



Multiprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg

Onderzoek naar educatieve interventies

Dr. Sanneke Bolhuis

Onderwijsinstituut UMC St Radboud
Afdeling Onderwijsontwikkeling en Onderzoek

April 2002

Voorwoord

In Nijmegen ging in 1999 een pilotproject multiprofessioneel onderwijs van start, in samenwerking tussen de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN) en het Universitair Medisch Centrum (UMC) St Radboud. In de eindfase van het pilotproject heeft het Ministerie van VWS een aanvraag gehonoreerd om een vooronderzoek te doen ter voorbereiding van langer lopend onderzoek. Doel was het voorbereiden van: 1) voortgaande evaluatie van het multiprofessionele onderwijs in Nijmegen, 2) verdere verkenning van de problematiek, in aansluiting op de algemene problematiek van opleiden voor beroepen in de zorg (competentiegericht opleiden, gericht op professioneel handelen, leren in de praktijk) en 3) verkenning van de implementatievraagstukken, tevens rekening houdend met het achterliggende doel, een betere samenwerking in de zorg.

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van het vooronderzoek. Er is een literatuuronderzoek gedaan, aangevuld met een vijftal interviews. Maike Becks heeft een belangrijk aandeel gehad in het literatuuronderzoek. Charlotte Simons heeft Maike's activiteiten voortgezet en de interviews voor haar rekening genomen. Een verantwoording is te vinden in de desbetreffende bijlage. Bernadette ter Heine heeft als projectleidster van het pilotproject bijgedragen aan dit rapport.

In dit rapport wordt verslag gedaan van een verdere verkenning van de problematiek van multiprofessionele samenwerking en de mogelijkheden van educatieve interventies gericht op aanstaande en reeds werkzame beroepsbeoefenaars. Hoewel er erg veel over wordt geschreven, blijken er teleurstellend weinig antwoorden op de vele vragen ten aanzien van multiprofessionele of interprofessionele educatie (opleiding en nascholing). Ondanks het enthousiasme in vele verslagen van multiprofessionele projecten, leidde een kritische bestudering van de literatuur tot vraagtekens bij de schijnbare vanzelfsprekendheid van multiprofessioneel onderwijs als oplossing voor samenwerkingsproblemen in de gezondheidszorg. Deze vraagtekens werden bevestigd door de interviews. Het vooronderzoek leidt derhalve tot een wat terughoudender stellingname ten aanzien van multiprofessioneel onderwijs dan waarmee werd gestart. Het belang van een goede samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg staat niet ter discussie. Lang niet alles wat op dit gebied ter verbetering gebeurt wordt onder het etiket 'multiprofessioneel' gebracht. Het is ook de vraag of dat etiket wel altijd het beste werkt. Zowel de motivatie als het verwerven van de competenties voor samenwerken lijken sterk inhouds- en contextgebonden. Leerprocessen die nauw zijn verbonden aan het werk in de praktijk zijn van groot belang voor het realiseren van multiprofessionele zorg. In een vervolgproject zal zowel aandacht worden besteed aan de inhoudsgebonden aard van samenwerkingscompetenties die in opleidingen worden verworven als aan het bevorderen van leren in diverse multiprofessionele contexten binnen de gezondheidszorg.

Inhoud

INLEIDING EN SAMENVATTING	5
1 MULTIPROFESSIONEEL SAMENWERKEN IN DE ZORG	9
1.1 Achtergronden: samenleving, zorg en onderwijs	9
1.2 Doel: waartoe multiprofessioneel samenwerken?	11
1.3 Betrokkenen: met wie in welk verband?	12
1.4 Wat is multiprofessioneel opleiden en nascholen? Definities	14
1.5 Noodzaak van een verdere doelstellingenanalyse.....	17
2 WAT VRAAGT MULTIPROFESSIONEEL SAMENWERKEN VAN BEROEPSBEOEFENAARS EN ORGANISATIE IN DE ZORG?	20
2.1 Eisen aan beroepsbeoefenaars.....	20
2.1.1 Beroepsmotivatie en professionele houding	20
2.1.2 Vaardigheden, kennis en inzicht	21
2.1.3 Competentie en de relatie met de werksituatie.....	22
2.2 Eisen aan de werksituatie	23
2.2.1 Werkleren: leren in en van het werk	23
2.2.2 Werksituatie en organisatie	25
2.3 Belemmeringen	29
3 MULTIPROFESSIONEEL SAMENWERKEN LEREN.....	33
3.1 Educatieve interventies	33
3.2 Multiprofessioneel samenwerken leren tijdens de opleiding.....	34
3.2.1 Doelen, inhouden, leervormen en tijd	34
3.2.2 Wanneer multiprofessioneel samenwerken leren?	36
3.2.3 Met studenten uit de eigen of uit andere opleidingen?.....	38
3.2.4 Problemen bij het multiprofessioneel samenwerken leren in de opleidingen.....	39
3.3 Het pilotproject Multiprofessioneel Onderwijs in Nijmegen	41
3.3.1 Tot stand komen en doelstellingen.....	41
3.3.2 Drie onderdelen	43
3.3.3 Voorlopige evaluatie	45
3.4 Werken en leren: interventies	47
4 EVALUATIEONDERZOEK.....	49
4.1 Inleiding.....	49

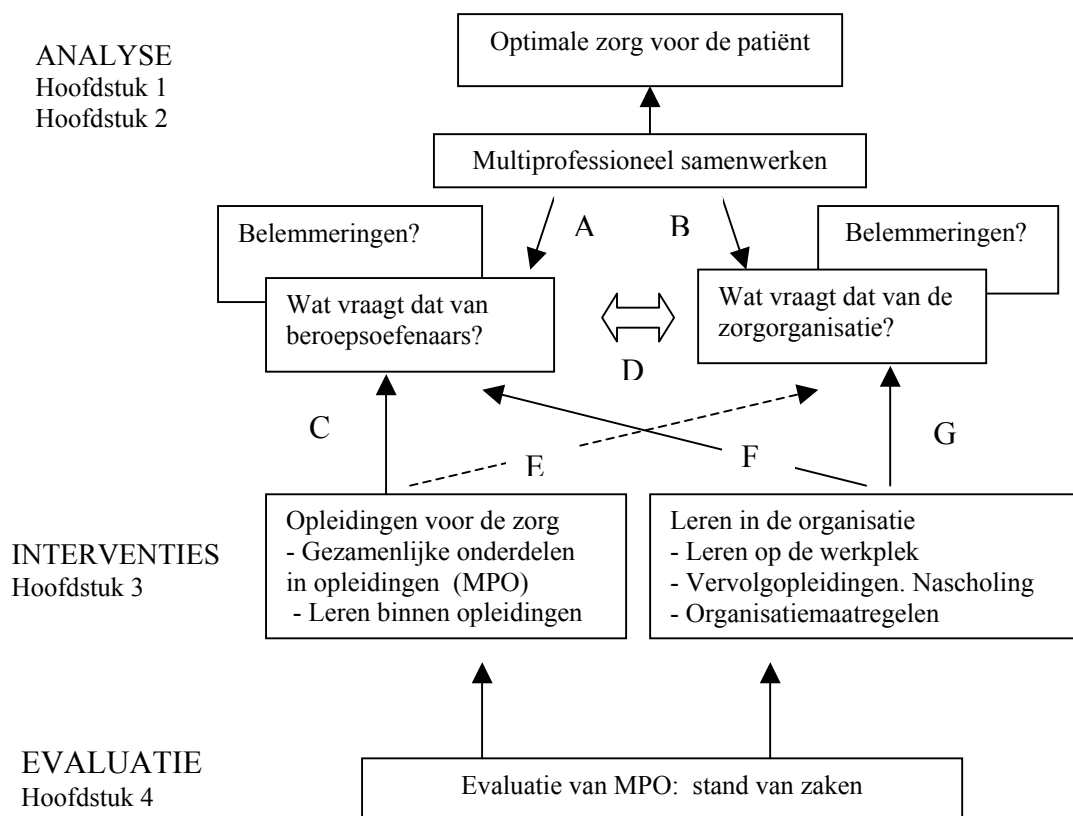
4.2	Onderscheid evaluatieobjecten en -niveaus	49
4.3	Toetsen van leerresultaten.....	50
4.3.1	Waarom en hoe?.....	50
4.3.2	Competentietoetsing, gedragsbeoordeling of ‘assessment’	51
4.4	Internationale stand van zaken.....	53
5	CONCLUSIES VOORONDERZOEK.....	55
5.1	‘Multiprofessioneel samenwerken’ als noemer?	55
5.2	Wanneer kan multiprofessionele samenwerking het beste worden geleerd?	56
5.3	Uniprofessioneel of multiprofessioneel onderwijs?	57
	BIJLAGE: VERANTWOORDING ONDERZOEK.....	58
	OVERZICHT FIGUREN.....	60
	REFERENTIES	60

INLEIDING EN SAMENVATTING

Dit rapport gaat over de vraag *welke interventies bijdragen aan een betere samenwerking tussen beoefenaars van diverse beroepsgroepen in de zorg*. De vraag is gesteld naar aanleiding van het pilotproject multiprofessioneel onderwijs (MPO) dat in 1999 is gestart in Nijmegen. Het is een pilotproject in die zin dat er iets nieuws werd ontwikkeld waarvan de resultaten ook aan anderen ter beschikking dienden te worden gesteld. De eerste ervaringen met de pilot hebben geleid tot het besluit om door te gaan. Ter begeleiding van de verdere ontwikkeling en de wetenschappelijke onderbouwing, ook in verband met een verdere verspreiding van resultaten, is er behoefte aan onderzoek. Dit rapport is het resultaat van een vooronderzoek, gebaseerd op literatuuronderzoek en aangevuld met vijf interviews.

Model voor het bestuderen van de problematiek

Om de context van de vraag in beeld te brengen is het volgende model ontwikkeld (Figuur 1).



Figuur 1: Multiprofessioneel samenwerken in de zorg: eisen en interventies

In Nederland en ook elders in de wereld worden multiprofessioneel onderwijs en nascholing ingezet als middel om beoefenaars van diverse beroepen in de zorg (beter) te leren samenwerken. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat, ten eerste, er problemen in de zorg worden veroorzaakt door onvoldoende of gebrekkige multiprofessionele samenwerking en, ten tweede, dat multiprofessioneel onderwijs en nascholing het aangewezen middel is hierin

verbetering te brengen. Om de mogelijke bijdrage van multiprofessioneel onderwijs te kunnen onderzoeken is allereerst een goed begrip noodzakelijk, zowel van het doel dat wordt nagestreefd als van de interventies.

Kort gezegd is het doel een optimale zorg voor de patiënt. Het centrale probleem bij een gebrek aan multiprofessionele samenwerking is dus een mogelijk suboptimale zorg voor de patiënt. Daarnaast kunnen er problemen zijn zoals een inefficiënte inzet van zowel mensen als middelen, en frustratie bij beroepsbeoefenaars die een optimale zorg nastreven. Voorop staat dat duidelijk moet zijn waartoe samenwerken tussen beroepsbeoefenaars dient (hoofdstuk 1). De vraag welke eisen interprofessionele samenwerking stelt moet vanuit die centrale doelstelling worden beantwoord. Dat zijn enerzijds eisen aan de professionele houding en competentie van beroepsbeoefenaars (pijl A) waaraan in de opleidingen kan worden gewerkt (pijl C). Anderzijds stelt multiprofessionele samenwerking ten behoeve van een optimale zorg voor de patiënt ook eisen aan de praktijk en cultuur van de zorgorganisatie (pijl B). Niet alleen brengen beroepsbeoefenaars hun eigen attitudes en competenties ten aanzien van samenwerken mee naar de werkplek. De wijze waarop samenwerken in de praktijk en cultuur van de werkplek is ingebed heeft een sterke invloed op het handelen van beroepsbeoefenaars, dus ook op de verdere ontwikkeling dan wel het non-gebruik van competenties. Deze wisselwerking wordt aangegeven met de dikke pijl D.

Willen opleiding en nascholing werkelijk iets betekenen voor de praktijk dan moet er rekening mee worden gehouden dat de praktijk meestal krachtiger is dan de leer. De onderbroken pijl (E) geeft aan dat deze relatie, ondanks de belangrijke plaats die stages veelal innemen in de opleidingen, nog onvoldoende is doordacht. In multiprofessioneel onderwijs worden studenten uit diverse opleidingen bijeengebracht. Ook kunnen de initiële en vervolgopleidingen elk voor zich voorbereiden op het multiprofessionele aspect van de beroepspraktijk. Om samenwerking tussen beroepsbeoefenaars die reeds werkzaam zijn in de zorg te bevorderen wordt vaak teruggegrepen op nascholing. Dat kan zelfstandige nascholing zijn of nascholing op de werkplek. Multiprofessionele samenwerking kan ook een thema zijn bij projecten (veranderingen) in de organisatie. Een voorbeeld zijn kwaliteitszorgprojecten. Door het leren op de werkplek verwerven beroepsbeoefenaars competenties (F). Een directe relatie met de werkplek is waarschijnlijk het meest effectief om tegemoet te komen aan de eisen die multiprofessioneel samenwerken stelt, aan beroepsbeoefenaars en aan de zorgorganisatie (G).

Samenvatting

De rapportage volgt de drie lagen in het model. Allereerst wordt een analyse van de problematiek gemaakt: het kader waarin om een betere samenwerking in de gezondheidszorg wordt gevraagd (hoofdstukken 1 en 2). Ten tweede worden mogelijke interventies besproken om beroepsbeoefenaars in de zorg multiprofessioneel samenwerken te laten leren (hoofdstuk 3). Vervolgens komt aan de orde wat over educatieve interventies inmiddels bekend is uit evaluatieonderzoek en welke vraagstukken daaruit tevoorschijn komen (hoofdstuk 4).

Hoofdstuk 1.

Een betere samenwerking in de zorg is geen doel op zichzelf, maar is primair gericht op een optimale zorg, naast secundaire doelstellingen zoals efficiëntie en een bevredigende beroepsuitoefening. Wat is eigenlijk een goede samenwerking in de zorg? Waaraan is de aanwezigheid en kwaliteit van multiprofessionele samenwerking af te lezen? Wie zijn erbij betrokken? Ervan uitgaande dat de patiënt centraal staat, wordt het antwoord verschillend ingevuld voor uiteenlopende patiëntgroepen en hun ziektebeelden. De gewenste samenwerking ziet er anders uit en vraagt om verschillende betrokkenen, afhankelijk van de vraag of het bijvoorbeeld een dementerende alleenstaande oudere dame, een tbs-patiënt, een kindje met leukemie, verdenking van kindermishandeling of een jongeman met acute blinde darm betreft.

Hoofdstuk 2

Wat vraagt de gewenste samenwerking van de diverse beroepsbeoefenaars? Hierbij gaat het om de diverse soorten kennis en inzicht, vaardigheden en attitudes die nodig zijn om in staat en bereid te zijn tot een goede samenwerking. Tegenwoordig spreekt men liever over competenties om aan te geven dat het gaat om een integratie van kennis, vaardigheden en attitudes die tot uitdrukking komt in het handelen. Handelen wordt niet alleen bepaald door de competenties van individuele beroepsbeoefenaars. De organisatie en cultuur van de zorg, in (teams en afdelingen van) ziekenhuizen, verpleeghuizen, huisartspraktijken, enzovoort, maakt samenwerking meer of minder voor de hand liggend en vanzelfsprekend. Eenmaal gevestigde routines en gewoonten worden vaak stilzwijgend voortgezet en achterliggende opvattingen blijven vaak onbesproken. Vanuit het ideaalbeeld van de gewenste samenwerking is daarom ook de vraag: wat vraagt dat van de praktijk en cultuur in zorgorganisaties? Als in zorgorganisaties geen gebruik wordt gemaakt van de competentie tot samenwerken die in opleiding of nascholing is verworven, leidt dat veelal tot afname en verdwijnen van die competentie. Belemmeringen voor een goede samenwerking in de zorg liggen ook in de organisatie.

Hoofdstuk 3.

Welke educatieve interventies kunnen bijdragen aan multiprofessionele samenwerking in de zorg? Daarbij is een aantal keuzes te maken. Welke doelen worden beoogd en welke deelnemers of studenten moeten daartoe worden bereikt? In welke fase van initieel opleiden of nascholen? Zijn er redenen om met studenten uit opleidingen voor verschillende beroepen, dus multiprofessioneel, te werken? De laatste vraag wordt in de literatuur over multiprofessionele educatie maar weinig gesteld. Wat zijn de doelen en inhouden? Welke leervormen zijn adequaat? Gaat het om een eenmalige bijeenkomst, een reeks onderdelen van een opleiding: hoeveel tijd is er beschikbaar?

Het pilotproject in Nijmegen wordt uitgebreid beschreven als voorbeeld van multiprofessioneel onderwijs. Vervolgens worden verschillende interventies die het leren op de werkplek beïnvloeden besproken. Samenwerking in tal van varianten is daarbij een veel

voorkomend aspect. Lang niet altijd wordt echter ‘multiprofessionele samenwerking’ (of iets soortgelijks) als doel genoemd, maar de inhoudelijke problematiek, bijvoorbeeld palliatieve zorg verbeteren of wachtlijsten bestrijden.

