positieve) gezondheid voor de participant betekende. Vervolgens kwamen de volgende onderwerpen aan bod: het gezondheidsinitiatief, de benodigde bekwaamheden, leiderschap en de succes- en faalfactoren. De gesprekken zijn vervolgens, conform de richtlijnen voor kwalitatief onderzoek geanalyseerd, via de 'content analysis' methode (Elo en Kyngas, 2008).

Tabel 1: demografische gegevens

| ITEM | TOTAAL N=32 | |
|---|--------------------|-------------|
| Geslacht | | |
| Man | 10 | |
| Vrouw | 22 | |
| Gemiddelde leeftijd | 49 jaar (SD 14) | |
| Functie | | |
| Burger | 10 | |
| Zorgprofessional ⁵ | 15 | |
| Welzijnsprofessional - Sportconsulent | 1 | |
| Projectmedewerker | 3 | |
| Beleidsprofessional - Relatiemanager Zorg en Welzijn | 1 | |
| Onderzoekers | 2 | |
| Gezondheidsinitiatief | | |
| De Nije Veste | 5 | |
| ZORROO | 9 | |
| Vitaal Lent | 18 | |
| Werkervaring professionals 14 jaar (SD 11) | | |
| Opleidingsniveau | | |
| | Burger | Prof |
| Hoger algemeen voorgezet onderwijs / voorbereidend wetenschappelijk onderwijs | 2 | 0 |
| Middelbaar beroepsonderwijs | 1 | 0 |
| Hoger beroepsonderwijs | 7 | 12 |
| Wetenschappelijk onderwijs | 0 | 9 |

5 fysiotherapeuten (n=5), huisarts (n=2), ergotherapeuten (n=2), praktijkondersteuners (n=2), verpleegkundige (n=1), diëtist (n=1), leestijl coach (n=1), psycholoog (n=1)

3.3 RESULTATEN

De analyse van de data leverde vier categorieën op: 1) Visie op positieve gezondheid, 2) De burger en positieve gezondheid, 3) De professional en positieve gezondheid en 4) Mix aan bekwaamheden.

Uit de gesprekken bleek dat het bij bekwaamheden gaat over de juiste mix aan kennis, vaardigheden

en attitude. Daarnaast kwam in alle gesprekken naar voren dat leiderschap een essentiële competentie is voor de ontwikkeling en uitvoering van het gezondheidsinitiatief. Leiderschap kon worden opgesplitst naar drie typen leiderschap: transformatieel, transactioneel en laissez-faire (Den Hartog et al, 1997). Zie ook tabel 2.

Tabel 2. Benodigde mix van bekwaamheden voor de ontwikkeling en uitvoer van een nieuw gezondheidsinitiatief.

| KENNIS | VAARDIGHEDEN | ATTITUDE | TRANSFORMATIO- NEEL LEIDERSCHAP | TRANSACTIONEEL LEIDERSCHAP |
|--|--|--|---|--|
| Ik heb kennis van: → Mezelf (zelfkennis) → De expertise en voorkeuren van andere betrokkenen → De ontwikkelingen in eigen domein → Andere domeinen → Het veld → Andere initiatieven | Ik kan: → Samenwerken → Communiceren → Netwerken → Lobbyen → Onderhandelen → Mensen actief betrekken → Mensen en initiatieven met elkaar verbinden → Organiseren → Plannen → Oog hebben en houden voor de lange termijn → Doelen herijken → Reflecteren → Grenzen aangeven → Prioriteiten stellen → Relativeren → Creatief zijn → Presenteren → Coachen | Ik ben: → Empathisch → Respectvol → Flexibel → Betrokken → Daadkracht → Volhardend → Enthousiast → Zelfverzekerd → Kritisch → Vernieuwend Ik heb: → Een open attitude → Humor → Geduld | Ik heb kennis van: → Groepsdynamiek → Samenwerking → 'Wat er speelt' Ik kan: → Een visie uitdragen en het 'hogere doel' voorstellen → Ervoor zorgen dat betrokkenen zich gehoord voelen → Een open sfeer creëren → Mensen persoonlijke aandacht geven → Verschillende betrokkenen verbinden → Betrokkenen motiveren en stimuleren → Problemen oplossen → Het initiatief breed uitdragen Ik straal uit: → Veel kennis en ervaring → Vertrouwen | Ik kan: → Het proces bewaken → Goede en transparante afspraken maken over de rol- en taakverdeling → Strategisch handelen → Organiseren → Structureren → Faciliteren → Eisen stellen → Trokken en aanspreken op verantwoordelijkheden Ik ben: → Daadkrachtig |

3.3.1 VISIE OP (POSITIEVE) GEZONDHEID

Uit de gesprekken kwam naar voren dat er op verschillende manieren naar gezondheid kan worden gekeken. Vrijwel alle deelnemers gaven aan dat een persoon zich in de aanwezigheid van een ziekte wel gezond kan voelen. Het gaat in dit geval om 'je prettig voelen', 'lekker in je vel zitten' en 'gelukkig zijn'.

'Ik heb behoorlijk wat klachten, maar dat neemt niet weg dat de rest de overhand neemt. Dus als ik gelukkig ben, ik zit goed in mijn vel en de rest klopt allemaal, dan gaat die gezondheid, dan gaan die klachten een beetje naar de achtergrond.' – Burger

Voor veel burgers en professionals bleek echter dat, ondanks hun betrokkenheid bij een gezondheidsinitiatief dat aansluit bij concept van positieve gezondheid, ultieme gezondheid het ontbreken van ziekten is.

'Wanneer vind ik dat mensen gezond zijn? Nou ik denk inderdaad wanneer mensen geen problemen in medisch opzicht, geen gezondheidsklachten hebben.' – Diëtist

Kunnen doen wat je wilt doen draagt bij aan een gevoel van gezondheid. Gezondheid blijkt de relatie tussen lichaam, geest en de sociale omgeving te omvatten. Uit de gesprekken kwam naar voren dat gezondheid in de eerste plaats de verantwoordelijkheid is van de persoon zelf. Hier kan invulling aan worden gegeven door te sporten, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden.

3.3.2 DE BURGER EN POSITIEVE GEZONDHEID

Uit de gesprekken bleek dat burgers zich eerst bewust moeten worden van hun gezondheid(sgedrag) en vermogen tot eigen regie

om daadwerkelijk eigen regie te kunnen voeren. Het gaat dan bijvoorbeeld om bewustwording van lichaamssignalen en bewustwording van eigen invloed zoals in het beperken van valrisico's.

'Om mensen bewust te laten worden van valrisico's in en om het huis. Om mensen bewust te maken van als je aan de brede kant van de trap iets legt, is de kans dat je valt veel groter dan je valt, want je loopt juist aan de brede kant van de trap. Dat stukje bewustwording bij de mensen, in dat soort kleine dingen, vind ik altijd wel heel mooi.'
– Fysiotherapeut

Het is belangrijk dat burgers geïnformeerd zijn over dat er (toenemend) een beroep wordt gedaan op hun zelfmanagement. Daarnaast is het belangrijk dat burgers over voldoende gezondheidskennis en vaardigheden beschikken zodat ze de eigen regie kunnen nemen, zoals het zoeken naar informatie op internet en jezelf uit kunnen drukken. Een zelfverzekerde, gemotiveerde en gedisciplineerde houding wordt gezien als belangrijk voorwaarde voor het nemen van eigen regie op de gezondheid.

'Als je je rottig voelt, dan niet denken van nou ik voel me rottig ik pak maar wat lekkers ... Dan moet je ook gewoon nee zeggen.' – Burger

Het werkt motiverend als burgers zich verenigen en samen werken aan gezondheid. Burgers kunnen dan ervaringen uitwisselen en voor elkaar en anderen een rolmodel zijn. Veel burgers zien zichzelf echter nog niet als rolmodel voor anderen en zijn hier terughoudend in. Burgers willen wel hun ervaringen en successen delen, maar in een veilige omgeving.

3.3.3 DE PROFESSIONAL EN POSITIEVE GEZONDHEID

Professionals beschreven dat hun handelen vanuit positieve gezondheid vooral gericht is op preventie en gedragsverandering. Hierbij gaat om het bewust maken van mensen dat je zelf een verantwoordelijkheid hebt in je eigen gezondheid, het bevorderen van het zelfmanagement van burgers en wordt de verantwoordelijkheid voor gezondheid bij de burger zelf gelegd. Professionals gaven aan dat het belangrijk is om burgers te ondersteunen in het maken van keuzes. Dit deden zij door burgers met een open attitude en oordeelsvrij te benaderen en van daaruit te achterhalen wat voor de burger belangrijk is en ook aandacht te hebben voor de context. De professionals stimuleerden de burgers om uit te gaan van hun mogelijkheden en haalbare doelen te stellen.



'Dat ik daarin mensen wel zeker bewust maak, dat ze altijd uitgaan van hun mogelijkheden en die kunnen gebruiken in hun dagelijks functioneren.' – Ergotherapeut

De samenwerking tussen de professional en burger vond zoveel mogelijk plaats op basis van vertrouwen en gelijkwaardigheid. Professionals gaven aan dat goed communiceren steeds belangrijker wordt. Oprecht aandacht hebben voor hoe het met iemand gaat en regelmatig contact hebben met de burger waren hierbij essentieel. Goed luisteren en de gesprekstechniek 'motivational interviewing' waren tools om dit te doen. Een succeservaring, een klein stapje richting het gestelde doel, bleek bij te dragen aan de motivatie van burgers. Eén professional noemde interprofessioneel samenwerken in relatie tot het bevorderen van eigen regie. Je hoeft als professional niet alle kennis zelf in huis te hebben; maak gebruik van elkaars expertise.

Veel professionals worstelden met de vraag of elke burger eigen regie kan voeren en zo ja, in welke mate. Om autonoom keuzes te kunnen maken informeerden de professionals de burgers over

gezondheid, gezondheidsgedrag en gevolgen van bepaalde keuzes. Professionals gaven aan dat niet alle burgers iets met deze informatie willen of kunnen doen. In het eerste geval gaat het om burgers die er bewust voor kiezen om kwetsbaar te zijn. Professionals vonden het lastig om te bepalen wanneer dit het geval is en of dit acceptabel is. In het tweede geval gaat het om burgers die niet de bekwaamheden hebben om iets met de informatie van professionals te doen. Professionals pasten hun handelen aan, aan het vermogen tot eigen regie van burgers.



'Dat betekent inderdaad dat je in sommige gevallen heel veel informatie kunt verschaffen, informatie op papier mee kunt geven, en in sommige gevallen dat je het in hele kleine stukjes knipt, voedingsadviezen door middel van plaatjes mee probeert te geven. Wat je toch merkt bij wat laaggeletterden en de mensen met een wat minder hoge intelligentie, is dat het toch zinvoller is om daar wat minder eigen regie te geven.' – Diëtist

3.3.4 MIX AAN BEKWAAMHEDEN

Het opzetten en uitvoeren van gezondheidsinitiatieven vraagt om verschillende bekwaamheden. Deze zijn in te delen in algemene bekwaamheden en leiderschap. De bekwaamheden zijn aanwezig binnen het team, maar niet ieder individu in het team beschikt over alle bekwaamheden. Het gaat uiteindelijk om de mix van bekwaamheden.

Algemeen

De bekwaamheden zijn weergegeven onder kennis, vaardigheden en attitude.

Kennis

Zelfkennis is een belangrijke bekwaamheid, het is belangrijk dat je als individu en als team de eigen kwaliteiten en beperkingen kent, dus beschikt over zelf reflecterend vermogen. Daarnaast is het belangrijk om de expertise en voorkeuren van

andere betrokkenen van het initiatief te kennen en te erkennen. Dit is het startpunt van een goede samenwerking.



'Het is van: Wie ben jij, wat doe je? Welk thema past bij jou? Wat wil je uitwerken? En hoe kunnen we elkaar beter leren kennen?'
- Ergotherapeut



'Je komt bij een groepje mensen die hun taak uitoefenen als therapeut en daar kom je in als nuchter iemand die die kennis niet heeft, die wel eraan mee wil werken, maar het dan liever aan de anderen overlaat om het om het door te geven, om het te doen. Ik wil wel meewerken en meehelpen, maar het geven van de cursussen, dat doen die anderen.' - Burger

Een combinatie van kennis vanuit de verschillende domeinen, vanuit verschillende perspectieven wordt gezien als voorwaarde voor een succesvol initiatief. Iedere betrokkene heeft zijn eigen expertise en ervaring en daardoor zijn/haar eigen specifieke inbreng. Men moet op de hoogte zijn van de ontwikkelingen in zijn eigen domein, maar ook enig inzicht hebben in andere domeinen.

Naast zelfkennis, is kennis van het veld belangrijk. Het gaat hierbij om weten wat er speelt in bijvoorbeeld de wijk, de gemeente, inzicht in de maatschappelijke activiteiten en de taal van het veld spreken. Kennis van andere initiatieven blijkt een inspiratiebron te zijn en als voorbeeld te kunnen worden ingezet om eigen initiatief verder te ontwikkelen en uit te voeren.

Vaardigheden

Het vermogen tot samenwerken wordt genoemd als een cruciale vaardigheid. Men verstaat hieronder: de verbinding aangaan en elkaar ondersteunen en versterken. Een voorwaarde hiervoor is korte lijnen door initiatieven lokaal te ontwikkelen, goede onderlinge communicatie, waarbij er naar elkaar

wordt geluisterd, men openstaat voor elkaars input, maar ook de discussie aan kan gaan. Netwerken, lobbyen, onderhandelen, mensen actief betrekken, mensen en initiatieven met elkaar verbinden en organiseren blijken belangrijke vaardigheden in het opzetten van gezondheidsinitiatieven.



'Lobbyen. Ik weet dat [collega] bijvoorbeeld zei tegen mij in het eerste jaar zo van: ja er gebeurt helemaal niks! Ik zeg, nee je moet eerst een relatie opbouwen en een relatie opbouwen binnen de gemeente voor één beweegproject betekent dat je met zo'n beetje drie afdelingen moet gaan praten.' - Beleidsprofessional - Relatiemanager Zorg en Welzijn



'Mijn rol was ook wel verbinder. Want ik zoek ook heel erg de verbinding op met de burgers. Ik heb bijvoorbeeld met x [burger], bij een kerkelijke gemeenschap een presentatie gehouden over wat het initiatief inhoudt.' - Fysiotherapeut



Burger: 'En toen werd mij gevraagd om in Samen Gezond Actief te stappen'
Interviewer: 'En waaruit bestond dat instappen?'
Burger: 'Meedenken. Nou voor mij was het voornamelijk meedenken.'

Oog hebben en houden voor de lange termijn doelen blijkt van belang net als het zien en pakken van kansen. Het steeds weer herijken van de doelen - zijn we nog op de goede weg - zorgt ervoor dat iedereen dezelfde doelen nastreeft en mensen zich betrokken blijven voelen. Dit vraagt vaardigheden op het gebied van plannen en organiseren. Bovendien is het belangrijk dat betrokkenen ook zelf reflecteerden op hun eigen inbreng.

Het aan kunnen geven van eigen grenzen wordt als een essentiële bekwaamheid gezien, maar dit wordt door veel mensen ook als lastig ervaren. Door je grenzen aan te geven bescherm je jezelf en krijgen anderen ook een kans, wat de samenwerking ten goede komt. Het stellen van prioriteiten en relativeren dragen bij aan het bewaken de grenzen.

Aanvullend moet een mix aan creativiteit, presentatievaardigheden en coachingsvaardigheden aanwezig zijn om een succesvol initiatief uit te voeren.

Attitude

Noodzakelijk voor een goede start is een open attitude van professionals naar de behoeften van de burgers.

“Wat het van de werkgroep leden vraagt, is denk ik dat ze in hun attitude gewoon heel open zijn en heel eerlijk kijken naar; waar ligt de behoefte? De motivatie moet niet zijn waar de werkgroep leden het over willen hebben, maar waar de burgers informatie over willen.” - Verpleegkundige

Daarnaast moeten betrokkenen openstaan voor elkaars inbreng en expertise en elkaar niet als concurrent zien. Hetzelfde geldt voor een empathische en respectvolle attitude, die is ook van belang voor zowel het contact met burgers als het contact met andere betrokkenen.

Burger: ‘Een luisterende attitude en begripvolle attitude. Dat ze [burgers] voelen, dat je het goed bedoelt. Zorgzaam. En als ze niet willen deelnemen dat je dan vraagt: waarom wil je dan niet? Dan is het nog maar de vraag of het lukt, hoor.’

Het is tevens belangrijk dat de betrokkenen flexibel zijn. Gedurende de ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsinitiatieven vinden vaak veel veranderingen plaats, bijvoorbeeld in de groep mensen

die betrokken is bij het gezondheidsinitiatief en in de gemaakte afspraken. Commitment is belangrijk: iedere betrokkene moet zich kunnen committeren aan het doel van het initiatief en hier ook achterstaan.

Een mix aan de volgende attitude aspecten draagt bij aan een succesvol initiatief: proactiviteit, daadkracht, humor, geduld, volharding, enthousiasme, zelfverzekerdheid, kritisch, en vernieuwend.

“Dat heeft met persoonlijkheid te maken vind ik. Dat ze [betrokkenen initiatief] het leuk vinden. Ik kan dus goed overstijgend en op grote afstand kijken. Ik kan de humor inzien van situaties, ik kan dingen in perspectief plaatsen. ... Maar, dat heb ik niet geleerd op mijn opleiding, dat is gewoon iets van mijzelf.” - Huisarts

“Er zijn ook mensen die zien daar heel erg tegenop, die dan zeggen, hmm hoe doe je dat dan? En ja, ik kan dat vrij makkelijk, ik ga even bij de telefoon zitten en ik bel eventjes iemand op van: kunnen wij komen met zoveel mensen?” - Burger

Leiderschap

De bekwaamheden rondom leiderschap zijn ingedeeld in de verschillende vormen van leiderschap: transformatieel, transactioneel en laissez-faire. Leiderschap wordt gekoppeld aan de rol van kartrekker. Echter, het gaat niet alleen om leiderschap van de kartrekker, maar het tonen van leiderschap door verschillende participanten in het initiatief wordt gezien als voorwaardelijk voor het slagen van het initiatief. Er is niet een duidelijke leiderschapsstijl die de voorkeur heeft.

Transformatieel (inspirerend)

Het uitdragen van een visie en het voorstellen van het ‘hogere doel’ draagt bij aan de motivatie van betrokkenen.

‘Iemand die verder kijkt, die visie heeft. Je kunt de visie wel samen maken, maar je hebt iemand nodig die daarop anticipeert.’ - Sportconsulent

Participanten voelen zich ook daadwerkelijk betrokken als zij zich gehoord voelden. De ‘leider’ moet in staat zijn een open sfeer te creëren en mensen persoonlijke aandacht te geven. Het verbinden van de verschillende betrokkenen is ook een belangrijke bekwaamheid, passend bij transformatieel leiderschap. Hierbij gaat het zowel om het verbinden in coördinerende zin, bijvoorbeeld bijeenkomsten beleggen, maar ook in informele zin, bijvoorbeeld verbinden in de wandelgangen. Kennis van groepsdynamiek en samenwerking zijn van belang om ervoor te zorgen dat iedereen tot zijn recht kwam.

‘Een goede gespreksleider moet vooral goed observeren, hoe mensen zich terugtrekken of juist naar voeren treden en daarin doseren, zodat iedereen ook aan het woord kan komen. En vooral dat iedereen zich ook op zijn gemak voelt.’ - Burger

Er is behoefte aan iemand met veel kennis en ervaring, die vertrouwen geeft en weet wat er speelt. De bekwaamheid om betrokkenen te motiveren en te stimuleren was onmisbaar. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door: kleinere initiatieven in het grotere geheel te plaatsen en door innovatief, soms burgerlijk ongehoorzaam en charmant te zijn.

De ‘leider’ moet in staat zijn om problemen op te lossen, zoals conflicten tussen betrokkenen of een gebrek aan betrokkenheid. Het breed uitdragen van het initiatief en de achterliggende visie was een bekwaamheid die nodig was voor de verduurzaming van het initiatief.

Transactioneel (belonen-straffen)

Minstens een persoon in het team moet de rol van procesbewaker op zich nemen.

‘Iemand moet het proces goed in de gaten houden, qua tijd en qua planning, Dus eigenlijk een plan van aanpak maken en een tijdsplanning.’ - Sportconsulent

Ook is het belangrijk dat er goede en transparante afspraken worden gemaakt over de rol- en taakverdeling. Er is behoefte aan een daadkrachtig iemand die beslissingen durft te nemen vanuit het gezamenlijk belang. Bekwaamheden die ook horen bij transactioneel leiderschap zijn: strategisch handelen, organiseren, structureren en faciliteren. De transactionele ‘leider’ durft, indien nodig, ook eisen te stellen aan de betrokkenen en spreekt hen aan op hun verantwoordelijkheden en de afspraken die in de groep zijn gemaakt.

‘De afspraken duidelijk maken en zorgen dat iedereen er op tijd is.’ - Praktijkondersteuner

Laissez-faire (passief)

Laissez-fair leiderschap is niet zichtbaar in de drie gezondheidsinitiatieven. Het lijkt belangrijk te zijn dat een of meer personen in het team transformatieel en/of transactioneel leiderschap tonen.

3.4 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk zijn, gebaseerd op drie verschillende gezondheidsinitiatieven, de visie op positieve gezondheid en bekwaamheden die nodig zijn voor interprofessioneel samenwerken beschreven. Hierbij zijn de bekwaamheden van de burgers meegenomen. Zowel professionals als burgers laten een enigszins ambigue attitude zien ten aanzien van het nemen en voeren van eigen regie op gezondheid. Hoewel burgers betrokken zijn bij de gezondheidsinitiatieven zien zij voor zichzelf een beperkte rol in de ontwikkeling en de uitvoering van een interprofessioneel gezondheidsinitiatief. Burgers vinden dat professionals hiervoor verantwoordelijk zijn en dat het initiatief voor het ontwikkelen en uitvoeren bij professionals ligt.

Of iemand gezond is, is afhankelijk van hoe diegene dit zelf ervaart. Het voeren van eigen regie kan daar een onderdeel van zijn. Het blijkt dat burgers om te komen tot eigen regie zich eerst bewust moeten zijn van hun huidige gezondheid(sgedrag) en vermogen tot eigen regie. Professionals kunnen dit bewustwordingsproces ondersteunen door oprechte interesse te tonen en van daaruit de wensen en mogelijkheden van de burger te achterhalen. Vervolgens kunnen zij de burgers ondersteunen in het behalen van de gestelde doelen bijvoorbeeld door de gesprekstechniek 'motivational interviewing'.

Om te komen tot een succesvol gezondheidsinitiatief is een mix aan algemene kennis, vaardigheden en attitude nodig, zoals zelfkennis, samenwerken en een open attitude. Deze bekwaamheden zijn niet per definitie gekoppeld aan een professional, maar kunnen ook worden ingebracht door betrokken burgers. In de praktijk zagen we echter dat burgers een uitvoerende rol pakken, maar zichzelf minder zien als kartrekker van het initiatief.

Wanneer we kijken naar de mix aan bekwaamheden onderscheiden zich verschillende CanMeds rollen (Frank, 2005). Met name de rol van Communicator, Samenwerkingspartner, Gezondheidsbevorderaar en Organisator lijken goed te passen in een gezondheidsinitiatief gericht op eigen regie. Hoewel de bekwaamheden niet per se aan rollen gekoppeld zijn kan de CanMeds systematiek wel helpen om te bepalen of de juiste mix aan bekwaamheden aanwezig is. Het redeneren vanuit concrete rollen geeft inzicht in welke kennis, vaardigheden en attitude samen maken dat iemand in staat is om een bepaalde rol aan te nemen.

Leiderschap bleek van cruciaal belang voor een succesvol interprofessioneel gezondheidsinitiatief, met als doel de eigen regie van burgers te bevorderen. Zowel transformationeel als transactioneel leiderschap lijkt bij te dragen aan het succes van het gezondheidsinitiatief. Er zijn mensen nodig die vanuit het initiatief een visie op 'positieve gezondheid' uitdragen en anderen motiveren en stimuleren om hier samen mee aan de slag te gaan. Om te bepalen welke leiderschapskwaliteiten

aanwezig zijn binnen een gezondheidsinitiatief kan de Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ⁶) worden ingevuld. Deze vragenlijst brengt zowel transformationeel (inspirerend), transactioneel (belonen-straffen) en laissez-faire (passief) -leiderschap in kaart (Den Hartog et al, 1997). Hoewel transformationeel leiderschap de laatste jaren binnen onderzoek naar leiderschap het meest populair is blijkt dat ook transactioneel leiderschap van belang is voor een succesvol gezondheidsinitiatief (Vermeulen et al, 2017). Door middel van de vragenlijst kan achterhaald worden welke vorm van leiderschap al aanwezig is en welke bekwaamheden eventueel nog aangevuld dienen te worden. Ook geeft de vragenlijst input voor gedragingen die passen bij de verschillende leiderschapsstijlen. Hoewel laissez-fair leiderschap niet zichtbaar was in de drie gezondheidsinitiatieven is het wel belangrijk dat alle betrokkenen in de groep, zowel de professionals als de burgers, zich gezamenlijk 'eigenaar' voelen van het initiatief.

Een belangrijke vraag die aan de orde kwam is: 'kan elke burger eigen regie voeren?'. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat iets minder dan de helft van de Nederlanders (48%) moeite heeft om zelf de regie te voeren over gezondheid en ziekte (Heijmans et al, 2016). Bovendien sluit de zorg vaak niet aan bij wat mensen met lage gezondheidsvaardigheden nodig hebben. De organisatie van zorg is ingewikkeld en informatie over gezondheid voor veel mensen, onbereikbaar, onbegrijpelijk of ontoepasbaar (Heijmans et al, 2016 & Van den Muijsenbergh, 2018). Deze groep heeft daarom ondersteuning nodig bij het voeren van eigen regie. In een gezondheidsinitiatief kan men hier op inspelen door 1) de informatie en het taalgebruik af te stemmen op deze doelgroep; investeer in begrijpelijk informatiemateriaal en communiceer bij voorkeur mondeling, 2) het initiatief zo in te richten dat ook mensen met lage gezondheidsvaardigheden hun weg kunnen vinden, dus niet onnodig complex, 3) de focus te leggen op een gezonde leefomgeving, dit kan bijdragen aan een gezond leven, door natuur, groen en water sport en spel etc. en 4) samen te werken met burgers met lage gezondheidsvaardigheden in de opzet en de uitvoering van een gezondheidsinitiatief

6 http://alrestivo.com/Downloads_files/Multifactor%20Leadership%20Questionnaire.pdf

(Heijmans et al, 2016 & Van Vliet et al, 2016). In de drie gezondheidsinitiatieven hadden bijna alle participanten, ook veel burgers, een hoog opleidingsniveau. Het is daarmee de vraag of het initiatief mensen met laag opleidingsniveau en/of lage gezondheidsvaardigheden voldoende aanspreekt en deze doelgroep voldoende wordt bereikt (Diers, 2004). Het zou interessant zijn om te kijken of deze groep bij gezondheidsinitiatieven betrokken is en wat dit betekent voor de te bereiken doelgroepen; draagt dit bij aan ondersteuning van mensen die moeite hebben om zelf regie te nemen op gezondheid.

In de gezondheidsinitiatieven ligt de nadruk op het versterken van de mogelijkheden tot eigen regie, terwijl in het concept positieve gezondheid het ook gaat over een andere denkwijze; van ziekte georiënteerd denken naar gezondheidsdenken (Huber et al, 2011). Verschillende participanten beschreven gezondheid echter als het ontbreken van ziekte. De vraag is of een initiatief dat (deels) vanuit ziekte georiënteerd denken is vormgegeven daadwerkelijk bijdraagt aan eigen regievoering. Een belangrijke bekwaamheid om te komen tot een succesvol gezondheidsinitiatief is het centraal stellen van de mens. Waarbij de mens ondersteund wordt in het organiseren en coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen (conform de definitie van eigen regie, Verkooijen, 2010).

Het valt op dat zorgprofessionals slechts in beperkte mate de samenwerking met het welzijnsdomein benoemen. In interprofessionele zorginitiatieven is het van belang dat de verschillende domeinen elkaar vinden. Al eerder is gebleken dat dit niet vanzelf gaat (Leenaars et al, 2015). Het concept positieve gezondheid kan voor de bevinding tussen zorg en welzijn zorgen. Het gaat niet alleen om patiënten, maar om burgers. Burgers die zich bewust worden van gezondheid, van wat ze zelf kunnen doen en van wat ze kunnen betekenen voor anderen. Uit de interviews bleek dat er om zorg en welzijn met elkaar te verbinden mensen nodig zijn die open staan voor het andere domein en kennis hebben van het andere domein. Uit eerder onderzoek blijkt bovendien dat er mensen nodig zijn die 'boundary-crossing skill' bezitten. Dit betekent dat zij in staat zijn om over de grenzen van hun eigen domein heen te kijken

en structurele en culturele verschillen tussen de domeinen kunnen overbruggen (Hendriks et al, 2016).

3.5 CONCLUSIE

In gezondheidsinitiatieven gericht op het versterken van de eigen regie van burgers om gezond te leven werken professionals én burgers samen om dit te bereiken. Hierin is een mix aan algemene kennis, vaardigheden en attitude nodig, zoals zelfkennis, samenwerken en een open attitude. Leiderschap is essentieel om door middel van een gezondheidsinitiatief de eigen regie van burgers op gezondheid te bevorderen. Ieder heeft in de samenwerking zijn eigen unieke inbreng van bekwaamheden en het is belangrijk om hiervoor open te staan en de mix aan bekwaamheden inzichtelijk te maken. Iedere betrokkene draagt zijn eigen steentje bij aan een succesvol gezondheidsinitiatief.

Professionals en burgers laten een enigszins ambigue houding zien ten aanzien van het nemen en voeren van eigen regie op gezondheid. Ook zijn burgers zich nog niet altijd bewust van de actieve rol die zij in hun eigen gezondheid kunnen vervullen. Professionals met juiste bekwaamheden kunnen dit bewustwordingsproces ondersteunen. Ook burgers kunnen dit door een rolmodel te zijn voor andere burgers, maar dit gebeurt beperkt en in de eigen omgeving. De rol van burgers in interprofessionele gezondheidsinitiatieven is vooral uitvoerend. Het is interessant om te kijken hoe deze rol van burgers kan worden vergroot en welke bekwaamheden zij hiervoor nodig hebben, zodat zij meer regie krijgen en nemen op hun eigen gezondheid en die van hun omgeving. Om te komen tot een succesvol interprofessioneel gezondheidsinitiatief is het bovendien belangrijk dat naast de focus op eigen regie er een paradigmashift plaatsvindt naar gezondheidsdenken, waarbij de mens centraal staat en er verbinding is tussen zorg en welzijn.

LITERATUUR

Barr V.J., Robinson S, Marin-Link B., Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.* 2003;7(1):73-82.

Den Hartog D.N., Van Muijen J., Koopman P. Transactional versus transformational leadership: An analysis of the MLQ. *Journal of Occupational and Organizational Psychology.* 1997,70(1):19-34.

Diers J. Neighbor Power, building community the Seattle way. 2004. Seattle and London: University of Washinton Press.

Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing.* 2008,62(1):107-15.

Frank JR. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. 2005. Canada: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Heijmans M, Zwikker, H, Rademakers J. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? 2016. NIVEL.

Hendriks AM, Habraken JM, Kremers SPJ, Jansen MWJ, Van Oers H, Schuit AJ. Obstacles and Enablers on the Way towards Integrated Physical Activity Policies for Childhood Obesity Prevention: An Exploration of Local Policy Officials' Views. *BioMed Research International.* 2016.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ.* 2011, 343 (4163): 235-237.

Kaljouw, M & Van Vliet, K. Naar nieuwe zorgen zorgberoepen: de contouren. 2015. Diemen: Zorginstituut Nederland.

Laurant M, Vermeulen H. Gezondheid organiseren. Een leerboek voor verpleegkundigen. 2018. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Leenaars KE, Smit E, Wagemakers A, Molleman GR, Koelen MA. Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: A systematic literature review. *Preventive Medicine.* 2015, 81: 460-78.

Reeves S, et al, A BME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39 *Medical Teacher,* 2016: 38 (7): 656-668.

Van den Muijsenbergh M. Verschil moet er zijn! Inaugurele rede. 2018. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Van Vliet, K, Grotendorst, A, Roodbol, P. (2016). Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. 2016. Zorginstituut Nederland.

Verkooijen, L. (2010). Van inspraak naar invloed (lectorale rede). Almere: Almere Healthschool.

Vermeulen H, Holleman G, Huis A, Ista E, Lalleman P. Verpleegkundig leiderschap. 2017. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Walg C. Gezondheid Centraal. Opschudding in de gezondheidszorg. 2014. Barneveld: Uitgeverij Boekenbent.



HOOFDSTUK 4 SAMENWERKEN IN DE 1^e LIJN VRAAGT OM INTERPROFESSIELE VERANTWOORDELIJKHEID

Hilde Wierda-Boer, Wietske Kuijer-Siebelink en Basema Afram.

Met medewerking van Anne Pepers en de studenten Simone Franken, Tessa Ubaghs, Lindsay van Merwijk, Brian Wouterse, Maurice Rijnja, Collin Denekamp, Aranka Kwakkernaat, Noor Landen en Sarah Dubbelman.

In dit hoofdstuk bundelen en reflecteren we op uitgevoerde praktijkgerichte onderzoeken door studenten van verschillende opleidingen van de HAN onder zorgverleners werkzaam in de eerstelijnszorg. In deze onderzoeken hebben we geprobeerd antwoord te krijgen op de volgende vraag: 'Wat betekent interprofessionele samenwerking voor de (ontwikkeling van) beroepshouding van professionals in zorg- en welzijn?' Werken vanuit een visie vanuit persoonsgerichte zorg is leidend, waarbij een attitude t.a.v. interprofessionele verantwoordelijkheid bijdraagt in het daadwerkelijk grensoverschrijdend samenwerken.

4.1 INLEIDING

De context waarbinnen professionals in zorg en welzijn werken, is sterk in beweging. De nieuwe definitie van gezondheid, bijvoorbeeld, richt zich sterk op het bevorderen van de eigen regie van de cliënt (Huber, 2011). Tegelijkertijd neemt de zorgvraag door toenemende vergrijzing toe in complexiteit (Hansen, Greuning en Batenburg, 2010). Zorg- en welzijnsprofessionals zullen daarom steeds vaker moeten werken in multidisciplinaire of interprofessionele teams. De cliënt maakt hiervan deel uit en voert waar mogelijk de regie. Samenwerking heeft een positieve invloed op de uitkomst van het uiteindelijk behandelplan. De behandeldoelen kunnen namelijk door goede

samenwerking beter op elkaar aansluiten waardoor het herstelproces beter zal verlopen (Vyt, 2008; Rocco et al, 2011; Chunchu et al, 2012). Zeker in complexe zorgsituaties (wanneer er sprake is van multimorbiditeit, meerdere zorgverleners, en een grote ondersteuningsbehoefte in de thuishouding en mantelzorg) is het belangrijk dat deze samenwerking gecoördineerd wordt (Vyt, 2015).

Er zijn verschillende factoren die samenwerking kunnen belemmeren. Enerzijds spelen 'harde kanten' als landelijke zorgstructuren, wet- en regelgeving en financiën een rol (Ouwens, Bosch en Wening, 2012). Daarnaast kunnen ook sociaal-psychologische factoren samenwerking in de weg zitten, denk aan problemen in het vertrouwen in elkaar, het zich beter voelen dan een ander, en onduidelijkheid in verantwoordelijkheden: de 'zachte' kanten van samenwerking (Nauta, 2004; Ouwens, Bosch en Wening, 2012). Deze zachte kanten hangen nauw samen met de beroepshouding, oftewel, hoe je staat in je beroep, de manier waarop je samenwerkt met cliënten en collega's en de keuzes die je maakt in de omgang met mensen.

De steeds grotere noodzaak tot samenwerken om adequate persoonsgerichte zorg te kunnen bieden, vraagt een verandering in beroepshouding van de professional.

Een houding die we in hoofdstuk 2 hebben aangeduid als netwerkprofessionaliteit. Onlangs is een onderzoek uitgevoerd onder sociaal werkers naar een samenwerkingsgerichte houding. Hieruit blijkt dat het belangrijk is te zoeken naar het waarom van de samenwerking (Hal & Van Hattum, 2015). In hoofdstuk 2 werd dit samenwerken vanuit de bedoeling ook benadrukt.

In dit hoofdstuk gaan we hierop verder door na te gaan hoe zorgverleners samen werken, wat hun drijfveren voor samenwerken zijn en welke belemmerende en bevorderende factoren zij hierbij ervaren. De centrale vraag die wij willen beantwoorden, is: 'Wat betekent interprofessionele samenwerking voor de (ontwikkeling van) de beroepshouding van (toekomstige) professionals in zorg- en welzijn?'

We zoeken antwoord op deze vraag vanuit een praktijkgerichte benadering waarbij studenten van paramedische opleidingen zorgverleners in het werkveld hebben geïnterviewd over samenwerken. Het ophalen van ervaringen van zorgverleners, waarbij betekenis gegeven wordt aan die ervaring, kan een waardevolle bijdrage leveren aan inzicht in wat een passende beroepshouding is voor het kunnen leveren van persoonsgerichte zorg.

4.2 METHODE

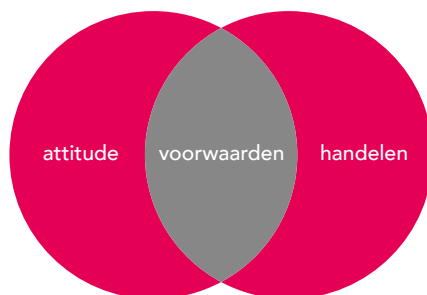
Voor dit hoofdstuk zijn 35 semigestructureerde interviews met zorgverleners in de eerstelijnszorg geanalyseerd. De geïnterviewden hebben via informed consent ingestemd met deelname aan het onderzoek.

De interviews zijn afgenomen door student-onderzoekers vanuit verschillende paramedische opleidingen van de HAN in het kader van een project rond interprofessioneel werken. Hierdoor leerden de studenten niet alleen door de verhalen uit het werkveld, maar ook vanuit het eigen proces over (interprofessionele) samenwerking. De studenten werden ondersteund door docentonderzoekers. Deze ondersteuning bestond uit inbreng van inhoudelijke expertise, faciliteren van inhoudelijke uitwisseling en afstemming tussen de deelprojecten en het samenwerkingsproces van de student-onderzoekers.

De student-onderzoekers stelden zelf hun interviewgids samen om de mogelijkheid te hebben er hun eigen onderzoek van te maken. Voorwaarde die zij vanuit de opleiding meekregen, was dat de vragen ruimte moesten geven om de beroepshouding in beeld te krijgen. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. De data zijn vervolgens door onderzoekers gecodeerd en gethematiseerd vanuit de bovengenoemde vraagstelling.

4.3 RESULTATEN

In de interviews over samenwerken met andere disciplines/specialisaties ging het met name over de thema's handelen, attitude en voorwaarden voor samenwerking. Hieronder zullen we de thema's nader toelichten en illustreren met citaten. Belangrijk hierbij is te vermelden dat de drie thema's niet los van elkaar gezien kunnen worden. Er is dan ook enige overlap in te herkennen.



4.3.1 HANDELEN

Wat kan de (toekomstige) professional doen in zijn/haar handelen? Waarom doet hij zoals hij doet en welke variatie aan handelen is hierin mogelijk? Uit de interviews blijkt dat zorgverleners verschillende handelingen uitvoeren als het gaat om 'samenwerken.' We onderscheiden:

- actief informeren wie er betrokken zijn bij de cliënt
- contact leggen met andere zorgverleners
- contact onderhouden met andere zorgverleners
- doorverwijzen
- advies vragen
- afstemmen
- samen een cliënt zien

Elk van deze aspecten werken wij hieronder uit.

Actief informeren wie er betrokken zijn bij de cliënt

Sommige geïnterviewde zorgverleners geven aan actief bij hun cliënten te informeren welke andere hulpverleners bij de cliënt betrokken zijn.

“Ik vraag [cliënten] ook altijd of ze andere hulpverleners hebben waar ze onder behandeling bij zijn. Dat vind ik heel belangrijk. Dat is het ook qua samenwerking. Mocht het zijn dat die meneer in het ziekenhuis wordt geholpen of bij de huisarts komt voor iets specifiek dan kan ik daar ook altijd contact mee hebben, daarom vraag ik dat eigenlijk.” (S2-9)

“Nu zijn we eigenlijk vooral bezig met als we een cliënt hebben de mensen eromheen te benaderen. Welke mensen komen we tegen waarmee we eventjes live mee rond de tafel willen? Dus ik kom bij een cliënt, ik vraag 'Wie zijn er allemaal bij betrokken? Vind je het goed als ik daar ook contacten mee leg?'. Want ja, de cliënt is altijd degene die toestemming moet geven. Eigenlijk gaan ze daar altijd wel mee akkoord, want zij begrijpen ook dat het voor hen het beste is als het afgestemd is. Dan afhankelijk van wat de vragen zijn, leg ik met bepaalde disciplines contact. Dus het kan ook zijn dat ik ze misschien niet allemaal benader.” (S2-1)

Het tweede citaat laat zien dat het (vroegtijdig) in beeld krijgen van andere betrokken zorgverleners richting geeft aan de keuzes die hij maakt samenwerkingsrelaties met andere professionals aan te gaan.

Contact leggen met andere professionals

Zorgverleners leggen contact met collega's van andere disciplines ... Het gaat er dan ook om, om jezelf bij anderen bekend te maken zodat je 'gevonden' wordt.

“[De samenwerking] bevalt ook wel goed. Maar ja, je moet er ook gewoon actief in zijn, want je merkt ook dat logopedist zijn (...), dat we altijd wel een beetje het vijfde wiel zijn. Dus je moet zelf heel actief zijn met de leerkrachten om gewoon jouw plekje zeg maar, dat ze je niet vergeten zeg maar. (...) Want wij zitten wel een beetje achterin het gebouw (...). En de leerkrachten onderling hebben natuurlijk heel veel contact en die hebben ook MDO's, en daar zitten wij niet bij. (...) Leerkrachten vinden het wel heel fijn hoor, als je heel actief bent. Maar zij doen het niet, het gaat niet vanaf hun kant.” (S2-7)

Contact onderhouden met andere professionals

Als het contact met andere disciplines er eenmaal is, ervaren sommige zorgverleners dilemma's bij het onderhouden van het contact als er geen directe cliëntvraag ligt, dus bij het netwerken in algemene zin. Enerzijds is het de onzekerheid in het benaderen ('Val ik de ander niet lastig?'), anderzijds is de vraag 'Ga ik hier eigen tijd in investeren?'.
“

“Ik merk dat ik nu vooral bezig ben met cliënten, die ik dan heb en dat denk ik, oh, wacht, daar [andere zorgverlener] heb ik een tijd geleden eens contact mee gehad en dat het eindelijk goed is om dat ook weer eens warm te houden. Maar dat vind ik ook lastig, omdat ik mensen niet lastig wil vallen. Dat is misschien niet het juiste woord, maar omdat ik het gevoel heb dat je ze dan misschien stoort als het niet over hun cliënt gaat. Dat zal misschien niet iedereen zo opvatten, sommigen vinden dat juist leuk en fijn, maar anderen zullen ook denken... Maar dat is misschien ook een stukje onzekerheid van mezelf. Dat ik dan denk, je mag daar best zeker van zijn, je mag die contacten soms nog wat meer warm houden. Ik vind het alleen lastig om dan te bedenken op welke manier ik dat dan doe.” (S2-1)

“Dat hoor ik vaak ook van collega’s, die het moeilijk vinden om contact te houden met mensen. Het kost ook heel veel tijd natuurlijk. Het is allemaal eigen tijd. Je krijgt er niet voor betaald, helaas.” (S2-9)

Doorverwijzen

Zorgverleners geven aan door te verwijzen naar professionals uit andere disciplines of specialisaties als hun kennis te kort schiet, als zij met hun eigen behandeling geen resultaat meer boeken of ze het probleem van de cliënt niet (meer) zelf kunnen oplossen.

Veel zorgverleners wijzen in het kader van doorverwijzen op het belang van het kennen van de eigen grenzen: (h)erkennen wanneer je er niet voor geschoold bent. Dat betekent goed weten: ‘Waar ligt mijn terrein, waar ligt het terrein van de ander?’. Dit is niet altijd makkelijk, want er is een grijs gebied tussen zorgverleners. Dat aanvoelen is iets dat je volgens zorgverleners moet leren in de praktijk. Genoemd wordt ‘je niet te groot te voelen om door te sturen’ (S1-4) en je ‘onzekerheid laten zien’ (S1-2). De ene professional kan dat beter dan de andere:

“Ik vind het geweldig om iemand naar iemand anders te sturen. Niet om er daarmee vanaf te zijn. Maar gewoon om voor mezelf het idee te hebben dat je de beste zorg kunt aanbieden die er in dit team is en ik denk ook dat de patiënt dat gewoon verdient. Ik denk dat ik daar heel open in sta. Dus ja, die kwetsbaarheid die voel ik niet zo. Maar ik merk aan collega’s dat die daar wel last van hebben.” (S2-3)

Tegelijkertijd geeft één van de zorgverleners ook aan, dat je niet de weg van de minste weerstand moet kiezen, omdat je van je eigen grenzen opzoeken ook leert en groeit (S1-8).

Advies vragen

Zorgverleners vragen advies aan professionals uit andere disciplines of specialisaties als ze twijfelen of de problematiek van de cliënt wel binnen hun vakgebied past, als ze vastlopen in de behandeling of er zelf niet meer uitkomen, als ze zich onzeker voelen over de behandeling, als ze vermoeden dat er iets anders onder de problematiek ligt, ze zien dat de problematiek baat heeft bij een bredere aanpak of ze behoefte hebben aan een ander perspectief op de problematiek. Merk op dat een aantal redenen om advies te vragen overlap laat zien met de redenen om door te verwijzen.

“Ik heb bijvoorbeeld een vrouw, 82 jaar is ze, echt een topper. Maar wat het is, ze woont nog zelfstandig. Ze heeft allemaal tegels op de vloer, een stoel met wieljes etcetera, vet irritant. Dus ik een ergotherapeut inschakelen, dat is dan wat ik het eerste doe. Dan denk ik van wat kunnen we ermee, hoe kunnen we de woonsituatie van haar vergemakkelijken zodat ze minder beperkt is.” (S1-1)

Het adviesvragen kan heel direct zijn, door bij elkaar binnen te lopen, of door elkaar te bellen. Maar soms gaat het ook via het dossier of e-mail. Tijd en afstand spelen een rol bij de keuze voor ‘live’ contact. De meeste zorgverleners geven de voorkeur aan direct contact, omdat je de ander dan in de ogen kunt kijken, en je ziet hoe iemand reageert op wat je zegt. Je veilig voelen is een belangrijke voorwaarde om advies te (durven) vragen.

“Omdat het direct is, kun je samen overleggen, kun je een beetje sparren, een beetje stoeien met wat je ziet. Ik moet eerlijk zeggen, wij hebben hier dan de situatie dat je ook kan zeggen wat je wilt. Dat je veilig bent, dat je durft te zeggen wat je wilt, ook al slaat het nergens op, je wordt niet afgemaakt. Dat is wel een voorwaarde tot dit overleg denk ik.” (S1-4)

Afstemmen

Een stap verder dan advies vragen is afstemmen. Zorgverleners hebben verschillende overwegingen om af te stemmen met andere disciplines: bespreken wie wat gaat doen of oppakt in de behandeling, zorgen dat de behandeling niet botst met hetgeen de andere professional doet, aansluiten op wat de ander doet om elkaar aan te vullen, op dezelfde golflengte zitten (één verhaal naar de cliënt zorgt voor onderling vertrouwen) en om tot doelmatiger zorg te komen.

“Je eindresultaat is beter. Je bent beter op elkaar afgestemd. Je gaat doelmatiger met de zorg om. Het is niet zo dat je, dat eerst de ene alles doet en klaar heeft en uitgekaart is en dat dan de volgende begint. Dan verlies je tijd en tijd is geld in de zorg. We moeten gewoon heel doelmatig omgaan met de middelen die we in de zorg hebben.” (S1-10)

Zorgverleners vinden afstemmen extra belangrijk als er overlap in specialisaties zit.

“Daar waar de overlap zit, daar waar we elkaar dus ontmoeten in die revalidatie, daar hebben we het wel over. Daar proberen we heel duidelijk aan te geven wanneer mijn stukje begint en het stukje van haar op houdt. Dus ja, dat zit er wel in, alleen niet aan het begin en ook niet aan het einde, want dat gaat de specialisatie van je collega weer voorbij.” (S1-11)

Het afstemmen komt voor in lichtvoetige vorm ‘even een babbeltje’ tot samen een cliënt zien met meerdere zorgverleners tegelijk, waarbij je doelstelling en visie deelt. Dat laatste is erg kostbaar. Mogelijkheden vanuit zorgverzekeraars spelen daarbij een rol. Soms wordt er op cliënt overstijgend niveau afgestemd, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van zorgprogramma’s.

Samen een cliënt zien

Soms vindt afstemming op de werkvloer plaats, in bijzijn van de cliënt. Zorgverleners geven aan dat samen een cliënt zien beelden over de andere professional kan doen veranderen. Het geeft een beter inzicht in wat de ander doet en waarom.

“Zij [logopedist] heeft laten zien wat zij deed op basis van de stemproblemen en de spanningsproblemen die daarbij kwamen. Zij was ook aanwezig toen ik de patiënt onderzocht, waardoor zij ook kon zien wat mijn benadering was. Zo kregen we eigenlijk inzicht in elkaars handelen. Wat daar heel verassend is, is met welk doel zij handelingen deed, wat heel erg lijkt op wat een fysiotherapeut doet, maar dat we daar een andere doelstelling achter hebben. Dus dat was wel heel erg leuk om te zien.” (S1-3)

Deze kennis zorgt ervoor dat je in de toekomst weet wanneer je kunt doorverwijzen. Of je neemt adviezen mee die je daarna kunt toepassen in je eigen werk. Soms wordt een cliënt samen gezien vanuit een drang naar bevestiging ‘Doe ik het juiste?’.

Samen een cliënt zien vraagt nog meer van de professional om zichzelf kwetsbaar op te stellen:

“Dat is echt super confronterend: wat jij zelf kan en wat je kennis is en of je eigenlijk wel weet wat je zit te doen. Ik denk dat veel mensen dat ook eng vinden, en veel mensen durven de spreekuren die ik draai [samen met andere zorgverleners] niet te draaien of met bibbers in de knieën, omdat ze het zo eng vinden. (...) Je moet met de billen bloot durven. Wat dat is samenwerken, hè. (...) Ik denk dat dat voor heel veel mensen een soort van mega obstakel is.” (S2-5)

Zorgverleners die met zorgverleners uit andere disciplines/specialisaties samen cliënten zien, geven aan dat cliënten dit waarderen. Ook doen ze dit uit de overtuiging dat ze zo tot de beste zorg voor de cliënt komen.

“Dat is wat bij mij past. Het aan het bed doen. Gewoon handelend van we gaan samen die persoon uit bed helpen en de één heeft dat trucje en ik heb dat trucje. Wat past het best bij de patiënt. Hoe kunnen we zorgen dat die genoeg kracht heeft om dat trucje uit te kunnen doen? Wat zijn er voor aanpassingen? Zo kom je bij elkaar ergens in het midden dan. De ideale zorg voor de patiënt. (...) Als je aan een tafel gaat zitten om over een patiënt te praten. Dat is een hele andere situatie. Daar zie ik minder in.” (S2-3)

“Een beperking is de juiste personen aan tafel hebben als zorgverlener. Niet elke zorgverlener heeft een optiek die geschikt is voor multidisciplinair samenwerken. Je moet je echt open willen opstellen, je moet bereid zijn jezelf kwetsbaar in je behandeling op te stellen, ook naar andere zorgverleners. Je moet niet denken dat jij altijd de oplossing ziet. Je moet bereid zijn om met elkaar aan de oplossing te werken.” (S1-10)

“Het zit ten eerste al niet in huis, er zit hier in het pand niet een andere discipline in de zorg dus dan zou ik extern iets moeten gaan doen. Daar is nooit echt aanleiding toe geweest [om samen te werken met andere disciplines].” (S1-2)

4.3.2 ATTITUDE

- Algemene houding ten opzichte van samenwerking
- Beeld van de andere professional
- Visies laten aansluiten

Houding ten opzichte van samenwerking

In bovenstaande is al duidelijk geworden dat voor het samenwerken met andere disciplines of specialisaties het open staan voor de samenwerking erg belangrijk is. De meerwaarde van de samenwerking moet gezien worden. Ook vraagt samenwerken over grenzen om jezelf kwetsbaar opstellen en een lerende houding in te nemen.

Een attitude vanuit het perspectief dat samenwerking start vanuit de behoeftes van de patiënt/ zorgvraag, en niet geredeneerd vanuit wat jij allemaal kan bieden wordt belangrijk gevonden.

“Ik denk dat het grootste succes op het moment is, dat je dezelfde doelstelling hebt en dat je vanuit daar gaat kijken naar je vakgebied, en het gebeurt veel te veel andersom - dat je begint bij wat kan ik doen voor die patiënt dus dat doe ik, in plaats van dat je kijkt van wat is er nodig en hoe zou ik daar op in kunnen haken en hoe haak jij daar op in. En hoe zorgen we dat we zo compleet mogelijk bezig zijn. Dat is volgens mij de kracht van samenwerken, daar zou het moeten liggen.” (S1-3)

Beeld van de andere professional

In de interviews kwamen verschillende beelden naar voren over 'andere zorgverleners'. Zie je ze als concurrent of als collega?

“Daar zit natuurlijk een angel. Onze beroepsidentiteit. Als je heel erg veel van je beroep houdt, is dat je missie. Als iemand anders daar aan zit te krabben, dat is niet fijn. Als die vindt dat hij dat beter kan... bijvoorbeeld dan jij. En zeker als ook nog blijkt dat hij het beter kan. Dat is dan helemaal jammer.” (S2-4)

Als verlengstuk van je eigen expertise, elkaar aanvullen; een andere, verrijkende blik op het probleem; of dat je eigen behandeling een beter resultaat heeft als je de ander inschakelt. De overtuiging dat je samen een beter resultaat levert. “Het vult elkaar heel goed aan, als je dat ook samen bekijkt dan worden er heel snel afspraken gemaakt van nou als jij nu dat traint dan train ik dat. Het sluit heel goed bij elkaar aan. Het is niet concurrerend, het is aanvullend. En soms is het ook nog een keer een voordeel voor een patiënt. Als hij onvoldoende zitting heeft in zijn aanvullende verzekering, dan kan de ergotherapeut bijvoorbeeld ook 10 uur besteden bij een patiënt en kan soms juist wat trainen met transfers wat eigenlijk de fysiotherapeut ook kan, maar dan is het de vraag wie gaat het doen? Gezamenlijk kunnen we dat pakket wat breder maken en wat meer op elkaar afgestemd.” (S1-10)

Visies laten aansluiten

Het ‘neuzen dezelfde kant op zetten’. Dezelfde visie hebben op bepaalde problematiek. Goed op elkaar ingespeeld zijn. Dat vraagt ook je te verplaatsen in de ander. Het gaat om ‘op dezelfde golflengte zitten’.