Hoofdstuk 4.

Evaluatieonderzoek naar educatieve interventies (opleiden en nascholen) ten behoeve van multiprofessioneel samenwerken staat nog relatief in de kinderschoenen. De betekenis van veel onderzoek gaat niet veel verder dan het betreffende project(je) zelf. De leerresultaten in termen van (beter) samenwerken in de praktijk worden weinig onderzocht en de veronderstelde verbetering van de patiëntenzorg nog minder. Er blijven veel vragen. Is ‘multiprofessionele samenwerking’ wel de meest geschikte noemer? Zijn competenties voor samenwerken in de zorg generiek of context- en inhoudgebonden? Welke argumenten zijn er bij de keuze uit mogelijke educatieve interventies? Wat vraagt het van opleidingen om hun studenten voor te bereiden op veranderende eisen aan hun beroepsuitoefening?

Voorlopige conclusies

Op grond van het literatuuronderzoek en de aanvullende interviews wordt geconcludeerd dat het concept van multiprofessionele (of interprofessionele) educatie veel vragen oproept. De belangrijkste drie punten ter overweging zijn:

1. Is het etiket ‘multiprofessioneel samenwerken’ wel de meest adequate insteek, enerzijds om zicht te krijgen op mogelijke problemen in de zorg, anderzijds om interventies te plegen? Of zijn de motivatie en competenties voor samenwerking veeleer gebonden aan de inhoud en context van de patiëntenproblematiek?
2. Als aanstaande beroepsbeoefenaars moeten leren samenwerken in hun initiële opleiding, is daarbij dan een multiprofessionele aanpak nodig, of het beste? Of kan het even goed uniprofessioneel? Gezien de eerste vraag: onder welke noemer kan die samenwerking het beste worden geleerd?
3. Wordt de vraag hoe de communicatie en samenwerking tussen verschillende beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg verloopt, niet vooral in en door de werksituatie bepaald? Hoe belangrijk is in dit verband het (impliciete) leren op de werkplek? Zou het leren multiprofessioneel samen te werken niet vooral dichtbij de werkvloer (moeten) plaatsvinden?

1 Multiprofessioneel samenwerken in de zorg

1.1 Achtergronden: samenleving, zorg en onderwijs

De roep om multi- of interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg is niet nieuw. Sinds de jaren zestig is er internationaal veel onderzoek gedaan naar multiprofessioneel samenwerken in de zorg, maar ook al eerder werd in teams samengewerkt. In de literatuurlijst van Ducanis en Golin (Ducanis & Golin, 1979) zijn bijvoorbeeld literatuurverwijzingen over multiprofessionele samenwerking te vinden uit 1922, 1939 en 1947.

Welke ontwikkelingen maken dat de noodzaak tot multiprofessionele samenwerking een steeds belangrijker thema is geworden?

- Zoals bekend is er een enorme toename in medische kennis. Deze nieuwe kennis en samenhangende technologie brengen een groeiende hoeveelheid en variëteit aan diagnostische en therapeutische mogelijkheden mee. Dit gaat gepaard met een *toenemende specialisatie* in de zorg. Het aantal specialismen en subspecialismen groeit en daarmee de differentiatie in de beroepsuitoefening in de zorg. Deze uiteenwaaiering leidt echter weer tot de behoefte aan zowel generalisten in de zorg als meer overleg en samenwerking tussen diverse betrokkenen. De grenzen tussen de disciplines zijn minder scherp dan voorheen en er ontstaan nieuwe beroepen zoals de praktijkverpleegkundige.
- Tegelijk met het meer gevarieerde medische aanbod wordt de *problematiek van patiënten complexer*. Uiteraard is dat mede het gevolg van gevorderde diagnostiek, waarbij overigens lang niet altijd even gevorderde therapie beschikbaar is. Ook laat een deel van al die nieuwe kennis zien dat gezondheidsproblemen een nog lang niet opgehelderde, complexe samenhang met factoren in de leefsituatie hebben. Toenemende kennis brengt dus toenemende onzekerheid. Daarnaast is het gevolg van de toegenomen behandelingsmogelijkheden dat voor veel patiënten de problemen verschuiven van genezen naar het leren leven met hun ziekte. Voorts dragen demografische ontwikkelingen bij aan het complexer worden van patiëntenproblematiek. De multiculturele samenstelling van de bevolking brengt andere vragen en problemen mee. Vergrijzing betekent niet alleen langer leven maar ook allerlei combinaties van gezondheidsproblemen. De toenemende complexiteit van patiëntenproblematiek, in samenhang met de toegenomen medische mogelijkheden, betekent dat in het hele zorgproces (diagnose, behandeling, verpleging, revalidatie, begeleiding) steeds meer verschillende beroepsbeoefenaars bij dezelfde patiënt betrokken zijn en dat voor een langere periode. Een situatie die vraagt om een goede afstemming en samenwerking tussen die verschillende beroepsbeoefenaars.
- Maatschappelijke ontwikkelingen brengen *veranderingen in de positie en verwachtingen van de patiënt*. Er is een toenemende beschikbaarheid van medische kennis (en pseudo-kennis) voor een gemiddeld hoger opgeleide bevolking. De mondigheid van de gemiddelde patiënt neemt toe, hoewel tegelijk moet worden opgemerkt dat 'de gemiddelde patiënt' niet bestaat. Traditionele hiërarchische gezagsverhoudingen zijn op allerlei plaatsen in de samenleving verdwenen of afgezwakt en dat geldt ook voor de zorg: voor de verhouding tussen beroepsbeoefenaars onderling en tussen beroepsbeoefenaar en patiënt. Daarbij is er een bepaald consumentisme ontstaan en bijhorende verwachting dat geluk en gezondheid te koop zijn. Een en ander leidt ertoe dat patiënten hogere eisen

stellen, inclusief een goede afstemming tussen degenen met wie zij in de zorg te maken krijgen.

- *Juridische aansprakelijkheid* voor het handelen in de zorg krijgt een zwaarder gewicht, enerzijds door de toenemende mogelijkheden, anderzijds door de veranderde verwachtingen ten aanzien van de zorg. Hierbij horen ook aanspraken op een effectieve communicatie en afstemming tussen zorgverleners. Tegelijk kan de kwestie van juridische aansprakelijkheid een struikelblok vormen voor multiprofessionele samenwerking. Enerzijds kan bijvoorbeeld een arts min of meer impliciet menen dat zijn of haar aansprakelijkheid niet strookt met de inbreng van anderen. Anderzijds kunnen teams in de problemen komen als er geen duidelijke regels en afspraken zijn over verantwoordelijkheden in de besluitvorming.
- Toenemende mogelijkheden in de zorg brengen ook voortdurend nieuwe *ethische vragen* mee, waarbij verschillende beroepsgroepen uiteenlopende inzichten en belangen kunnen hebben. In de *maatschappelijke en politieke discussie* moeten die worden uitgelegd en tegen elkaar afgewogen om tot evenwichtige standpuntbepaling te komen. Ook in concrete situaties, op de werkvloer, kunnen oplossingen niet worden geforceerd door individuele beroepsbeoefenaars, maar is gezamenlijk overleg noodzakelijk.
- Tenslotte zetten de toenemende mogelijkheden in de zorg ook de kosten enorm onder druk. Toenemende mogelijkheden betekenen ook een toenemende vraag. De tekorten aan personeel (met name artsen en verpleegkundigen) groeien sterk, wat vraagt om extra investeringen in opleiding en beloning. Vanuit *economische overwegingen* zijn effectiviteit en efficiëntie belangrijke vraagstukken in de zorg, waarbij onder andere een effectievere samenwerking tussen en binnen beroepsgroepen een rol speelt.

Blijvend leren noodzakelijk

Een opmerkelijke overeenkomst tussen alle ontwikkelingen in de zorg en de hele samenleving is de veranderlijkheid: 'het is morgen niet meer zoals vandaag'. Maar hoe het morgen is weten we nog niet. Dat heeft consequenties voor het onderwijs. Een goede voorbereiding op de uitoefening van een beroep betekent voorbereiden op een veranderlijke toekomst. Het is niet meer mogelijk om een omschrijving te maken van de beroepstaken en daarbij nodige competenties die een hele loopbaan geldig blijven. Aankomende beroepsbeoefenaars moeten zich erop voorbereiden dat hun beroep aan voortdurende veranderingen onderhevig zal zijn - en dat zij dus gedurende hun loopbaan nog veel meer zullen (moeten) leren en afleren dan tijdens hun opleiding (Bolhuis, 2002).

Voortdurende vernieuwing van de opleidingen

Dezelfde ontwikkelingen die meer multiprofessioneel samenwerken nodig maken zijn ook aanleiding tot veranderingen in de opleidingen. De afgelopen jaren zijn vaak ingrijpende vernieuwingen tot stand gebracht in de opleidingen voor de zorg en nog steeds wordt aan verdere vernieuwingen gewerkt. Daarbij gaat het om zowel de inhoud als de vormgeving van onderwijsleerprocessen van bestaande en nieuwe opleidingen. Enkele voorbeelden zijn: een belangrijker rol voor het leren in de praktijk, competentiegericht leren, probleemgestuurd onderwijs, reflectie en ook de aandacht voor blijvend leren.

Recent leiden de grote tekorten in de zorg tot nieuwe plannen en acties om opleidingen effectiever in te richten (*Het medisch opleidingscontinuum. Projectplan voor een toekomstverkenning.*, 2000). Daarnaast vraagt de invoering van de bachelor-master structuur in het hoger onderwijs een nieuwe ronde van verandering van de opleidingen.

1.2 Doel: waartoe multiprofessioneel samenwerken?

Optimale zorg voor de patiënt als primair doel

In definities van multiprofessioneel samenwerken en multiprofessioneel onderwijs komt niet altijd even sterk naar voren dat samenwerken niet een doel op zichzelf betreft, maar een middel is ten dienste van een optimale zorg voor de patiënt. Bij alle onduidelijkheid van definities en de neiging tot uitbreiding van de doelen van samenwerking lijkt het van groot belang om vast te houden aan het primaire doel: de kwaliteit van zorg voor de patiënt. De zorg moet worden georganiseerd met de patiënt in het middelpunt. Een gebrek aan goede multiprofessionele samenwerking kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt: communicatieproblemen (te weinig en/of onbegrijpelijke en/of tegenstrijdige informatie, niet doorgeven van informatie van en over patiënt), onnodige herhaling van onderzoek, lange wachttijden en ‘gaten’ in de zorg (bijvoorbeeld patiënten die ondervoed raken in het ziekenhuis omdat niemand opmerkt dat eten onaangeroerd wordt afgevoerd, overmedicatie bij ouderen).

De communicatie met de patiënt is dus een essentieel element. Multiprofessionele samenwerking moet niet verworden tot een onderling gebeuren ‘over en zonder u’. Zoals een van de geïnterviewden kernachtig opmerkte “We leren te weinig van de patiënten en veel te veel over”. “Neem bijvoorbeeld een gehandicapte. Daar zitten soms wel 16 verschillende disciplines omheen en die disciplines doen allemaal alsof de gehandicapte het object is en zij de kennis hebben om op dat object te kunnen acteren. Ze vragen zich niet af wat zij nou zelf moeten leren in interactie met die gehandicapte”. Of, in de woorden van een andere geïnterviewde, “meer en beter samen met de patiënt formuleren wat hun doelstelling is, heeft ook nadrukkelijk gevolgen voor de samenwerking tussen professionals”.

Het ideaal van een professionele zorg die het beste voor de patiënt nastreeft moet de gemeenschappelijke motivatie zijn waar beoefenaars van verschillende beroepen in de zorg elkaar op kunnen aanspreken en vinden. In de praktijk is het natuurlijk niet zo simpel. Wat de patiënt, de eigen omgeving van de patiënt, de artsen, verpleegkundigen, paramedici en mogelijk andere betrokkenen beschouwen als optimale zorg kan sterk uiteenlopen. De verschillende partijen hebben vaak verschillende belangen en visies. Bij een gebrek aan onderlinge communicatie komen deze echter niet op tafel. Door multiprofessionele samenwerking worden meningsverschillen over de vraag wat de beste zorg in een concreet geval is niet vanzelf opgelost, maar worden wel onderwerp van overleg. Een goede communicatie betreft niet alleen de beroepsbeoefenaars onderling. Ook de communicatie met patiënt en omgeving vereist onderling overleg en goede afspraken.

Beroepshouding

Bij interventies zoals opleiding en nascholing moet duidelijk zijn dat samenwerken een middel is dat behoort bij een adequate professionele beroepsuitoefening. Opleidingen spelen een belangrijke rol bij de vorming van de beroepsidentiteit. Dat geldt in het bijzonder voor de kennismaking met en het ervaring opdoen in de praktijk (tijdens stages, coschappen en dergelijke). Onderwijs kan er dus ook aan bijdragen dat aankomende beroepsbeoefenaars leren denken vanuit de vraag naar een optimale zorg voor de patiënt en samenwerken met anderen uit diverse beroepsgroepen als een vanzelfsprekend onderdeel daarvan gaan zien. De reflectie op de eigen praktijk wordt tegenwoordig kenmerkend geacht voor een professionele beroepsuitoefening en krijgt in veel opleidingen voor de zorg de nodige aandacht. Reflectie

moet ook steeds gerelateerd zijn aan het doel van eigen handelen: wordt door eigen handelen het doel, de beste zorg voor de patiënt, zo goed mogelijk gediend? Dat vereist steeds weer bezinning op de vraag wat voor deze patiënt in deze situatie het beste is. Die vraag overschrijdt de vraag wat de eigen professie kan bijdragen en vereist dus een breder perspectief dan uitsluitend de eigen discipline. Hoe ziet de patiënt eigen problemen en wanneer (met welk doel, in welke situaties, met wie) draagt een betere samenwerking bij aan een optimale zorg voor de patiënt?

Secundaire doelen en effecten van multiprofessionele samenwerking

Naast het primaire doel van een optimale zorg wordt opgemerkt dat multiprofessionele samenwerking ook andere doelen kan dienen of effecten kan hebben (Ministerie van Volksgezondheid, 1999). Belangrijke mogelijke secundaire doelen of effecten zijn:

- meer plezier in het werk, door sociale contacten, betere verhoudingen tussen beroepsbeoefenaars en minder frustratie als gevolg van zaken die mislopen door gebrek aan samenwerking;
- vergroting van de professionele competentie doordat van elkaar wordt geleerd; leren van elkaar kan een expliciet doel zijn bij multiprofessionele samenwerking; dit heeft weer mogelijke effecten zoals:
- een flexibeler organisatie van het werk, met meer mogelijkheden om pieken in werkdruk op te vangen;
- vergroting van loopbaanmogelijkheden, zowel 'horizontaal' als 'verticaal'.

1.3 Betrokkenen: met wie in welk verband?

Samenwerken door wie?

In de literatuur over multiprofessioneel samenwerken en opleiden worden wisselende beroepsgroepen genoemd. Alle beroepen in de zorg komen in principe in aanmerking. Hall en Weaver spreken bijvoorbeeld over allerlei combinaties uit 'medicine, nursing, social work, psychology, pharmacy, dietary sciences, library sciences, and health or public administration' (Hall & Weaver, 2001) - en hebben dan nog niet eens andere paramedische beroepen opgenomen zoals fysiotherapie en logopedie. Het aantal samenwerkende beroepen is al snel omvangrijk. Neem bijvoorbeeld een multidisciplinair team in een revalidatiecentrum (de Maartenskliniek te Berg en Dal). In de meeste teams zijn vertegenwoordigd: de revalidatiearts, de ergotherapeut, de fysiotherapeut, de logopedist en de maatschappelijk werker. Daarnaast maken, afhankelijk van het type afdeling en het type patiënt, deel uit van het team: de psycholoog en de psychologisch medewerker (bij volwassenen), de orthopedagoog (bij kinderen), de verpleegkundige (klinisch of niet-klinisch), de voedingsassistent (op de verpleegafdeling), de bewegingsagoog (afhankelijk van de aandoening), de cognitief trainer (afhankelijk van de aandoening), de peuterleider (peuterrevalidatie), de groepsleider (kinderrevalidatie) en de diëtiste (additioneel wanneer nodig en inzetbaar in het hele huis. Geconcludeerd kan worden dat er geen sprake is van 'het' multidisciplinaire team.

In een historisch overzicht worden de meest uiteenlopende disciplines genoemd, rond even uiteenlopende onderwerpen (Lavin et al., 2001). Wie de vele casebeschrijvingen naloopt komt alle mogelijke (combinaties van) beroepen tegen. In meer algemene zin wordt in de literatuur over multiprofessioneel samenwerken en multiprofessioneel onderwijs zelden systematisch ingegaan op de vraag wie in welke gevallen moeten samenwerken. Dat is niet heel verwonderlijk, want het antwoord op deze vraag hangt ervan af wie er bij de zorg voor een

concrete patiënt betrokken zijn of zouden moeten worden. Bij kindermishandeling kan dat ook de politie of het onderwijs zijn (Barr, 2000). Allerlei combinaties worden vermeld: tandartsen en tandartsassistentes, verloskundigen en gynaecologen of kraamverzorgsters, alle betrokkenen in een traumateam, enzovoort. Multiprofessioneel wordt in de regel opgevat als een combinatie vanuit de beroepsgroep van geneeskundigen, verpleegkundigen, de diverse paramedici en maatschappelijke of geestelijke hulpverlening. Opmerkelijk is dat weinig wordt gewezen op de nodige samenwerking binnen deze breed gedefinieerde beroepsgroepen.