“Dan denk ik dat het allerbelangrijkste is, dat je je sowieso probeert te verplaatsen in de visie, in het gedachtegoed van de andere zorgverlener. Dat is één. (...) Oogpunten zien en durven erkennen. En niet zeggen van ‘ja, maar jij denkt zo, maar ik denk dat dit beter is’. Maar ‘Oké, als we beiden die kant op denken en dit is het beste voor de patiënt wat doen we dan?’ Dus je moet elkaars oogpunt kennen en je moet samen een doelstelling hebben.” (S1-3)

“Dan is het wel fijn dat de informatie die [de cliënt] krijgt bij die andere discipline waarnaar ik verwijs, als dat een beetje op dezelfde golflengte zit. Naar verloop van tijd leer je dan wel een beetje om te kijken naar wie ik wel verwijs en naar wie ik niet verwijs. Om het zo maar te zeggen.” (S1-5)

“Ik werk veel samen met (...) een hoofdpijnspecialist. Daar heb ik altijd het gevoel mee dat we echt op een lijn zitten. Waarbij er heel veel succesvolle behandelingen plaatsvinden omdat zij op het juiste moment doorstuurt naar mij en ik stuur op het juiste moment terug wanneer ik vind ‘dit is een afwijkend beloop’.” (S1-2)

4.3.3 VOORWAARDEN

- Beschikbare netwerk
- Weten wat je aan elkaar hebt
- Communicatie

Beschikbare netwerk

Of en met wie je samenwerkt, is voor zorgverleners sterk afhankelijk van de cliënten die ze zien, maar ook van de zorgverleners in hun netwerk. Sommige zorgverleners stellen zich daar actief in op. Anderen zien dat meer als een gegeven.

“[Met wie werk je samen?] Wat voor handen is, binnen je netwerk is. [...] [Het] ligt dus aan je netwerk maar ook aan de patiëntengroep die je ziet. Ik werk veel in de avonduren. [Het is in het] algemeen [de] werkende populatie die graag in de avonduren komt, of studerende mensen. Dat speelt ook een rol. Als ik op andere dagen werk in de vakantie en ik werk overdag of in de ochtend, dan krijg ik ook andere patiënten te zien met hele andere problematiek, wat meer chronische aandoeningen: COPD patiënten etcetera.” (S1-12)

“De samenwerking kan je ook opbouwen vanuit je eigen toko, zeg maar. De historische situatie was dat iedereen zijn eigen onderkomen had in deze wijk. Toen ik mijn praktijk startte, heb ik altijd veel energie gestoken in netwerken en contacten onderhouden. Middels nieuwsbrieven, één of twee keer per jaar langsaan. En naar de huisarts toe ook frequente terugrapportages en bij onduidelijkheden contact opnemen.” (S2-8)

Weten wat je aan elkaar hebt

Weten wat de ander doet, zodat je niet in elkaars vaarwater komt, maar ook dat je weet naar wie je moet doorverwijzen. Zorgverleners geven aan dat het aftasten is, je hebt nooit complete beeld. Ze hebben vaak een beperkt beroepsbeeld van andere professies. Niet echt weten wat de specialiteit is van anderen.

Ervaring met andere disciplines werkt als katalysator om opnieuw de samenwerking aan te gaan. De drempel ligt lager om door te verwijzen. Als je meer kennis hebt van andere disciplines kijk je zelf ook breder naar de patiënt. Kennis van elkaar is nodig om een gesprek te kunnen voeren. Verder kijken dan je eigen deskundigheid.

“Naarmate je beter weet wat de ander zijn kwaliteiten zijn, wat een ander goed kan. Dan is het ook wat makkelijker om iemand te verwijzen, omdat ik dan heel specifiek weet dan doet hij dit of dan doet hij dat. Daar wordt het beter van. Ervaringen helpen ook altijd. Je stuurt iemand naar de manueeltherapeut en als je dan terug hoort van: nou, dat ging hartstikke goed en het was over. Dan is dat natuurlijk een hele positieve ervaring. Een enkele keer komt er iemand terug en zegt: nou dat moet je me nooit meer aandoen. Dan weet ook van nou bij dat soort mensen moet ik dat niet doen. Dus ja je leert er wel van.” (S2-3)

“Als je eerder al eens persoonlijk contact hebt gehad, dan is het makkelijker om ook tussendoor weer contact te leggen. En als het over een cliënt gaat, dan is het geen probleem, want ja, je hebt toch iets wat je wilt bespreken. Het is een andere manier van contact.” (S2-1)

“Je moet wel een soort van gelijkwaardigheidsbasis te creëren. Om ook de communicatie zo kort te houden. Als de huisarts mij belt en die heeft iemand met een geïnfecteerde ulcus, en ik kom bij die patiënt en ik denk ‘die raakt dadelijk in de sepsis’. Dan ga je gewoon dood, hè. Dan bel ik eigenlijk gewoon meteen de chirurg en die zegt dan ‘laat hem maar meteen komen, met de ambulance in de spoedeisende hulp, dan trekken we hem meteen naar boven naar de goede afdeling, want bij de spoedeisende hulp hebben ze niet door wat er aan de hand is.’ Dus de contacten, elkaar kennen, dat is voor een heleboel zorg heel essentieel. (...) Je hebt echt een team nodig waarop je kan vertrouwen en als die er niet zijn, heb je een team nodig dat je altijd kan bereiken.” (S2-5)

In de interviews klinkt de roep om aandacht te hebben voor elkaars deskundigheid kennen en daar tijdens opleiding al mee te beginnen. Maar dan niet door samen vakken te volgen, maar samen aan een casus te werken.

“Nou dat merk ik heel vaak hier bij collega’s op de afdeling. Die hebben echt geen idee wat die andere disciplines allemaal kunnen. En niet dat ik de pretentie heb, ik ken alleen dat wat ik uit de praktijk ervaren heb. Ehm, maar we zijn gewoon niet zo gewend met elkaar naar problemen te kijken.” (S2-4)

“Kijk verder dan je eigen deskundigheid, ik denk dat dat heel belangrijk is. Begin goed met netwerken, begin als het kan tijdens de opleiding al met netwerken, he, bijvoorbeeld zulke studieopdrachten, ik denk dat dat heel veel meer betekent, dat je kennisneemt van de andere zorgmogelijkheden.” (S2-8)

Communicatie

In verschillende interviews komt het belang van open communiceren naar voren. Open communicatie zorgt ervoor dat verwachtingen (van de professional, andere professional, en de cliënt) uitgesproken kunnen worden.

“Goed communiceren, heel veel daarin investeren. Ik denk dat dat kei-belangrijk is. En niet alleen schriftelijk, maar je dus ook laten zien, hè. (...) Als je elkaar ziet en elkaar kent, dan betekent dat heel veel meer. (...) Dus je kan hele goede rapportage schrijven, maar (...) er gebeurt veel meer in de fysieke contacten dan een superdossier.” (S2-8)

“Je hebt te maken met verwachtingen van een orthopeed, maar ook die van een patiënt en ook je eigen verwachtingen. Op het moment dat die verwachtingen niet kloppen, (...), die verwachtingen niet waargemaakt worden, dan krijg je toch een beetje frictie. Dan is het altijd heel moeilijk om open en eerlijk naar elkaar toe te blijven communiceren. Juist omdat je toch een soort van beroepsdeformatie hebt, dat wat jij doet heel logisch is en wat de orthopeed of wat een andere beroepsgroep heeft gedaan niet klopt. Dus ik denk dat verwachtingen daar heel belangrijk in zijn.” (S1-11)

De meeste geïnterviewden geven aan dat een dergelijke open communicatie beter verloopt wanneer de disciplines onder één dak zitten, of je elkaar fysiek opzoekt. Dat gaat makkelijker wanneer men zich op één locatie bevindt, je komt elkaar dan tegen op de gang.

“Buiten de praktijk is de communicatie altijd spaarzaam omdat de manier om elkaar te pakken te krijgen gewoon heel lastig is. Ik ben iedere dag bezig met 20 patiënten te zien, datzelfde geldt voor de spreekuren bij huisartsen, bij orthopeden of sportartsen. Dus een vast belmoment of iets dergelijks of een contactmoment is heel lastig. Dat is eigenlijk één van de grootste heikele punten die ik in deze vorm van samenwerking heb.” (S1-11)

Vaak is er weinig terugkoppeling nadat een cliënt is doorgestuurd. Sommige zorgverleners acteren daar echter pro-actief op.



“Wat ik dan wel doe is dan, is vaak achteraf nog even een contactmoment. En dat is dan meer van ‘wat is eruit gekomen, wat is er gebeurd, heeft diegene er wat aan?’. Vaak is het dan van ja, daar kunnen we wel wat mee, er is vaak wel iets te realiseren, helemaal als je dan een beetje ziet dat er altijd wel iets te halen is door überhaupt het meten van die hoogte, dan weet je al daar kunnen we wel wat mee.” (S1-1)

4.4 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Met dit onderzoek is getracht om antwoord te geven op de vraag: ‘wat betekent interprofessionele samenwerking voor de (ontwikkeling van) de beroepshouding van (toekomstige) professionals in zorg- en welzijn?’ Gedurende het onderzoek zijn ervaringen van zorgverleners met interprofessionele samenwerking opgehaald. Hieruit blijkt dat zorgverleners verschillende handelingen uitvoeren op het gebied van samenwerking. Om inzicht te verkrijgen in wat een passende beroepshouding is in zorg- en welzijn, is het van belang om na te gaan waarom zorgverleners deze handelingen uitvoeren en wat hiervoor belemmerende en bevorderende factoren zijn. Deze factoren worden hieronder nader toegelicht. Tevens wordt een koppeling gemaakt tussen dit handelen en wat voor beroepshouding dit vraagt van zorgverleners.

Het samenwerken begint bij het centraal stellen van de cliënt en informeren bij de cliënt naar alle hulpverleners die bij die cliënt betrokken zijn. De voornaamste reden die wordt gegeven om deze handeling uit te voeren is om nadien contact te kunnen leggen met die zorgverleners die bij kunnen dragen aan de cliëntvraag. Bij het contacten leggen met andere professionals wordt aangegeven dat het hierbij belangrijk is om jezelf actief op te stellen en jezelf onder de aandacht te brengen. De zorgverleners zijn echter actiever in het leggen van contacten dan in het onderhouden van contacten. In hoofdstuk 2 werd al benoemd dat contact onderhouden veel vraagt van een professional. Hij moet beschikken over een zekere

netwerkprofessionaliteit en zijn positie in het werkveld en in de maatschappij kennen. Daarnaast dient de professional een kritische houding te hebben om te kunnen reflecteren op deze positie en indien nodig aanpassingen hierin aan te brengen. Naast (een gebrek aan) deze netwerkvaardigheden, blijkt uit de interviews dat de tijdsinvestering als belemmerende factor kan worden gezien voor het warm houden van contacten. Tegelijkertijd geven de zorgverleners aan dat zij doelmatiger kunnen werken, wanneer werkzaamheden op elkaar afgestemd worden. Hier ligt dus een dilemma: steek je tijd en energie in het onderhouden van contacten om zo de cliënt beter van dienst te kunnen zijn of steek je deze tijd en energie direct in de cliënt? Dit vraagt om zorgverleners met een positieve houding ten opzichte van samenwerking en die het belang van de cliënt hierbij centraal stellen.

Een veelgenoemde belemmering voor samenwerking zijn gevoelens van onzekerheid. Zorgverleners vinden het lastig om contacten warm te houden, omdat zij bang zijn de ander lastig te vallen of van zijn werk af te houden. Barnett (1997) erkende eerder al het vertrouwen in jezelf als belangrijk aspect van professionaliteit en ook hier lijkt een gebrek hieraan een remmende werking te hebben op interprofessionele samenwerking. Ook in het kader van doorverwijzen, het vragen van advies en afstemmen speelt het zelfvertrouwen een rol. Hiervoor is het volgens de ondervraagde zorgverleners namelijk van belang om het onderscheid te kunnen maken tussen het eigen terrein en het terrein van de ander en om je eigen grenzen te (h)erkennen. Omdat er tussen de terreinen van zorgverleners een grijs gebied bestaat, dient een professional goed om te kunnen gaan met zijn eigen (on)zekerheid en dient er afstemming plaats te vinden. Een genoemd voorbeeld van afstemming is het samen zien van een cliënt. Deze vorm van afstemming vindt niet vaak plaats, terwijl dit erg waardevol kan zijn. Niet alleen geeft het meer inzicht in wat de ander precies doet, maar het verandert ook het beeld dat je van de ander hebt. Ook hier is onzekerheid echter een belemmerende factor. In hoofdstuk 2 werd reeds benoemd dat aandacht voor de vorming van de persoon cruciaal is. Ook in dit onderzoek wordt het belang van aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling onderstreept.

De voornaamste 'harde kant' van samenwerking die aan bod komt tijdens de interviews is locatie. De zorgverleners geven aan een voorkeur te hebben voor direct contact boven mail- of telefonisch contact of contact via het dossier. Hierdoor wordt volgens hen niet alleen de open communicatie bevorderd, maar kan er ook ervaring worden opgedaan met andere disciplines, waardoor duidelijk wordt wat je aan elkaar hebt en wat de ander nu precies doet. Een aantal zorgverleners binnen dit onderzoek spreken de wens uit om al tijdens de opleiding kennis van en ervaring met andere disciplines op te doen. In hoeverre zij hier zelf ervaring mee hebben en wat voor effect dit heeft op de huidige samenwerking, is onduidelijk. Hier ligt dan ook een mogelijkheid voor vervolgonderzoek. Fysieke nabijheid (werken onder één dak) en vastgestelde tijden voor face-to-face contact (vergaderingen) vergemakkelijken het directe contact (Hewitt et al, 2014). Echter, dit is niet zo eenvoudig door de landelijke zorgstructuren, waardoor zorgverleners zich vaak ontwikkelen binnen 'hun eigen rol' (Joynes, 2017). Een professional dient dus ook actief te (leren) netwerken en zijn contacten te onderhouden.

Om zo goed mogelijke zorg te bieden aan cliënten is het volgens Joynes (2017) van belang dat zorgverleners zich interprofessioneel verantwoordelijk voelen. Dit omvat hoe zij zichzelf en anderen neerzetten en hoe zij handelen ten opzichte van elkaar (Joynes, 2017). In dit onderzoek kwam reeds naar voren dat een professional zichzelf open en kwetsbaar dient op te stellen. De professional kan zich hierdoor echter bedreigd voelen in zijn beroepsidentiteit. Het is daarom van belang dat interprofessionele samenwerking als onderdeel van deze beroepsidentiteit wordt gezien en niet als een apart onderdeel dat als aanvulling dient op deze beroepsidentiteit (Joynes, 2017). Een opmerking van een respondent was dat het vermogen om jezelf kwetsbaar op te stellen, samenhangt met de senioriteit van de professional. Dit ligt op één lijn met de bevindingen van Joynes (2017) dat senior zorgverleners zich meer comfortabel voelen met hun eigen professionele identiteit en het werken buiten hun eigen terrein dan junior zorgverleners. Daarnaast speelt het beeld van de ander een rol. Wanneer een collega wordt gezien als concurrent heeft dit een belemmerende werking. Ook geven

een aantal zorgverleners aan dat je jezelf moet kunnen verplaatsen in de ander om de visies op elkaar aan te kunnen sluiten en de neuzen dezelfde kant op te zetten. Kennis en ervaring met elkaars discipline zouden hieraan bij kunnen dragen. Ook de overtuiging dat de cliënt beter geholpen wordt als zorgverleners gezamenlijk optrekken, wordt in dit onderzoek genoemd als een stimulerende factor. De ander wordt dan gezien als een aanvulling, een verrijking. Interprofessionele samenwerking zal dan ook worden bevorderd, als deze gedachte de leidraad is van het handelen en interprofessionele verantwoordelijkheid als ieders kernverantwoordelijkheid wordt gezien.

De ontwikkeling van de beroepshouding kunnen we vanuit ons onderzoek goed positioneren op 3 niveaus, conform een raamwerk eerder ontwikkeld door Clark (2014). Aandacht voor de ontwikkeling van de beroepshouding:

1. In relatie tot jezelf, oftewel hoe je als zorgverlener in je beroep staat en hoe dat tot uiting komt in je handelen. In dit onderzoek werd hierbij een lerende en open houding als belangrijk genoemd, maar ook zaken als vertrouwen in eigen handelen.
2. Relatie tot de cliënt. Dit gaat over de visie van werken vanuit een cliënt - of persoonsgerichte benadering als uitgangspunt van je handelen. Deze basishouding vraagt bij complexe problematiek per definitie om afstemming en samenwerking.
3. Relatie tot andere professionals, waarbij het gaat om het beeld dat je hebt/ontwikkelt van andere professionals, in hoeverre je elkaar kent en (h)erkent, maar ook het actief zijn in het opbouwen en onderhouden van je netwerk. Interprofessionele verantwoordelijkheid met elkaar voelen en ernaar handelen.

LITERATUUR

Barnett R. (1997). Higher Education: a Critical Business. Buckingham, SRHE/Open University Press.

Chunchu K, Mauksch L, Charles C, Ross V, Pauwels J. (2012). A patient centered care plan in the EHR: Improving collaboration and engagement. *Fam Syst Health*. 2012;30(3):199-209.

Hal, van, L. Hattum, van. M. (2015). Samenwerking tussen hulpverleners met meervoudige problemen. *Maatwerk*, 16:6, 31-33.

Hansen, J., Greuning, M. van, Batenburg R. S. (2010). Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Geraadpleegd op 20 februari 2017, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/%e2%80%8cbestanden/%e2%80%8c%e2%80%8cRapport-Monitor-multidisciplinaire-samenwerking-eerste-lijn.pdf>

Hewitt, G. Sims, S. Harris, R. (2014). Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care. *Journal of Interprofessional Care*. 28 (6): 501-506. et al, (2014).

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. (2011). How should we define health? *BMJ*. 343 (4163): 235-237.

Joynes, VCT. (2018) Defining and understanding the relationship between professional identity en interprofessional responsibility: implications for educating health and social care students. *Adv in Health Sci Edu* 23:133-149.

Nauta, A. (2004). Een vertrouwenskwestie? Over het samenwerken van huisartsen en bedrijfsartsen. Geraadpleegd op 12 mei 2017, van <http://sterknaarwerk.info/doc/Een%20vertrouwenskwestie.Nauta.2004.pdf>

Ouwens, M., Bosch, M. & Wensing, M. (2012). De 'zachte kanten' van samenwerking in de eerstelijnszorg. wat is er bekend uit onderzoek en wat zijn de kennislacunes? Geraadpleegd op 8 juni 2017, van <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/literatuur/26569%20De%20zachte%20kanten%20van%20samenwerking.pdf>

Rocco N, Scher K, Basberg B, Yalamanchi S, Baker-Genaw K. (2011). Patient-centered plan-of-care tool for improving clinical outcomes. *Quality Manager in Health Care*. 20(2):89-97.

Vyt A. (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in healthcare. *Diabetes Metab Res Rev*. 24(1):S106-9.

Vyt, A. (2015). Samenwerken aan een zorgplan. In Vyt, A. (Red.), *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. (pp. 63 - 72). Apeldoorn, Garant-Uitgevers.



HOOFDSTUK 5 DE NOODZAAK VAN EEN INTEGRALE BENADERING OP HET GEBIED VAN ZORG EN WELZIJN, WERK EN INKOMEN.

Carla Nouwen en Isolde Driesen

In dit hoofdstuk staat 'interprofessioneel werken tussen gezondheidszorg, welzijn en specifiek werk' centraal. Het hoofdstuk schetst waar de specifieke interprofessionele samenwerking aan zou moeten voldoen om te komen tot de gewenste resultaten voor mensen die in armoede leven en een afstand tot de arbeidsmarkt hebben. En wat dit in het bijzonder betekent voor de houding van de professionals die deze mensen ondersteuning bieden. Tot slot maken we enkele opmerkingen over de behoefte aan verder onderzoek.

5.1 HET BELANG VAN INTEGRAAL WERKEN

Hoewel veel initiatieven zich richten op een inclusieve samenleving, participatie en volwaardig burgerschap, zijn er in Nederland nog altijd veel mensen die in armoede leven en/of een afstand tot de arbeidsmarkt hebben. In 2016 moesten 590 duizend huishoudens van de ruim 7,2 miljoen huishoudens rondkomen van een minimum inkomen (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2018). Volgens het onderzoek van het CBS betekent dit een armoederisico van 8,2% onder de totale huishoudens. Uit cijfers van het CBS naar mensen die werkloos zijn, blijkt dat 4,1% van de beroepsbevolking in het eerste kwartaal van 2018 werkloos was (368.000 mensen). Eind 2017 telde Nederland 461.000 bijstandsgerechtigden.

Kees is een 26-jarige jongvolwassene. Hij is werkloos en ontvangt een bijstandsuitkering. Kees heeft schulden van ongeveer €3.000,-. Kees is inwonend bij zijn ouders, maar heeft dagelijks conflicten met zijn ouders. Hij voelt zich eenzaam, heeft geen sociaal netwerk, een omgekeerd dag- nachtritme en is verslaafd aan gamen. Kees besloot na aandringen van zijn ouders hulp te zoeken voor zijn problemen. Kees klopte aan bij een organisatie waar ze hem konden ondersteunen bij het vinden van een nieuwe passende werkplek. Deze organisatie kon Kees echter niet helpen met zijn schulden. Daarvoor werd Kees verwezen naar de gemeente waar hij zijn hele verhaal over zijn situatie en problemen weer opnieuw kon vertellen. Kees had ook hulp nodig bij zijn verslaving aan gamen, de conflicten thuis en zijn gevoel aan eenzaamheid. Daarvoor ging Kees naar zijn huisarts waarna hij werd verwezen naar het sociaal wijkteam. Dit betekende dat Kees in korte tijd bij vier verschillende plekken voor hulp was geweest waar hij zijn verhaal opnieuw had moeten vertellen. Kees kreeg het gevoel dat hij van het kastje naar de muur werd gestuurd en had eigenlijk maar één wens en dat was dat hij nooit meer zijn hele waslijst aan problemen hoefde te vertellen.

Mensen die in armoede leven of een afstand tot de arbeidsmarkt hebben, blijken vaak vragen op meerdere leefgebieden te hebben als ze zich aanmelden voor hulp. Als we teruggaan naar het verhaal van Kees dan lezen we dat ook Kees hulpvragen heeft op meerdere leefgebieden; werk, financiën, psychische gezondheid, huiselijke relaties, sociale contacten. Uit onderzoek blijkt dat problemen op het gebied van werk en inkomen onlosmakelijk samenhangen met problemen op andere levensdomeinen, zoals psychische gezondheid, sociaal netwerk, huiselijke relaties, lichamelijke klachten etc. (Van Geuns, 2013). Het hebben van werk is een middel om deel uit te maken van de samenleving en past binnen het streven naar volwaardig burgerschap. Echter blijken veel werkzoekenden te kampen met een samenspel van sociaal psychische problemen, medische beperkingen, armoede en sociale uitsluiting (Sannen, Driessens & Verboven, 2011). De onderzoekers stellen dat deze samengestelde problematiek het vermogen van afzonderlijke hulp- en dienstverleners overstijgen en een gecombineerde aanpak op diverse levensdomeinen vergt. Wil je de problemen van mensen effectief aanpakken, dan ligt het voor de hand dat er integraal wordt gewerkt (Movisie, 2015).

Verweij, van Xanten en van Houten (2018, 6) geven de volgende definitie van integraal werken:

“Integraal werken is in samenhang en afstemming domein overstijgend samenwerken aan effectieve en efficiënte hulp en ondersteuning bij hulpvragen van inwoners in de wijk, dichtbij en ter preventie van (escalatie van) problematiek. De ondersteuning is gericht op het zo snel, eenvoudig en duurzaam mogelijk oplossen van meervoudige problemen. Het versterken van de veerkracht van de samenleving, het vergroten van zelfregie, zelfredzaamheid en participatie en het benutten van het eigen netwerk daarbij, zijn vertrekpunt.”

Uit onderzoek uitgevoerd door onderzoekers aan de HIVA-KU Leuven blijkt dat integrale trajectbegeleiding met aandacht voor zowel ‘werk’ als ‘welzijn’ een grotere kans op succes heeft dan de som van afzonderlijke, naast elkaar werkende diensten op beide domeinen (Steenssens et al, 2008). Ook Sannen et al, concluderen dit:

“Het nadeel van tendering voor werkzoekenden in armoede is dat er breuklijnen in de begeleiding ontstaan. Verschillende dienstverleningen worden serieel achter elkaar geschakeld, elk met verschillende contactpersonen en/of vertrouwensfiguren, elk met andere opdrachten en doelstellingen. Het betreft als het ware een ‘Tayloristisch model’: niet alleen taken van de dienstverleners worden gefragmentariseerd, ook de werkzoekende wordt opgesplitst in deelproblemen, waarvoor vervolgens specialisten worden ingezet. Voor werkzoekenden in armoede werkt dit lineaire, opgesplitste model niet, wel een cyclische begeleiding met een trajectbegeleider die het ganse traject opvolgt.” (Sannen et al, 2011, 14).

In Vlaanderen wordt dan ook volop geëxperimenteerd met trajecten, waarbij integraal wordt gewerkt aan werk en welzijn (ook wel W²-trajecten genoemd). Deze aanpak is veelbelovend. De vraag is in hoeverre dit ook in Nederlandse context uitziert. Het gaat niet alleen om een integrale aanpak van de problemen op verschillende leefgebieden in hun samenhang, maar ook om interprofessionaliteit. D’Amour en Oandasan (2005) geven een formele definitie van interprofessionaliteit:



“(....) the development of a cohesive practice between professionals from different disciplines. It is the process by which professionals reflect on and develop ways of practicing that provides an integrated and cohesive answer to the needs of the cliënt/family/population.” (p. 9). Met andere woorden, interprofessionele samenwerking is het proces van samenwerking tussen verschillende disciplines, en is daarmee een overkoepelende term waaronder multi-, inter-, en transdisciplinaire teams vallen” (p.9).

In Nederland zijn we nog volop interprofessionele teams aan het opzetten en ontwikkelen en dit vraagt om een bepaalde houding van de betrokken professionals op het gebied van samenwerken. Een interprofessionele aanpak waarbij hulp- en dienstverleners gezamenlijk aan de slag gaan met huishoudens die problemen hebben op verschillende leefgebieden is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Uit de verkenning Werk en Inkomen in integrale aanpakken (2017) blijkt dat beleidsmatig het belang van een integrale aanpak hoog in het vaandel staat, maar de vertaling hiervan in de praktijk weerbarstig en complex is. Interprofessioneel werken is niet zomaar hulp- en dienstverleners vanuit verschillende aandachtsgebieden en expertises bij elkaar zetten, het vraagt om een interprofessionele houding. De uitdaging zit onder andere in hoe je concreet samenwerkt, dat je dezelfde taal spreekt, hetzelfde doel voor ogen hebt en dat je weet welke integrale aanpak een wijk en gemeente nodig heeft. Om dit te bereiken is meer onderzoek naar interprofessioneel samenwerken nodig (Van Hattum, 2018).