Welk type samenwerking?

Een tweede vraag is: gaat het bij multiprofessioneel samenwerken perse om werken in een team of ook om andere beroepshalve contacten tussen diverse beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg? En als het gaat over een team is dat dan alleen een tamelijk vaste of ook een wisselende groep van diverse beroepsbeoefenaars? Soms is het eerste het geval, zoals bijvoorbeeld in de operatiekamer of in een verpleeghuis waar werken in multidisciplinaire teams is ingevoerd. In veel meer gevallen is echter sprake van samenwerking in wisselend verband, afhankelijk van de op dat moment relevante problematiek van een patiënt. Ook zijn er veel situaties waarin het voor een optimale patiëntzorg belangrijk is om samenwerking met een of meer andere beroepsbeoefenaars te zoeken, zonder dat deze nu direct een team vormen, denk bijvoorbeeld aan het doorverwijzen van patiënten naar een (andere) arts, de inzet van diverse beroepsbeoefenaars rond dezelfde patiënt, de bijdrage van onderzoek in het laboratorium, de huisarts die een collega, de wijkverpleegkundige of een specialist raadpleegt.

Kortom, er is samenwerking:

- in direct en regelmatig contact tussen beroepsbeoefenaars ‘rond het bed’;
- tussen beroepsbeoefenaars die gelijktijdig en/of na elkaar voor dezelfde patiënt werken;
- tussen beroepsbeoefenaars die in direct contact met de patiënt werken en ondersteunende beroepsbeoefenaars;
- tussen beroepsbeoefenaars die langer bij dezelfde patiënt zijn betrokken en anderen die incidenteel en/of op afstand zijn betrokken (consultatie, ondersteunende disciplines).

Al deze diverse typen samenwerking kunnen wisselend noodzakelijk zijn, afhankelijk van de patiëntproblematiek. “Interprofessional working can be thought of as a spectrum, with more loosely coordinated efforts of collaboration at one end and more tightly organised work of teams at the other. Most doctors and other health professionals are required to work at multiple points on the spectrum (perhaps even within the same day), depending on the nature of the needs at hand” (Headrick, Wilcock, & Batalden, 1998).

Multiprofessioneel onderwijs: met wie, voor welke samenwerking?

Voor multiprofessioneel onderwijs levert de vraag over welke en hoeveel beroepsgroepen het gaat wel een probleem. Als studenten uit diverse opleidingen bijeen worden gebracht moet de keuze zowel een zinvolle als haalbare combinatie zijn. Het moet aannemelijk zijn dat de betreffende beroepsgroepen elkaar inderdaad nodig hebben op het gebied waarover het onderwijs inhoudelijk gaat. Anders zou het alleen gaan om het bij elkaar in één ruimte brengen, wellicht nuttig uit economisch oogpunt, maar zonder dat dit bijdraagt aan de doelstelling van voorbereiden op samenwerking in de beroepspraktijk. Een te groot aantal (bijvoorbeeld studenten voor alle beroepen uit het hierboven genoemde multidisciplinaire team) is niet haalbaar - en wellicht ook niet zinvol.

Voor de voorbereiding op multiprofessionele samenwerking in het onderwijs is ook de vraag van belang in welk verband wordt samengewerkt. Hoewel er overeenkomsten zijn tussen

samenwerken in vaste teams en in wisselende contacten, zijn er ook nogal wat verschillen. Bij het werken in een vast team spelen andere organisatorische factoren, onderlinge processen en individuele attitude, kennis en vaardigheden een rol dan bij het in wisselende contacten tot stand brengen van multiprofessionele samenwerking.

Vraag voor ontwikkeling en evaluatie

Op een abstract niveau van formulering kan worden gesteld dat alle multiprofessionele onderwijs eenzelfde doel heeft: (betere) samenwerking in de gezondheidszorg. Betekent dat algemene doel echter hetzelfde, ongeacht de beroepssituatie waarin (later) moet worden samengewerkt, de patiëntproblematiek en de betrokken beroepsbeoefenaars? In verband met ontwikkeling en evaluatie roept het voorgaande de vraag op in hoeverre allerlei 'verschijningsvormen' van multiprofessioneel onderwijs (dat wil zeggen: vormen van initieel onderwijs en nascholing die zo worden genoemd) eigenlijk vergelijkbaar zijn.

1.4 Wat is multiprofessioneel opleiden en nascholen? Definities

In Nederland wordt veelal gesproken over Multiprofessioneel Onderwijs (MPO). De term onderwijs verwijst naar initiële opleidingen. De Engelse term 'education' is echter breder: alle vormen van onderwijs, vorming, opleiding en nascholing kunnen eronder vallen. In de Engelstalige literatuur is dus niet direct duidelijk of het bij 'multiprofessional education' nu gaat om opleiden of nascholen. Voor veel vragen over 'multiprofessional education' is het echter een belangrijk onderscheid of men over opleiden van studenten in initiële opleidingen dan wel nascholen van beroepsbeoefenaars spreekt.

In de literatuur komen naast de term multiprofessioneel ook andere termen voor: interprofessioneel, interdisciplinair, multidisciplinair, transdisciplinair. Helaas wordt lang niet altijd duidelijk omschreven wat met deze termen wordt bedoeld. Enerzijds blijkt uit de context van de tekst vaak dat verschillende termen in dezelfde betekenis worden gebruikt. Anderzijds, als er wel definities worden gegeven is dat vaak op een uiteenlopende of gedeeltelijk overlappende manier. Iedere auteur (of team) geeft een eigen, soms heel specifieke definitie die is toegesneden op de eigen situatie. Gevolg is dat dezelfde term wordt gebruikt in verschillende betekenissen en voor dezelfde betekenis verschillende termen worden gebruikt. Hieruit zijn drie conclusies te trekken. Ten eerste is het in een concrete situatie aan te bevelen om goed met elkaar af te spreken welke betekenissen aan termen worden gegeven. Ten tweede: wie zich in de literatuur wil verdiepen, moet bij het zoeken alle mogelijke termen gebruiken. Ten derde: wie publiceert doet er goed aan alle mogelijke termen als sleutelwoord op te geven (Lavin et al., 2001).

Professies of disciplines?

De term professie krijgt over het algemeen de voorkeur, met als argument dat de term disciplines wordt gebruikt voor vakken (als bijvoorbeeld anatomie en fysiologie) binnen opleidingen, terwijl het hier uitdrukkelijk gaat om de beroepen (professies). De World Health Organisation (WHO) bijvoorbeeld maakt dit onderscheid tussen multiprofessioneel en multidisciplinair (WHO, 1988). In de praktijk komen we de term discipline ook vaak tegen in de betekenis van beroep, zoals in het Nederlands het woord 'vak' ook wordt gebruikt voor beroep. Meestal is dit wel duidelijk in de context. Zoals eerder opgemerkt is het bij het spreken over samenwerking tussen beroepen van belang om niet in te globale categorieën te denken, zoals 'artsen' en 'verpleegkundigen'. Binnen die categorieën zijn er immers uiteenlopende beroepen, waartussen ook vaak onderlinge samenwerking gewenst is. De

toenemende differentiatie en specialisatie, waarbij veel meer beroepen in de zorg ontstaan, is één van de redenen waarom multiprofessioneel samenwerken steeds meer noodzakelijk wordt (1.1).

In dit rapport wordt de term (multi)professioneel gebruikt, enerzijds aansluitend bij het gegroeide gebruik en anderzijds vanwege het appèl op de normatieve connotatie van de term 'professioneel' als kwalitatief hoogstaand. De individuele autonomie die traditioneel als kenmerk van professies werd gezien maakt in toenemende mate plaats voor samenwerken. Daartoe behoort zowel multiprofessioneel samenwerken als samenwerken met collega's die eenzelfde beroep uitoefenen.

Multi of inter?

In de literatuur worden multi- en interprofessioneel beide gebruikt. In de argumentatie voor een van beide termen wordt gewezen op 1) het aantal betrokken professies (twee of meer) en 2) het type interactie tussen die professies. De WHO maakt onderscheid op grond van het aantal professies: bij interprofessioneel samenwerken gaat het om twee verschillende professies, terwijl het bij multiprofessioneel samenwerken meer dan twee professies betreft. Om die reden heeft het volgens de WHO de voorkeur om te spreken over multiprofessioneel. Een deel van de literatuur volgt de WHO hierin (Horsburgh, Lamdin, & Williamson, 2001). Anderen geven de voorkeur aan de term interprofessioneel boven multiprofessioneel, omdat in hun visie de term interprofessioneel leren beter de gewenste dynamische interactie onder professionals reflecteert (Headrick et al., 1998). Zij benadrukken dat dit leren verder gaat dan alleen maar verschillende leden van verschillende professies die dezelfde klaslokalen delen. Dit is ook de visie van het Britse Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). CAIPE vat interprofessioneel onderwijs op als een subset van multiprofessioneel onderwijs. In het eerste geval gaat het om leren van professies met elkaar, van elkaar en over elkaar. Bij multiprofessioneel onderwijs zit men ook bij elkaar, maar om willekeurig welke reden dan ook, bijvoorbeeld economische. In dat geval zou multiprofessioneel onderwijs zelfs op gespannen voet kunnen staan met interprofessioneel onderwijs dat intensieve interactie vergt (Barr, 2000).

Hall & Weaver (2001) maken een vergelijkbaar onderscheid tussen multidisciplinaire teams, waarin elke discipline zijn eigen specifieke expertise bijdraagt aan de zorg voor een patiënt, en interdisciplinaire teams, waarin leden dicht naast elkaar samenwerken en veelvuldig communiceren om de zorg voor de patiënt te optimaliseren. Zij voegen hier nog een begrip, namelijk transdisciplinair team aan toe, waarin het team handelt aan het uiteinde van het continuüm van multidisciplinaire teams. De rollen van de individuele teamleden gaan overlappen en vervagen daardoor (Hall & Weaver, 2001).

Het lijkt erop dat de term multiprofessioneel, na enige jaren het meest gebruikt te zijn geweest, langzamerhand terrein verliest aan de term interprofessioneel. Aansluitend op de eerder gevormde gewoonte wordt in dit rapport meestal gesproken over multiprofessioneel, zonder dat echter een principieel onderscheid wordt gemaakt tussen inter- en multiprofessioneel.

Definities van WHO en VWS

De WHO definieert multiprofessionele educatie in haar rapport 'Learning together to work together for health' als "The process by which a group of students (or workers) from the health-related occupations with different educational backgrounds learn together during certain periods of their education, with interaction as an important goal, to collaborate in providing promotive, preventive, curative, rehabilitative and other health-related services." (WHO, 1988). Hoewel tussen haakjes spreekt de WHO dus over zowel studenten als werkers, met andere woorden: hoewel het accent lijkt te liggen op multiprofessioneel onderwijs in de

opleidingen kan het ook later tijdens de beroepsuitoefening plaatsvinden. In deze definitie van multiprofessioneel onderwijs is interactie een belangrijk doel, met als achterliggend doel om door samenwerking een goede zorg te leveren. Het ministerie van Volksgezondheidszorg, Welzijn en Sport volgt de definitie van de World Health Organization (Ministerie van Volksgezondheid, 1999). Deze is ook overgenomen door het pilotproject in Nijmegen (Ter Heine-van Oosterum, 2000)

Een uitdijende betekenis

Het lijkt erop dat de laatste jaren de doelstellingen voor multiprofessioneel onderwijs meegroeien met de veelheid aan problemen in de zorg. Zo wordt er niet alleen meer gesproken over multi- of interprofessionele samenwerking. De NHS vindt dat leren om interprofessioneel te werken ook betekent: a) in staat zijn om taken die vanouds bij andere professies horen over te nemen (substitutie, rolvervaging) en b) het vergroten van de flexibiliteit van loopbaanmogelijkheden, “moving across” (Finch, 2000). Hoe belangrijk deze twee factoren ook mogen zijn, het is de vraag of multiprofessioneel onderwijs de meest aangewezen optie is om de ermee samenhangende problemen op te lossen, zeker als het gaat om multiprofessioneel onderwijs binnen de initiële opleidingen.

Is multiprofessioneel een adequate noemer?

Met een term en definiëring wordt een bepaalde conceptualisering van een probleem of onderwerp gegeven: er wordt op een bepaalde manier naar gekeken. De vraag die wij ons in dit onderzoek naar MPO regelmatig moesten stellen is in hoeverre het begrip samenwerken in de zorg (of dat nu inter- of multiprofessioneel dan wel -disciplinair wordt genoemd) wel de meest voor de hand liggende noemer is. In de gezondheidszorg speelt multiprofessioneel samenwerken vaak een belangrijke rol, echter zonder dat de discussie of praktijk onder die noemer wordt gebracht. Onderwerp is bijvoorbeeld de organisatie van de eerstelijns zorg, de zorg voor diabetespatiënten, kwaliteitsbewaking in de ziekenhuisorganisatie, preventie-activiteiten, ketenzorg, palliatieve zorg, enzovoort. Het zijn onderwerpen van diverse omvang en specificiteit, maar bij al deze onderwerpen is de samenwerking tussen diverse beroepen vanzelfsprekend geboden en komt ook in die zin aan de orde. Het is echter een afgeleide en niet de noemer waaronder het probleem of onderwerp onder de aandacht wordt gebracht. De geïnterviewden hadden elk zo hun bedenkingen bij de term. Vier van de vijf waren niet zo gewend om deze als insteek te nemen en/of kenden de term tot voor kort nauwelijks. De conclusie uit de interviews was dat multiprofessioneel samenwerken of opleiden geen ingeburgerde term is. Dit laat onverlet dat samenwerking tussen diverse beroepsbeoefenaars belangrijk werd gevonden. Opgemerkt werd: “Die mensen die ermee bezig zijn (met multiprofessioneel onderwijs, SB) hebben een eigen wereldje gecreëerd. De kunst is uiteindelijk om die ideeën over samenwerking en onderwijs daarin, te verbinden met een inhoudelijk idee over waar het over gaat: over patiëntenzorg.” En natuurlijk: daar hoort ook een stuk kennis bij over andere disciplines en “ook valt er van alles te leren over samenwerken”. Een andere geïnterviewde merkt op dat actuele casuïstiek een aantrekkelijker noemer is om met name artsen bijvoorbeeld bij een nascholing te betrekken.

De vraag is welke argumenten er zijn om multiprofessioneel samenwerken als zodanig tot onderwerp van opleiding en nascholing te maken en om dat in multiprofessioneel verband te doen.

1.5 Noodzaak van een verdere doelstellingenanalyse

In dit rapport wordt multiprofessioneel onderwijs opgevat als een interventie. De doelen van een interventie kunnen vanuit drie uitgangspunten worden beschreven: normatief, descriptief of terugredenerend vanuit de interventie (Swanborn, 1999). In het voorgaande hebben we een *normatief* uitgangspunt genomen voor multiprofessioneel samenwerken en het daarvan afgeleide doel van multiprofessioneel onderwijs, door te stellen dat het behoort te gaan om een optimale zorg voor de patiënt. Dat wil niet zeggen dat dit altijd vanzelfsprekend het belangrijkste of enige doel is van alle betrokkenen. Daarom is ook een tweede invalshoek van belang: een *descriptief* uitgangspunt, waarbij de doeleinden van verschillende belangengroepen worden geanalyseerd. Daarbij moet wel worden bedacht dat vertegenwoordigers van belangengroepen niet altijd in staat zijn om de eigen doelstellingen te formuleren en/of daartoe niet bereid zijn. Een derde invalshoek, aldus Swanborn, is het beginnen bij de interventies, in dit geval multiprofessioneel opleiden, om vandaar uit de *verwachte gevolgen* te beschrijven. Deze invalshoek kan weer met de tweede worden gecombineerd, bijvoorbeeld door de betrokkenen te vragen naar hun verwachtingen en welke doeleinden zij het liefst gerealiseerd zouden zien.

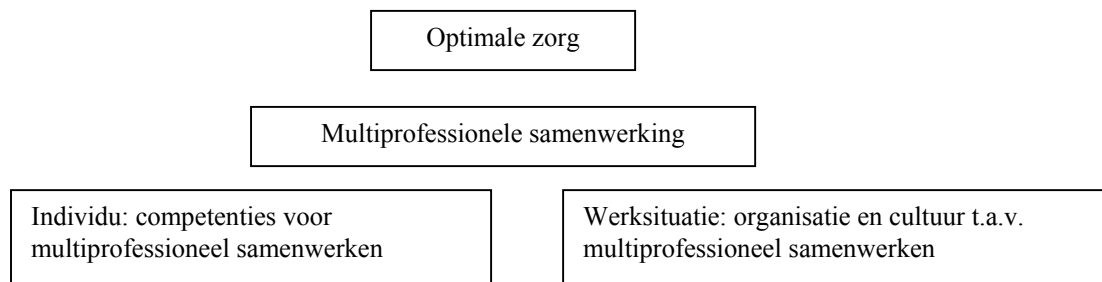
Een nauwkeurige analyse van de doelstellingen is een belangrijk aspect bij het ontwerpen van interventies en bij evaluatieonderzoek dat is gericht op de invoering en de resultaten van die interventies. Swanborn noemt de volgende voordelen van een zorgvuldige doelstellingenanalyse.

1. We krijgen *inzicht in de hiërarchie en de nevenschikking* van doeleinden. Hogere doeleinden kunnen vaak door uiteenlopende interventies worden beoogd; een hoger doel kan dus diverse interventies legitimeren. Hogere, algemene doelen hebben vaak vertaling nodig naar kleinere, concretere tussendoelen. Multiprofessioneel onderwijs is een middel: de betreffende onderwijsdoelen zijn in die zin tussendoelen.
2. We komen *lacunes* op het spoor. Swanborn signaleert dat de doelstellingen van veel interventies vaak impliciet blijven. Bij een doelstellingenanalyse blijkt de relatie tussen doel en middel soms zelfs te ontbreken.
3. We kunnen de *consistentie* van de doeleinden beter beoordelen. Een analyse heeft de functie om mogelijke taboes boven tafel te brengen en noodzakelijke keuzes tussen conflicterende doelen te verhelderen. Bij evaluatieonderzoek blijkt meestal dat sommige doelen in de interventie de facto niet zijn nagestreefd.
4. Doelstellingenanalyse kan leiden tot *kritiek op de kortzichtigheid* van belangengroepen. Voorbeelden zijn: een formulering van doelen zonder dat daarbij de inzichten van de doelgroep worden betrokken en doelen waarbij uitgegaan wordt van het (eigen) aanbod zonder dat er een duidelijke relatie is met een vraag.
5. Doelstellingenanalyse kan ons leren dat *eenzelfde doel op verschillende wijzen bereikt* kan worden. Het hogere doel van een (betere) samenwerking in de zorg zou gediend kunnen worden door multiprofessioneel onderwijs, maar waarschijnlijk ook door andere maatregelen, met name in de organisatie van de zorg en het 'leren op de werkplek'.
6. De inventarisatie van doelstellingen geeft ons het *kader voor een 'effectenoverzicht'* dat aan de basis staat van de vergelijking van verschillende alternatieve interventies. Mogelijke interventies worden in verband gebracht met te verwachte effecten om een keuze te maken.

Swanborn (1999) adviseert het opstellen van een doelstellingenboom. De doelstellingen worden daarin naar abstractieniveau in groepen ingedeeld en hiërarchisch geordend. Voor ons onderwerp is het doel op het hoogste niveau: een optimale zorg voor de patiënt. Doelen op het tweede niveau betreffen de samenwerking tussen beoefenaars van diverse beroepen in de

zorg, gericht op die optimale zorg. Deze twee niveaus zijn in dit hoofdstuk besproken. Op het derde niveau zijn twee groepen doelstellingen onderscheiden. Dit zijn de doelstellingen die voortvloeien uit de eisen die samenwerking stelt aan individuele beroepsbeoefenaars enerzijds en aan de organisatie van de zorg anderzijds.

Er zijn allerlei interventies denkbaar, gericht op de opleidingen waar individuele beroepsbeoefenaars worden voorbereid op hun werk en/of op de werksituatie. We hebben hier de voorlopige keus gemaakt om de doelstellingen (en de bijhorende interventies) op het niveau van het individu en van de organisatie als nevenschikkelijk te beschouwen, zoals weergegeven in Figuur 2 hieronder.

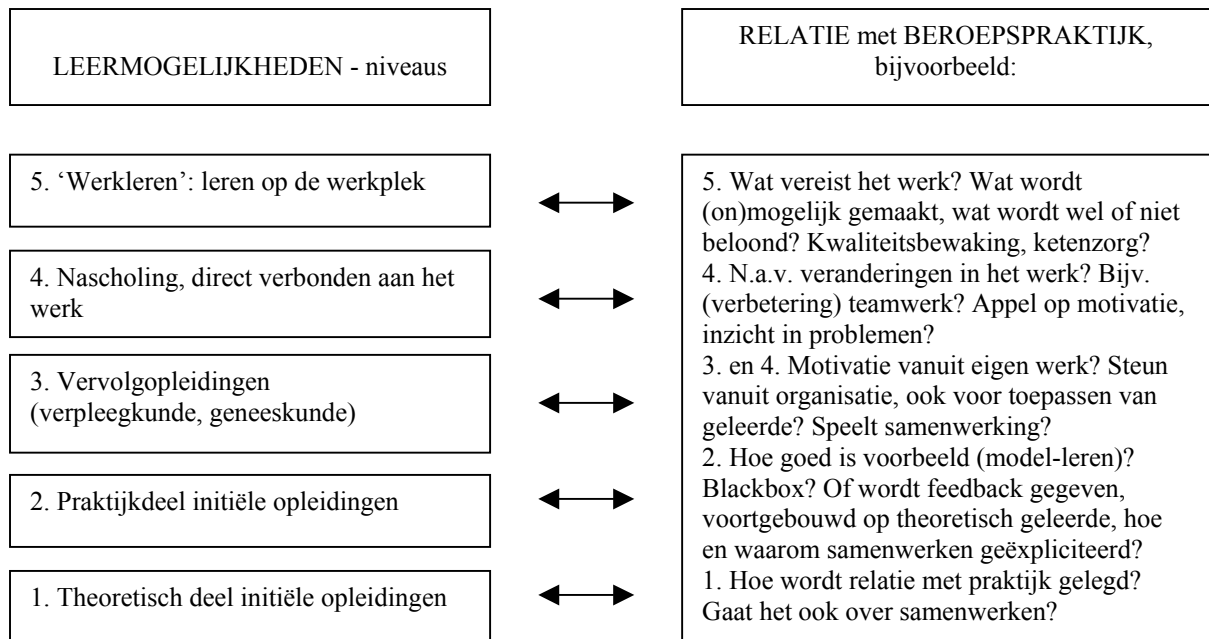


Figuur 2: Doelstellingenboom multiprofessioneel samenwerken

Welke argumenten zijn er voor nevenschikking dan wel een hiërarchische schikking? Er zijn argumenten voor een hiërarchische tweedeling waarbij het voorbereiden van individuele beroepsbeoefenaars ondergeschikt is aan doelen van en interventies in de organisatie. Ten eerste bereidt onderwijs voor op werken en zijn onderwijsdoelen dus instrumenteel ten opzichte van het werken in de zorg. Ten tweede blijken kenmerken van het werk en van de organisatie en cultuur de aard van het werk direct te beïnvloeden daarmee de nieuwe attitudes, kennis en vaardigheden die in het werk worden verworven, terwijl attitudes, kennis en vaardigheden waarop in het werk geen beroep wordt gedaan de neiging hebben om te vervagen. De vraag is dus: als het gaat om het veranderen van de praktijk, is het veranderen van het onderwijs dan de best gekozen interventie of verdienen rechtstreekse interventies in de praktijk de voorkeur?

Er zijn echter ook argumenten voor nevenschikking. Opleidingen kunnen op diverse manieren bijdragen aan veranderingen in de praktijk. Ten eerste door de aanstaande beroepsbeoefenaars massaal te overtuigen van en voor te bereiden op hun opdracht de praktijk op een bepaalde manier vorm te geven, zo nodig tegen bestaande praktijken in. Ten tweede is er in opleidingen voor beroepen in de zorg altijd contact met de praktijk. Hoe intensiever dit contact is, des te meer kansen er zijn tot beïnvloeding van de praktijk en van het leren door de studenten in die praktijk, maar ook andersom kan de praktijk de opleiding beïnvloeden. Zeker in de vervolgopleidingen en in nascholing heeft de praktijk een belangrijke stem, in veel gevallen een zelfstandige stem, los van de initiële opleidingen.

Voor het algemene doel 'competenties voor multiprofessioneel samenwerken' kan een verdere uitgewerkte doelstellingenboom nuttig zijn, waarin verschillende fases of onderdelen van opleiden en nascholen worden onderscheiden. De vraag is wat de beste volgorde is: welke competenties zouden het vruchtbaarst in welk deel van de opleiding en/of tijdens de loopbaan kunnen worden verworven. Op elk niveau kan de rol van de praktijk in het leerproces een overweging zijn. Zie Figuur 3.



Figuur 3: Niveaus voor het verwerven van competenties voor multiprofessioneel samenwerken in relatie met de praktijk.

In de volgende hoofdstukken zullen de diverse vragen over de rol die de praktijk speelt of kan spelen in het verwerven van competenties verder aan de orde komen.

2 Wat vraagt multiprofessioneel samenwerken van beroepsbeoefenaars en organisatie in de zorg?

2.1 Eisen aan beroepsbeoefenaars

Multiprofessioneel samenwerken vraagt van de diverse beroepsbeoefenaars een bepaalde professionele motivatie en houding (2.1.1), in samenhang met desbetreffende vaardigheden, kennis en inzicht (2.1.2). De competentie of handelingsbekwaamheid komt tot uitdrukking in het handelen in de werksituatie, als deze een beroep doet op de competentie (2.1.3).

2.1.1 Beroepsmotivatie en professionele houding

Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat de beroepsmotivatie in de zorg over het algemeen het welzijn van de patiënt centraal stelt. In de praktijk spelen ook andere factoren een rol in de motivatie. Toch zullen er waarschijnlijk weinig beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg zijn die zich niet laten aanspreken door het belang van de patiënt (Headrick et al., 1998). In een reactie op een artikel over interprofessioneel onderwijs uiten een praktiserend huisarts en klinisch psycholoog hun verbazing over het gebrek aan verwijzing naar de patiënt. “If our learners put meeting the needs of their patients or clients at the heart of their drive for improvement, they will naturally work interprofessionally, with different professionals complementing and supporting each other” (Campion-Smith & Wilcock, 2001).

Of de samenwerking ‘naturally’ zal voortvloeien uit het centraal stellen van de patiënt is echter niet altijd vanzelfsprekend. Zorgverleners moeten dan ook nog inzien dat niet alleen hun eigen inbreng, maar ook die van andere professies van belang kunnen zijn voor de patiënt. Multiprofessioneel samenwerken vereist een bepaalde houding tegenover de eigen professie in relatie tot andere beroepsgroepen. Belangrijke elementen daarin zijn: *respect voor andere beroepsbeoefenaars* in de zorg en *bereidheid tot samenwerking*. In het algemeen kan worden gewezen op veranderende opvattingen over professionaliteit: de traditionele opvatting van een professional als een autonoom handelend individu maakt plaats voor een aan de hedendaagse situatie aangepaste opvatting van de professional als iemand die met anderen samenwerkt.

Hiermee komt de vraag scherper naar voren naar onderlinge afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen beroepsgroepen. Het gegeven dat een toenemend aantal beroepsbeoefenaars betrokken is in de zorg voor eenzelfde patiënt leidt tot een toenemende noodzaak van samenwerking, maar brengt het gevaar mee van een afname van de persoonlijke verantwoordelijkheid die beroepsbeoefenaars voor de patiënt voelen en nemen. Een veelgehoorde klacht van patiënten is dat niemand duidelijk aansprakelijk is en verantwoordelijkheid draagt voor het geheel.

In sommige literatuur wordt verwezen naar het verschijnsel van rolvervaging in de zorg als legitimatie van multiprofessioneel onderwijs. Het hiermee leren omgaan is dan een van de doelen van dit onderwijs (Hall & Weaver, 2001). Of samenwerking in alle situaties of vaak gediend zou zijn met rolvervaging blijft onbesproken. Onduidelijkheid over eigen rol wordt wél genoemd als een van de problemen in de samenwerking. Vooral verpleegkundigen hebben last van onduidelijkheid over hun rol en uiteenlopende verwachtingen van hun rol. Ter bevordering van multiprofessionele samenwerking lijkt het dan ook beter om te pleiten voor *wederzijdse duidelijkheid over taken en bevoegdheden*, gepaard aan inzicht in en respect voor ieders bijdrage aan het gezamenlijke doel. Dit laat onverlet dat zich situaties kunnen voordoen

waarin het gewenst is dat teamleden ook taken delen, of bij gelegenheid taken van anderen kunnen en willen overnemen.

Steeds vaker wordt ook gewezen op de *'lerende houding'* die van professionals wordt verwacht met het oog op de voortdurende veranderingen in kennis, in medische mogelijkheden en daarmee in de eisen die aan hen worden gesteld (zie 1.2). Ook multiprofessioneel samenwerken in diverse verschijningsvormen daarvan hoort bij die veranderingen. Voorbereiden op levenslang leren is een onderwijsdoel dat in de laatste jaren meer aandacht krijgt, zowel in het voortgezet onderwijs (Bolhuis, 2000) als in het hoger onderwijs. Dit is niet een eenvoudige toevoeging aan het curriculum. Het vereist echter een fundamentele omslag om te verwerven kennis en vaardigheden niet langer aan te bieden, respectievelijk te verwerven, als 'onbeperkt geldig'. Uit de leerpsychologie is bekend dat het veranderen van eerder verworven kennis en vaardigheden, met name als deze door het gebruik vaste opvattingen en gewoonten zijn geworden, een moeilijk leerproces is. Blijven leren is dus een moeilijke opgave. Openstaan voor nieuwe informatie die mogelijk strijdig is met eerder verworven inzichten vergt een bepaalde mate van onzekerheidstolerantie. Onder onzekerheidstolerantie wordt verstaan: de neiging om nieuwe informatie, die onzekerheid ten aanzien van eigen cognities meebrengt, te onderzoeken. Een lage onzekerheidstolerantie leidt tot het ontkennen, niet opmerken of vervormen van deze informatie (Bolhuis, 2001; Huber & Roth, 1999).

2.1.2 Vaardigheden, kennis en inzicht

De vereiste vaardigheden voor (multiprofessionele) samenwerking zijn in drie groepen te verdelen.

1. Algemene sociale en communicatieve vaardigheden, zoals luisteren, het perspectief en de belangen van anderen inschatten, zich voor anderen verstaanbaar uitdrukken, evenwicht bewaren tussen zakelijke en menselijke aspecten in de communicatie, afspraken nakomen, leiding geven, conflicthantering en probleemoplossing.
2. Specifieke vaardigheden ten behoeve van samenwerking: vergaderen en overleggen (voorzitten, tijd bewaken, informatie vragen, gegeven informatie overwegen, naar consensus zoeken, relevante bijdrage leveren, tot conclusies en besluiten komen), mondeling en schriftelijk overdragen, informatie samenvatten, een gezamenlijke taal ontwikkelen.
3. Leervaardigheden ten behoeve van eigen en gezamenlijk leren: de samenwerking zien als en benutten om eigen en gezamenlijke professionaliteit te vergroten, individuele en gezamenlijke reflectievaardigheden (vaardigheden voor 'shared learning').

Specifieke vaardigheden voor multiprofessioneel samenwerken hebben vooral betrekking op het overbruggen van de verschillen in taal en referentiekader. Diverse beroepsgroepen hebben nogal eens hun eigen jargon ontwikkeld en bekijken wat er rond patiënten aan de orde is vanuit hun eigen perspectief. Het overbruggen van verschillen in taal en referentiekader is niet alleen noodzakelijk ten aanzien van andere beroepsbeoefenaars, maar ook ten aanzien van patiënten en hun sociale omgeving.

Ook de vereiste kennis en inzichten voor multiprofessionele samenwerking zijn in drie groepen te verdelen. Korthedshalve wordt gesproken over inzicht; kennis is hiervoor een voorwaarde.

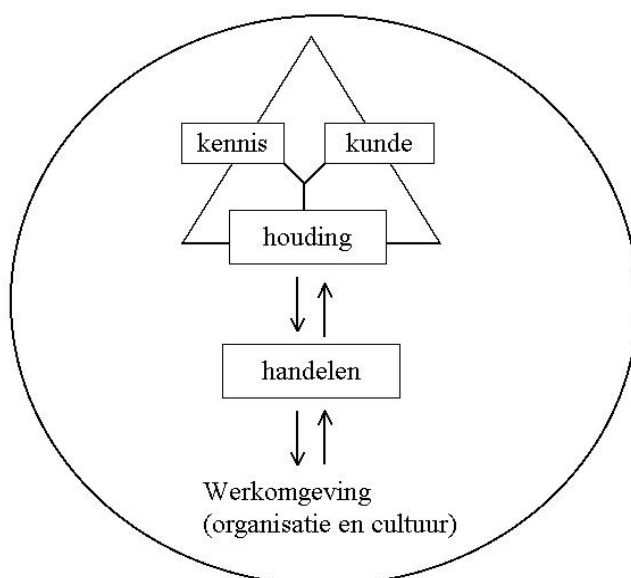
1. Inzicht in de taken en de deskundigheden van andere beroepsbeoefenaars en in de betekenis van hun bijdrage aan de zorg voor de patiënt. Onbekend maakt niet alleen

onbemand, maar maakt ook dat men aan elkaars mogelijkheden in de zorg voor de patiënt voorbijgaat. Zorgverleners moeten dus voldoende kennis hebben van andere beroepen. Juist de enorme differentiatie en specialisatie in de zorg vereist dat individuele beroepsuitoefenaars globaal inzicht hebben in elkaars terrein.