In de rest van dit hoofdstuk schetsen we eerst de Nederlandse context en de vragen die dit oproept voor het interprofessioneel werken (paragraaf 5.2). In 5.3 beschrijven we waar deze interprofessionele samenwerking tussen werk en welzijn aan zou moeten voldoen om te komen tot de gewenste resultaten voor mensen die in armoede leven en een afstand tot de arbeidsmarkt hebben. Daarbij stellen we ons de vraag wat deze interprofessionele aanpak

betekent voor de houding van de professionals die deze mensen ondersteuning bieden. Paragraaf 5.4 vat de behoefte aan verder onderzoek samen.

5.2 TRANSITIES IN HET SOCIAAL DOMEIN

DE NEDERLANDSE CONTEXT

We schetsen eerst kort de Nederlandse context. Sinds 2015 valt de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), de Wet op de Jeugdzorg en de Participatiewet onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Dit houdt in dat alle verantwoordelijkheden voor de eerstelijnszorg en welzijn vanuit de nationale overheid is verschoven naar de gemeenten. Hierdoor is de maatschappelijke en gezondheidszorg in Nederland vanaf 2015 aanzienlijk veranderd (Veldheer et al, 2012). Uitgangspunten van de drie wetswijzigingen zijn dat mensen in staat worden gesteld zo lang mogelijk thuis te wonen, zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij de cliënt te organiseren door in de wijk sector-overstijgende zorg aan te bieden en mantelzorgers nauw bij de zorg te betrekken. De wetswijziging leidt tot een enorme cultuurverandering voor iedereen die actief is in dit domein. Dit wordt ook wel de “transformatie” genoemd.

De uitgangspunten van deze transformatie zijn (Oude Vrielink, Van der Kolk & Klok, 2014):

- meer zelfregie en zelfredzaamheid van de cliënt (eigen plan);
- integraal werken;
- één gezin, één plan, één regisseur;
- minder gebruik van dure, tweedelijnszorg;
- specialistische hulp snel beschikbaar en snel weer terugtrekken.

Deze transformatie van het sociaal domein heeft nogal wat gevolgen gehad én heeft het nog steeds voor burgers, cliënten, vrijwilligers, mantelzorgers en ook voor (de houding van) professionals.

OPKOMST EN VORMGEVING SOCIALE (WIJK)TEAMS

Om vorm te geven aan de uitgangspunten van deze transformatie hebben veel gemeenten de afgelopen jaren sociale (wijk)teams opgericht. Sociale (wijk)teams zijn niet meer weg te denken in onze verzorgingsstaat Nederland. Uit een landelijke peiling onder alle Nederlandse gemeenten blijkt dat 83% van de 242 deelnemende gemeenten aan deze peiling sociale (wijk) team(s) hebben (Van Arum & Van den Enden, 2018). In sociale (wijk)teams zijn professionals uit verschillende organisaties en disciplines bijeengebracht die voor een integrale aanpak van sociale problematiek moeten zorgen: één gezin, één plan, één regisseur (Oude Vrielink et al, 2014). In een sociaal (wijk)team werken professionals van verschillende zorg- en welzijnsorganisaties samen, zoals bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, WMO-consulent, opbouwwerker, etc. Sommige gemeenten hebben er ook voor gekozen professionals als schuldhulpverleners of bedrijfsdienstverleners toe te voegen aan de teamsamenstelling van sociale (wijk)teams.

5.3 INTERPROFESSIEEL SAMENWERKEN

Met de komst van sociale (wijk)teams is de transformatie echter nog volop in ontwikkeling. De afgelopen jaren zijn er veel nieuwe taken afgekomen op de sociale (wijk)teams en de interprofessionele handelingswijzen zijn nog niet volledig uitgekristalliseerd. Zo blijkt uit het onlangs verschenen boek *De verhuizing van de verzorgingsstaat* (Bredewold et al, 2018) dat de decentralisaties weliswaar geleid hebben tot een betere samenwerkingsrelatie, maar dat er tevens sprake is van een 'professioneel tekort'. Hoewel er meer sprake is van nabijheid en vertrouwdheid tussen cliënt en professional en de professionals collegiale steun ervaren, elkaar op deskundigheid aanvullen en advies vragen, voelen ze zich vanuit hun organisaties weinig gesteund en toegerust en worstelen ze o.a. met handelingsverlegenheid als gevolg van de nadruk op generalisme en het ontbreken van eenduidige kaders. Bovendien zijn er tussen de verschillende organisaties door de

nieuwe financieringsstructuur zelfs nieuwe vormen van concurrentie ontstaan. Uit een landelijke peiling onder gemeenten komt daarbij naar voren dat, ondanks dat sociale (wijk)teams multidisciplinair zijn samengesteld, de integraliteit zich vaak beperkt tot het domein van zorg en welzijn. Het aantal sociale (wijk)teams dat taken uitvoert op het gebied van werk en inkomen neemt gestaag af. Waar in 2014 nog 55% van de sociale (wijk)teams taken voor werk en inkomen in het pakket heeft, is werk en inkomen in 2017 nog maar in 45% van de gemeenten ingebed in de sociale (wijk)teams (Van Arum & Van Den Enden, 2018). Uit literatuurstudies en praktijkervaringen blijkt dat in Nederland volop wordt geëxperimenteerd om ondersteuning op het gebied van werk en inkomen te verbinden met andere domeinen, maar het blijkt dat een interprofessionele benadering tussen werk en inkomen met andere domeinen nog in de kinderschoenen staat (Panhuijzen et al, 2016).

Wij denken dat het conceptuele model ontwikkeld door Mulvale, Embrett en Razavi (2016) aanknopingspunten biedt voor een versterking van die interprofessionele benadering. Mulvale et al, hebben naar aanleiding van een systematische review een conceptueel model gevormd waaruit naar voren komt dat verschillende factoren bijdragen aan het verbeteren van interprofessionele samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg⁷.

In het model worden vier niveaus beschreven die significant samenhangen met interprofessionele samenwerking: 1) macroniveau: bestuurlijk beleid, 2) mesoniveau: organisatiebeleid, 3) microniveau: teamstructuren, -processen en -houdingen, en 4) factoren op individueel niveau. Uit het onderzoek van Mulvale et al, (2016) blijkt dat op teamniveau sociale en formele processen en de teamstructuur veel invloed hebben en bijdragen aan het verbeteren van interprofessionele samenwerking binnen eerstelijnszorgteams. Dit betekent dat het belangrijk is een gedeelde team visie en doelen te hebben, kwaliteitsaudits, team overleggen, dat er sprake is van gedeelde besluitvorming, het gevoel te hebben onderdeel uit te maken van het team, weinig

7 Het model van Mulvale et al, (2016) is ontwikkeld vanuit de eerstelijnszorg, maar kunnen we ook binnen welzijn toepassen. Daarbij dienen we bij de interpretatie van het model rekening te houden met het gegeven dat het bij een integrale aanpak tussen de domeinen zorg en welzijn, en werk en inkomen niet gaat om een samenwerking binnen één team, maar meer om een gezamenlijke casuïstiekvoering waarbij rondom een casus samengewerkt wordt vanuit verschillende teams.

conflicten in een team, open communicatie tussen collega's en ondersteunende collega's. Dit komt overeen met Hoofdstuk 2 en 3, waarin ook het belang van dialogisch en gelijkwaardig werken vanuit de bedoeling centraal staat.

De uitdagingen om interprofessioneel werken tussen de domeinen zorg en welzijn, en werk en inkomen te bevorderen en verbeteren staat of valt bij de houding en werkwijze van professionals, zoals ook uit het conceptueel model van Mulvale et al, (2016) blijkt. Als we daarbij inzoomen op het derde (micro) en vierde (individuele) niveau van het model zien we daarbij de methodiek van "krachtgericht casemanagement", ontwikkeld door Rapp en Goscha (2006) als veelbelovende uitwerking. De reeds genoemde W2-arrangementen zijn hierop gebaseerd en in de evaluatie hiervan onderscheiden Sannen et al, (2011, p. 38) drie kritische succesfactoren voor een effectieve integrale samenwerking op het gebied van werk en welzijn:

1. De nadruk op krachten van de cliënt.
2. Het samen met de werkzoekende bepalen van haalbare doelen en gezamenlijk beslissen over de methodes om deze doelen te realiseren.
3. Het opbouwen van een sterke samenwerkingsrelatie.

Het bieden van interprofessionele hulp aan huishoudens met vragen op diverse leefgebieden vraagt nogal wat van de professionaliteit van dienst- en hulpverleners.

De eerste factor verwijst naar een krachtgerichte benadering en betreft een gedeelde team visie en doelen uit het model van Mulvale et al, De inhoudelijke, theoretische onderlegger van de W2-trajecten vormt de 'capability' benadering. De capability benadering is een veelbelovend theoretisch en politiek kader voor onderzoek en praktijk binnen het sociaal werk (Jansen & Verharen, 2017). De capability benadering biedt een integraal perspectief op de levens die mensen daadwerkelijk leven (Sen, 2009). Deze benadering kijkt naar zowel de mogelijkheden van mensen als de invloed van persoonlijke-, omgevings- en sociale factoren. De ontwikkeling van een mens vindt plaats in wisselwerking met zijn omgeving.

Conform de capability benadering dient de ondersteuning bij mensen met problemen op meerdere leefgebieden krachtgericht én integraal te zijn, waarbij wordt uitgegaan van de inherente talenten, vermogens en competenties van mensen (Sannen et al, 2011).

De tweede en derde succesfactor betreffen de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener én de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners onderling. Dit brengen we in verband met de factor gedeelde besluitvorming uit het model van Mulvale et al, en we denken dat het begrip 'meervoudige allianties' van Van Hattum (2018) hier verhelderend kan werken. Het begrip alliantie verwijst naar de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener, waarbij de emotionele alliantie of persoonlijke band (de 'klik') een rol speelt, alsmede de taakalliantie: de overeenstemming over het doel van de begeleiding en de werkwijze om dit te bereiken (Bordin, 1979; Elvins & Green, 2008). Professionals krijgen steeds meer te maken met meerdere betrokkenen bij gezinssystemen, maar vaak ook met meerdere professionals met ieder hun eigen expertise.

Zo ontstaan meervoudige allianties. Van Hattum (2018) omschrijft de uitdaging van dit interprofessionele samenwerken vanuit de jeugdhulp als volgt:



"De roep om samenhangende hulp aan een gezinssysteem brengt met zich mee dat hulpverleners regelmatig te maken krijgen met meerdere professionals waarmee samengewerkt moet worden (zoals bv. huisartsen, leerkrachten, specialisten, sociaal werkers uit de wijk). In dergelijke situaties wordt een groot appèl gedaan op alle partijen, om er met elkaar uit te komen. Het realiseren van positieve allianties met al deze partijen is een belangrijke maar ingewikkelde taak. Zeker wanneer er sprake is - of gaandeweg blijkt te zijn - van conflicterende belangen (Friedlander, et al, 2011). Dit vraagt om kennis over hoe een hulpverlener deze samenwerking realiseert" (p.13).

5.4 BEHOEFTE AAN VERDER ONDERZOEK

Vanuit een literatuurverkenning hebben we kort geschetst welke factoren wij verwachten dat van invloed zijn op een geslaagde interprofessionele samenwerking op het gebied van zorg en welzijn, en werk en inkomen. Om dit te toetsen is nader praktijkonderzoek nodig. Van Hattum (2018) schrijft over het belang van onderzoek naar meervoudige allianties binnen de jeugdhulp:



“We constateren dat onderzoek naar het werken met meervoudige allianties in het kader van integrale jeugdhulp nog in de kinderschoenen staat. Hoe meervoudige allianties met ouders, jongeren, vrijwilligers en andere partners zich ontwikkelen, hoe hulpverleners onderling, maar ook samen met het gezin, tot een shared sense of purpose komen, hoe zwakke allianties in de samenwerking met andere professionals te vermijden zijn en hoe (de ontwikkeling van) de samenwerking bijdraagt aan het hulpverleningsresultaat aan het gezin; dit zijn allemaal kwesties die met klem aandacht vragen in toekomstig praktijkonderzoek”, p.18).

Daarbij menen wij ook dat er nog meer aandacht besteed dient te worden aan bevorderende en belemmerende factoren vanuit de eerste twee niveaus van het model van Mulvale et al, Immers, zoals ook het onderzoek van Bredewold et al, (2018) laten zien, een interprofessionele samenwerking is niet alleen afhankelijk van de houding en individuele kenmerken van professionals zelf. Een grote invloed gaat zeker ook uit van kaders en samenwerkingsafspraken op meso- of organisatieniveau, discretionaire bevoegdheid die de verschillende organisaties aan hun professionals geven en op macroniveau van maatschappelijke ontwikkelingen, landelijk beleid en toegekende budgetten (of juist bezuinigingen). Het is opmerkelijk dat ‘de verhuizing van de verzorgingsstaat’ tot nu toe vooral plaats gevonden lijkt te hebben op het meso- en individuele niveau.

Het moge duidelijk zijn dat nader onderzoek op het gebied van de interprofessionele samenwerking op het gebied van zorg en welzijn, en werk en inkomen hard nodig is om de transformatie van het sociale domein daadwerkelijk te realiseren.

LITERATUUR

Van Arum, S., & Lub, V. (2014). Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten. Beleidsonderzoek Online, februari 2014.

Van Arum, S., & Eenden, T. van den. (2018). Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht. Movisie: Utrecht.
Boer, N. de, & Lans, J. van der. (2014). Sociale wijkteams en de lokalisering van de verzorgingsstaat. Den Haag: Platform 31.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.

Bredewold, F., Duyvendak, J.W., Kampen, T., Tonkens, E., & Verplanke, L. (2018). De verhuizing van de Verzorgingsstaat. Uitgeverij: Gennep B.V.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Armoede en sociale uitsluiting 2018. CCN Creatie: Den Haag.
Centraal Bureau voor de Statistiek (2018). Verkregen op 8 augustus 2018 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werklozen>
D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005).

Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. Supplement 1: 8-20. doi: 10.1080/13561820500081604.

Elvins, R. & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167-1187. doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.002.

Friedlander, M.L., Escudero, V., Heatherington, L. & Diamond, G.M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48, 25-33.

Geuns, R. van. (2013). Every picture tells a story. Armoede: een gedifferentieerd verschijnsel. (Lectorale rede) Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.

Jansen E., & Verharen, L. (2017). Operationalizing the Capability Approach for social work practice and research. Paper presented at the 2017 European Conference for Social Work Research, April 19-21, Aalborg Denmark.

Movisie (2015). Sociale wijkteams werken integraal in de buurt. Utrecht: Movisie.

Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S.D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. BMC Family Practice, 1-13.

Oude Vrielink, M., Kolk, van der, H., & Klok, P-J. (2014). De vorming van sociale (wijk)teams. Inrichting, organisatie en vraagstukken.

Panhuijzen, B., Verweij, S., Houten, M. van, & Xanten, M. van. (2017). Werk en inkomen in integrale aanpakken. Een verkenning van praktijk en theorie. Utrecht: Movisie.

Rapp, C., & Goscha, R. (2006). The strenghts model, case management with people with psychiatric disabilities. New York: Oxford university Press.

Rijdsdijk L.E., Hofhuis, J., Den, ten, L., & De Vries, S. (2015). Interprofessioneel samenwerken in sociale wijkteams: succesfactoren en implicaties voor onderwijs. Een internationale verkenning. Zwolle: Windesheim.

Sannen, L., Driessens, K. & Verboven, A. (2011). Werk & Welzijn verankerd. Krachtgerichte, integrale trajectbegeleiding voor werkzoekenden in armoede. Leuven: HIVA-K.U. Leuven.

Sen. A (2009). The Idea of Justice. Cambridge, MA: The Belknap Press.

Steenssens, K., Sannen, L., Ory, G., Nicaise, I., & Regenmortel, T. van. (2008). W²: Werk- en Welzijnstrajecten op maat. Een totaalconcept. Leuven: HIVA-K.U. Leuven.

Veldheer, V., Jonker, J-J., Noije, van L., & Vrooman, C. (2012). Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport. Sociaal en Cultureel Plan Bureau: Den Haag.

Van Hattum (2018). Samenwerken als uitdaging voor effectieve jeugd- en opvoedhulp. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Verweij, S., van Xanten, H., & van Houten, M. (2018). Verbinden werk & inkomen en zorg & welzijn. Movisie.

DEEL II

PRAKTIJKVOORBEELDEN



HOOFDSTUK 6 DE ONTWIKKELING VAN NETWERK- PROFESSIONALITEIT EN EEN LEERLABORATORIUM

Frans de Vijlder en Paul Berkers

In dit hoofdstuk presenteren we het idee van het leerlaboratorium, met als oogmerk (inter)professionalisering, onderzoek naar eigen praktijken en innovatie met elkaar te verbinden. Wat was de aanleiding en het motief ermee te beginnen? Hoe zijn we gaan pionieren? Waarom is het zo moeilijk om een leerlaboratorium 'in te richten'? Hoe gaan we ermee verder?

6.1 INLEIDING: DE GEBORTE VAN HET IDEE

Het idee voor het leerlaboratorium netwerkprofessionaliteit is geboren uit contacten tussen het Kenniscentrum Publieke Zaak van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en Intermetzo, een instelling in de gespecialiseerde jeugdzorg, over de vraag hoe kennis en inzichten uit de programmalijn 'schuivende beroepsbeelden van professionals' zouden kunnen bijdragen aan betere prestaties in de tweedelijns jeugdzorg en – daarmee samenhangend – een betere aansluiting tussen eerstelijns en tweedelijns jeugdzorg. Belangrijke motieven daarvoor waren:

- grote veranderingen in de zorg en de opvattingen over wat goede zorg inhoudt, onder meer door de decentralisatie van de jeugdzorg;
- de waarneming dat in de bachelor- en veel vervolgopleidingen een te smal en te solistisch beroepsbeeld wordt gehanteerd;
- gegeven de eerste twee, een gevoelde behoefte onder professionals om te reflecteren op hun professionaliteit en professionele ontwikkeling;

- interesse in het pionieren met minder klassieke, meer aan (zelf)onderzoek en reflectie appellerende, opleidings- en professionaliseringsactiviteiten en de verwachting dat deze effectiever leren bevorderen en hand in hand kunnen gaan met daadwerkelijke vernieuwing van professionele praktijken (actie-leren).

Vanuit deze motieven is een verkennende groep bij elkaar gezocht met mensen uit:

- HAN-VDO, een in professionalisering in zorg en welzijn gespecialiseerde eenheid van de HAN;
- HAN Kenniscentrum Publieke Zaak, dat onderzoek doet naar verschuivingen in het werk van professionals in maatschappelijke organisaties;
- Radboud Centrum Sociale Wetenschappen (RCSW), een soortgelijke eenheid als VDO bij de Radboud Universiteit.

En een drietal instellingen die specialistische jeugdzorg aanbieden:

- Intermetzo (sinds 1 september 2016 onderdeel van Pluyn);
- Karakter;
- Pluyn.

Deze groep heeft een aantal keren van gedachten gewisseld over de ontwikkelingen in de gewenste professionaliteit van medewerkers in de specialistische jeugdhulpverlening, tot welk

type leervragen dit bij professionals leidt of kan leiden en welke vormgeving van leertrajecten daarbij het beste zou passen. Uit deze gesprekken heeft zich het idee ontwikkeld voor het opzetten van een experimenteel leertraject, een 'leerlaboratorium'. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe dit proces en het verloop van het eerste leerlaboratorium zijn verlopen, welke lessen hieruit getrokken zijn en tot welke vervolgvactiteiten dit heeft geleid.

6.2 DOEL EN CONTEXT SCHERP KRIJGEN

De behoefte aan een bredere professionaliteit

De motivatie om aan de verkennersgroep deel te nemen was hoog omdat alle betrokkenen aan het begin een aantal visies, zorgen en ambities deelden. Ze waren allemaal bezorgd over de procesgang rond de transformaties in het sociaal domein. De doelstellingen daarvan stonden niet ter discussie, maar wel het tempo en de ongunstige randvoorwaarden waaronder die bereikt moeten worden. Die zouden ertoe kunnen leiden dat het uiteindelijke resultaat eerder een verslechtering dan een verbetering zou inhouden. De transformaties, deels ingegeven door de geringere beschikbaarheid van publieke middelen, deels door de waarneming dat deze zorg beter kan en slimmer georganiseerd kan worden, maken het werk van professionals steeds complexer. De uitdagingen die er liggen zijn complex en vergen andere competenties van al werkende en nog op te leiden professionals.

En er moet meer worden samengewerkt met andere (soorten) professionals. Ze moeten individueel en gezamenlijk afwegingen kunnen maken tussen verschillende rationaliteiten, belangen en waarden. Anderen dan de professionals zelf kunnen die maar moeilijk maken. De noodzakelijke communicatie tussen verschillende soorten professionals wordt bovendien gehinderd doordat elke professe vanuit zijn eigen rationaliteit en zijn eigen – al dan niet formele – gedragscodes naar de 'cliënt' (of beter: het cliëntsysteem) kijkt en zich van een eigen taalspel bedient. In de genoemde gesprekken ging het veel over de metamorfose van de 'soloprofessional' naar de 'netwerkprofessional'. Maar het is nog veel breder dan dat. Immers, ook aan de kant van de 'cliënten' kan steeds minder in 'individuele cliënten' gedacht worden.

Om effectief te zijn moet het steeds vaker en steeds meer 'integraal': in termen van meervoudige veranderingen in de omgeving en omstandigheden van netwerken van mensen. Een enkelvoudige interventie bij een individuele cliënt heeft weinig impact als die cliënt onderdeel is van een netwerk (gezin, wijk) met een meervoudige problematiek. De echte transformatie zit veel dieper dan in het beleid rond de transformaties beleden wordt en begint bij de waarden en overtuigingen in (inter)professionele gemeenschappen en daarmee verbonden institutionele factoren die interprofessionele samenwerking beïnvloeden.

Daarbij werden de volgende noties uitgesproken over de vraagstukken die op het niveau van professionals onderling en in de relatie met het klantsysteem overwonnen zouden moeten worden om integrale – en dus niet 'gestapelde' – zorg aan te bieden. Vermoedelijk is dit echter slechts een greep uit de vraagstukken.

1. **Taalspel:** elke professionele discipline heeft een eigen 'taalspel', met eigen definities en begrippen, die de denkwijze, de voor die discipline geldende 'rationaliteit' of 'logica' tot uitdrukking brengen. Als meerdere professionele disciplines met elkaar moeten samenwerken, dan zullen ze ook elkaars taalspel moeten begrijpen om effectief met elkaar te kunnen communiceren. Vaardig worden in het onderling expliciet maken wat je precies bedoelt en vanuit welke vooronderstellingen je werkt, is een uitdaging op zich.
2. **Codes en wetgeving:** professionele beroepen kennen meer of minder 'strikte' professionele of beroepscodes, opgesteld door een beroepsvereniging en gekoppeld aan een registratie als 'bevoegd professional'. De code omschrijft de spelregels waaraan je je als professional aan te houden hebt, al dan niet met een basis in wetgeving. Deze codes kunnen samenwerking met andere disciplines soms lastig maken, evenals bijvoorbeeld privacywetgeving. Het is dan niet mogelijk om je werkwijze aan te passen aan de samenwerking met andere disciplines of zomaar informatie over cliënten met elkaar te delen.

3. **Samenwerken tussen organisaties:** de verschillende soorten professionals werken niet zelden in verschillende organisaties, die ook elk hun eigen belangen, doelstellingen en (ir)rationaliteiten kennen. Op de werkvloer kunnen professionals elkaar misschien vinden, maar geldt dat ook voor de bestuurders en het management? Of andersom. 'Alignment', communicatie tussen de verschillende lagen in de participerende organisaties is dus ook een factor.

4. Discussies over het **hoofdbehandelaarschap/de regiebehandelaar**. Er is niet meer één behandelaar verantwoordelijk voor de gehele inhoud. Je kunt wel regie voeren maar je moet vertrouwen op de professionaliteit van de ander. En hoe ga je met elkaar prioriteren? Hoe evalueer je de keuzes die je maakt? Dat vraagt veel procesmatige kwaliteiten: wat is in deze situatie goed handelen?

5. **Wat is de identiteit van de professional:** wie is waarvan? Waar we mee worstelen bij de complexe problematiek, waar meerdere disciplines bij betrokken zijn is dat niet op voorhand duidelijk is wat het resultaat van interventies zal zijn. De 'evidence' daarvoor is gewoon niet aanwezig en dus moeten besluiten met een grote mate van onzekerheid over hun uitwerking met elkaar worden genomen. In die situaties manifesteren zich ook statusverschillen tussen betrokken disciplines en de neiging om verantwoordelijkheden zo hoog mogelijk neer te leggen. Maar is dat ook het beste? Hoe kom je tot besluitvorming als je het met z'n allen eigenlijk niet precies weet. Hoe leg je dat vast zo dat je het ook kan evalueren en uitleggen. Hoe zorg je ervoor dat de professionaliteit veel bewuster wordt ingezet en in die gevallen niet een 'meningenmachine' wordt? Het betekent dat iedereen heel transparant moet zijn over de kennisbasis, die het professioneel handelen drijft.

6. **Wordt de manier van interprofessioneel werken ook gefaciliteerd?** Gescheiden financieringsstromen kunnen in veel gevallen niet eenvoudig worden 'vermengd' om een klantgerichte, interprofessionele manier van werken mogelijk te maken. Laat staan dat er voldoende middelen en mogelijkheden zijn tot communicatie, reflectie en onderzoek naar hoe je

het met elkaar beter kunt doen. Ook hierin spelen organisatiebelangen weer een rol.

Leren en veranderen hand in hand

De veranderde wereld heeft ook gevolgen voor de wijze waarop leerprocessen voor professionals effectief georganiseerd kunnen worden. Klassieke cursussen en trainingen, los van de context waarin de professionals hun werk doen zijn al langere tijd niet meer effectief. In plaats daarvan zoeken we aan de HAN naar passende vormen om leerervaringen te organiseren en te ondersteunen. Dat doen we bij voorkeur niet 'voor', maar met de professionals en hun organisaties. Het wordt dus een gezamenlijk en geïntegreerd leertraject met de betrokken organisaties en deelnemers. Wij herkennen de noodzaak om hier mee aan de slag te gaan en we zien een noodzaak om dit samen te onderzoeken en tot een passend aanbod te komen. Wij pretenderen niet de oplossing te hebben, maar willen wel de verantwoordelijkheid nemen om tot een passend aanbod te komen. In onze ambitie willen we werken vanuit enkele principes:

- leren in leerkringen: individuen en organisaties leren samen, iedereen komt brengen en halen;
- leren om te leren voor professionals;
- leren over instellingen heen;
- leren over professies heen;
- focus op netwerk/systemische competenties; inhoud en specialisatie komen ergens anders aanbod;
- aandacht voor de eigen rationaliteit van de verschillende disciplines, maar wel zoeken naar een gedeelde rationaliteit en gedeelde taal.