2. Inzicht in samenwerkingsprocessen: weten wat zich daarbij voordoet, wat bijdraagt aan een goede samenwerking en wat belemmerend werkt.
3. Zelfinzicht: inzicht hebben in eigen gedrag tegenover anderen, waaronder de patiënt, collega's en andere beroepsbeoefenaars, inzicht in eigen reactiepatronen, inzicht in eigen zwakke en sterke kanten en met name inzicht in de consequenties daarvan in de interactie met anderen.

2.1.3 Competentie en de relatie met de werksituatie

Beroepsmotivatie en houding, kennis en vaardigheden zijn geen losse elementen, maar moeten worden gezien als *samenhangende aspecten van de competentie* ofwel het vermogen om adequaat te handelen. Als eenzijdig aandacht wordt besteed aan het verwerven van één van de aspecten is het gevolg dat onvoldoende competentie wordt opgebouwd. In onderstaand Figuur 4 wordt de samenhang uitgedrukt door de driehoek waarin houding, kennis en kunde (vaardigheden) verbonden zijn. Voor het handelen in een gegeven situatie zijn kunde en kennis belangrijk, maar het gebruik ervan wordt 'gefilterd' door de houding. Zo kan in een opleiding wel gewerkt zijn aan vaardigheden en kennis, maar als daarbij niet tevens een positieve houding is verworven (en/of bevestigd), verkleint dat de kans aanzienlijk dat er van deze vaardigheden en kennis gebruik wordt gemaakt. Van de andere kant is ook de werkomgeving voor het handelen van belang.



Figuur 4: Kennis, kunde en houding in relatie tot handelen en de werkomgeving (naar Bolhuis, 2001)

De competentie, waarin houding, kunde en kennis samenhangen, is het vermogen om te handelen *in de werkomgeving*. Het gaat dus niet alleen om bijvoorbeeld het kunnen uitvoeren van handelingen op zichzelf ('op het droge'), maar ook in werksituaties (die niet standaard en vaak hectisch zijn) in staat te zijn snel en adequaat te beslissen wat, wanneer en hoe te doen.

In de figuur is de werkomgeving een factor die invloed uitoefent op het handelen en daarmee op het gebruiken en verwerven van houdingen, kennis en vaardigheden (kunde). De werksituatie doet een bepaald beroep op de eerder verworven competenties, die daardoor verder worden ontwikkeld, terwijl competenties waarop geen beroep wordt gedaan geleidelijk in onbruik raken.

De formulering van de vereiste houding, vaardigheden en kennis is noodzakelijkerwijs globaal en abstract. Een concretere invulling vergt niet alleen veel meer papier, belangrijker is dat deze sterk afhangt van de samenwerking die men op het oog heeft: rond welke patiëntenproblematiek, in welk type samenwerking, met welke beroepsgroepen.

2.2 Eisen aan de werksituatie

Als het gaat om eisen die worden gesteld aan aankomende beroepsbeoefenaars hebben de opleidingen een belangrijke rol. Bij beroepsbeoefenaars die reeds langer werkzaam zijn moet vooral worden gekeken naar de organisatie en cultuur van de praktijk waarbinnen zij werken.

2.2.1 Werkleren: leren in en van het werk

Uit onderzoek naar leren op de werkplek is een aantal factoren bekend die invloed uitoefenen op het beroepshandelen - en daarmee op de (verdere) ontwikkeling of ook het verdwijnen van motivatie en houdingen, vaardigheden, kennis en inzicht (Bolhuis & Simons, 1999). Doet die praktijk een beroep op multiprofessionele samenwerking? Heeft die samenwerking een gewaardeerde plaats? Wordt samenwerking beloond? Leren gaat ook tijdens de loopbaan verder - en zeker niet alleen in de diverse vormen van nascholing. In nieuwe werksituaties vinden socialiserende leerprocessen plaats, waarbij de betrokkene zich aanpast aan de geldende gewoonten. Informele en impliciete leerprocessen spelen een belangrijke rol, bij de aanpassing aan de werksituatie, het verwerven van routines, van impliciete normen en opvattingen over het werk (collega's, patiënten) en bij het verwerven van expertise. Vaardigheden en kennis waarop in de praktijk geen beroep wordt gedaan hebben de neiging om te verdwijnen, waarbij de beroepsmotivatie en houding worden aangepast aan de normen die in de beroepsgroep en de beroepspraktijk blijken te heersen. Daarom is de wijze waarop het toegaat in allerlei normale werksituaties van groot belang. Voorbeelden van interprofessionele (leer)activiteiten zijn patiëntbesprekingen, teambijeenkomsten, visites en ontslagplanning (Hilton & Morris, 2001).

Hoewel het een algemeen bekend en geaccepteerd feit is dat mensen leren van hun werk, worden hieraan vaak nauwelijks of slechts met de grootste moeite enige consequenties verbonden. Een oorzaak hiervan is dat opvattingen over leren stilzwijgend worden ontleend aan het leren zoals dat wordt georganiseerd in onderwijssettings. Daardoor wordt niet alleen de kracht onderschat van het leren dat zich afspeelt buiten de intenties van onderwijs om, maar worden ook belangrijke vormen en aspecten van leren over het hoofd gezien. Om beter inzicht te krijgen in leren in relatie tot werk (werkleren) is een breder begrip van leren noodzakelijk, met name op de volgende punten (Bolhuis, 2001).

1. Mensen leren altijd - en niet alleen, of het meeste, als dat speciaal wordt georganiseerd. Mensen leren onder alle omstandigheden, dus ook in en van hun werk (zij het niet altijd bewust en niet altijd met de beste gevolgen, zoals in de volgende punten wordt opgemerkt).
2. Leren kan ook minder positieve effecten hebben. Weliswaar heeft leren voor de betrokkene altijd een functie (bijvoorbeeld zich kunnen handhaven), maar dat wil niet

- zeggen dat het geleerde altijd het meest wenselijke of positieve is (er zijn misschien betere manieren om zich te handhaven, met ook voor anderen positievere gevolgen).
3. Leren doe je ook onbewust, soms van meet af aan, soms doordat aanvankelijk bewust leren 'automatiseert' en tot het onbewuste repertoire van opvattingen en gewoonten gaat behoren. Leren vindt niet alleen bewust en verbaal plaats, maar ook op non-verbale manieren. Leerresultaten zijn dan ook niet altijd bewust en verbaal beschikbaar, maar zijn deels impliciet. Het impliciete karakter van leerresultaten heeft zowel positieve kanten (vloeiende beschikbaarheid, expertise) als negatieve kanten (onopgemerkte zwakheden of fouten, niet met anderen delen). In de communicatie met patiënten en andere zorgverleners zijn eigen vanzelfsprekendheden 'blinde vlekken' en daarmee een handicap.
 4. Leren is een sociaal fenomeen en vindt plaats in interacties met anderen. De kern van leren is betekenisgeving; dat maakt leren primair een sociaal proces met sociale resultaten. Het idee dat leren een individueel proces is dat zich in een individueel hoofd afspeelt, belemmert in hoge mate het zicht op het leren dat plaatsvindt in allerlei situaties, zoals werk, en op de relatie tussen leren en (sub)cultuur. Het leren van een beroep in de werksituatie kan worden geïnterpreteerd als het toenemend participeren in de betreffende subcultuur (Lave & Wenger, 1991; Wenger, 1997). Zie ook 8 en 9. Het creëren van nieuwe kennis in een organisatie is evenzeer een sociaal verschijnsel, dat optreedt door gezamenlijk leren waarbij wederzijdse impliciete kennis en vaardigheden door expliciteren beschikbaar komt voor anderen en voor verdere ontwikkeling (Nonaka & Tacheuki, 1997).
 5. Leren moet niet primair worden opgevat als opeenvolging van (eerst) theoretisch, begripsmatig leren en (dan) toepassen. Handelen (toepassen) volgt niet automatisch op leren: iets weten betekent nog niet iets kunnen en iets kunnen betekent nog niet iets doen. Handelen is sterk contextbepaald. Daarbij volgt leren ook uit handelen. Leren als resultaat van handelen wordt lang niet altijd voorwerp van bewust nadenken. Het leerresultaat is dan niet zonder moeite ook verbaal beschikbaar. (Zie punt 3). De verhouding theorie - praktijk is vanuit leren in het onderwijs een probleem. Leren is veel sterker context- en inhoudsspecifiek dan in het onderwijs vaak wordt aangenomen. Dat leidt tot onoplosbare problemen: gebrek aan transfer en de 'beperkte houdbaarheid' van kennis en vaardigheden die niet worden gebruikt.
 6. Leren is niet alleen het opnemen van 'de juiste' kennis, dus de (op een bepaald moment en in een bepaalde context) algemeen geaccepteerde opvattingen en gewoonten. Belangrijk is ook het vermogen om te leren door kritisch reflecteren, zo nodig schijnbare vanzelfsprekendheden te verwerpen en zoeken naar meer adequate betekenisgeving. Dit is juist voor professionals die werken in veranderende omstandigheden, met een veranderende kennisbasis en veranderende eisen aan hun handelen zeer belangrijk.
 7. Leren wordt teweeggebracht en gaat altijd gepaard met emoties: positieve emoties zoals nieuwsgierigheid, betrokkenheid, de behoefte aan competentie en zelfvertrouwen, aan willen meetellen in de omgeving, maar ook minder positieve zoals angst, frustratie en boosheid. De bereidheid om risico's te nemen en onzekerheid te verdragen is een belangrijke voorwaarde voor blijvend leren (Huber & Roth, 1999). Leren, opgevat als een toenemende participatie in de sociale omgeving (punt 4), impliceert ook de ontwikkeling van de eigen identiteit. Deze ontwikkeling is een bron van motivatie (Lave & Wenger, 1991).
 8. Mensen nemen stilzwijgend, onbewust de betekenisgeving over van hun omgeving. Eigen referentiekader is een vanzelfsprekend uitgangspunt, waardoor vertekening en selectiviteit in de waarneming optreden. De confrontatie met andere (sub)culturele

interpretaties leidt dan ook tot uiteenlopende leerreacties: van afwijzen, vertekenen en negeren tot een kritisch-reflectieve heroverweging van eigen opvattingen (Bolhuis, 2001). De confrontatie tussen ‘vanzelfsprekendheden’ van verschillende partijen is uiteraard een belangrijk probleem in de samenwerking tussen diverse zorgverleners en de communicatie met patiënten.

9. Leren is lang niet altijd ‘iets nieuws erbij’ leren, maar noodzakelijkerwijs heel vaak ‘veranderend leren’ in die zin dat eerder geleerde opvattingen en gewoontes door andere (moeten) worden vervangen. Dat kan het geval zijn in confrontatie met ‘andersdenkenden’ (punt 8), als eerdere kennis door nieuwere wetenschappelijke inzichten verouderd blijkt of anderszins veranderende omstandigheden en eisen. Zoals reeds onder punt 6 opgemerkt is dit kritisch-reflectief leren, ook wel transformatief leren genoemd, zeer belangrijk voor professionals. In een werksituatie waarin het niet de gewoonte is om gevestigde routines regelmatig kritisch te bezien, bevestigen de leerprocessen de aanwezige ‘vanzelfsprekendheden’.

Voor ‘werkleren’, het leren in en van het werk, is in de literatuur over multiprofessionele samenwerking nauwelijks aandacht. “In the health care literature there appears to be a lack of evidence addressing professionals’ ability to learn interdisciplinary team skills while working, without formal education”(Hall & Weaver, 2001).

2.2.2 Werksituatie en organisatie

Beleidscontext

Gezien de vele verschillende situaties en typen samenwerking kan niet één antwoord worden gegeven op de vraag welke eisen multiprofessionele samenwerking stelt aan ‘de’ werksituatie of ‘de’ organisatie van de zorg. Er zijn werksituaties in allerlei organisatorische verbanden binnen en tussen verschillende echelons. De *overheid* en de *zorgverzekeraars* hebben een belangrijke invloed op de factoren die de werksituaties in de zorg bepalen (Lavin et al., 2001). Assmann, Wieringa en Héman laten dit zien aan de hand van de problemen bij het tot stand brengen van regionale zorgnetwerken van generalistische en specialistische, intra- en extramurale zorg, waarin een samenwerkingsverband verantwoordelijk is voor de regie (Assmann, Wieringa, & Héman, 1998). Ook kwaliteitsbeleid in de zorg (zie hieronder) is sterk gestimuleerd door landelijk beleid (Bering, Die, Frissen, & Casparie, 1995; Casparie, 1995b; Casparie, Kessener, & Frissen, 1995; Frissen, 1990; Grol, 1999).

Hieronder wordt eerst wordt ingegaan op samenwerken in teams, in een min of meer vaste en in wisselende samenstelling, om vervolgens terug te komen op het niveau van de organisatie.

Kenmerken van teamsamenwerking

Er is veel geschreven over wat nodig is voor een effectieve samenwerking in teams. Een korte opsomming van voorwaarden voor effectief multiprofessioneel samenwerken behelst volgens Freeman, Miller en Ross (2000): een gedeelde visie, goede communicatie, rolbegrip en rolwaardering. Professionals moeten op deze vier punten gezamenlijke opvattingen ontwikkelen. Verschillen in opvatting over deze vier elementen staan een goede multiprofessionele samenwerking in de weg, naast belemmeringen op het niveau van de organisatie en de groep (Freeman, Miller, & Ross, 2000).

Uit divers onderzoek komen vergelijkbare kenmerken van een goede teamsamenwerking naar voren. West en Poulton (1997) noemen vijf principes voor effectief teamwerk, zich baserend op een review van Guzzo en Shea (1992):

1. Teamleden moeten weten en voelen dat zij belangrijk zijn voor het succes van het team. Ieders rol moet een onmisbare en essentiële zijn.
2. De individuele rol van ieder teamlid moet betekenisvol en intrinsiek belonend zijn, omdat dit de betrokkenheid en motivatie bevordert.
3. Ook de teamtaken moeten intrinsiek belonend zijn, zodat men als team is gemotiveerd om samen te werken.
4. De bijdrage van ieder teamlid moet te identificeren zijn en geëvalueerd worden. Teamleden moeten weten en voelen dat hun werk zichtbaar is voor anderen.
5. Bovenal moeten er duidelijke teamdoelen zijn met ingebouwde feedback op het bereiken daarvan. (West & Poulton, 1997).

Uit hun onderzoek naar 'primary health care teams' concludeerden West en Poulton dat vooral het teamproces de effectiviteit van het team beïnvloedt. Het hebben van duidelijke teamdoelen waarbij alle teamleden zich betrokken voelen is in bijzonder van belang, naast participatie in het team, de nadruk die daarbij wordt gelegd op kwaliteit en de steun voor vernieuwing (Poulton & West, 1999). Molyneux concludeert dat de persoonlijke kwaliteiten en betrokkenheid van medewerkers, de communicatie in het team en de kans om creatieve werkmethodes te ontwikkelen doorslaggevend zijn voor het ontwikkelen van goede samenwerkingsrelaties in het team (Molyneux, 2001).

Tenslotte is *leren van elkaar* een belangrijk kenmerk van goede teamsamenwerking. Dit vereist het expliciteren - en ter discussie stellen - van eigen overwegingen in het professionele handelen. Door het opdoen van ervaring in de beroepsuitoefening worden impliciete kennis, vaardigheden en houdingen verworven ('tacit knowledge'), die enerzijds onderdeel vormen van de expertise van professionals, anderzijds een barrière kunnen vormen voor een verdere professionele ontwikkeling. Er zijn diverse argumenten voor het in teamverband expliciteren van wederzijdse vooronderstellingen, intenties en argumenten bij het handelen - en het daarmee van elkaar leren (Bolhuis, 2001).

- Samenwerking met anderen betekent dat ieder eigen stilzwijgende voorkennis en gewoontes (eigen 'tacit knowledge') hanteert, die niet automatisch door anderen worden begrepen, laat staan gedeeld. Dit geldt sterker naarmate anderen hun professionele ervaring in een andere werksituatie hebben opgedaan. Om een goede samenwerking tot stand te brengen dienen de partners zich bewust te worden van eigen impliciete opvattingen en gewoontes. Ze moeten hun kennis en vaardigheden gaan delen en op elkaar afstemmen om tot een goed gezamenlijk handelen te kunnen komen.
- Veranderingen in de mogelijkheden van diagnose, behandeling en zorg brengen met zich mee dat beroepsbeoefenaars hun bestaande, tot dan toe geldende, impliciet geworden kennis dienen in te wisselen voor nieuwe inzichten. Dit leerproces wordt sterk bevorderd door een teamverband waarin men elkaar aanmoedigt om regelmatig de gang van zaken tegen het licht te houden van de meest recente kennis die ieder heeft verworven.
- Toenemende specialisatie betekent enerzijds dat rond een patiënt meer professionals nodig zijn, anderzijds dat professionals minder van elkaars bijdrage ten behoeve van de patiënt (dreigen te) weten. Dat vraagt om het expliciteren van eigen inzichten voor andere beroepsbeoefenaars om tot onderlinge afstemming te komen. Hierdoor draagt samenwerken ook bij aan het leren van elkaar.

- Tenslotte leidt het leren van elkaar tot het creëren van nieuwe gezamenlijke kennis op basis waarvan de gezamenlijke zorg voor de patiënt kan worden geoptimaliseerd.

Proces van teamsamenwerking

In het functioneren van teams kan onderscheiden worden tussen de taakgerelateerde activiteiten en het proces van samenwerken. Bij een goed verloop van de samenwerking is er 'proceswinst' in de taakuitvoering (betere aanpak door overleg, betere procedures, grotere deskundigheid van de teamleden). Een slechte samenwerking (gebrek aan afstemming, conflicten, miscommunicatie) levert 'procesverlies'. Het proces heeft niet alleen bij de start van een team aandacht nodig; ook teamonderhoud is noodzakelijk om te voorkomen dat problemen doorsudderen en pas in een te laat stadium wordt ingegrepen (Ducanis & Golin, 1979).

Als teams in een min of meer vaste samenstelling voor langere tijd samenwerken is het nuttig om aandacht te besteden aan de fases in de teamopbouw (Hall & Weaver, 2001). In de eerste fase is het belangrijk om de wederzijdse rollen en verwachtingen te expliciteren, elkaars expertise te leren kennen, mogelijke overlap te bespreken en afspraken te maken over ieders taken in de samenwerking. Leiderschap in de eerste fase moet de nadruk leggen op de taken die het team heeft en op de gezamenlijke doelstelling. Het in stand houden van multiprofessionele samenwerking vereist onder andere: regelmatig evalueren en gezamenlijk vaststellen van de doelen en resultaten van het team, aandacht voor de vervanging van teamleden en het inwerken van nieuwe teamleden, duidelijkheid over verantwoordelijkheden en leiderschap, voldoende materiële middelen (Freeth, 2001). In de interviews voor dit rapport werd ook uitdrukkelijk gewezen op het belang van de onderlinge binding tussen teamleden. Je moet elkaar leren kennen, vertrouwen en waarderen om een goede samenwerking langere tijd in stand te houden.

Horder (2000) wijst op een specifiek probleem bij multiprofessionele samenwerking. Naast de eisen die ook in andere situaties worden gesteld aan leiderschap, vereist multiprofessionele samenwerking het kunnen omgaan met de spanning tussen de traditioneel dominante positie van artsen en de aspiraties van andere beroepsgroepen (om een meer gelijkwaardige status, meer waardering en/of betere salariëring te bereiken). Daarvoor is een participatief soort leiderschap nodig. De traditionele supervisie rol moet worden vervangen door een coachende en faciliterende rol. Teamleden moeten met inadequaat gedrag worden geconfronteerd. Ook is het voor het welslagen van het team nodig om niet teveel prioriteiten na te streven (Horder, 2000).

Samenwerken in wisselende samenstelling

Het centraal stellen van de patiënt betekent dat in veel situaties multiprofessionele samenwerking in wisselende samenstellingen nodig is. Voor dit type samenwerking is de term 'knotworking' van Engeström een geschikte metafoor. Letterlijk 'knoopwerken', een variant op netwerken. Het gaat om samenwerken in een tijdelijke verband (een knoop) door professionals die in een volgend geval weer met anderen samenwerken. De samenwerking is niet terug te voeren tot één centrale coördinatie of aansturing. Initiatieven wisselen gedurende het proces van samenwerken. De dimensies die hierbij een rol spelen kunnen als volgt worden vertaald naar multiprofessionele samenwerking in de zorg (Ter Heine-van Oosterum, 2000).

1. De dimensie van 'customer-intelligence', c.q. patiëntgerichtheid vraagt dat een rolgecentreerde coördinatie verschuift naar een taakgecentreerde coördinatie. Niet de rollen van zorgverleners, maar de patiëntgerichte zorg bepaalt de samenwerkingsverbanden. Reflectieve communicatie is nodig om die samenwerking adequaat tot stand te brengen.

2. Tijdsdimensie: samenwerken in wisselende verbanden maakt het noodzakelijk dat de achtereenvolgende stappen en besluitvorming worden beschreven. Terugkijken moet samengaan met anticiperen en plannen.
3. Systeemontwikkeling is nodig om informatie te verspreiden over die stappen en besluitvorming. De opgedane kennis en ervaring kan daardoor in volgende gevallen worden benut en gedeeld worden met anderen.
4. De 'ethische' dimensie: deze manier van samenwerken vraagt om wederzijds respect, vertrouwen in de rol van andere beroepsbeoefenaars en afspraken over ieders verantwoordelijkheden in de zorg voor de patiënt.

Niveau van de organisatie

In grotere organisaties zoals ziekenhuizen is het nuttig om minstens te onderscheiden tussen het niveau van teams en het niveau van de organisatie als geheel (Bolhuis & Simons, 1999; Vermaak, 1997). Het ondersteunen van multiprofessionele samenwerking stelt eisen aan het management, aan verantwoordelijkheidslijnen en beloningsstructuren. West en Poulton (1997) constateren bijvoorbeeld dat contracten en betalingssystemen op teamwerk moeten worden afgestemd.

De doelen van de grotere organisatie zijn niet automatisch de doelen die teams binnen die organisatie zich stellen. Bovendien komen de officiële doelen (van de organisatie of van teams) niet altijd overeen met de doelen die in de praktijk worden nagestreefd. Gebrek aan overeenstemming tussen teamleden over de na te streven doelen heeft een destructieve uitwerking op het teamfunctioneren. Gebrek aan overeenstemming tussen team(s) en de organisatie waarin die teams werken heeft dat ook - of leidt tot eigen teamdoelen (Ducanis & Golin, 1979).

Kwaliteitsbeleid

De kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg kan vanuit verschillende perspectieven worden bekeken (Grol, 1999). Vanuit het perspectief van de *professionele* ontwikkeling moeten opleiding, nascholing en (her)registratie de kwaliteit bewaken. Daarbij wordt recent gesteund op de *epidemiologische* invalshoek die op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde richtlijnen centraal stelt, de Evidence Based Practice. Internationale werkgroepen vatten daartoe, in het kader van de zogenaamde Cochrane Collaboration, wetenschappelijke literatuur volgens overeengekomen richtlijnen samen. De *politiek-economische* invalshoek legt de nadruk op 'accountability', verantwoording afleggen, waartoe kwaliteitsindicatoren moeten worden vastgesteld. Het *managementperspectief* sluit daarop aan en stelt niet zozeer het individuele handelen van professionals als wel de organisatorische context centraal. In het *juridisch-ethische* perspectief ligt de nadruk op de patiënt: het versterken van de patiëntpositie, bijvoorbeeld door wetgeving, raadpleging van patiënten en klachtenprocedures.

De Evidence Based Practice benadering heeft recent grote invloed verworven, maar er kleven nogal wat bezwaren aan, aldus Grol. Vaak is er geen wetenschappelijk bewijs voorhanden, de vertaling naar de praktijk is moeilijk omdat deze veel complexer is dan de onderzoekssituatie, de benadering sluit niet altijd aan bij patiëntverwachtingen, de kosten worden over het hoofd gezien en er spelen culturele normen mee in de richtlijnen, die bovendien dubieus kunnen zijn door invloed van belanghebbenden bij het tot stand komen. Grol pleit ervoor om de verschillende perspectieven met elkaar in verband te brengen, waarbij hij vooral de benadering vanuit het management en vanuit de patiënt bespreekt. Om de kwaliteit in de zorg te waarborgen dient de managementbenadering te worden gecombineerd met andere, zoals evidence based richtlijnen, multi-disciplinaire zorgprotocollen, informatisering en innovatieve methoden voor patiëntenparticipatie (Grol, 1999).

Bij het Integraal Kwaliteits Management (ook wel Total Quality Management of Continuous Quality Improvement) worden ideeën uit de industrie vertaald naar de gezondheidszorg (Headrick et al., 1996). Kernelementen zijn:

- Centraal stellen van de behoefte van de klant; in de zorg is de patiënt de primaire klant; in de ketenzorggedachte is men binnen de keten ook elkaars klant (intern bijv. de specialist is klant van het klinisch-chemisch laboratorium; of extern, bijv. de verwijzer);
- veel aandacht voor organisatorische voorwaarden voor kwaliteit, zoals samenwerking, leiderschap, teamwork of organisatieontwikkeling;
- kwaliteitsverbetering via concrete verbeterprojecten op de werkvloer en zogenaamde kwaliteitsborgingsystemen.

Centraal staat het analyseren en herontwerpen van zorgprocessen. Goede zorg betekent niet alleen dat separate handelingen en beslissingen van goede kwaliteit zijn, maar eveneens dat de interactie tussen handelingen en zorgverleners goed verloopt. In de aanpak van kwaliteitszorg wordt veel gebruik gemaakt van de kwaliteitskringloop. De belangrijkste stappen daarin zijn: doelen stellen, normering, registratie, evaluatie, verandering en hermeting. Er zijn diverse vormen die vooral verschillen in de stap waarmee ze beginnen. Een vorm is de intercollegiale toetsing die begint met het opsporen van een mogelijk probleem. In de NEN-ISO-richtlijnen van kwaliteitszorg in dienstverlenende organisaties is de eerste stap het bepalen van de behoefte en vaststellen van de dienst die daaraan beantwoordt. Het derde type kwaliteitskring is de cyclus 'plan-do-check/study- act' (PDCA of PDSA), die begint met het bepalen van doelstellingen en de activiteiten die daaruit voortvloeien. Dan volgt de uitvoering en vervolgens de controle of de doelstellingen volgens plan worden bereikt. Bij een discrepantie wordt een nieuwe cyclus ingegaan (Casparie, 1995a; Headrick et al., 1996).

2.3 Belemmeringen

Belemmeringen doen zich uiteraard voor naarmate bij beroepsbeoefenaars de (in 2.1) genoemde beroepsmotivatie en houding, vaardigheden en kennis ontbreken - en naarmate multiprofessioneel samenwerken geen normaal en gewaardeerd onderdeel is van de werksituatie van beroepsbeoefenaars (2.2). De belemmeringen die kunnen worden gevormd door afwezigheid van de betreffende beroepscompetenties en condities in de werksituatie worden hier niet opnieuw genoemd. Om belemmeringen te kunnen bestrijden is de vraag van belang *waarvoor en wanneer deze belemmeringen worden opgeworpen*.

- Zijn er belemmeringen bij beroepsbeoefenaars die zijn veroorzaakt tijdens de initiële opleidingen en zo ja welke?
- Zijn de initiële opleidingen inmiddels veranderd: veroorzaken zij nog steeds die belemmeringen of is dat (deels) verleden tijd?
- Zijn er belemmeringen bij beroepsbeoefenaars die zijn toe te schrijven aan hun werksituatie en zo ja welke? Zijn dit actuele of vroegere werksituaties?
- Betreft het belemmeringen die binnen de organisatie kunnen worden aangepakt en/of belemmeringen die (ook) elders om een oplossing vragen?

Ter illustratie een opsomming uit de literatuur van belemmeringen voor interprofessionele samenwerking en onderwijs (Headrick et al., 1998):

1. Verschillen in geschiedenis en cultuur
2. Historische rivaliteit tussen en binnen beroepen
3. Verschillen in taal en jargon

4. Verschillen in roosters en professionele routines
5. Variërende niveaus van opleiding, kwalificatie en status
6. Verschillen in vereisten, regels en normen van de betreffende opleidingen
7. Angst voor het verwateren van de professionele identiteit
8. Verschillen in aansprakelijkheid, betaling en beloning
9. Bezorgdheid over de klinische verantwoordelijkheid.

De opsomming noemt nogal uiteenlopende zaken, waarbij het historische ontstaan en de plaats (opleiding of werk) door elkaar lopen. Ten eerste worden zaken genoemd die de *werksituatie* betreffen: zaken die een organisatie kan wijzigen (4). Onevenredige verschillen in aansprakelijkheid, betaling en waardering (8) horen deels hierbij. Deels betreft het ook zaken die op landelijk niveau, bij beroepsorganisaties, overheid en zorgverzekeraars, vragen om heldere regelingen en afspraken: professionele rollen (7), aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid (8 en 9).

Ten tweede is er de rol van de *opleidingen*. Er is op zichzelf niets mis met verschillen naar inhoud en niveau van de opleidingen (5 en 6); er zijn immers allerlei beroepsbeoefenaars nodig op diverse kwalificatieniveaus. Er is zeker wel iets mis met verschillen in status (5), indien beroepsbeoefenaars zich daardoor van noodzakelijke samenwerking met anderen laten afhouden. Ook de normen die in opleidingen worden overgedragen (6) dienen mee te veranderen met de eisen aan beroepsbeoefenaars in de zorg. Het leren spreken van elkaars taal, c.q. het in staat zijn om verschillen in taal en jargon te overbruggen, is een belangrijke communicatieve vaardigheid die ook in opleidingen aandacht verdient.

Voor het overige gaat het om een historisch gegroeide, *traditionele situatie* (1, 2, en deels ook 3). Deze situatie zal door opleiders én beroepsbeoefenaars, dus zowel in opleidingen als in de praktijk van de zorg, worden voortgezet, indien opleiders en zorgverleners niet reageren op de veranderende eisen van de zorg. In dat geval beginnen nieuwe beroepsbeoefenaars na hun opleiding met een beperkte, zo niet onjuiste visie op hun werk en in het ergste geval met vooroordelen jegens andere beroepsbeoefenaars. In dit verband is het erg belangrijk dat opleiders de praktijk goed kennen en niet vanuit achterhaalde beelden van de zorg onderwijs geven, respectievelijk dat opleiders en beroepsbeoefenaars in de praktijk voortdurend zelf actief zijn én worden gestimuleerd en gesteund om met nieuwe eisen in hun werk mee te veranderen.

Zorgen over het verlies aan duidelijke *professionele identiteit* (punt 9) is begrijpelijk vanuit de verschuivingen in rollen en de veranderingen in professies die leiden van autonomie naar samenwerking. Zie 1.1. Ook in de geestelijke gezondheidszorg staat de betekenis van professionalisme onder druk, met defensieve reacties van professionals als gevolg (Hutschemaekers, 2001). Onduidelijkheid over rollen komt teamsamenwerking niet ten goede en kan mede aanleiding zijn tot competentiestrijd (Ministerie van Volksgezondheid, 1999) en domeinstrijd (Assmann et al., 1998). Voor professionals is er bovendien een toenemende spanning tussen de eisen die aan hun specialistische kennis worden gesteld enerzijds en de vakoverstijgende eisen zoals multiprofessionele samenwerking anderzijds (Barr, 2000).

Het onderwijs dat aanstaande beroepsbeoefenaars volgen is minstens een van de factoren in de vorming van de professionele identiteit. De beroepshouding, inclusief de attitude tegenover andere beroepsbeoefenaars, wordt (mede) gevormd in de initiële opleidingen. Dit wordt genoemd als argument voor multiprofessioneel onderwijs, maar leidt vervolgens tot discussie over de vraag in welke fase studenten dat onderwijs zouden moeten krijgen. (Zie ook 3.2.2).

Sommige auteurs zijn van mening dat de professionele identiteit eerst moet worden gevormd om voldoende sterk in de schoenen te staan om multiprofessionele samenwerking te kunnen leren. De vraag of dat zo is blijft een punt van discussie (Hall & Weaver, 2001). Het tegenargument is dat de vorming van de professionele identiteit juist in een vroeg stadium multiprofessioneel samenwerken moet omvatten, omdat eenmaal gevestigde ideeën en opvattingen over eigen rol in een later stadium moeilijker te veranderen zijn. Gerapporteerd wordt dat ook volgens studenten zelf negatieve attitudes tegenover andere professies al in die fase worden gevestigd (Barr, 2000). Het is zonder meer duidelijk dat dit een ongewenst leerresultaat is, die om een verandering in de betreffende onderdelen van de opleiding(en) vraagt. Het omgekeerde wordt echter ook gemeld, als reactie van studenten op multiprofessioneel onderwijs: studenten vinden dat hen wordt opgedrongen dat multiprofessionele samenwerking problematisch zou zijn, terwijl zij dat zelf zo niet zien (evaluatie pilotproject Nijmegen).

Als belemmeringen voor een goede samenwerking gelegen zijn in de organisatie van het werk, in discussie over de afbakening van beroepstaken en -verantwoordelijkheden en/of de slechte salariering van bijvoorbeeld verpleegkundigen, kan niet als eerste naar onderwijs worden verwezen voor het oplossen van die problemen. Wel kan het bij reeds langer werkzame beroepsbeoefenaars nodig zijn om, tegelijk met veranderingen in het werk, nascholing in te bouwen. Als beroepsbeoefenaars reeds geruime tijd aan het werk zijn, betekent dat twee dingen. Ten eerste hebben leerprocessen tijdens de loopbaan invloed uitgeoefend op de motivatie, opvattingen, vaardigheden en kennis die voor samenwerken relevant zijn, in positieve of negatieve zin. Ten tweede heeft de werkplek actuele invloed, die stimuleert dan wel verhindert dat beroepsbeoefenaars de voor samenwerking nodige motivatie, opvattingen, vaardigheden en kennis voldoende ontwikkelen - of zelfs ertoe kan bijdragen dat zij deze afleren.