6.3 NAAR EEN LEERLABORATORIUM

HET PLAN

Op basis van het voorgaande spreken we met elkaar een open leertraject af. Dat wil zeggen dat een belangrijk deel van dit traject mede ontworpen wordt door de deelnemers en drie participerende zorgorganisaties. Het basisarrangement is dat het bestaat uit ongeveer twintig deelnemers afkomstig uit de drie participerende zorgaanbieders die op vier volle dagen, gespreid door de rest van 2016, een gezamenlijke bijeenkomst hebben en op die dagen begeleiding krijgen. Participatie door de

zorgaanbieders houdt bovendien in dat zij tenminste op één van de vier dagen een (gast)docent/ medebegeleider leveren. Er wordt geleerd tijdens deze vier dagen en in de tussenliggende tijdvakken. Van deze vier dagen is vooralsnog alleen de eerste dag vooraf programmatisch ingevuld. Wat er daarna gebeurt en zich ontwikkelt, is gebaseerd op de opbrengst tijdens die eerste dag. Hierop passen de etiketten 'lerend op avontuur' en 'leerlaboratorium'.

Het programma op de eerste dag bestaat uit een uitgebreide en verdiepende inventarisatie van leer- en ontwikkelwensen met de deelnemende professionals en vertegenwoordigers van de participerende organisaties. Dit laatste is van belang, omdat het leertraject moet passen in 'een plan' van deze organisaties. Aldus wordt in 'intercreatie' verkend hoe het traject er verder globaal uit komt te zien. In de middag van de vierde dag wordt het leertraject geëvalueerd, bij voorkeur ook in aanwezigheid van vertegenwoordigers van de drie participerende zorgorganisaties. Onderdeel van deze evaluatiemiddag kan desgewenst zijn dat de opbrengsten van het leertraject worden gepresenteerd aan en besproken met de organisaties en eventueel uit te nodigen externe stakeholders. Naast de evaluatie op de vierde middag zal er vanaf de start een evaluatieve monitoring worden georganiseerd van het gehele leertraject. Over de precieze vorm daarvan wordt nog nagedacht. De evaluatie zal achteraf met de participerende zorgaanbieders worden doorgesproken. Na afloop van de cursus zorgt HAN VDO voor een bewijs van deelname.

HET RESULTAAT

Op de laatste van vier dagen leerlaboratorium is er geëvalueerd samen met de deelnemers/sters, enkele leidinggevendenden van de betrokken instellingen en de docenten/trainers van de HAN. Aangegeven werd door de één dat het briljant was om met meerdere instellingen samen te werken tijdens deze dagen. Dit vraagt echter wel om een duidelijke processtart om commitment te verkrijgen van de deelnemers. Na dag 1 werd het voor diverse deelnemers ineens een ander proces en dit had een negatief effect op hun commitment. Verwacht je een 'opleiding' (een georganiseerde reis) of verwacht je een 'trektocht waarin je samen op zoek gaat naar de goede route'?

Vooraf was dit verschillend geïntroduceerd binnen de instellingen en dat kwam op de 1e dag bij elkaar. Wat in de samenstelling van deze groep tevens bleek: enkele instellingen hadden vooral uitvoerende ambulant werkers gestuurd, die met hun perspectief en vragen naar deze dagen kwamen. Van één instelling waren gedragskundigen, een arts en nog andere vertegenwoordigers van diverse rollen en functies aanwezig. Het praktijkperspectief en de daaruit voortkomende vragen en behoeften was nogal verschillend.

Het was niet eenvoudig om door werkvormen, of door de presentaties, of door inhoudelijke gesprekken met leidinggevendenden die praktijkkwesities en houding kwamen bespreken tot een samenhangend geheel te komen. Dit werd nog bemoeilijkt doordat de werkdruk in de praktijk voorrang kreeg boven het deelnemen aan alle 4 de dagen, waardoor de continuïteit in dit traject niet bij allen aanwezig was.

Op de laatste dag werd duidelijk (voor diegenen die meerdere dagen aanwezig geweest waren) dat de opbrengst zat in: lef, durf, ervaring hebben, durven afgrenzen en het zelfvertrouwen hebben om je verhaal te delen met anderen, + je eigen gevoel uitspreken en daarop vertrouwen. Je kwetsbaar durven opstellen en dat is dan op de laatste dag zichtbaar geworden.

Jezelf in een positie zetten, die bespreekbaar durven maken én kunnen afstemmen op de andere aanwezigen is een belangrijke factor in de samenwerking. Achteraf gezien is dit leerproces daarmee stimulerend geweest, ook al had dit anders georganiseerd kunnen worden.

Een aandachtspunt wat genoemd werd: organiseer interview met medewerkers uit de verschillende instellingen en focus hierbij op het proces tussen de samenwerkingspartners.

De kunst is het om het proces van de samenwerking bespreekbaar te kunnen en durven maken. Welke verwachtingen heb je, hoe geef je dit aan en hoe vraag je ernaar? Dus gaan checken bij elkaar hoe de verwachtingen zijn en of die helpen naar het doel wat je samen hebt.

Bespreken of dit duidelijk genoeg is. De vraag was hierbij nog of er in dit proces voldoende gereflecteerd is mét de groep én de leidinggevenden én de docenten/trainers over de route die gegaan werd. Hierin kan zeker een verbeterlag gemaakt worden.

Hoe kom je steeds weer in wisselende samenstellingen en hoe ga je dan bewust om met de voor jou verschillende rollen? Ben je bewust van jouw positie in dit steeds andere landschap? Kun je vanuit enige afstand weer naar het proces kijken en dit bespreken met elkaar?

6.4 DOORONTWIKKELING

Het glas van het eerste leerlaboratorium bleek uiteindelijk halfvol te zijn. Het HAN-team en de betrokkenen van de jeugdzorginstellingen hadden het idee 'iets beet te hebben', maar om vol overgave te werken aan doorleefde netwerkprofessionaliteit zou er meer moeten gebeuren in termen van organisatie en randvoorwaarden. We hebben die randvoorwaarden proberen te omschrijven.

Ten eerste is het van belang dat de laboratoriumsetting is verbonden met een door de betrokken deelnemers te bereiken ambitie of verbeteropgave. 'Werken aan netwerkprofessionaliteit' moet ergens over gaan en naar een bepaald resultaat, een te bereiken doel toewerken. Daarmee verbonden is dat er in de (maatschappelijke) omgeving - bij cliënten, in de publieke opinie, in (lokaal) bestuur en politiek - en onder de professionals en management van betrokken organisaties een zekere urgentie wordt gevoeld. Niet veranderen moet als falen worden ervaren.

Ten tweede moet het verbonden zijn met normen en systemen van kwaliteitszorg en verantwoording 'naar buiten'. Bij het werken aan netwerkprofessionaliteit worden grenzen verlegd in het kwaliteitsbesef en de normen voor aanvaardbare kwaliteit. Ze leiden dus tot nadere invulling of aanpassing van het kwaliteitskader; tot nieuwe noties over wanneer er goed en verantwoord werk geleverd wordt.

Ten derde moet de setting de mogelijkheid bieden om, zo niet dwingen tot, het over de grenzen van je eigen professionaliteit en de context waarin je werkt heen kunnen en willen kijken. Netwerkprofessionaliteit en het samen aangaan van nieuwe werkwijzen vergt out-of-the-box onderzoeken en veilige havens verlaten.

Ten vierde is voor een bredere impact van het proces en resultaat van leerlabs dat er 'vertical alignment' plaats vindt. Daarmee bedoelen we dat de hogere managementlagen en het bestuur in de betrokken organisaties op de hoogte moeten zijn van de ambities en het handelen van hun professionals en dat ook mede dragen. Omgekeerd moeten de professionals oog hebben voor de (bestuurlijke en strategische) processen en randvoorwaarden waarmee management en bestuur te dealen hebben.

Ten vijfde vloeit uit het vorige punt voort dat voor het welslagen van het laboratorium tijd om te leren en te ontwikkelen van essentieel belang is. Er gebeurt niks en er wordt geen netwerkprofessionaliteit ontwikkeld als iedereen alleen maar bezig is met de befaamde 'waan van de dag'. Deze laatste randvoorwaarde is misschien wel het moeilijkst te realiseren, zeker in tijden van schaarste aan personeel en veel te strakke financiële randvoorwaarden.

Vanuit die set van randvoorwaarden zijn we met de betrokken organisaties op zoek gegaan naar een netwerk van professionals waarin de uitdaging tot anders onderling en met de omgeving samenwerken aanwezig was. Eenvoudig bleek dat niet te zijn...

6.5 HET LEERLABORATORIUM 'PARKINSONNET'

EEN NIEUWE OMGEVING: ZORG RONDOM PARKINSONPATIËNTEN

Op basis van de ervaringen met het eerste leerlaboratorium hebben we een nieuwe omgeving gevonden in de samenwerking met Parkinsonnet en de Parkinsonvereniging. ParkinsonNet is een landelijk netwerk van zorgverleners gespecialiseerd in het behandelen en begeleiden van parkinsonpatiënten; meer dan drieduizend aangesloten zorgverleners verdeeld over zeventig

regio's, waaronder neurologen, fysiotherapeuten, diëtisten en verpleegkundigen. Parkinsonnet streeft ernaar dat patiënten de beste zorg krijgen die mogelijk is door het vergroten van expertise van zorgverleners en optimale samenwerking tussen de zorgverleners in een regio te faciliteren. Uit recente praktijkonderzoeken blijkt dat professionals nog onvoldoende zijn toegerust voor samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg (ParkinsonNet, 2018; Bakker, Bos en van Maren, (2018); Den Boer et al, (2018). Uit de huidige regiobijeenkomsten blijkt daarnaast dat professionals zelf moeilijk in actie kunnen komen om samenwerking te verbeteren. Doel van het leerlab Parkinsonnet is directe versterking van de samenwerkingsvaardigheden van deelnemers in een regio aangesloten bij ParkinsonNet in een experimenteel leertraject (het leerlaboratorium).

Vraagstukken die daarbij kunnen spelen zijn onder meer:

- Hoe werk ik samen met collega's die ook concurrenten zijn?
- Hoe krijg ik zicht op de kennis, kunde en behandelingsmogelijkheden van collega's van andere disciplines?
- Hoe onderhoud ik contacten en welke communicatie is het meest passend en efficiënt?
- Hoe werken we als professionals samen met mensen met Parkinson en hun naasten als gelijkwaardige partners?
- Hoe stimuleren we zelfregulatie en professionals governance opdat deelnemers deze vraagstukken zelf (leren) aanpakken?

In het leerlaboratorium maken we gebruik van intensieve vormen van co-creatie: innovatie in nauwe communicatie met en grotendeels gestuurd door de betrokkenen zelf. Het gaat hierbij om samen ontwerpen, het voeren van nieuwe waarde(n) gerichte dialogen, het 'verstaan' van elkaars taal, het combineren van de kennis van alle betrokkenen en het ontwikkelen van een (collectief) moreel kompas. Hierbinnen wordt ook aandacht gegeven aan de vaardigheden 'communiceren' en 'zelfregulatie'. Tevens willen we inzicht krijgen in een set van indicatoren ter ondersteuning van een experimenteel leertraject die bijdraagt aan samenwerken, communiceren en zelfregulatie ter verbetering van kwaliteit van zorg bij complexe problematiek.

Om maximaal aan te sluiten bij de vragen en problematieken die spelen in het onderling contact tussen de vele soorten betrokken professionals en de cliënt, zijn gezin en zijn mantelzorgers, wordt de inhoud mede ontworpen door de deelnemers en staat hun casuïstiek centraal. Door het samenbrengen van de verschillende disciplines, belanghebbenden en expertise verwachten we een krachtige experimentele leeromgeving te creëren die de ontwikkeling van bovengenoemde vaardigheden versterkt. Het leerlaboratorium wordt geëvalueerd middels een responsieve evaluatie: een participatieve en democratische methode waarbij kennis, ervaringen en ideeën van de diverse belanghebbenden worden betrokken. Dit beoogt - naast evaluatieresultaten over de werkzame factoren voor een dergelijk leertraject voor netwerksamenwerking in de complexe zorg - ook een leerproces op gang te brengen onder de deelnemers. Het leerlaboratorium betreft drie bijeenkomsten in een doorlooptijd van een jaar, waarbij zorgverleners in de regio Roermond, studenten van de HAN, (ervarings)deskundigen en (docent-)onderzoekers samenwerken en leren. De inhoud van de bijeenkomsten wordt mede ontworpen door de deelnemers en er wordt gebruik gemaakt van eigen casuïstiek.

HOE PAKKEN WE HET AAN?

De concrete aanpak omvat een mix van activiteiten, namelijk 1) bijeenkomsten met de professionals, 2) voorbereidende bijeenkomsten met een zogeheten 'bouwgroep', 3) evaluaties, 4) indicatoren gericht op tweede orde leren en 5) disseminatie.

Bijeenkomsten leerlaboratorium: In de regio waar het leerlaboratorium van start is gegaan, Roermond en omgeving, liggen uitdagingen op het gebied van samenwerking en communicatie, blijkt uit gegevens van de Kwaliteitsmonitor Parkinsonnet (ParkinsonNet, Radboudumc Nijmegen, 2018). Daarnaast hebben deelnemers uit de regio aangegeven aan de slag te willen in een experimenteel leertraject. Het betreft drie fysieke bijeenkomsten (dagdelen) in een doorlooptijd van een jaar, waarbij eigen leerdoelen en casuïstiek van deelnemers centraal staat. In de eerste bijeenkomst wordt het traject in 'intercreatie' verkend met gebruik van de partnerschapskaart, ontleend aan Jansen, E. Et al, 2015.

De partnerschapskaart is een instrument dat behulpzaam is in het bouwen aan partnerschapsrelaties in transdisciplinaire (= gemengde) groepen. Hierbij kun je denken aan burgers en professionals, patiënten en medici, maar ook docenten en hun leidinggevendenden. De rationale achter deze kaart is dat je door voorafgaand aan een project of initiatief je eigen beeld bij de samenwerking te conceptualiseren en daarover in gesprek te gaan met de andere partners, je op voorhand goede afspraken kunt maken over hoe je de samenwerking als collectief vormgeeft. Naast de bijeenkomsten, motiveren we de deelnemers om te experimenteren met de opgedane inzichten om zo ook tussentijds te leren. We zetten werkvormen in waarbij we kennis en kunde rondom de zorg in de ziekte van Parkinson, interprofessioneel leren en samenwerken, de lerende professional en ontwikkeling van 'professionals governance' combineren met trainingsmethodieken gericht op ervaren leren, waardesystemen en systeemdenken.

Vorbereidende bijeenkomsten bouwgroep:

De bijeenkomsten worden voorbereid door de bouwgroep bestaande uit de projectpartners en professionals uit de regio, mede op basis van de opbrengsten van de vorige bijeenkomst en input vooraf door de deelnemers. Een belangrijk onderdeel hierbij is het train- de-trainer concept, zodat betrokkenen ook na het experimenteel jaar zelf bijeenkomsten kunnen verzorgen die bijdragen aan het versterken van de samenwerkingsvaardigheden en de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit.

Responsieve evaluatie: Aan het einde van iedere bijeenkomst vindt een evaluatie plaats met de deelnemers, middels de methode van 'responsieve evaluatie' (onder meer Abma, 2005). Hierin delen belanghebbenden gedurende het ontwerpproces (waarbij we het leerlaboratorium als ontwerp zien) hun claims, concerns en issues (CCI's) betreffende de bijeenkomsten en tussenliggende periodes. De responsieve evaluatie is een interactief proces, waarin een belangrijk kenmerk is dat het naast een evaluatief karakter, ook een leerproces bij de deelnemers op gang brengt.

Ontwikkeling indicatoren nieuwe werkwijze ontwikkeling netwerkprofessionaliteit: De resultaten vanuit de responsieve evaluatie leveren input voor een set van indicatoren voor de ontwikkeling van een nieuwe werkwijze ter bevordering van

de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit bij professionals werkzaam in de zorg voor mensen met complexe problematiek. In een werkbijeenkomst komen we in co-creatie tot aanscherping van indicatoren en werkzame factoren. Dit wordt vervolgens definitief uitgewerkt en opgemaakt tot een set aan indicatoren voor de ontwikkeling en uitvoer leerlaboratorium netwerkprofessionaliteit.

Disseminatie: Voor disseminatie van projectresultaten en verkenning van nieuwe samenwerkingsmogelijkheden hebben we een bijeenkomst georganiseerd waarbij werden uitgenodigd: (1) de betrokkenen vanuit ParkinsonNet coördinatiecentrum en de ParkinsonVereniging, (2) netwerkpartners vanuit het ZonMw project 'netwerkgroep'; (3) onderwijsontwikkelaars en betrokkenen netwerkgroep interprofessioneel leren HAN/ Radboudumc. Ook deze bijeenkomst is voorbereid door de bouwgroep.

WAT HEEFT HET OPGELEVERD?

Mooie opbrengsten zijn genoemd door betrokken professionals, bijvoorbeeld dat men elkaar echt beter is leren kennen, nu weet van het bestaan van de parkinsonverpleegkundige, dat er nieuwe contacten zijn gelegd, ook buiten de bijeenkomsten om de zorg voor een patiënt te verbeteren, maar ook een stukje bevestiging, erkenning en versteviging van het eigen handelen als professional in de zorg voor Parkinson. Dit werd belangrijk gevonden, juist omdat de zorg voor Parkinson zo complex en progressief is, en je vaak weinig succesjes (in de vorm van vooruitgang) boekt. Men heeft het erg gewaardeerd dat we overstijgend bezig zijn geweest (en niet thematisch vanuit kennis), en vanuit het interprofessionele samenwerken de bijeenkomsten hebben vormgegeven. Juist de onderlinge dialoog heeft veel gebracht.

De lessen die we met elkaar hebben geleerd:

→ Het instellen van een voorbereidingsgroep belangrijk is voor een zinvol verloop van de regiobijeenkomsten. Deze voorbereidingsgroep zorgt voor aansluiting van de thematiek op voorgaande bijeenkomsten en het scherp houden op het gezamenlijke doel van de regiobijeenkomsten. Tevens reflecteert deze groep na afloop op inhoud en proces, vanuit de ervaringen vanuit de gehele groep, om zo vervolg voor de volgende bijeenkomst te bepalen.

- Het is belangrijk tijdens bijeenkomsten een aantal mensen de rol als facilitator/coach mee te geven. Ontwikkeling in deze rol is wenselijk, waarbij we adviseren om te leren door te doen, en tussentijdse reflectie en ondersteuning op deze rol.
- Neem iedere regiobijeenkomst tijd om te evalueren en om die evaluatie mee te nemen in de voorbereidingen naar de volgende regiobijeenkomst
- Tijdens regiobijeenkomsten is het belangrijk om met concrete casuïstiek, taken en opdrachten te werken: 'hoe concreter de taak/opdracht, hoe meer animo en opbrengst.' Deel hierbij casuïstiek, taken en opdrachten met elkaar waarvoor je elkaar echt nodig hebt (waar de eigen professionele kennis en kunde niet toereikend is.)
- Verdeel tijdens regiobijeenkomsten het grote netwerk in relevante subgroepen. Hierdoor leert men elkaar in de eigen regio/op het thema beter kennen, en kan het werken en leren in de regiobijeenkomst directer aansluiting vinden bij het dagelijks werk van deelnemers. Bekijk per doel van de bijeenkomst wat een zinvolle subgroep is.
- De manier waarop de patiënt betrokken wordt verdient aandacht. Het is belangrijk om verwachtingen te concretiseren zodat ervaringsdeskundigen goed voorbereid, laagdrempelig en duidelijk betrokken kunnen worden. Betrokkenheid kan op verschillende manieren, en betekent niet alleen fysieke aanwezigheid. Belangrijk is om daarbij ook de vragen te stellen: wat vraagt het qua kennis en vaardigheden van de patiënten/mantelzorgers/ ervaringsdeskundigen? Wat levert het ze op?
- Samenwerking met studenten is zinvol gebleken. Succesfactoren hierbij bleken: gemotiveerde studenten met expertise doelgroep, dat ze een concrete opdracht hebben meegekregen en ondersteund werden bij de inbreng in de bijeenkomst. Hierdoor waren studenten niet alleen lerende maar hadden ze ook een actieve inbreng waar professionals van (konden) leren.

6.6 BESLUIT

In dit hoofdstuk hebben we een schets gegeven van de zoektocht naar werkvormen om groepen professionals van verschillende disciplines gezamenlijk te laten onderzoeken hoe ze gezamenlijk hun professionele praktijk kunnen onderzoeken en verbeteren (innoveren). De schets maakt duidelijk dat aan het organiseren van deze praktijkgerichte interprofessionele onderzoeks- en leertrajecten heel veel verschillende aspecten kleven. Er zijn veel hindernissen te nemen, met als gevolg dat de kans op een duurzame impact van deze trajecten vooralsnog beperkt is. Dat is volgens ons geen reden om ermee te stoppen. Cliënten, leerlingen, bewoners, etc. die te maken hebben met complexe, meervoudige ondersteuningsvragen verdienen misschien wel de meeste aandacht en inspanning om beter en effectiever geholpen te worden.

LITERATUUR

- Abma, T.A. (2005). Responsive evaluation: its meaning and special contribution to health promotion. *Evaluation and Program Planning*, 28, 279-289.
- Bakker, R., Bos, P., van Maren, E. (2018). ParkinsonNet netwerksamenwerking. Samenwerken in een regionaal netwerk binnen ParkinsonNet.
- Afstudeerscriptie. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Jansen, E., Baur, V., De Wit, M., Den Boer, L. van de Boom, F. Branderhorst L. en Hermans, A. (2018). ParkinsonNet - Kwaliteit van Zorg. Afstudeerscriptie. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- ParkinsonNet, Radboudumc Nijmegen (2018). Kwaliteitsmonitor ParkinsonNet. Nijmegen: ParkinsonNet, Radboudumc.
- Wilbrink, N., & Abma, T. (2015). Co-designing collaboration: Using a partnership framework for shared policymaking in geriatric networks. *Journal of Action Research*, 13, 65-83.



HOOFDSTUK 7 DE STUDENT ALS CHANGE AGENT? GRENSOVERSTIJGEND LEREN EN WERKEN TER VERBETERING VAN GEÏNTEGREERDE ZORG

Marjolein Thijssen, Aimée Hoeve en Wietske Kuijer-Siebelink

De noodzaak tot samenwerking neemt toe. We staan voor de opgave om onze toekomstige professionals hierop voor te bereiden. Steeds vaker doen we dat samen met, en in de context van, de beroepspraktijk. We schetsen hier een praktijkvoorbeeld en delen de opgedane lessen vanuit het samenwerken, leren en opleiden in de praktijkcontext van Academisch Gezondheidscentrum Thermion, waarbij we inzoomen op de student als change agent.

7.1 DE CONTEXT

In Thermion, een academisch eerstelijns gezondheidscentrum in Lent, zijn verschillende professies gezamenlijk gehuisvest. Huisartsen, paramedici, verpleegkundigen, psychologen en het sociaal wijkteam hebben een gezamenlijke ambitie om hun huidige werkwijze door te ontwikkelen naar persoonsgerichte, geïntegreerde eerstelijns zorg. Geïntegreerde eerstelijns zorg is noodzakelijk vanwege de toename van complexiteit in de eerstelijns zorg. Een terugtrekkende overheid en de vergrijzing versterken dit en dagen zo de eerstelijnszorg in hoog tempo uit om anders te gaan (samen)werken (Human Capital Agenda Topsector Life Sciences & Health, 2012). Ook de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) is als samenwerkingspartner gevestigd in Thermion. Door die samenwerking biedt Thermion dan ook een context waarbij onderzoek, onderwijs en praktijk bij elkaar gebracht worden. Dit gebeurt

letterlijk in de zgn. leerwerkplaats: een gezamenlijk initiatief van het Academisch Gezondheidscentrum Thermion, de HAN, Centre of Expertise Sneller Herstel, en de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc. In deze context werken onderzoekers, studenten en professionals intensief samen in zorg- en dienstverlening en doorlopende onderzoekslijnen. Al doende leren zij van, met en over elkaar. Samen ontwikkelen zij nieuwe kennis en inzichten die de beroepspraktijk en het beroepsonderwijs verrijken.

7.2 DE UITDAGING

De ontwikkeling richting geïntegreerde zorg betekende voor de betrokkenen in Thermion een verandering van de huidige werkwijze naar een meer samenhangende aanpak, waarin persoonsgerichte zorg en (interprofessionele) samenwerking belangrijke kenmerken zijn. Ondanks dat er veel bekend is over geïntegreerde eerstelijns zorg, bestaat er geen blauwdruk of gouden standaard die voorschrijft hoe geïntegreerde zorg vanuit Thermion er precies uit moet komen te zien (Valentijn, 2013). Een van de belangrijkste kenmerken van geïntegreerde eerstelijns zorg is dat deze zeer door de context bepaald wordt. Met andere woorden, geïntegreerde eerstelijns zorg kent dus een duidelijke 'couleur locale', zowel in het proces als het resultaat.

Het proces naar geïntegreerde zorg kreeg ondersteuning vanuit het project 'GezonTh'⁸. In dit project werkten studenten geneeskunde van het Radboudumc en de studenten van de paramedische, verpleegkundige en sociale studies van de HAN samen met de professionals en wijkbewoners aan de realisatie van geïntegreerde eerstelijnszorg in Lent. GeZonTh heeft een krachtige experimenteeruimte gecreëerd, waarin studenten en professionals van verschillende disciplines werden uitgedaagd anders te denken en te doen. In deze experimenteeruimte stond de ontwikkeling T-shaped expertise bij professionals en studenten centraal; dat wil zeggen sterk in je eigen beroepsspecifieke discipline en in staat tot samenwerking met andere disciplines.

7.2 SAMENWERKEN IN LEREN EN OPLEIDEN

Studenten in Thermion kregen expliciet de opdracht te zoeken naar en te experimenteren met nieuwe werkwijzen voor professionals toegesneden op de idealen en eisen van geïntegreerde gezondheidszorg. Naast het werken in de eigen discipline, participeerden de studenten in het zgn. interprofessionele onderwijsprogramma (IPE). Zij kwamen wekelijks bijeen, onder begeleiding van de docent van de HAN. Deze docent was gesitueerd in de praktijkcontext voor 1 dag per week. De docent is een spil in het functioneren van het studententeam en faciliteert zowel het groepsdynamische proces als samenwerking met de professionals in Thermion. De docent creëert daarmee een veilige leeromgeving en begeleidt het studententeam in een flexibel proces gericht op gezamenlijke doelen.

Het IPE-programma kende in de basis de volgende onderdelen:

1. Casuïstiek: De studenten in de leerwerkplaats brachten complexe casuïstiek en vraagstukken uit de Thermion behandelpraktijk in, om samen uit te werken in de bijeenkomsten. De opbrengst hiervan moest waardevolle input opleveren voor hun persoonsgerichte behandeling c.q. zorgverlening.

2. Kennen & Erkennen: Elkaar (persoonlijk en professioneel) kennen en (h)erkennen is een belangrijke basis voor samenwerking. Studenten werden uitgedaagd elkaar, maar ook de begeleiders van medestudenten actief op te zoeken, met elkaar mee te lopen en zo elkaar en elkaars expertise beter te leren kennen. Daarnaast hadden studenten een actieve rol in het stimuleren van professionals in Thermion, door een actieve rol te nemen in het organiseren en invulling geven aan dialoogsessies waarin het thema kennen & erkennen centraal stond.
3. Geïntegreerde zorg: Studenten kregen kennis aangereikt over geïntegreerde eerstelijnszorg en gingen hierover met elkaar in dialoog. Geïntegreerde eerstelijnszorg betreft interprofessionele eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is. Eerstelijnszorg kenmerkt zich in het bijzonder door zorg in de buurt, gericht op de mens in zijn omgeving, het ambulante karakter en gericht op coördinatie en continuïteit.
4. Reflectie: Verder werd kort de tijd genomen voor reflectie op de samenwerking binnen het IPE programma.

Om de krachtige experimentele leerruimte in Thermion te versterken hebben we gemerkt dat het belangrijk was bewust te werken aan:

- Opstellen van en werken aan interprofessionele leerdoelen als onderdeel van je eigen beroepsontwikkeling.
- Het (interprofessioneel) ontwikkelen van een product voor zorgprofessionals, dat bijdraagt aan geïntegreerd werken in Thermion. Dit kan een dialoogsessie zijn, maar ook iets anders, zoals later in dit verhaal zal worden uitgelegd.

Dit is dan ook vanaf 2015 toegevoegd aan het IPE-programma.

In de studie jaren 2013-2014, 2014-2015 en 2015-2016 hebben in totaal 6 groepen studenten geparticipeerd in de krachtige experimentele leerruimte in Thermion.

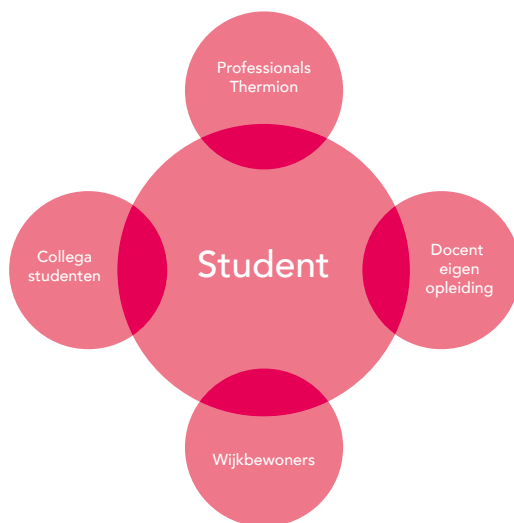
8 GeZonTh werd gefinancierd door de Provincie Gelderland, Radboudumc, Hogeschool Arnhem Nijmegen, Thermion en diens partners

Gemiddeld waren dit ongeveer 8 studenten die gedurende een half jaar (één semester) betrokken waren in Thermion vanuit hun beroepsspecifieke stage (zie Kuijjer-Siebelink, Hoeve en Hendriks, 2017). Deze studenten werkten tevens nauw samen met professionals en wijkbewoners. Daarnaast was een docent van de eigen opleiding op afstand betrokken in de begeleiding van de beroepsspecifieke stage. Hierboven is reeds beschreven hoe studenten hebben geparticipeerd in het interprofessionele leren en opleiden. In de verschillende activiteiten stond het leren en innoveren in de geïntegreerde zorg centraal, waarbij gewerkt wordt in partnerschap. Deze uitgangspunten zijn grafisch weergegeven in het figuur 1.



Figuur 1: Uitgangspunten samen leren en werken in Thermion ter bevordering van Geïntegreerde Gezondheidszorg

Bovenstaand figuur maakt duidelijk dat studenten een specifieke rol kregen toebedeeld. Studenten vormden letterlijk de verbinding tussen verschillende werelden: tussen school en werk, tussen professionals en wijkbewoners, maar ook tussen verschillende professionele domeinen. Door in aanraking te komen met verschillende werelden waren zij gepositioneerd om elementen van de ene wereld in een andere te brengen en daarmee vernieuwing aan te jagen, zoals zichtbaar wordt in figuur 2:



Figuur 2: de student als verbinding tussen verschillende werelden.

Studenten werden middels gerichte opdrachten ingezet als zogenaamde 'change agents' ter bevordering van geïntegreerde zorg. De vooronderstelling is dat de studenten over actuele kennis beschikken, en nog niet worden gehinderd door de economische en juridische begrenzings waarbinnen professionals moeten opereren waardoor zij nog met een frisse blik naar de praktijk kunnen kijken. De studenten werden hierom, èn door hun aantal en diversiteit in achtergrond, uitermate geschikt voor deze rol geacht. De kracht van de groep doet zich hierbij gelden.

Zo exploreerden studenten hoe samenwerking rondom een patiënt vorm kreeg als men uitging van de professionele en persoonlijke competenties van de professionals, in plaats vanuit de geldende beroepsdefinities en -bepalingen. Ook onderzochten de studenten hoe wijkbewoners wilden en konden participeren in de ontwikkeling naar geïntegreerde eerstelijnszorg. De vooronderstelling was dat deze collectieve change agency zou fungeren als katalysator in de omslag van monodisciplinair naar interprofessioneel werken bij professionals, als belangrijk onderdeel op weg naar geïntegreerde zorg. Met andere woorden, de verwachtingen ten aanzien van de studenten als change agents waren hoog. Daarom willen we in het vervolg van dit hoofdstuk verder inzoomen op deze rol.

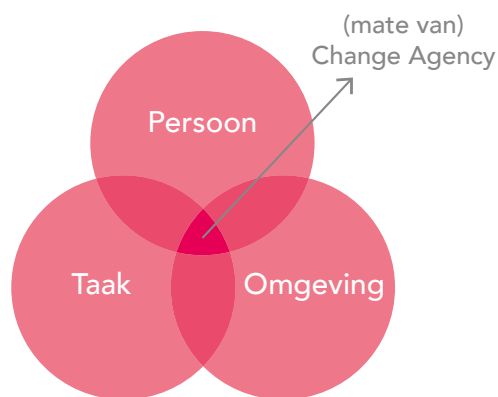
Wat is een change agent precies? En wat is change agency? Hieronder geven we een theoretische beschouwing over change agency. Vervolgens beschouwen we hoe het samenwerken, leren en opleiden in Thermion is ervaren. Hierbij zoomen we specifiek in op de ervaringen rondom de student als change agent.

7.3 CHANGE AGENCY

In de sociale wetenschappen wordt 'agency' gedefinieerd als het vermogen van het individu om invloed uit te oefenen op zijn omgeving. Belangrijke voorwaarde is het vermogen van individuen om zelfstandig te handelen en eigen keuzen te maken. 'Change agency' richt zich op het vermogen van individuen om zijn omgeving bewust te veranderen. 'Change agency can be generally understood as the ability of people to act as a pioneer or catalyst of change'.

Het concept 'change agency' heeft zijn wortels in het domein van Organization development (OD). OD houdt zich bezig met verandering vanuit organisatieperspectief. In die zin onderscheidt OD zich van HRD (Human Resource Development) dat zich juist richt op de bijdrage van het individu aan organisatieontwikkeling. Vanuit dit onderscheid tussen organisatieperspectief en individueel perspectief wordt daarom vaak onderscheid gemaakt in change agency (het vermogen om verandering te bewerkstelligen) en change agent (een persoon die dat vermogen inzet) (School4change, 2018). De literatuur over 'change agents' en 'change agency' benadrukt dat het hierbij niet alleen om de eigenschappen van een persoon gaat; de mate waarin veranderkracht wordt ingezet wordt medebepaald door de omgeving en de mogelijke taken en activiteiten die een persoon of groep personen heeft in die omgeving (Chreim et al; McCormack et al.). Figuur 3 geeft dit inhoudelijk weer.

Alhoewel er vaak over 'change agents' wordt gesproken, is dit geenszins een individuele aangelegenheid. De innovatie naar geïntegreerde eerstelijnszorg is een collectief proces en vraagt om een interprofessionele samenwerking. Immers, de verandering in taken en werkzaamheden heeft direct invloed op andermans taken en rollen, zowel die van professionals als wijkbewoners in hun diverse rollen van vrijwilliger, mantelzorger, wijkbewoner en patiënt van Thermion. Daarnaast wordt individuele change agency versterkt wanneer het gezamenlijk opgepakt wordt. Kortom, bij de inzet van change agency naar geïntegreerde eerstelijns zorg staan zowel de individuele als de collectieve veranderkracht en -mogelijkheden centraal.



Figuur 3: Change agency

7.4 DE STUDENT ALS CHANGE AGENT

7.4.1 HET PROFIEL VAN DE CHANGE AGENT

Hoe zagen studenten zichzelf als change agent? Tijdens de opstartfase van elke onderwijsperiode werden de profielen van 'de student als change agent' volgens studenten volgens een vaste werkvorm in kaart gebracht uit de toolbox grensactiviteiten (Thijssen et al, 2017). Uiteindelijk hebben 48 studenten deelgenomen aan deze werkvorm. De totale opbrengst staat in figuur 4.

deelnemers te stimuleren om vanuit de positie van iemand anders te kijken en te luisteren. Hierdoor kun je mensen laten ontdekken wat ze nog niet weten m.b.t. de rol en kwaliteiten van de andere discipline. In de werkvorm staat een cliëntcasus centraal. De cliënt vertelt over zichzelf, bijvoorbeeld over diens gezondheid, -klachten etc. Daarna kunnen de deelnemers vragen stellen vanuit hun eigen discipline, zoals in een groepsgesprek. Een belangrijk onderdeel van deze werkvorm is de derde stap waarin de deelnemers 'op andermans stoel' gaan zitten en zo diens rol en positie innemen. In deze stap moeten de deelnemers vanuit andermans positie vragen stellen. De werkvorm is een voorbeeld van een grensactiviteit, een activiteit waarin zowel professionals en studenten vanuit verschillende professionele achtergronden alsook wijkbewoners betrokken zijn.

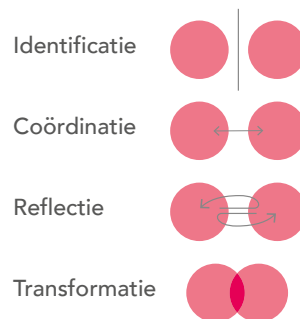
7.5 BOUNDARY CROSSING

Het idee van een grensactiviteit komt uit de 'boundary crossing' theorie die is uitgewerkt door Akkerman en Bakker (2011). Boundary crossing betekent het overbruggen van grenzen. Een grens is "een verschil tussen praktijken dat leidt tot problemen of uitdagingen in actie of interactie" (Bakker en Akkerman, 2016, p. 11). Dergelijke grenzen worden meestal gezien als hindernissen die moeten worden weggenomen. Bakker en Akkerman (2014) stellen dat we ook de positieve kant zouden moeten beschouwen, namelijk dat grenzen juist leiden tot leren. Zij spreken in dit verband over het leerpotentieel van grenssituaties. Om dit leerpotentieel te benutten moet je mensen hebben die over grenzen heen gaan. Het overbruggen van grenzen, verwijst daarbij naar de inspanningen die mensen leveren om "continuïteit in actie of interactie tussen praktijken te waarborgen of te herstellen" (Bakker en Akkerman, 2016, p. 13).

Grensinteracties verwijzen naar activiteiten (inclusief communicatie en samenwerken) tussen mensen uit verschillende praktijken. Hierbij kun je denken aan dialoogsessies waarbij verschillende professionals en wijkbewoners zijn betrokken (zie bovengenoemde voorbeeld van de Stoelendans), maar ook meer informeel het organiseren van een barbecue voor alle betrokkenen bij de leerwerkplaats. De inhoud en de

frequentie van grensinteracties zijn een indicatie voor de kwaliteit van dergelijke grensinteracties.

Door grensinteracties in en rond Thermion te ondersteunen kunnen verschillende leermechanismen in gang worden gezet. (Akkerman en Bakker, 2011) onderscheiden 4 typen leermechanismen, namelijk:



Bij **identificatie**: ontstaat een hernieuwd inzicht in hoe verschillende praktijken of rollen zich van elkaar onderscheiden of elkaar aanvullen.

Bij **coördinatie** gaat het vaak om het ontwikkelen en inzetten van objecten of procedures om effectieve samenwerking tussen praktijken mogelijk te maken. Coördinatieprocessen zien we vaak wanneer mensen uit verschillende praktijken efficiënter willen werken, en daarvoor dan ook alleen de minimaal vereiste afstemming zoeken.

Reflectie kan optreden wanneer individuen of groepen, door met elkaar in gesprek te gaan, zich bewust worden van hun eigen perspectief en dat beter formuleren ("perspective making"). Individuen of groepen kunnen ook elkaars perspectieven leren waarderen en door de ogen van de ander naar de eigen praktijk leren kijken ("perspective taking"). Er vindt dus zowel een definiëring als een uitwisseling van perspectieven plaats.

Bij **transformatie** ontstaan door het contact tussen praktijken veranderingen in de bestaande praktijken of zelfs nieuwe rollen of praktijken.

Zo kunnen mensen elkaars taal leren begrijpen, elkaars perspectieven willen en kunnen begrijpen, verbanden tussen de verschillende perspectieven zien en deze combineren in een nieuwe oplossing of nieuwe praktijk. Het eerdergenoemde voorbeeld van de Stoelendans is bijvoorbeeld gericht op het leermechanisme van reflectie.

De grensactiviteiten ondersteunen de ontwikkeling van de individuele en collectieve veranderkracht en -mogelijkheden, en dragen via het op gang brengen van bepaalde leermechanismen bij aan de verbinding of overbrugging van verschillende professionele domeinen, van de werelden van professionals en wijkbewoners. Creëren van dergelijke verbindingen vormt een belangrijke basis voor de ontwikkeling van een geïntegreerde eerstelijns zorg.

De verschillende ontwikkelde en uitgevoerde grensactiviteiten zijn opgenomen in de toolbox GeZonTh (Thijssen e.a, 2017). De toolbox is uitdrukkelijk ontwikkeld voor een bredere groep dan studenten alleen, dus ook voor professionals en/of wijkbewoners in hun diverse rollen, waarbij we uitgaan van een gemixte samenstelling.

7.6 VAN CHANGE AGENT NAAR GRENSGANGER

Waar de studenten aangaven de rol als change agent niet te vinden passen, vervullen zij automatisch een rol als grensganger. Een grensganger is iemand die aan twee afzonderlijke praktijken deelneemt en elementen van de ene praktijk in de andere brengt. Grensgangers worden ook wel boundary crossers, brokers of boundary workers genoemd (zie ook Wenger, 1998). Het zijn mensen die kunnen schakelen en verbinden, en kunnen zorgen voor samenwerking tussen en afstemming van verschillende praktijken.

Omdat een stagiair zowel student als werknemer is, moet hij aan verschillende verwachtingen vanuit school en werk voldoen. Tegelijkertijd voelen veel stagiairs zich niet meer echt student en ook nog geen volwaardige werknemer. Ze zitten er letterlijk tussen twee werelden in. Bakker en Akkerman (2014)

benadrukken dat grensgangers vaak geen makkelijke rol hebben: ze betreden terrein waarop ze niet bekend zijn en mogelijk ook niet gekwalificeerd. Dit werd ook duidelijk in het woordbeeld dat onze studenten maakten van het profiel van de change agent. Door hun rol als grensganger te versterken kunnen stagiaires bewust schakelen en verbinden, en zorgen voor samenwerking en co-creatie tussen verschillende praktijken. De ervaringen in Thermion laten zien dat de student een belangrijke rol heeft in het verbinden van verschillende expertisegebieden en het aandragen van inzichten daarover (Kuijer-Siebelink, Hoeve en Hendriks, 2017). Studenten kunnen een rol als change agent vervullen, door hun rol als grensganger te gaan benutten.

Een belangrijke les uit GeZonTh is dan ook dat change agency van studenten niet zozeer betekent dat ze vernieuwingen aanjagen maar houdt veel meer in dat ze vanuit een lerende en vernieuwende rol veranderingen op de werkvloer initiëren en ondersteunen door het faciliteren van grensinteracties.

7.7 DE ROL VAN GRENSGANGER IN HET SAMEN WERKEN, LEREN EN OPLEIDEN TER BEVORDERING VAN GEÏNTEGREERDE GEZONDHEIDSZORG

Onderwijs en praktijk in het sociaal en gezondheidsdomein zijn vooralsnog erg monodisciplinair georganiseerd en veranderkracht wordt vooralsnog met name aangemoedigd vanuit en ten bate van hun eigen professie. Bijvoorbeeld een student fysiotherapeut wordt aangemoedigd om te profileren wat een fysiotherapeut kan betekenen binnen het veranderende zorglandschap en een sociaal werker wat deze kan betekenen in de transitie binnen het sociaal domein. In het figuur hieronder wordt dat gekarakteriseerd als een change agent binnen het eigen beroep.



Figuur: Mono professionele change agents en change agents als grensgangers (naar Akkerman en Bakker, 2012) Thijssen, M., Kuijjer, W. Hoeve, A., Scherpbier-de Haan, N. Laurant, M. Hendriks, I. (2015&2016)

Echter, van de studenten als change agents in Thermion werd gevraagd om boven de eigen professie uit te stijgen en vanuit een integraal perspectief op gezondheid te werken. Dat dit geen gemakkelijke opgave is, illustreert ook het volgende citaat: "Expertise is verbonden aan specifieke domeinen. Dat betekent omgekeerd ook dat men expert in het ene domein kan zijn en novice in (vele) andere domeinen. Transfer tussen domeinen wordt niet veel waargenomen, omdat generieke vaardigheden altijd "gevuld" zijn met domeinspecifieke (kennis) elementen. Generieke vaardigheden als probleemoplossen en innovativiteit komen alleen tot expressie binnen specifieke domeinen, omdat domeinspecifiekheid de uitvalsbasis vormt (Nieuwenhuis, 2013: 19). Om van een change agent binnen de eigen professie te komen tot een change agent als grensganger, heeft de change agent een T shaped skill profiel nodig; een stevige stam van domeinexpertise, gecombineerd met een brede legger van vaardigheden zoals samenwerking en inlevingsvermogen in het denken van andere disciplines (Geerligts et al, 2001).

Innovatie vraagt dan een vorm van adaptiviteit. Van Strien (2011) laat zien dat grote wetenschappelijke doorbraken niet zozeer het resultaat zijn creativiteit, maar van een combinatie van grondige vak kennis en oog voor toepasbaarheid van inzichten van elders. Analogieën tussen wetenschapsgebieden vormen een belangrijke bron van wetenschappelijke vooruitgang.

Het vraagt om kritisch reflectief werkgedrag van alle betrokkenen; een set van verbonden activiteiten, individueel of in interactie met anderen, gericht op het optimaliseren van individuele of collectieve werkpraktijken of op het kritisch analyseren en het proberen te veranderen van organisatie of individuele waarden (Van Woerkom, 2003).

De ervaringen van Thermion laten zien dat het belangrijk is om grenzen te overbruggen tussen hun eigen praktijk en de praktijken van andere betrokkenen. Denk aan grenzen tussen disciplines of grenzen tussen academische kennis van wetenschappers versus toegepaste kennis van burgers betrokken bij het probleem. Maar ook bijvoorbeeld aan grenzen tussen de primaire economische belangen van zorgondernemers of verzekeraars tegenover de voornamelijk maatschappelijke belangen van de wijkbewoners en de politieke belangen van de betrokken overheidsinstantie.

Door binnen Thermion een krachtige experimentele leerruimte te creëren, en studenten de rol als grensgangers te laten vervullen, denken we de mogelijkheid te hebben geschapen voor studenten om hun eerste ervaring op te doen met interprofessionele werken, leren en opleiden voor geïntegreerde zorg, en zo bij te dragen aan ontwikkeling van 'de juiste houding voor de juiste zorg en ondersteuning.' Hopelijk legt dit een basis voor de verdere ontwikkeling van kritisch reflectief werkgedrag en daarmee voor professionals die beter voorbereid zijn op een toekomst van werken aan de complexe, transdisciplinaire, veranderlijke vraagstukken die we in onze maatschappij moeten zien op te pakken.

LITERATUUR

- Akkerman, S.F. & Bakker, A. (2011). Boundary crossing and boundary objects. *Review of Educational Research*, 81, 132-169.
- Bakker, A., Zitter, I., Beauseart, S. & De Bruijn, E. (Red.) (2016). Tussen opleiding en beroepspraktijk, het potentieel van boundary crossing. Koninklijke van Gorcum: Assen.
- Chreim S, Williams BE, Janz L, Dastmalchian A. (2010). Change agency in a primary health care context: the case of distributed leadership. *Health Care Management Review*; 35(2): 187-199.
- Frenk J, Chen A, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T et al, (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*; 376: 1923-58. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Hochberg MS, Berman RS, Kalet AL, Zabar SR, Gillespie C, Pachter HL; The professionalism curriculum as a cultural change agent in surgical residency education. *Am J Surg*. 2012 Jan;203(1):14-20. doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.05.007
- Geerligs, J.W.G., & Le Rütte, R.J.M. (2001). Vaardig innoveren: de uitgewerkte probleemstelling. Den Haag: Innovatienetwerk Groene Ruimte en Agrocluster.
- Gullikers, J. en Oonk, C. (2016). Het waarderen van leren met partijen buiten de school. *OnderwijsInnovatie*. September 2016. 17-26.
- McCormack B, Rycroft-Malone J, DeCorby K, Hutchinson AM, Bucknall T, Kent B et al, (2013) A realist review of interventions and strategies to promote evidence-informed healthcare: a focus on change agency. *Implementation Science*; 8:107.
- Strien, P.J. van (2011). *Psychologie van de wetenschap. Creativiteit, serendipiteit, de persoonlijke factor en de sociale context*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Thijssen, M. Kuijer-Siebelink, W. Hoeve, A, Scherpbier-de Haan, N. Laurant, M. Hendriks, I. (2015). Voortgangsrapportage GeZonTh. Zaaknummer 2013-010742. Provincie Gelderland.
- Thijssen, M. Kuijer-Siebelink, W. Hoeve, A, Scherpbier-de Haan, N. Laurant, M. Hendriks, I. (2016). Voortgangsrapportage GeZonTh. Zaaknummer 2013-010742. Provincie Gelderland.
- Thijssen, M. Hoeve, A. Coopmans, J. Kuijer-Siebelink, W. (2017) Grensactiviteiten: onderdeel van de toolbox GeZonTh. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Online te raadplegen via https://www.han.nl/onderzoek/kennismaken/sparkcentres/over-onderwijs/_attachments/resultaat_iv_toolbox_grensactiviteiten.pdf
- Valentijn, P.P., Vrijhoef, H.J., Ruwaard, D., de Bont, A., Arends, R.Y., Bruijnzeels, M.A. (2015) Exploring the success of an integrated primary care partnership: a longitudinal study of collaboration processes. *BMC Health Services Research*, 15(1):32.
- Valentijn, P.P., Schepman, S.M. Opheij, W., Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. (13), *Journal of Integrated Care*.
- Woerkom, M. van (2003). *Critical Reflective Work Behaviour*. (proefschrift UT). Enschede: UT.

Website:

1. School4Change, module 1 geraadpleegd 17-2-2018: https://www.twmscorm.co.uk/courses/NHSH/ild120818ad234d70b87b4e44acc6ebc337613907/2/index_lms.html#/id/co-05
2. School4Change, module 1 geraadpleegd 17-2-2018: <http://theedge.nhsiq.nhs.uk/school/2018-resources/module-1-change-starts-with-me/>



HOOFDSTUK 8 BEINVLOEDEN VAN PRAKTIJKEN DOOR NETWERKSAMENWERKING

Erik de Vries en Wendy Kemper-Koebrugge

Onze samenleving is in transitie waardoor beroepspraktijken veranderen, nieuwe beroepen ontstaan en bestaande beroepen veranderen of verdwijnen. Hogescholen zoeken naar vormen om de ontwikkelingen in de beroepspraktijk van dichtbij te volgen en daaraan bij te dragen. In dit artikel presenteren wij leren in netwerken en netwerksamenwerking als middel om praktijken te beïnvloeden. We laten zien hoe we dat doen in de Zorgalliantie, waarin organisaties in wonen, welzijn en zorg samen met onderwijs en onderzoek nieuwe praktijken ontwikkelen met het oog op de transities in wonen, welzijn en zorg.

8.1 PRAKTIJKEN VERANDEREN

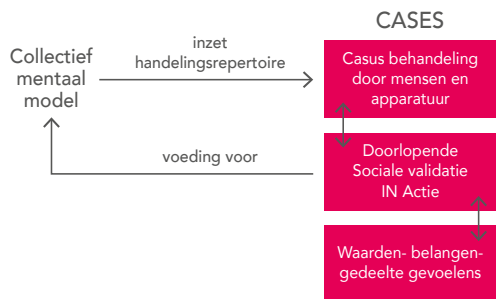
Leren in netwerken is een vorm van sociaal leren en de basis van sociaal leren is 'knowing in action' (Schön, 1983). Deze opvatting concentreert zich niet zozeer op kennis als 'ding' dat we kunnen bezitten in ons hoofd, in boeken of in gegevensbanken, maar op knowing: op kennen (Cook, Seely, & Brown, 1999). Kennen is een sociale prestatie in de praktijk waarin kennis en ervaring wordt ingezet om vraagstukken op te lossen en waarin het kennen wordt opgebouwd. Praktijk is kennen en kennen is praktijk. We kunnen geen acties doen zonder te kennen en we kennen niets zonder actie (Orlikowski, 2002).

Het kennen is dus verweven met praktijk, maar wat is een praktijk? Praktijken zijn werksituaties in hun context,

zoals uitvoeringspraktijken, besluitvormingspraktijken, managementpraktijken of onderzoekspraktijken. In praktijken worden acties ondernomen op cases (cliënten, aangiften, vergunningsaanvragen, buurtincidenten, rechtszaken, verbouwingen, brandmeldingen, sollicitanten, vergaderstukken, investeringsvoorstellen, etc.) (Schatzki, 2002).

Hoe werkt sociaal leren in praktijken? In het omgaan met cases in de praktijk vindt altijd leren plaats. We construeren het kennen met elkaar IN actie. Dat kennen is aanwezig in de persoonlijke geheugens van individuen waarin zij hun mentaal model van de praktijk opmaken. Een deel van dit kennen is ook gedeeld tussen de mensen die samenwerken in die praktijk. Daaruit ontstaat dus een collectief mentaal model. Dit collectieve model ontwikkelen mensen door reflectie IN actie (Schatzki, 2002; Schön, 1983). Een eenvoudige zin als 'dat pakte best aardig uit' bevestigt zinvolheid naar elkaar toe. De zinsnede bevat ook een norm; 'aardig uitpakken' duidt op effectiviteit. Zo worden onze (collectieve) geheugens gevoed IN actie. Mensen valideren hun kennen doorlopend in de sociale setting van hun praktijk aan elkaar en aan de casusbehandeling. Als de actie voldoet aan een gedeelde waarde, norm of positief gevoel dan nemen we deze op in het collectief geheugen als handelingsrepertoire dat kan worden herhaald. Als een actie niet blijkt te werken, vergeten we snel dat het heeft plaatsgevonden of nemen we het op in het geheugen als een actie die niet voor herhaling vatbaar is ('zo nooit weer').

Acties verbinden zich dus aan waarden, normen en gevoelens en worden in die verbinding opgenomen in (collectieve) geheugens. Dit leerproces is endogeen, d.w.z. komt van binnenuit in de praktijk en is er doorlopend. Figuur 1 verbeeldt dit endogene leerproces.

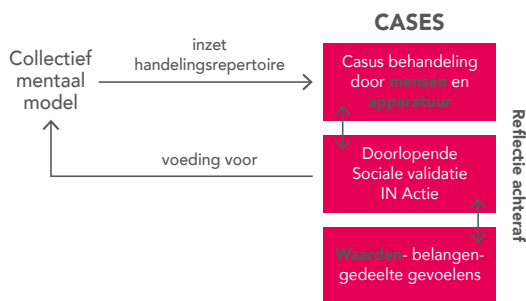


Figuur 1. Endogeen leren in praktijken (Schatzki, 2002).