De invloed van (1) de opleiding en (2) condities in het werk op (3) het handelen in de praktijk kan in grote lijnen - en gesimplificeerd - waarschijnlijk als volgt worden weergegeven:

1. Multiprofessioneel samenwerken in de opleiding	2. Condities in het werk voor multiprofessioneel samenwerken	3. Resultaat t.a.v. multiprofessionele samenwerking
Niet of negatieve aandacht	Condities ontbreken	Geen samenwerking; moeilijk te veranderen
Niet of negatieve aandacht	Gunstige condities	Redelijke of goede samenwerking
Positieve aandacht; samenwerken in de opleiding geleerd	Condities ontbreken	Geringe kans op samenwerking
Positieve aandacht; samenwerken in de opleiding geleerd	Gunstige condities	Grootste kans op goede samenwerking

Figuur 4: Invloed van opleiding en condities in het werk op samenwerking

- Als in de opleiding geen aandacht is besteed aan samenwerking als beroepseis of zelfs een negatieve houding tegenover andere beroepsbeoefenaars werd verworven én de condities in de werksituatie zijn ongunstig, ontbreekt niet alleen de samenwerking maar zijn ook de condities om deze tot stand te brengen het ongunstigst.
- Als in de opleiding geen aandacht is besteed aan samenwerking als beroepseis of zelfs een negatieve houding tegenover andere beroepsbeoefenaars werd verworven, maar de condities in de werksituatie zijn gunstig, dan is er een redelijke kans dat er toch wordt samengewerkt tussen diverse beroepsbeoefenaars.

- Als in de opleiding wél aandacht is besteed aan samenwerking als beroepseis, maar de condities in de werksituatie zijn ongunstig, dan is de kans klein dat er wordt samengewerkt.
 - Als in de opleiding wél aandacht is besteed aan samenwerking als beroepseis én de condities in de werksituatie zijn gunstig, dan wordt er ongetwijfeld prima samengewerkt.
- De simplificatie schuilt er vooral in dat beroepsbeoefenaars in een concrete werksituatie hun opleiding op diverse plaatsen en tijden hebben gevolgd en uiteenlopen qua werkervaring. Het belang van de werksituatie is echter duidelijk. “Opportunity is as important as motivation or capability” (Barr et al., p.539; zie ook Poiesz, 1999).

3 Multiprofessioneel samenwerken leren

3.1 Educatieve interventies

Onderwerp van dit hoofdstuk zijn de mogelijke interventies, gericht op het doel van (betere) samenwerking tussen beroepsbeoefenaars met het oog op een optimale zorg voor de patiënt. Multiprofessioneel opleiden is één van de mogelijke interventies. Naast multiprofessioneel opleiden zijn uniprofessionele interventies (dus binnen de diverse opleidingen voor de gezondheidszorg) mogelijk. Deze beide typen interventies hebben de aanstaande beroepsbeoefenaars als doelgroep. Tenslotte vinden interventies plaats in de beroepspraktijk, direct gekoppeld aan (veranderingen) in het werk. Daarbij zijn reeds werkzame beroepsbeoefenaars de doelgroep. De sprong van 'er moet in de zorg multiprofessioneel worden samengewerkt' naar 'dus moet er multiprofessioneel worden opgeleid' wordt in de literatuur nogal eens als vanzelfsprekend, maar zonder onderbouwing gepresenteerd (zie bijvoorbeeld Hamilton, 1999).

Een *interventie* is een 'samenhangend stelsel van activiteiten dat door de uitvoerder(s) ondernomen wordt, teneinde een bestaande situatie te veranderen in de richting van een gewenste situatie' (Swanborn, 1999). Strikt genomen kan een maaltijd klaarmaken dan ook als een interventie worden benoemd. Uit de context is echter duidelijk dat Swanborn doelt op beleidsmaatregelen die zijn gericht op het verbeteren van situaties in de samenleving. Allerlei beleidsmaatregelen op uiteenlopende terreinen kunnen worden beschouwd als interventies. Ook onderwijs of bepaalde projecten binnen het onderwijs, zoals multiprofessioneel opleiden, zijn interventies.

De keuze van één of meer interventies wordt - idealiter - gemaakt in relatie tot de doelstellingen. Bij een *brede doelstelling* zullen vaak verschillende interventies worden ingezet, al of niet in samenhang met elkaar, waarbij elke deelinterventie toegesneden doelstellingen heeft binnen het grotere geheel. Het bevorderen van (betere) samenwerking tussen de beoefenaars van diverse beroepen in de gezondheidszorg is zo'n brede doelstelling. Gezien de brede doelstelling zijn ook andere interventies denkbaar die het doel zouden kunnen dienen. In de praktijk blijken die er ook te zijn. Hierbij doet zich een eerder (zie 1.1) gesignaleerd conceptueel probleem voor: interventie-activiteiten krijgen voor een deel de noemer 'multiprofessioneel' of een dergelijke term mee, maar een ander deel krijgt een andersoortig etiket, vaak een waarin het onderwerp, de inhoud en eventueel ook de context van samenwerking wordt benoemd, bijvoorbeeld palliatieve zorg in de huisartspraktijk.

Het uiteindelijke doel van interventies ter bevordering van een (betere) multiprofessionele samenwerking in de zorg is een *gedragsdoel*. Het gaat om het gezamenlijke handelen van professionals in allerlei situaties in de praktijk van de zorg. De *potentiële doelgroep* van interventies valt globaal uiteen in de aanstaande beroepsbeoefenaars (studenten in opleidingen voor beroepen in de zorg) en reeds werkzame beroepsbeoefenaars.

Het accent ligt in dit rapport op educatieve interventies. Eerst wordt besproken welke keuzes te maken zijn ten aanzien van 'multiprofessioneel leren samenwerken' als doel van onderwijs. De vraag is onder andere of en wat binnen de afzonderlijke initiële en/of vervolgopleidingen kan worden gedaan (3.2). Vervolgens wordt het pilotproject multiprofessioneel onderwijs in Nijmegen besproken (3.3). Tenslotte wordt een korte opsomming gegeven van de

verschillende soorten interventies die in de praktijk van de zorg kunnen bijdragen aan multiprofessionele samenwerking, via het directe leren door werken (3.4).

3.2 Multiprofessioneel samenwerken leren tijdens de opleiding

Leren om multiprofessioneel samen te werken kan in principe op diverse manieren gebeuren, binnen de initiële opleidingen en/of de vervolgoopleidingen, met of zonder studenten van andere opleidingen (dus in de vorm van multiprofessioneel of uniprofessioneel onderwijs). Er is een aantal keuzes te maken: waarom wat, hoe, wanneer, met wie? De vraag wat de beste keuze is, kan niet zonder meer worden beantwoord.

1. De keuzes waarom wat en hoe betreffen de *doelen, inhouden en leervormen* die worden gekozen. Deze moeten onderling op elkaar zijn afgestemd. Ook de *tijd* die voor het onderwijs ter beschikking staat is hierbij een factor.
2. Er zijn keuzes wat betreft de *fase, de plaatsing* in het continuüm van opleiden en leren, en binnen een opleidingscurriculum: in het begin of later in de opleiding, in het deel van de opleiding dat binnen het opleidingsinstituut plaatsvindt of in het deel dat in de praktijk plaatsvindt, in initiële of in vervolgoopleidingen.
3. Er zijn met het voorgaande samenhangende keuzes van deelnemers, c.q. *studenten*: samen met studenten uit opleidingen voor een ander beroep (dus in de vorm van MPO) of binnen de opleiding voor het eigen beroep (uniprofessioneel).

3.2.1 Doelen, inhouden, leervormen en tijd

Wat: doelen en inhouden

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport spreekt over de bevordering van multiprofessioneel onderwijs als voorbereiding op de latere samenwerking in de praktijk van gezondheidscentra, clusters in ziekenhuizen, etcetera. (Ministerie van Volksgezondheid, 2001). De vele ontwikkelingen in de zorg betekenen dat multiprofessioneel opleiden drie doelen moet dienen: het voorzien in beroepskennis –en vaardigheden, kweken van ontvankelijkheid voor veranderingen en een gezamenlijke betrokkenheid bij het zorgproces, waarbij de patiëntgerichte zorgverlening als uitgangspunt wordt genomen. De ontvankelijkheid voor veranderingen duidt op het belang van blijvend professioneel leren.

Doelen van multiprofessioneel onderwijs zijn volgens Harden (1998):

- De gemeenschappelijke kerncompetenties van de verschillende beroepen; daarmee verbonden kennis, vaardigheden en houdingen, en met name de competenties die complexe gezondheidsproblematiek betreffen.
- Het ontwikkelen van meervoudig geschoolde beroepsbeoefenaars die elkaars werk kunnen overnemen bij vervagende grenzen tussen de beroepen.
- Het ontwikkelen van vertrouwddheid en begrip t.a.v. professionele rollen en van het vermogen om de gezondheidszorg vanuit diverse professies te bekijken.
- Vaardigheden voor teamwerk, samenwerking en communicatie om het samenwerken tussen verschillende beroepsgroepen in de zorg te faciliteren.

Het tweede punt geldt voor sommige beroepen meer dan andere - en waarschijnlijk in sommige landen meer dan in andere. Naast het voordeel van flexibiliteit en een goede aansluiting, blijft (in Nederland) de vraag in hoeverre efficiëntie en aansprakelijkheid te verenigen zijn met overnemen van elkaars werk. Het derde punt sluit nauw aan bij het eerste

in die zin dat een complexe patiëntenzorg vereist dat men goed van elkaar professionele competenties op de hoogte is. Vaardigheden voor teamwerk worden op veel plaatsen verder uitgewerkt. Zie ook 2.2. Lavin et al (2001) geven in hun review een opsomming van inzichten in communicatie technieken en groepsprocessen uit de literatuur. Zij noemen daarbij onder andere dat een goede teamsamenwerking vereist dat problemen rond wederzijdse rollen worden opgelost. Goede planning en geschreven communicatie zijn nodig voor de coördinatie. Teams ontwikkelen zich in fases en hebben tijd nodig om het proces goed te doen verlopen: doelen en rollen vaststellen, besluitvorming, communicatie. Onderwijs dient te worden gericht op socialisatietheorie in verband met professionele rolconflicten, culturele diversiteit en interdisciplinaire teamsamenwerking. Ook vaardigheden voor consultatie en coördinatie moeten worden geleerd (Lavin et al., 2001).

Nog een voorbeeld van doelen voor een interdisciplinair programma gericht op teamwerk is te vinden bij Ducanis en Golin (1979). Van studenten wordt na afloop verwacht dat zij:

- Laten zien dat zij in staat zijn om competenties te identificeren en gebruik te maken van professionals in een interdisciplinair team.
- De impact van diverse organisationele settings op het teamfunctioneren beschrijven.
- De invloed van teamdynamica en van diverse subculturele factoren (zoals professionele rollen en status) op de functies van een interdisciplinair team analyseren en evalueren.
- Verschillende modellen voor het opleiden van teamleden t.a.v. teamfuncties en teamontwikkeling evalueren.
- Modellen voor teambesluitvorming analyseren en evalueren.
- Het vermogen demonstreren om effectief te communiceren met andere teamleden (inclusief patiënten, professionals en paraprofessionals) en om in gepaste rollen binnen het team te functioneren.

Interessant is dat de doelen hier ook factoren die het samenwerken beïnvloeden betreffen, zoals de organisatie-setting, groepsdynamica en wettelijke, sociale en financiële factoren.

In programma's voor multiprofessioneel onderwijs moeten de doelen en daarbij behorende inhouden uiteraard concreet worden geformuleerd. Daarbij kan de keuze ten eerste worden toegespitst op aspecten van kennis en/of vaardigheden en/of attitude, zoals besproken in 2.1. Een beperkte doelstelling voor een stukje onderwijs kan bijvoorbeeld 'oriëntatie op de gezondheidszorg' betreffen, waarbij het vooral gaat om kennis van de verschillende beroepen en hun plaats in het zorgproces. Ten tweede zullen concrete doelen voor multiprofessioneel onderwijs vaak verbonden zijn aan het type patiëntproblematiek. Bijvoorbeeld in een programma rond geriatrische patiënten waren de doelen: kennis over ouderen, houding t.a.v. ouderen en teamsamenwerking (Richardson, Montemuro, Mohide, Cripps, & Macpherson, 1999). Die onderwijsdoelen hangen samen met de context waarin en waarover wordt geleerd, namelijk de geriatrische afdeling, de samenwerking die daar wordt gerealiseerd en de beroepsbeoefenaars die daarbij zijn betrokken, in dit geval onder andere studenten fysiotherapie, ergotherapie, creatieve therapie, verpleegkunde en sociaal werk. In de beschrijving van het project Multiprofessioneel Onderwijs in Nijmegen zijn voorbeelden te vinden van concrete doelen voor een bepaald stukje onderwijs (zie 3.2).

Kortom, de concrete invulling van doelen loopt uiteen, afhankelijk van de volgende, samenhangende factoren:

1. De patiëntproblematiek en daaruit voortvloeiende problemen en behoeften: de competenties die daardoor van beroepsbeoefenaars worden gevraagd. Hierbij hoort ook de communicatie met de patiënt en diens omgeving.

2. De context: in welk onderdeel of welke onderdelen van de zorg vindt de samenwerking plaats? Binnen de afdeling van een ziekenhuis? Tussen eerste en tweede lijn? Enzovoort.
3. Type teamsamenwerking, bijvoorbeeld: vast - wisselend, lang of kort durend; in direct contact of parallel; in duidelijke eigen professionele rollen of met rolvervaging (overnemen van elkaars taken); klein of groot aantal betrokken beroepsgroepen.
4. Betrokken beroepsgroepen.

Tenslotte is er de vraag hoeveel *tijd* er beschikbaar is. Meer omvangrijke doelen en inhouden zijn alleen haalbaar als er voldoende tijd is. Omgekeerd kan men vanuit de doelen in relatie tot de beoogde deelnemers (eerstejaars, stagiaires, ervaren beroepsbeoefenaars) een schatting van de benodigde tijd maken. Daarbij is de totale omvang, maar ook de spreiding in de tijd een factor. In de literatuur worden zowel bijeenkomsten van een halve of hele dag beschreven als een opbouw van multiprofessionele onderdelen door bijvoorbeeld een driejarig curriculum heen.

Hoe: leervormen

Leervormen kunnen in principe sterk uiteenlopen, van werken in kleine groepen tot afstandslernen (Harden, 1999). Leervormen moeten worden zodanig worden gekozen dat ze geschikt zijn voor het bereiken van de leerdoelen (Mires et al., 1999). Als bijvoorbeeld het daadwerkelijk leren samenwerken in een multiprofessioneel team centraal staat, is het van belang om de eisen die dat stelt aan den lijve te ondervinden en de betreffende vaardigheden te kunnen oefenen. Als het gaat om aanvullende kennis van diverse professies zou bijvoorbeeld zelfstudie met behulp van een cd-rom een effectieve leervorm kunnen zijn. Sommige auteurs merken op dat multiprofessioneel onderwijs vaak gebruik maakt van niet-traditionele onderwijs- en leervormen, zoals probleemgestuurd onderwijs en in-service onderwijs, met kritische reflectie, klein groepswork, rollenspel en dergelijke werkvormen die met name gericht zijn op gedrag (Hall & Weaver, 2001). Over het algemeen wordt het gebruik van interactieve werkvormen gemeld. Barr (2000) maakt een onderverdeling in leervormen die zijn gebaseerd op: uitwisseling (debat, spel, rollenspel, case study), observatie (van patiënt, thuissituatie), actie (gezamenlijk onderzoek, probleemgestuurd leren), simulatie of praktijk (werkgerelateerde opdrachten).

Het belang van meer actieve en authentieke leervormen wordt vanuit de leerpsychologie bepleit voor alle mogelijke leerdoelen. Dit type meer actieve onderwijsleervormen krijgen door de vernieuwingen van het gezondheidszorgonderwijs in Nederland al geruime tijd meer plaats in de curricula. De nadruk op leren professioneel handelen (competentiegericht leren) brengt mee dat er toenemende aandacht is voor dergelijke onderwijsleervormen bij onderwijsontwikkeling en de professionalisering van docenten. Voordeel is dat multiprofessioneel onderwijs daarmee minder afwijkt van de rest van de opleiding.

3.2.2 Wanneer multiprofessioneel samenwerken leren?

In 1.5 werd de vraag geformuleerd welke competenties het beste in welke deel van de opleiding en/of tijdens de loopbaan zouden kunnen worden verworven: in de initiële opleiding (in het theoretische deel, in het praktijkdeel) of in vervolgoopleidingen en nascholing. Daarbij werd aangegeven dat de *mogelijke rol van de praktijk in het leerproces* een overweging kan zijn (zie figuur 3 in 1.5). Ducanis & Golin (1979) onderscheiden in verband met het leren samenwerken in een team 'preprofessional education', 'continuing education' en 'team development'. Het laatste betreft leren op de werkplek. In 'continuing education' is lang niet

altijd sprake van een directe relatie met werken. Headrick et al. (1998) bepleiten om ook in de 'continuing education' veel meer aandacht aan samenwerking in de praktijk te besteden.

Waarom is de rol van de praktijk belangrijk voor het leren? Theoretische kennis die nog geen betekenis krijgt in de professionele praktijk verdwijnt gemakkelijk. Wat studenten ook leren, "it does not become part of professional knowledge unless and until it has been used for a professional purpose", aldus Eraut (1994). Initiële opleidingen onderschatten de tijd die nodig is om te leren hoe de verworven kennis in de praktijk toe te passen. Opleidingen zouden hiermee veel meer rekening dienen te houden, aldus Eraut. In vier van de vijf interviews voor dit rapport overheerste de mening dat multiprofessionele samenwerking leren eigenlijk het best heel dichtbij of in de werksituatie kan plaatsvinden.