In praktijken wordt met name gekozen voor acties langs de lijnen van het collectieve mentale model. Collectieve mentale modellen, ofwel hetgeen we gezamenlijk kennen, zijn bepalender in groepskeuzes dan van de groep afwijkende kennis van een individu (Stasser & Titus, 1985). Dat betekent dat individuen meer handlingsrepertoire kunnen bezitten dan ze laten zien. Mensen neigen ertoe om het handlingsrepertoire te kiezen dat herkend wordt in hun omgeving, in de groep waarmee zij werken. In de socialisatie in de groep worden handelingen gelegitimeerd en ontwikkelen zich collectieve mentale modellen en collectief handelen. In het endogene leerproces ontstaan dus routines. Deze bevestigen de dagelijkse praktijk en dat leidt tot stabiliteit. Maar het endogene leerproces leidt ook tot variatie en aanpassing en is dus tevens bron van verandering en vernieuwing. Routines spannen praktijken op, stabiliseren praktijken en zijn tegelijk bron van vernieuwing (Feldman & Pentland, 2003).

8.2 VIER AANGRIJPINGSPUNTEN OM PRAKTIJKEN TE VERANDEREN

We onderkennen vier aangrijpingspunten om het endogene leerproces in praktijken exogeen (van buitenaf) te beïnvloeden. Deze zijn opgenomen in figuur 2 in vette letters.



Figuur 2. Exogene beïnvloeding van endogeen leren in praktijken

1. Complexere cases inbrengen

Praktijken leren van iedere actie en dat leren vindt plaats IN die actie. Er dient zich altijd casuïstiek aan die net even anders is dan anders. Bovendien vergissen mensen zich en nemen cases in behandeling die tijdens de behandeling complexer blijken te zijn dan verwacht. Dan moet worden geïmproviseerd en geëxperimenteerd (Schön, 1983; Weick, 1995). Praktijken leren dus van nieuwe casuïstiek en kunnen worden uitgedaagd met complexere cases waarvoor de praktijk zijn eigen actierepertoire moet vormen volgens het endogene leerproces uit figuur 1. De uitdagende casuïstiek moet wel gekozen worden binnen de zone van naaste ontwikkeling (Vygotski, 1978) van de groep mensen in die praktijk. Als de casuïstiek te ver afligt van het collectief kennen en de groep dus geen idee heeft hoe deze te behandelen, kan de stemming omslaan in collectief ontkennen en zal de groep de casus bestempelen als 'niet geschikt voor onze praktijk'.

2. Veranderen van de sociale of materiële setting

Acties in praktijken worden uitgevoerd door mensen (sociale setting) in interactie met machines, gebouwen, behandelruimtes,

informatiesystemen, auto's, apparatuur, etc. (materiële setting). Materiële zaken kunnen daarin net zo sturend zijn als de mens (Latour, 2005; Orlikowsky & Scott, 2008). Denk bijvoorbeeld aan hoe bepalend de lopende band en robots zijn in een fabriek of hoe de rijopstelling in een leslokaal de interactie tussen leerlingen en docent bepaalt. Het tweede aangrijpingspunt om praktijken te veranderen zit dus in het veranderen van de setting waarin de acties worden ondernomen: verandering in mensen of apparatuur.

Veranderen in mensen kan door de inbreng van experts die alternatieve handelwijzen aanreiken en daarmee experimenteren mogelijk, veilig of legitiem maken. Dat kan ook door de inbreng van studenten die onbevragen vragen stellen waardoor professionals gedwongen worden iets uit te leggen/onder woorden te brengen en dus hun kennis te expliciteren of door de inbreng van onderzoekers/docenten die proberen te vatten wat er plaats vindt en daarmee gesprekken uitlokken. Ook de inbreng van nieuwe medewerkers met andere ervaringen is een beproefde interventie. Door verandering van de sociale setting treedt andere reflectie en interactie IN de actie op, waardoor collectieve geheugens die ten grondslag liggen aan (toekomstige) acties kunnen veranderen. De inbreng van complexere casuïstiek samen met de inbreng van extra expertise kan een krachtige combinatie zijn die endogeen leren op gang brengt.

Naast het veranderen van het sociale aspect van de setting kunnen ook materiële zaken worden veranderd. Denk aan het inbrengen van regels, procedures, nieuwe informatiesystemen, expliciete kennis (wetenschappelijke papers, formules, methodieken, protocollen, data), nieuwe technologie, etc. Als de actie met de nieuwe materiële inbreng 'werkend' wordt bevonden, raakt het gekoppeld aan positieve waarden/belangen/gevoelens van de professionals, zullen zij dat in de actiesetting naar elkaar toe bevestigen, komt het in het collectief geheugen en wordt het onderdeel van het handelingsrepertoire. Als de nieuwe materiële inbreng 'niet werkt', raakt het geassocieerd met negatieve waarden/gevoelens en wordt het juist

niet opgenomen in het handelingsrepertoire. Zo kunnen zorgrobots in de vensterbank belanden, worden procedures/protocollen genegeerd en ontstaan 'workarounds' rond informatiesystemen.

3. Veranderen van normen/waarden/gedeelde gevoelens

Een derde aangrijpingspunt om endogene leerprocessen te stimuleren is het beïnvloeden van de waarden/normen/gevoelens zodat gedane acties anders worden geëvalueerd en het collectief mentaal model anders wordt gevoed. Maatschappelijke praktijken hebben in toenemende mate te maken met netwerk-governance, ofwel het afleggen van verantwoording aan meerdere stakeholders. Die verantwoording betreft de casuïstiek die men in de praktijk in behandeling neemt, welke behandelingen men toepast en welke resultaten men daarmee boekt. Belangrijke stakeholders zijn ministeries, gemeenten of opdrachtgevers, de beroepsgroep (die bepaalt wat als algemeen aanvaardbaar professioneel handelen wordt aangenomen), klanten, inspecties, etc. Met verantwoording wordt vertrouwen en steun georganiseerd voor de praktijk onder de stakeholders (Kelly, Mulgan, & Muers, 2002). Vanuit deze verantwoording kunnen praktijken geconfronteerd worden met andere of veranderende normen/waarden/gevoelens van stakeholders. Hierdoor kunnen professionals hun bestaande praktijk niet meer voldoende verantwoorden. Dit leidt tot het zoeken naar andere waarderingen van die praktijk, waardoor zij andere normen/waarden/gevoelens gaan verbinden aan gedane acties. Er wordt geleerd en afgeleerd. Governance legitimeert dus praktijken (Kelly et al, 2002). Deze legitimatie is een belangrijk exogeen aangrijpingspunt voor het veranderen van praktijken.

4. Reflectie NA actie

Het laatste aangrijpingspunt voor leren ligt buiten de directe actie, maar is wel verbonden aan de actie: reflectie NA actie (Schön, 1983). Samen de praktijk doordenken, met elkaar bespreken hoe het anders kan, met elkaar uitvinden hoe acties kunnen worden verbeterd, hoe we andere normen/waarden kunnen nastreven (doen we nog wel het goede?), etc. Reflectie NA actie blijft echter vrijblijvend als niet IN actie wordt geoefend met ander gedrag en repertoire. Het ter discussie stellen van collectief denken, verandert dit denken pas IN actie. Reflectie na actie kan goed tot afspraken leiden over anders handelen IN actie en kan de normen/waarden/gevoelens waarmee dat handelen collectief wordt gewaardeerd ook beïnvloeden.

Netwerklernen gaat dus om het beïnvloeden van het kennen in praktijken waarbij de vier aangrijpingspunten voor endogene beïnvloeding worden aangewend. We passen dat toe in de Zorgalliantie.

8.3 HET BEÏNVLOEDEN VAN PRAKTIJKEN IN PRAKTIJK GEBRACHT

De Zorgalliantie is een regionaal netwerk, waarin de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) samenwerkt met organisaties in wonen, welzijn, zorg en onderwijs. Doel van de Zorgalliantie is om door samen te werken en te leren bij te dragen aan beter wonen, welzijn en zorg; nu en in de toekomst. Dit doet de Zorgalliantie door zich duurzaam te verbinden aan gebieden (gemeente, dorp, wijk) en met organisaties, gemeenten en inwoners in dat gebied projecten en onderzoek uit te voeren in een leerkring. Overstijgend aan deze gebieden zijn maatschappelijke thema's (zoals statushouders, technologie of armoede) vastgesteld waarop wordt uitgewisseld tussen de leerkringen en (aanvullend) onderzoek wordt gedaan. Door onderwijs, onderzoek en werkveld-praktijken te verbinden in een leerkring, ontstaat een interdisciplinaire en trans-organisatorische setting. In de leerkring verkennen organisaties samen de gezamenlijke ambitie voor een gebied, waarop projecten worden gedefinieerd. Aan deze projecten worden

studentopdrachten en onderzoekopdrachten voor lectoraten gekoppeld. De samenwerking tussen de professionals, studenten en onderzoekers brengt de professionals nieuwe inzichten op het terrein van interprofessionele samenwerking en behandeling van casuïstiek van inwoners. Voor studenten wordt de praktijkplek een onderwijsplek omdat docenten hier deel van uitmaken. Voor de onderwijspraktijk betekent de ontwikkeling van deze leerkringen een beweging van het onderwijs naar buiten. Niet de setting van het schoolgebouw, maar de setting van het werkveld wordt leidend in het leren van studenten. Hierdoor wordt de beroepssetting voor de student voelbaarder en het leren direct in een interdisciplinaire setting vormgegeven.

De vier aangrijpingspunten voor het beïnvloeden van praktijken zijn terug te vinden in de aanpak van projecten en onderzoek binnen de Zorgalliantie.

1. Beïnvloeden van casuïstiek

Met een kernteam van spelers in het gebied worden vraagstukken verkend die ze alleen samenwerkend kunnen oplossen. Daarmee is samenwerken over de grenzen van de eigen organisatie direct onderwerp van gesprek. Een voorbeeld van zo'n vraagstuk is de integratie van statushouders. De woningcorporatie huisvest ze, de welzijnsorganisatie heeft een rol in sociale integratie, de zorgorganisaties zien andere doelgroepen met andere vraagstukken op zich af komen. Door in het wijkcentrum een wereldkeuken project op te zetten (het eetcafé), waarin professionals en vrijwilligers van de organisaties met studenten samenwerken, leren zij de groep statushouders kennen en verkennen ze samen wat het vraagt om deze groep te integreren in de Nederlandse samenleving. Hiermee brengen ze twee nieuwe casuïstieken in de bestaande praktijk: samenwerking en statushouders.

Doordat verschillende organisaties in de leerkring samen vraagstukken verkennen, brengen individuele deelnemers aan de leerkring nieuwe vraagstukken (andere casuïstiek) in. Zij voelen dat zij voor de oplossing van hun vraagstuk andere expertise nodig hebben, die zij in de leerkring kunnen vinden. Een voorbeeld is

schuldhulpverlening, waarin de woningcorporatie haar kennis wil koppelen aan sociale expertise van de welzijnsorganisatie. Doordat het vraagstuk de domeinen wonen en welzijn overstijgt en in de leerkring wordt gekoppeld aan onderzoek, gaan professionals anders kijken naar de probleemanalyse en naar oplossingsalternatieven. In dit geval wordt ook verkend hoe je ervaringsdeskundigheid van mensen in armoede kunt inzetten om als gezamenlijke organisaties te voorkomen dat mensen in de schuldhulpverlening blijven.

2. Het veranderen van de sociale en materiële setting

Inzet van studenten helpt om dingen anders te doen in de praktijk, om dingen uit te proberen en te onderzoeken. In het eetcafé ontwikkelen studenten activiteiten en elk half jaar komt er een nieuwe groep studenten met nieuwe ideeën. Het gevoel van de professionals is dat zonder deze studenten het eetcafé zich niet zou door ontwikkelen. Professionals zeggen: 'ik zie het soms niet meer, of ik doe het niet meer. De studenten komen met voorstellen en wakkeren weer enthousiasme aan'.

Het feit dat elk half jaar studenten wisselen werd aanvankelijk als onrustig ervaren, maar deze lichte sociale ontregeling van de praktijk blijkt juist goed te werken. De studenten geven taken door aan de volgende groep studenten als een estafettestokje en de nieuwe groep studenten interpreteert het estafettestokje net weer anders en ontwikkelt nieuwe ideeën. Zo blijft de praktijk fris. De inwoners vinden studenten prettig: jongeren erbij, gezellig, andere perspectieven en nieuwe mensen geven nieuw elan. Anders zouden zij voornamelijk (vaak dezelfde) professionals en gelijksoortige cliënten tegenkomen. Ook de aanwezigheid van een onderzoeker helpt door de inbreng van andere perspectieven en verdieping van vraagstukken. Als het onderzoek minder betrokken is, lijkt het wel of verdieping in het adresseren van problemen wegzakt en de praktijk vervlakt. Organisaties en hun professionals geven aan dat de onderzoeker inhoud en kennis brengt, en daardoor een lacune opvult, namelijk datgene wat de professionals wel missen, maar wat zij zelf

niet makkelijk weten te ontdekken. Daarnaast verbindt de onderzoeker de verschillende organisaties door steeds de vraag te stellen of zij het nog wel over hetzelfde hebben en nog aan hetzelfde vraagstuk en doel werken.

Inbreng van technologie verandert de sociaal-materiële setting ook. De Zorgalliantie doet proefprojecten met zorgtechnologie in verschillende zorgpraktijken. Dit om te ondervinden hoe de praktijk hierop kan worden aangepast of welke aanpassingen de zorgtechnologie nodig heeft om in de praktijk te kunnen worden opgenomen. Door de introductie van een robot in de huiskamer van een inwoner met lichte dementie verandert de dagelijkse praktijk. Zorgtaken verplaatsen zich van de mantelzorg naar de zorgrobot. De zorgrobot fungeert als sprekende agenda die de dementerende cliënt helpt herinneren aan dagdagelijkse handelingen zoals eten, drinken, tandenpoetsen, etc. Dat betekent dat de mantelzorg deze handelingen minder hoeft te controleren en tijd overhoudt voor een ander (en hopelijk leuker) gesprek. De robot stelt mensen met een zorgvraag in staat om langer thuis te wonen met ondersteuning van hun mantelzorgers en professionals. De professional ervaart de nieuwe setting als een leersituatie, want het vraagt om na te denken welke zorgrol voor hem/haar is weggelegd, wat de mantelzorg kan en waarin de robot ondersteunt. De inbreng van de zorgrobot brengt dus endogeen leren op gang dat niet gaat over de bedieningsknoppen van de robot, maar over rolverdeling, veranderende zorgarrangementen en mogelijkheden voor regie van de cliënt.

3. Beïnvloeden van normen, waarden en gedeelde gevoelens

In de Zorgalliantie ervaren deelnemers hoe andere waarden leiden tot ander handelingsrepertoire. In bovengenoemde leerkring wordt gelijkwaardigheid als gewenste waarde gevoeld. Gelijkwaardigheid tussen inwoners, vrijwilligers en professionals van de diverse organisaties. Dit impliceert voor de praktijk dat er ruimte moet zijn voor de inbreng en meningen van inwoners. Dit verandert de praktijk.

In het gesprek moeten de professionals 'op hun handen zitten'. Het gesprek over wat er aan de hand is, duurt langer doordat meer partijen meepraten en de kwaliteit van het gesprek wordt belangrijker dan snelheid in handelen. In de praktijk van het eetcafé betekent dit dat studenten en vrijwilligers het eetcafé organiseren en dat zij daarin gelijkwaardig zijn aan professionals. Waar eerder de vrijwilliger als ondersteunend aan de professional werd gezien, worden steeds meer welzijnsactiviteiten door vrijwilligers georganiseerd, waarbij de professional ondersteunt. Het maatschappelijk adagium (de norm/de waarde) van de transitie in zorg en welzijn 'van zorgen voor, naar zorgen dat', is praktijk geworden.

In dezelfde leerkring wordt de ambitie tot samenwerking gelegitimeerd van buiten de praktijk. De samenwerking tussen inwoners en de diverse organisaties is bestuurlijk gelegitimeerd door de gemeente en wethouder. De gemeente vat haar visie op het sociaal domein samen in de slogan 'Iedereen doet mee, iedereen doet ertoe'. Het sociaal beleid streeft drie doelen na: gebiedsgericht werken, inzet op preventie en hulp, en betere samenwerking (Beleidsplan Sociaal Domein, 2017). De gemeente sluit expliciet aan bij de bredere maatschappelijke beweging van de Nieuwe Route. Daarin staat gelijkwaardige samenwerking tussen inwoners, overheid en organisatie(s) centraal (Siegiers, 2018). De partijen in de gemeente ontwikkelen samenwerkende praktijken en verantwoorden hun samenwerking in het licht van de doelen van de gemeente en de Nieuwe Route en verbinden daar gevoelens aan van 'goed werk'.

Rond technologie-experimenten beleven deelnemers het belang van legitimatie van veranderende praktijk van buitenaf juist door het ontbreken ervan. In de afgelopen jaren heeft de Zorgalliantie meerdere experimenten gedaan waarvan bovenstaand project met de zorgrobot een voorbeeld is. Deze experimenten hebben ons geleerd dat legitimatie van buitenaf van gebruik van technologie essentieel is. Zorgprofessionals moeten het gevoel krijgen dat inzet van zorgtechnologie de norm is en dat hun

omgeving dat van ze verwacht. Daar ontbreekt het echter nogal eens aan. Te vaak zijn technologie experimenten te lokaal en te veel subsidie-gestuurd. Als de subsidie wegvalt, stopt het experiment, blijft de praktijk zoals deze was en is er dus weinig endogeen leren tot stand gekomen. Het collectieve mentale model blijft hetzelfde en het feit dat de buitenwereld legitimeert dat experimenteren stoppen als subsidiegelden op zijn, versterkt het mentale model 'dat het nog niet zo'n vaart loopt met eHealth' zelfs. De studie naar leiderschap en governance van ICT-gedreven zorginnovatie (De Vries & Tamrouti, 2017), gedaan in Zorgalliantieverband, laat zien dat er nog veel te overwinnen is, zoals missende incentives voor investering, onduidelijkheid over standaarden voor gegevensuitwisseling, beperkte betrokkenheid van bestuurders en veel implementatievraagstukken. Tegelijkertijd zien we het nodige legitimerend tromgeroffel voor zorgtechnologie vanuit het ministerie VWS, werkgeversorganisaties en beroepsgroepen. We lijken op een maatschappelijk tipping point te zitten waarin inzet van technologie in zorgpraktijken steeds meer gelegitimeerd zal raken vanuit stakeholders rondom de zorgpraktijk.

4. Beïnvloeden door reflectie NA actie

De Zorgalliantie organiseert expliciet reflectie na actie om verandering van collectieve mentale modellen en nieuwe handelingsrepertoires te inspireren.

In het eetcafé is de intentie ontstaan om statushouders tot kok te kunnen opgeleiden door de deelnemende organisaties. Studenten wilden input van de gemeente, maar de gemeente gaf niet thuis. Het was niet helder hoe de gemeente ten opzichte van het project stond. Vanuit de leerkring is een reflectiegesprek georganiseerd tussen de teamleider sociaal van de gemeente en de studenten. De gemeenteambtenaar werd zo uitgenodigd om aan de studenten uit te leggen waarom zij op een bepaalde manier reageerden. Het gesprek leverde tips op voor de zorgorganisaties, hoe zij de gemeente op een positieve manier konden betrekken bij projecten.

Een tweede voorbeeld betreft het opzoeken van reflectie na actie in andere praktijken om de eigen praktijk te inspireren. Vanuit de wens om wat te doen aan armoedebestrijding, hebben deelnemers aan de leerkring samen met andere geïnteresseerden een vernieuwende praktijk in Antwerpen bezocht. Daarin wordt de ervaringsdeskundigheid van mensen die zelf in armoede hebben geleefd, benut om te begrijpen hoe je mensen uit de armoede kunt helpen. Onderweg werd uitgewisseld over verschillende eigen projecten, in Antwerpen werd inspiratie opgedaan. Na dit werkbezoek is een bijeenkomst georganiseerd waarin mensen konden uitwisselen wat zij hadden opgehaald en hoe zij dachten dat ze dit in hun eigen praktijk konden gebruiken. Deze bijeenkomst versnelde het aannemen van een ervaringsdeskundige in de onderwijspraktijk. De ervaringsdeskundige gaat samen met een docent onderwijs geven over armoedebestrijding, een concrete verandering in de onderwijspraktijk dus.

Een derde algemene vorm van beïnvloeding van de praktijk door reflectie na actie binnen de Zorgalliantie is het verbinden van de praktijk van het werkveld aan de onderwijs- en onderzoekspraktijk. Van studenten wordt reflectie gevraagd op de uitgevoerde (studie)opdracht. De docent en betrokken professionals doen mee in dit proces. Onderzoek in studentopdrachten, onderzoek gekoppeld aan overstijgende thema's binnen de Zorgalliantie en onderzoek gekoppeld aan het proces van interprofessioneel samenwerken, versterkt de reflectie na actie. De kennis die wordt opgedaan, wordt geëxpliciteerd, wordt gekoppeld aan breder beschikbare kennis en wordt toegankelijk gemaakt. Zo worden de praktijken geholpen om te ontstijgen uit de waan van alle dag.

De Zorgalliantie organiseert ook Masterclasses en cafés als vorm van reflectie na actie. Anderen van buiten de leerkring kunnen via deze activiteiten kennismaken van wat zich in de leerkring ontwikkelt. Deze activiteiten hebben een dubbel leereffect. Enerzijds dwingt het leerkringleden te reflecteren op hetgeen in het project is bereikt omdat zij dat overdrachtelijk

moeten maken. Anderzijds is het onherroepelijk dat mensen 'op de tribune' reflecteren op de zich vormende nieuwe praktijk in de leerkring door vragen te stellen, door aan te geven wat hun opvalt, door te expliciteren wat ze ervan in hun eigen praktijk zouden kunnen gebruiken, etc. Dit nodigt de mensen uit de leerkring uit om hun nieuwe praktijk en de verbeteringen daarin zo goed mogelijk te articuleren in relatie tot andere praktijken. Men verantwoordt zich als het ware ten opzichte van de tribune'. De stakeholders 'op de tribune' krijgen de gelegenheid hun waarden/belangen/gevoelens tot uitdrukking te brengen in de interactie met de mensen uit de leerkring. Daarmee stimuleert de Zorgalliantie via reflectieve activiteiten uitwisseling van waarden/belangen/gevoelens waarmee leerkringen elkaar kunnen legitimeren tot vernieuwing van praktijken.

8.4 TOT SLOT

We herkennen alle vier aangrijpingspunten om endogeen leren in praktijken tot stand te brengen in de Zorgalliantie en zien dat leren terug in veranderende patronen van samenwerking, reflectie op elkaars rollen en verantwoordelijkheden, de wil om te onderzoeken met welk handelingsrepertoire versterking op wijkniveau kan worden bereikt en een gedeeld gevoel dat samenwerking veel waard is en 'de nieuwe norm' zou kunnen worden. Door samen te leren in het netwerk worden bestaande praktijken van werkveld, onderwijs en onderzoek beïnvloed en ontstaan nieuwe gezamenlijke onderwijs-onderzoekswerkveld praktijken.

LITERATUUR

Beleidsplan Sociaal Domein, 2017-2020. (2017).
"Iedereen doet mee."

Cook, S. D. N., Seely, J., & Brown, J. S. (1999). Bridging Epistemologies: The Generative Dance Between Organizational Knowledge and Organizational Knowing. *Organization Science*, 10(4), 381-400.
<https://doi.org/10.1287/orsc.10.4.381>

De Vries, E., & Tamroui, R. (2017). *Leiderschapscompetenties voor informatisering in de zorg*. Nijmegen.

Feldman, M. S., & Pentland, B. T. (2003). Reconceptualizing Organizational Routines as a Source of Flexibility and Change. *Administrative Science Quarterly*, 48(1), 94-118.

Kelly, G., Mulgan, G., & Muers, S. (2002). *Creating Public Value: An analytical framework for public service reform*. *Creating Public Value. An analytical framework for public service reform*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-88900-3.50039-4>

Latour, B. (2005). *Reassembling the social: An introduction to actor-network theory*. Oxford: Oxford University Press.

Orlikowski, W. J. (2002). Knowing in Practice : Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing, 13(3), 249-273.

Orlikowsky, W. J., & Scott, S. (2008). 10 Sociomateriality: Challenging the Separation of Technology, Work and Organization. *Academy of Management Annals*, 2(1).

Schatzki, T. (2002). *The site of the social: A philosophical exploration of the constitution of social life and change*. University Park, PA: The Pennsylvania State University Press.

Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*. London: Basic Books.
Siegers, A. (2018). *De Nieuwe Route*. DatsHelder.

Stasser, G., & Titus, W. (1985). Pooling of unshared information in group decision making: Biased information sampling during discussion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1467-1478.

Vygotski, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*.

Cambridge, MA: Harvard University press.
Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.



HOOFDSTUK 9 SLOTBESCHOUWING

Wietske Kuijer-Siebelink, Frans de Vijlder en Saskia Weijzen

In dit hoofdstuk reflecteren we nog eens op de verdere ontwikkeling van professionaliteit aan de hand van enkele thema's.

9.1 RODE DRADEN

Wie in dit boek een eenduidige en 'afgeronde' visie en/of kant en klare leidraden voor interprofessioneel werken en netwerkprofessionaliteit dacht te vinden is misschien teleurgesteld. Die kunnen we namelijk niet geven. Professionaliteit is, net als de rest van de samenleving, altijd in beweging. Aansluiten op de actuele maatschappelijke context én het mede vormgeven aan die maatschappelijke context vergt een permanente dialoog over wat professionaliteit hoort in te houden. Het vergt sociale experimenten, pilots, laboratoria om uit te vinden hoe het moet en hoe het kan en het vergt maatschappelijk en politiek debat over gewenste institutionele aanpassingen, waarin 'echte' professionals zich niet afzijdig mogen houden of zich uitsluitend als slachtoffer of negatief criticaster opstellen. Het vormgeven aan netwerkprofessionaliteit is een verhaal van 'lerend op avontuur'. Dit boek is bedoeld om daaraan een bijdrage te leveren: aan het theoretisch beeld van de professional in zijn interactie met ander soorten professionals, aan de praktijk en aan het onderwijs aan professionals.

Ondanks de verscheidenheid aan hoofdstukken in dit boek en het gebrek aan kant aan klare

leidraden voor interprofessioneel werken en netwerkprofessionaliteit, biedt dit boek door de hoofdstukken heen een aantal leerzame rode draden. Zo wordt een meer holistisch mensbeeld in zorg- en welzijn in verschillende hoofdstukken benoemd als onderlegger voor de noodzaak van samenwerken rondom en vanuit mensen. Wietske Kuijer en Nynke Scherpbier noemen dit in hoofdstuk 1 mens- en persoonsgerichte zorg. In hoofdstuk 2 hebben Frans de Vijlder, Saskia Weijzen en Linda Dauwerse het over werken vanuit de leefwereld. En Marleen Lovink, Wietske Kuijer, Geert Rutten en Miranda Laurant vliegen ditzelfde noodzakelijke holistische mensbeeld aan vanuit het concept positieve gezondheid.

Het nieuwe mensbeeld beperkt zich niet tot het anders kijken naar individuen, maar gaat ook over de relatie tussen mensen en hun (sociale) context. Om die reden gaat het regelmatig over het fenomeen van werken en leren in lokale, betekenisvolle netwerken. Bijvoorbeeld in hoofdstuk 6 van Frans de Vijlder en Paul Berkers waarin leerlabs gepresenteerd worden als met elkaar samenwerkende netwerken waar kennis geconstrueerd wordt naar aanleiding van reële casussen. En Wendy Kemper en Erik de Vries laten in hoofdstuk 8 zien waarom lokale (leer) netwerken nodig zijn om samenhangende en integratieve antwoorden te vinden op behoeften van inwoners in hun omgeving. Kenmerkend voor deze netwerken is dat alle belanghebbenden betrokken zijn, inclusief betalende en bepalende.

Het belang van 'verticaal leren' laten Carla Nouwens en Isolde Driessen ook zien in hoofdstuk 5.

Het boek laat nadrukkelijk zien dat de zoektocht naar integratieve antwoorden op individueel en collectief niveau vraagt om ontwikkeling en leren. En dat dit op allerlei niveaus plaats moet vinden. Multi-level interventies noemen de auteurs van hoofdstuk 5 dit. Eén van de levels is bijvoorbeeld de ontwikkeling van stimulerende vormen van financiering waar in de hoofdstukken 1, 4 en 6 over wordt gesproken. In hoofdstuk 5 gaat het over een nieuwe structuur (sociale wijkteams) als oplossingsrichting. Hoofdstuk 1 biedt een raamwerk voor interprofessioneel samenwerken waarin kennis, vaardigheden en attitudes voor interprofessionele samenwerking uitgewerkt zijn. En in hoofdstuk 4 laten Hilde Wierda-Boer en Basema Afram zien hoe in interprofessionele praktijken over deze 'KVA-s' gedacht wordt. Belangrijke uitkomst van hun bijdrage is dat interprofessionele samenwerking niet alleen gaat over de ontwikkeling van kennis, vaardigheden en attitude van individuele professionals, maar ook over de ontwikkeling tússten mensen in netwerken: professionals onderling, tussen professionals en mensen/cliënten en meer. Het gaat dan bijvoorbeeld om vertrouwen ontwikkelen tussen mensen en over de bereidheid om eigen kennis te combineren met andermans (professionele) kennis en ervaringskennis. Hoofdstuk 5 noemt dit de kunst van 'shared decision making'. Ook in de hoofdstukken 2, 6 en 8 is uitgebreid aandacht voor de noodzaak van lokaal en situationeel netwerkleren voor de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit. Want in elke situatie moet opnieuw met betrokkenen en belanghebbenden bekeken worden wat 'goed' is en wat 'het goede' is. Deze moreel ethische component van netwerkprofessionaliteit in een lerende omgeving wordt benadrukt in hoofdstuk 2 en ook in de hoofdstukken 4, 5, 6 en 8 komt het morele aspect van netwerkprofessionaliteit naar voren, waarin vooral geschreven wordt over het belang van collectieve betekenisgeving: waartoe werken we samen en wat betekent dit voor hoe we werken en met wie, wat betekent dit voor wie beslist en voor wat we doen? De bereidheid om nieuwe identiteiten te accepteren en te ontwikkelen in zorg- en welzijn hangt sterk samen met de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit. Dat vraagt om 'diep

leren' dat in dit boek regelmatig ook transformatief en ontwerpend leren genoemd wordt. Waarbij leren en veranderen hand in hand gaan.

Tot slot is in dit boek veel aandacht voor de - voor de ontwikkeling netwerkprofessionaliteit - cruciale verbinding tussen onderwijs in zorg- en welzijn, de werkpraktijk en de samenleving. Want, hoe leren aankomend professionals de gevraagde netwerkprofessionaliteit te ontwikkelen terwijl ervaren professionals nog zo aan het zoeken zijn naar deze nieuwe professionaliteit of zelfs identiteit? En nu opleidingscurricula net zo 'geschot' per discipline geconstrueerd zijn als de gangbare structuren in het werkveld? In hoofdstuk 7 stellen Marjolein Thijssen en Wietske Kuijer de aankomend professional -de student - voor als 'change agent', een innovator van de beroepspraktijk die meehelpt aan het opschuiven van bestaande beroepsbeelden. Na een beschouwing hiervan wordt in dit hoofdstuk en ook in de hoofdstukken 1, 2 en 8 wordt gepleit voor gelijktijdige aandacht voor het opleiden van toekomstig professionals en zittende professionals en bij voorkeur in interactie met elkaar. En uiteraard in interactie met en vanuit het perspectief van de doelgroep: mensen in hun context.

In zowel de hoofdstukken 7 als 8 wordt uiteindelijk gesproken van de student als grensganger i.p.v. change agent. Een grensganger als iemand die nieuwe praktijken met een frisse blik tegemoet treedt, nieuwsgierig is, vragen stelt over het 'gebruikelijke', creatief/ontwerpend is en gericht is op betekenisvolle dialoog. En laat dat nu juist de identiteit raken van de netwerkprofessional? Dat is een hoopvol perspectief.

Met de rode draden uit dit boek krijgen we enigszins grip op het interprofessioneel (leren) werken en de ontwikkeling van netwerkprofessionaliteit. De netwerkprofessional is en blijft lerend op avontuur, in elke situatie opnieuw. Dus terug naar 'lerend op avontuur': Wat is dit avontuur en wat vraagt dit dan?

9.2 LEREND OP AVONTUUR

Lerend op avontuur betekent zoveel als permanent reflecteren op de ontwikkeling van de afzonderlijke

professionele beroepen, de interactie tussen deze professies, de invloed van grote maatschappelijke veranderingen op professionele beroepen en interprofessionele samenwerking. Zonder uitputtend te willen zijn, maar meer als illustratie reflecteren we in deze laatste paragraaf op enkele thema's die wat ons betreft voor de verdere ontwikkeling van grensoverstijgend samenwerken van belang zijn.

INTERPROFESSIONALITEIT = SAMEN - IN PLAATS VAN AFZONDERLIJK - ONTWIKKELEN

Interprofessioneel betekent 'tussen professionaliteiten'. Er vindt een dynamiek plaats tussen verschillende soorten professionaliteiten. Daarmee ontstaat iets wat afwijkt van een eerdere fase in de ontwikkeling van moderne kennissamenlevingen, namelijk dat de ontwikkeling van professioneel beroepen niet langer uitsluitend wordt gedreven door afzondering en exclusieve expertise-ontwikkeling, maar veel meer door verbinding en gezamenlijke kennisontwikkeling. De klassieke professionele beroepen - zoals artsen, advocaten, notarissen, ingenieurs - vinden hun oorsprong in de 19de eeuw of nog eerder en zijn op te vatten als een product van de opkomende kennismaatschappij. Ze hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken, in de wetenschappelijke literatuur terug te vinden bij auteurs als Abbot (1988) en Freidson (2001). Ze zijn expert, hun werk is gestoeld op een wetenschappelijke kennisbasis, die ze als groep en als individueel lid verder ontwikkelen en onderhouden. Ze hebben duidelijke, maar niet onveranderlijke, normen en standaarden voor professioneel handelen, met inbegrip van een morele en sociale dimensie: ze leggen een eed af. Ze vormen een eigen 'professionele gemeenschap', waarmee ze zich bewust onderscheiden van 'niet-professionals'. Je moet 'tot de profesie worden toegelaten' en je - eenmaal toegelaten- gedragen volgens de normen van de gemeenschap. In de gemeenschap zijn ze in beginsel gelijk en houden ze elkaar de hand boven het hoofd. Ze beschermen elkaar tegenover 'de buitenwacht', maar dulden geen gedrag van vakgenoten dat schade berokkent aan hun status en aanzien. In de sanctiëring daarvan voorziet het tuchtrecht. Naast deze 'ultieme professionals' is er een groot aantal beroepen waarin we ook over 'professionals' spreken, maar die nooit die graad

en status heeft bereikt als de bovengenoemde. Voorbeelden hiervan zijn de maatschappelijk werkers (thans sociaal werkers), verpleegkundigen en de meeste andere paramedische beroepen. Dat ze nooit die status van ultieme professional hebben bereikt is misschien maar goed ook. Want we moeten ons hardop afvragen of alle kenmerken van het model van de klassieke professionele beroepen in deze tijd nog wel passen of zo functioneel zijn, gelet op de behoefte aan openheid en interactie tussen verschillende soorten professies. De ontwikkeling van de professie blijft gestoeld op een wetenschappelijke kennisbasis, maar deze kan óf zelfs moet, als het gaat om complexe problematiek, ook in gezamenlijkheid worden ontwikkeld. Huiselijk uitgedrukt: niet elkaar mijden en je eigen professie belangrijker vinden, maar intrinsiek geïnteresseerd zijn in elkaars bijdrage.

KLANTPERSPECTIEF OF PROFESSIONEEL PERSPECTIEF

Een discussie die hieraan gerelateerd is betreft de keuze van het perspectief van de professional dan wel die van de cliënt. Professionals willen - per definitie - 'professioneel' werken, vanuit 'hun' professie; cliënten willen - hoe dan ook - resultaten zien, ontzorgd worden, vooruitgang boeken, hun problemen opgelost zien. Ze staan soms op een schrijnende manier tegenover elkaar: de psychiater die nog behandelmogelijkheden ziet tegenover de cliënt die zijn leven als een niet langer te dragen last ervaart. De verpleegkundige of diëtist wil medicatie en leefregels bewaken, de patiënt wil vooral van het leven genieten en gaat voor het 'verboden' slagroomgebakje en het glaasje jenever. In essentie gaat het hier om de vraag wie mag definiëren wat kwaliteit is. Of anders gezegd: er is sprake van meerdere perspectieven op kwaliteit, die niet met elkaar in overeenstemming zijn, laat staan in overeenstemming te brengen zijn. De institutionele en bestuurlijke systemen en organisaties waarin professionals werken kennen elks hun eigen 'provisiologica', die vanuit die logica hun eigen definities van kwaliteit genereren. Ze streven daarin hun eigen doelstellingen tot verbetering en perfectionering na, impliciet of expliciet verbonden aan een visie op kwaliteit. Hierin staat niet de cliënt centraal (al wordt dat misschien wel verbaal beleden), maar de logica van het professioneel systeem.

De vraag of interprofessioneel werken het perspectief van de klant dichterbij kan brengen is niet zo eenvoudig te beantwoorden. Los van de persoonlijke kant van collegiale samenwerking, hangt dat ongetwijfeld mede af van de onderlinge verhoudingen tussen de verschillende betrokken professionaliteiten. Zelfs als in het interprofessioneel team een ervaringsdeskundige – die staat voor het cliëntperspectief – is opgenomen, dan is dat nog geen garantie dat dit perspectief voldoende tot zijn recht komt in de interprofessionele samenwerking, zo blijkt uit de voorlopige resultaten van onderzoek door Aukje Leemeijer (2019).

PROFESSIONALS IN SAMENSPEL: SPRINGVEREN OF VERSLAVENDE KRACHTEN?

Een vraagstuk dat hier nauw aan gerelateerd is, is de rol van de professional als hulpverlener tegenover de opdracht tot zelfredzaamheid. De ‘participatiesamenleving’ is gebaseerd op de filosofie (of ideologie) van de zelfredzaamheid: mensen moeten op eigen benen kunnen staan en als ze dat niet kunnen, moet het hen geleerd worden. Omgekeerd bestaat – al dan niet terecht – het beeld dat veel mensen regie willen voeren over hun eigen leven, zelf hun keuzen willen maken. Onze koning plaatste met zijn beroemd geworden zinsnede in de Troonrede 2013 deze participatiesamenleving tegenover de klassieke verzorgingsstaat: ‘De klassieke verzorgingsstaat verandert langzaam maar zeker in een participatiesamenleving.’ Met name de filosoof en theoloog Ivan Illich (bijvoorbeeld 1971, 1975) kwam al in de vroege jaren zeventig met zware kritiek op de schadelijke effecten van de verzorgingsstaat en de daarin werkzame professionals. In Nederland is het vooral de filosoof Hans Achterhuis (1979) geweest die – in het kielzog van Illich-kritiek – in “De markt van welzijn en geluk” vernietigend schreef over het toenmalige welzijnswerk, de verzorgingsstaat en de rol van de professional hierin. De verzorgingsstaat was volgens Achterhuis te ver doorgesloten en professionals zouden mensen alleen maar afhankelijk van zorg maken. Door deze maatschappelijke discussie kwam het werk van met name sociale professionals onder druk te staan. Maar ook de term ‘medicalisering’ heeft al zijn oorsprong in het werk van Illich. Enkele jaren geleden herinnerde Gert Westert, hoofd IQ Healthcare bij het Radboud UMC, ons hier nog eens

aan in een blog, dat de actualiteit van Illich’s visie op de rol van de professional treffend onderstreept. Medisch handelen besteelt ons ook van zelfredzaamheid en beschadigt het zelf-herstellend vermogen van het lichaam. Illich was hierin misschien te extreem, maar de onderliggende boodschap is dat zeker niet. Denk aan het gemak waarmee mensen ‘een pilletje bij de dokter halen’, terwijl een aanpassing van hun leefstijl misschien een betere oplossing zou zijn. Het illustreert de paradox van de professionaliteit, die enerzijds veel goeds brengt, maar tegelijkertijd liggen afhankelijkheid en het verliezen van regie over het eigen leven voortdurend op de loer. Dat geldt ook voor interprofessioneel werken: hoe zorgen we ervoor dat deze daadwerkelijk zelfredzaamheid bevordert, in plaats van nog meer afhankelijkheid te bewerkstelligen?

INTERPROFESSIONALITEIT EN TECHNOLOGIE

Professies beïnvloeden elkaar in hun ontwikkeling bij interprofessionele samenwerking, althans dat is de gedachte. Maar alle professies worden afzonderlijk en in onderlinge interactie ook in sterke mate beïnvloed door nieuwe technologie. Zo stond er in de NRC van 14 januari 2019 een bijdrage van Thony Ruys over diagnostiek van uitgezaaide kanker met behulp van Artificial Intelligence (AI) in vergelijking met ervaren radiodiagnosten. Hieruit bleek dat AI-systemen beter presteren dan ervaren ‘menselijke’ professionele radiodiagnosten. Een ander voorbeeld is de operatie-robot, die nauwkeuriger en met minder risico’s operaties kan uitvoeren dan de geoefende ‘menselijke’ chirurg. We zien soortgelijke ontwikkelingen ook in meerdere of mindere mate terug in het onderwijs en in de meer sociale ‘mensch-tot-mensch’ professionele beroepen terug. Susskind en Susskind (2015) beschrijven uitvoerig hoe technologische ontwikkelingen op talloze manieren een belangrijke bron zijn van transformaties in de professionele beroepen. Het gebruik van ‘big data’, bijvoorbeeld, leidt tot meer kennis over de oorzaken van ziekten, achterstanden, schulden, etc. en een verschuiving van ‘behandeling’ naar ‘preventie’. Kennis en vaardigheden in de hoofden van professionals en in ‘handboeken’ verschuift naar digitale expertsystemen, die bovendien veel meer capaciteit hebben voor analyse en dataverwerking. Daardoor wordt het werk van professionals in een groot aantal opzichten steeds routinematiger; de

professional kan steeds vaker worden vervangen door een robot of computer, of door leken of lager geschoold personeel, dat veel deeltaken routinematig kan uitvoeren, zo betogen zij met de nodige onderbouwingen. Voor de korte termijn verwachten ze dat de traditionele institutionele kaders waarbinnen professionals werken nog redelijk in stand blijven, náást de opkomst van nieuwe technologieën. In de zorg, het onderwijs en in tal van andere professionele beroepen zien we dat terug: de professional laat zich binnen de bestaande kaders steeds vaker en steeds nadrukkelijker ondersteunen door nieuwe technologieën, maar blijft zelf nog in belangrijke mate 'aan het stuur' van zijn eigen professionaliteit. Voor de lange termijn echter, verwachten ze dat deze nieuw technologieën de institutionele kaders in het omgaan met 'expert-kennis' vrijwel volledig zullen ondergraven en de klassieke professional voor een belangrijk deel overbodig zullen maken. Wat betekenen zulke 'disruptieve innovaties' voor 'interprofessioneel samenwerken'? De vraag is sneller gesteld dan beantwoord, maar - hoewel het in dit boek geen hoofdonderwerp was - de invloed van technologie kan niet worden genegeerd in het verder overdenken van het thema van dit boek. 'Vanzelfsprekend' is bijna niets meer in (inter)professioneel werk.

Genoeg stof tot nadenken dus!

LITERATUUR

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

Achterhuis, H. (1979). *De markt van welzijn en geluk. een kritiek van de andragogie*. Baarn: Ambo.

Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.

Illich, I. (1971). *Deschooling Society*. New York: Harper & Row.

Illich, I. (1976). *Medical Nemesis. The expropriation of health*. New York: Random House.

Leemeijer, A. (2019) *Client-Centeredness or Accountability? How mental health professionals deal with peer support workers in teams*. Presentation at ISA RC52 Interim Meeting 2019 "professions and society. Facing the challenges of marketization, globalization and digitalization" Florence, 4 - 9 July 2019.

NRC, 14-10-2019, *Dokter legt het af tegen computer - en dat is prima*. Ingezonden bijdrage van Thony Ruys.

Susskind, R. & D. Susskind (2015). *The future of the professions. How technology will transform the work of human experts*. Oxford: Oxford University Press.

Westert, G. *Medicalisering*, blogbericht 2015 <https://www.iqhealthcare.nl/nl/kennisbank/blog/medicalisering/>

OVER DE AUTEURS

PAUL BERKERS

Paul Berkers (Mbk) is als opleider/trainer/adviseur verbonden aan HAN-VDO. Hij werkt met professionals uit de Jeugdzorg en het Sociaal Domein op het terrein van samenwerking in complexe (opvoed) situaties. Zijn interesse ligt in het stilstaan en onderzoeken wanneer samenwerking stopt en wat daarin onderliggende opvattingen zijn. Bewust maken en bespreken zijn dan sleutelwoorden. Hij heeft de master begeleidingskundig gevolgd en recent meerdere trainingen over systemisch werken met organisatiesystemen en 'deep democracy' (het goede gesprek voeren en besluiten nemen in groepen met in acht neming van de stem van de minderheid).

LINDA DAUWERSE

Dr. Linda Dauwerse is als gedragswetenschappelijk docent verbonden aan de voortgezette opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (VOSON) van de afdeling eerstelijns geneeskunde (ELG) binnen het RadboudUMC. Haar interessegebied is het stimuleren van meerperspectiefisch leren van eigen werkervaringen. Ze studeerde af als gezondheidswetenschapper in 2007, en ontving haar doctoraat in de Medische Wetenschappen in 2014.

ISOLDE DRIESEN

Dr. Isolde Driesen is werkzaam bij Sterker sociaal werk als Projectleider Onderzoek & Ontwikkeling. Zij begeleidt (afstudeer)onderzoeken en voert zelf onderzoek uit gericht op het verkrijgen van inzicht in de werkzame bestanddelen en meerwaarde van verschillende vormen van begeleiding en ondersteuning binnen het sociaal werk. Zij studeerde af als godsdienstsocioloog aan de Rijks Universiteit Leiden, heeft 5 jaar in de uitvoering gewerkt als woonmaatschappelijk werker en is in 2011 gepromoveerd op een onderzoek naar religieus en moreel pluralisme aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Momenteel is zijn als copromotor betrokken bij het promotieonderzoek van Msc. Carla Nouwen naar integraal en interprofessioneel werken tussen de domeinen zorg & welzijn en werk & inkomen (Academische Werkplaats Sociaal Werk, Tilburg University).

AIMÉE HOEVE

Ir. Aimée Hoeve is als senioronderzoeker verbonden aan het Kenniscentrum Kwaliteit van Leren, faculteit Educatie van de HAN. Haar interessegebied is de professionele ontwikkeling van (toekomstig) beroepsbeoefenaren (op mbo- en hbo-niveau). Haar specialisatie is ontwerponderzoek rondom hybride leersituaties op het raakvlak van school en bedrijf. Ze is in 1994 afgestudeerd als socioloog aan de Wageningen Universiteit.

WENDY KEMPER-KOEBRUGGE

Drs. Wendy Kemper-Koebrugge geeft vorm aan het samen leren in netwerken vanuit het programmateam van het netwerk de Zorgalliantie en het Centre of Expertise Krachtige Kernen van de HAN. Haar passie op het gebied van netwerken diept ze uit in een promotieonderzoek gericht op zorgnetwerken van thuiswonende ouderen. Tevens is ze als hoofddocent verbonden aan post-HBO-opleidingen Casemanagement en Verpleegkundige Gerontologie Geriatrie. Ze studeerde af als bestuurs- en organisatiewetenschapper in 1996.

WIETSKA KUIJER-SIEBELINK

Dr. Wietske Kuijer is als senioronderzoeker verbonden aan het Kenniscentrum Publieke Zaak en als hoofddocent aan de faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van de HAN. Haar interessegebied is interprofessioneel leren en innoveren in hybride leeromgevingen in het gezondheids- en welzijnsdomein. Ze studeerde af als bewegingswetenschapper in 2002, en ontving haar doctoraat in de Medische Wetenschappen in 2005.

MIRANDA LAURANT

Dr. Miranda Laurant is lector Organisatie van Zorg en Dienstverlening en verbonden aan het Kenniscentrum Duurzame Zorg, faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van de HAN. Zij is tevens programmamanager van het zwaartepunt Health. Het lectoraat richt zich op vraagstukken die gaan over transitie en transformatie in de gezondheidszorg, waarbij via onderzoek bijgedragen wordt aan Innovatieve toekomstbestendige concepten/modellen in de gezondheidszorg; slimmer organiseren. Binnen dit centrale thema ligt de focus op de volgende kennislijnen: 1) Interprofessioneel samenwerken en -leren in netwerken in de gezondheidszorg; en 2) 'Skill mix': optimale inzet van professionals in de gezondheidszorg. Miranda studeerde af als gezondheidswetenschapper in 1996, en ontving haar doctoraat in de Medische Wetenschappen in 2007.

MARLEEN LOVINK

Marleen Lovink MSc werkt als onderzoeker bij het Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening van de HAN en bij het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) van het Radboudumc. Ze is van achtergrond verpleegkundige en studeerde verplegingswetenschappen. Haar interessegebied is de ouderenzorg waarbij ze zich richt op onderwerpen zoals taakherschikking en evidence based werken.

BASEMA METSELAAR-AFRAM

Dr. Basema Metselaar-Afram is als docent en onderzoeker werkzaam aan de opleiding fysiotherapie van de HAN. Haar interessegebieden zijn: mantelzorg, (interprofessionele) communicatie en interprofessioneel werken en leren in het gezondheids- en welzijnsdomein. Ze studeerde af als psycholoog aan de universiteit van Twente in 2009, en ontving haar doctoraat in de Gezondheidswetenschappen in 2015 in Maastricht.

CARLA NOUWEN

Carla Nouwen MSc is werkzaam bij Sterker sociaal werk als Onderzoeker en Maatschappelijk werker (Jeugd) voor een Sociaal Wijkteam in Nijmegen. Zij voert als science practitioner een promotieonderzoek uit naar integraal en interprofessioneel werken tussen de domeinen zorg & welzijn en werk & inkomen om armoede te bestrijden en (arbeids)participatie te bevorderen. Voor het promotieonderzoek is zij verbonden aan de Academische Werkplaats Sociaal

Werk van Tranzo (Tilburg University). Zij studeerde in 2013 af als orthopedagoog aan de Universiteit Utrecht.

GEERT RUTTEN

Dr. Geert Rutten is docent en onderzoeker aan de opleiding fysiotherapie en het Lectoraat Werkzame Factoren in Fysiotherapie en Paramedisch Handelen van de faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van de HAN en aan de Campus Venlo van de Faculty of Science and Engineering van de Universiteit Maastricht. Zijn achtergrond is fysiotherapie en gezondheidswetenschappen (gezondheidsbevordering). Zijn expertise gebieden zijn communicatie in de zorg, leefstijlinterventies bij overgewicht en obesitas en implementatie van zorginnovaties. Integrale zorg en gezondheidsverschillen gerelateerd aan verschillen in de sociaal-economische status hebben zijn speciale interesse.

NYNKE SCHERPBIER-DE HAAN

Dr. Nynke Scherpbier is huisarts in Lent en 'opleidings-directeur extramuraal vervolgoopleidingen' in het Radboudumc. Dit betreft de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, verzekeringsarts en verslavingsarts. Zij heeft bijzondere interesse voor interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden in de wijk en tussen professionals in eerste en tweede lijn.

MARJOLEIN THIJSSSEN

Marjolein Thijssen MSc is docent, verpleegkundige en ergotherapeut. Ze heeft veel ervaring in cliëntgericht werken, (postHBO) onderwijs en onderzoek, vooral over mensen met dementie, parkinson en hun mantelzorgers vanuit het Radboudumc in Nijmegen. Sinds 2002 werkt zij ook op de opleiding ergotherapie van de HAN. Van 2014-2018 was zij projectleider GeZonTh, een project ter verbetering van geïntegreerde zorg door gebruik van interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden, waarbij verschillende stakeholders betrokken waren - studenten, professional en burgers. In 2015 rondde zij haar masterstudie af met een thesis over interdisciplinair werken tussen mantelzorgers, casemanagers en ergotherapeuten in de eerste lijn. Marjolein is in 2018 gestart als promovenda naar de succesfactoren bij dementievriendelijke gemeenschappen. Marjoleins grootste drijfveer is het ontdekken van nieuwe manieren om samen te werken en te leren, waarbij iedereen volgens eigen persoonlijke en professionele waarden kan handelen.

FRANS DE VIJLDER

Dr. Frans de Vijlder is lector Goed Bestuur en Innovatiedynamiek in Maatschappelijke Organisaties aan de HAN, tevens leading lector van het Kenniscentrum Publieke Zaak. Zijn expertise ligt op terreinen zoals (netwerk)bestuur, transformaties in het publieke domein, veranderingen in professionele beroepen, beleid en strategie in het openbaar bestuur en leren in netwerken.

ERIK DE VRIES

Dr. Erik de Vries is lector Innovatie in de Publieke Sector aan de HAN. Zijn lectoraat doet onderzoek naar innovatieprocessen over grenzen van organisaties en disciplines, innovatieprocessen rondom informatisering en sociale innovatie met design thinking. Zijn expertise ligt op het terrein van organisatiekunde, innovatieleer, informatiemanagement en participatief ontwerp en onderzoek.

SASKIA WEIJZEN

Drs. Saskia Weijzen werkt vanuit verschillende rollen aan maatschappelijke ontwikkeling. Ze is als pedagoog gespecialiseerd in leren en ontwikkelen van mensen, netwerken en gemeenschappen. Ze draagt bij aan sociale constructie van kennis en betekenissen. Over grenzen van disciplines, rollen, perspectieven en verantwoordelijkheden heen. Ze is betrokken bij de HAN-opleiding Social Work, bij de werkplaats sociaal domein Nijmegen en bij diverse projecten die gericht zijn op verbinding tussen leren, werken, onderzoeken en leven.

HILDE WIERDA-BOER

Dr. Hilde Wierda-Boer werkt sinds 2014 als senior onderzoeker bij Kenniscentrum Publieke Zaak, HAN. Zij studeerde Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht en de Universiteit van Jyväskylä, Finland. In 2009 promoveerde ze aan de Radboud Universiteit Nijmegen (Faculteit Sociale Wetenschappen) op een proefschrift naar het combineren van werk en gezin bij tweeverdieners met jonge kinderen. Na haar promotie heeft Hilde bij verschillende organisaties gewerkt als praktijkgericht onderzoeker. Thema's waar Hilde zich bij thuis voelt zijn: (jeugd)zorg, onderwijs, leefbaarheid, kinder- en jeugdparticipatie, samenwerking binnen en tussen organisaties, schuivende beroepsbeelden en internationalisering.

OPEN UP
NEW HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES
HORIZONS.