In de literatuur zijn zowel pleidooien om zo vroeg mogelijk te beginnen als om pas in de klinische setting multiprofessionele samenwerking tot onderwerp te maken (Hilton, Morris, & Wright, 1995; Barr, 2000). Zie ook 2.3. Een van de geïnterviewden noemde als voordeel van de opleiding dat er meer rust is om te leren. Het leren heeft er minder te lijden van de hectiek van het werk. Het meest gegeven argument om zo vroeg mogelijk in de opleiding te beginnen met multiprofessioneel opleiden is het voorkomen van negatieve beeldvorming van andere professies (Harden, 1998). Als de beroepsidentiteit eenmaal gevormd is, zou het moeilijk zijn om alsnog te leren zich in te leven in het perspectief van andere professies en met andere beroepsbeoefenaars te leren samenwerken. Er zijn ook argumenten tegen zo'n vroege start van multiprofessioneel onderwijs. Studenten hebben dan nog weinig interesse in andere beroepen, juist omdat hun eigen professionele beeld nog onduidelijk is (Pirrie, Wilson, Harden, & Elsegood, 1998). Men moet eerst zelf voldoende expertise in het eigen vakgebied hebben ontwikkeld om iets in te brengen te hebben in een team (Ducanis & Golin, 1979).

Als belangrijk argument voor multiprofessionele educatie wordt veelal verwezen naar problemen in de samenwerking tussen beroepsbeoefenaars in de zorg. Anderzijds wordt echter opgemerkt, door de geïnterviewden en soms ook in de literatuur, dat er in veel situaties goed wordt samengewerkt - en wordt het argument omgedraaid. "Change has been slower in health professions education than in health care practice, resulting in a gap between what is taught and what is needed. Health professionals continue to be educated with insufficient opportunity to learn how to work together across disciplines ..." (Headrick et al., 1996).

Opgemerkt moet worden dat een negatieve beeldvorming en attitude t.a.v. (bepaalde) andere beroepsgroepen zowel tijdens de initiële opleiding als later in het werk kunnen worden verworven. In het eerste geval zijn het kennelijk opleiders die deze negatieve opvattingen overdragen, ongetwijfeld niet omdat dit als leerdoel was geformuleerd, maar eerder als element van het 'verborgen curriculum'. Als een negatieve houding tegenover andere beroepsbeoefenaars in het werk ontstaat, zijn kennelijk de werkverhoudingen tussen de betreffende beroepsbeoefenaars weinig optimaal. Helaas passen nieuwe collega's zich vaak aan de heersende cultuur aan. Zelfs al zou een nieuweling dat graag willen, dan heeft hij of zij als eenling vaak niet voldoende macht om een verandering tot stand te brengen. Voor een verandering is ingrijpen in de organisatie nodig, waarbij alle betrokkenen ertoe worden gebracht om hun werkwijze en opvattingen aan te passen. Ingrijpen vanuit de organisatie om (meer of betere) multiprofessionele samenwerking tot stand te brengen kan tevens zijn ingegeven door bijvoorbeeld nieuwe medische ontwikkelingen, zorgbehoeften of externe eisen aan de kwaliteit van de zorg. De steun van de organisatie is ook nodig in de vorm van facilitering.

Het belangrijkste argument in de discussie wanneer (aanstaande) beroepsbeoefenaars het beste kunnen leren om met elkaar samen te werken blijft de relatie van het leerproces met de praktijk. Er is een tendens om het opdoen van praktijkervaring steeds vroeger in de opleiding een plaats te geven. Het aan de praktijk verbinden van leren om multiprofessioneel samen te werken hoeft dus niet perse te betekenen dat dit uitsluitend in een latere fase van de opleiding gebeurt. Wat pleit voor de verbinding met de praktijk is dat studenten in praktijkonderdelen van de opleiding kunnen ondervinden hoe belangrijk samenwerking is voor het realiseren van een optimale zorg. De motivatie wordt hierdoor gestimuleerd. Ook wordt in de praktijk zichtbaar hoe die samenwerking verloopt, ook als daarin problemen optreden. Belangrijk is dat hieraan in de begeleiding op de werkplek en vanuit de opleiding dan ook aandacht wordt besteed. Daardoor kan ook van eventuele slechte voorbeelden worden geleerd en kunnen extra varianten worden ingebracht ('wat doe je als ...'). Hetzelfde geldt voor nascholing en vervolgoopleidingen, waaraan wordt deelgenomen door beroepsbeoefenaars die werkzaam zijn in de praktijk en waarbij de inhoud vaak direct wordt gerelateerd aan (het opdoen van) ervaring in de praktijk. Veel multi- of interprofessioneel onderwijs betreft overigens (korte) programma's voor nascholing, die direct voortkomen uit behoeften in de praktijk.

3.2.3 Met studenten uit de eigen of uit andere opleidingen?

In de literatuur over multiprofessioneel onderwijs wordt deze derde keuze (tussen het leren in een uniprofessionele of multiprofessionele samenstelling) meestal niet genoemd. Harden lijkt dat in eerste instantie wel te doen, bij zijn model van drie dimensies om multiprofessioneel onderwijs te beschrijven. Die dimensies zijn ten eerste de context, waarmee hij bedoelt: de fase van de opleiding, de categorie studenten en de leersituaties. Een tweede dimensie zijn de doelen ofwel beoogde uitkomsten van het curriculum en een derde: de benadering van multiprofessioneel onderwijs. Naar zijn mening zijn er in de ontwikkeling van multiprofessioneel onderwijs elf stappen te onderscheiden in een continuüm van uniprofessioneel naar transprofessioneel (Harden, 1998). Die stappen zijn:

1. isolatie, waarbij men niet op de hoogte is van elkaars onderwijs voor de diverse beroepen;
2. bewustzijn, waarbij men wel van elkaars onderwijs op de hoogte is, maar geen contact onderhoudt;
3. consultatie, waarbij opleiders van de diverse opleidingen over hun onderwijs contact hebben en dit in hun onderwijs mogelijk merkbaar is;
4. uitwisseling (letterlijk 'nesting'), waarbij binnen uniprofessioneel onderwijs iets geleerd wordt over andere beroepen, mogelijk met opleiders uit andere beroepen (bijvoorbeeld een verpleegstage voor medische studenten);
5. tijdelijk parallel onderwijs, bijvoorbeeld een college voor studenten van verschillende opleidingen;
6. gedeelde leerervaringen, waarbij in een deel van het onderwijs studenten van twee opleidingen interactief samen leren;
7. correlatie, waarbij binnen een uniprofessionele opleiding multiprofessionele onderdelen zijn geplaatst;
8. complementariteit, waarbij uni- en multiprofessionele onderdelen elkaar aanvullen;
9. multiprofessioneel onderwijs, waarbij (vrijwel) alles wordt gedaan met studenten uit verschillende opleidingen, waarbij studenten vanuit hun eigen aanstaande beroepsrol deelnemen;
10. interprofessioneel onderwijs waarbij studenten uit verschillende opleidingen deelnemen, maar in de leersituaties ook vanuit het perspectief van andere beroepen

moeten leren kijken, bijvoorbeeld door ook de rol van een andere beroepsgroep te spelen;

11. transprofessioneel onderwijs, dat plaatsvindt in de praktijk en waarbij studenten samen als team functioneren, zoals bijvoorbeeld in Linköping wordt gedaan (Areskog, 1995).

Het is niet zo duidelijk langs welke dimensie de stappen worden onderscheiden. In stap 4 kan bijvoorbeeld in principe meer geleerd worden over het samenwerken tussen professies dan in stap 5. De stappen 6 en 7 zijn moeilijk te onderscheiden. Dat geldt ook voor 9 t/m 11: in de laatste stap gaat het om leren in een (overigens kunstmatig ingerichte, 'ideale') praktijksituatie. In stap 9 (multiprofessioneel onderwijs) leren studenten vanuit hun eigen aanstaande beroepsrol, maar in de volgende stap 10 (interprofessioneel) leren ze ook zich inleven in elkaars rol. Dit is merkwaardig, omdat dit laatste ongetwijfeld ook gebeurt in de multiprofessionele onderdelen vanaf stap 6.

De ontwikkelingsstappen zoals Harden onderscheidt, maken niet duidelijk met welke vorm(en) van onderwijs studenten het beste op multiprofessionele samenwerking kunnen worden voorbereid. Een niet gestelde vraag is wat het noodzakelijk maakt om studenten van verschillende opleidingen bij elkaar te brengen om te kunnen leren over en zich in te leven in de rol van verschillende andere beroepsgroepen. Zonder nadere verklaring blijft de vooronderstelling dat studenten die voor verschillende beroepen in opleiding zijn bijeen moeten komen. Met de verschillende stappen geeft Harden echter diverse andere mogelijkheden aan. Hij citeert bijvoorbeeld Rogerson (1998) die heeft laten zien dat de voordelen van studenten die multiprofessioneel samen leren óók kunnen worden gerealiseerd als studenten leren van opleiders of staf uit andere beroepen, dus in stap 4, door 'nesting' (Harden, 1998).

Uniprofessioneel voorbereiden op multiprofessionele samenwerking?

Als samenwerken een belangrijke competentie voor diverse beroepen in de zorg is, zou dat ook binnen de beroepsopleidingen consequenties moeten hebben. Daarvoor zijn naast inhoudelijke ook praktische argumenten. Deelname aan multiprofessioneel onderwijs is vaak vrijwillig, blijkt uit een review betreffende Noord-Amerika (Hall & Weaver, 2001) en bereikt dus (lang) niet alle studenten. Het realiseren van interprofessionele onderdelen in de opleidingen van verschillende beroepsgroepen is nogal complex, zeker als daarbij meer onderwijsinstellingen met heel verschillend opgebouwde opleidingen zijn betrokken zoals de universitaire opleiding geneeskunde en gezondheidszorgopleidingen in het HBO. Ook al is de goede wil er, de logistiek alleen al is een enorm probleem. Men kan zich dus afvragen wat de diverse onderwijsinstellingen doen om ook binnen de afzonderlijke opleidingen studenten voor te bereiden op het samenwerken met andere beroepsbeoefenaars in de zorg. Enkele voorbeelden om multi- ofwel interprofessionele samenwerking een plaats te geven:

- kennis van het beroepenveld en van de organisatie en samenwerking in de zorg;
- oefeningen bij sociale en communicatieve vaardigheden rond samenwerking tussen diverse beroepsbeoefenaars;
- opdrachten in stages en coschappen om de samenwerking in een bepaalde context, rond een bepaalde problematiek, te analyseren en evalueren, desgewenst mede door ondervragen van andere beroepsbeoefenaars en patiënten.

3.2.4 Problemen bij het multiprofessioneel samenwerken leren in de opleidingen

Rond de invoering van multiprofessioneel onderwijs worden in de literatuur velerlei problemen gesignaleerd. Het Ministerie van VWS (1999) noemt als barrières bij het

ontwikkelen en implementeren van multiprofessioneel onderwijs in het Nederlandse hoger onderwijs:

- Gebrek aan betrokkenheid onder docenten
- Vooroordelen ten opzichte van andere disciplines
- Verschillen in maatschappelijke status, beloning, prestige en positie in de hiërarchie.

Areskog formuleerde de volgende lijst problemen die men kan tegenkomen bij het invoeren van multi- of interprofessioneel onderwijs:

- Bezorgdheid of weerstand van docenten die veroorzaakt wordt door de aanwezigheid van studenten/gezondheidswerkers met verschillende opleidingsniveaus
- Studenten of docenten die niet bereid zijn te experimenteren met verschillende onderwijsmethoden
- Gebrek aan vaardige of ervaren docenten voor multiprofessioneel onderwijs
- Moeilijkheden bij het voorbereiden van een gemeenschappelijk kerncurriculum
- Niet geschikte assessmentmethoden om de specifieke competenties voor het functioneren als teamlid te bepalen
- Gebrek aan leer -en onderwijsmaterialen
- Overbelast ondersteunend personeel dat niet in staat is om tegemoet te komen aan de behoefte aan praktijktrainingen van studententeams
- Problemen met het implementeren van geplande activiteiten in de 'community'
- Beperkte onderwijskundige faciliteiten, onvoldoende legitimatie en/of identificatie van opleidingsbehoeften
- Angst van gezondheidswerkers om hun identiteit en specialisme kwijt te raken
- Docenten vinden dat plannen, adviseren en evalueren onevenredig veel tijd eist
- Onvoldoende mogelijkheden voor training-on-the-job
- Ontoereikende intersectorale ondersteuning van de opleiding

(Areskog, 1995)

Er moet meer aandacht komen voor stafontwikkeling: om te leren hoe zij studenten tot deelname kan motiveren en hoe zij het leerproces het beste kan faciliteren. Daarbij gaat het om het leren van niet-klinische vaardigheden die een team nodig heeft, zoals communicatie, conflict oplossing, leidinggeven, aldus (Hall & Weaver, 2001). Docenten moeten in plaats van onderwijzen leren coachen (Headrick et al., 1998). Elk voorstel voor verandering van een opleiding, hoe legitiem ook, krijgt te maken met het probleem dat het nieuwe voorstel moet concurreren met het bestaande. Er kan niet steeds meer worden toegevoegd zonder ook onderdelen uit de curricula te schrappen (Ducanis & Golin, 1979).

Opgemerkt moet worden dat deze problemen voor een deel in het algemeen gelden bij vernieuwingen van onderwijs. De noodzaak van blijvend vernieuwen van het gezondheidszorgonderwijs is een zware opgave, die lang niet altijd voldoende wordt onderkend, gewaardeerd en gefaciliteerd.

Het lijkt aan te bevelen om onderscheid te maken tussen:

1. problemen die in het algemeen bij onderwijsvernieuwing een rol spelen;
2. problemen die bij de invoering van multiprofessioneel onderwijs speciale aandacht nodig hebben;
3. problemen bij de invoering van multiprofessioneel onderwijs die een argument tegen de multiprofessionele constructie zijn;
4. problemen die niet door onderwijs kunnen worden opgelost, zoals verschillen in beloning van diverse beroepsgroepen.

De problemen onder 2 en 3 zijn beide specifiek voor de invoering van multiprofessioneel onderwijs. Soms is het onderscheid vrij snel duidelijk, som is nader onderzoek nodig om te kunnen besluiten of er toch multiprofessioneel moet worden opgeleid dan wel een andere interventie moet worden overwogen. Specifiek voor sommig multiprofessioneel onderwijs is bijvoorbeeld het bij elkaar zetten van studenten met ongelijke opleidingsniveaus (mbo-hbo, hbo-wo). Dit kan, met name als het gaat om kennisdoelen, frustratie opwekken en daarmee een averechts effect sorteren. Zulke combinaties maken lijkt alleen zinvol als het om daadwerkelijk leren samenwerken gaat én de samenstelling bedoeld is als representatie van de betrokken beroepsbeoefenaars in de praktijk. In dat geval moet er weer rekening worden gehouden met de vraag of studenten van verschillende opleidingen in gelijke mate zijn ingevoerd in hun beroepsrol. Daarnaast kan er een logistiek probleem ontstaan omdat van de betrokken opleidingen een specifiek aantal studenten nodig is, dat immers representatief moet zijn voor de samenwerking in de praktijk.

3.3 Het pilotproject Multiprofessioneel Onderwijs in Nijmegen

3.3.1 Tot stand komen en doelstellingen

Het pilotproject ‘Multiprofessioneel onderwijs’ kwam tot stand als innovatieproject van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), in samenwerking met het Academisch Ziekenhuis Nijmegen en de Faculteit der Medische wetenschappen, inmiddels opgegaan in het Universitair Medisch Centrum (UMC) Sint Radboud. De drie instellingen werkten al langer samen in het Nijmeegs Instituut voor Kennisoverdracht in de Gezondheidszorg (NIKOG) met als doel het onderwijs in de gezondheidszorg in de regio te verbeteren en beter op elkaar af te stemmen. Het NIKOG deed een vooronderzoek naar de haalbaarheid van MPO (Verbeek-Weel, Peters, & Metz, 1998). De pilot werd financieel ondersteund door het Innovatiefonds van de HBO-Raad en het Ministerie van VWS.

De projectleider bij de HAN benutte de eindopdracht van haar masteropleiding ‘Management of learning and development’ om het MPO-project te onderbouwen en prototypes voor MPO te ontwikkelen voor elke fase van de opleiding: de propedeuse, de hoofdfase en het laatste deel van de opleiding in de praktijk (Ter Heine-van Oosterum, 2000).

In de *onderbouwing* van het project wordt patiëntgerichte zorg centraal gesteld. Deze vraagt van zorgverleners de bereidheid om niet de eigen rol centraal te stellen, maar de taak die zij gezamenlijk uit te voeren hebben ten behoeve van de patiënt. Of met andere woorden: er is in deze situaties geen sprake van rolgecentreerde coördinatie (organiseren van zorg per discipline), maar van taakgecentreerde coöperatie (samenwerking met andere disciplines aan een taak vanuit een patiëntgerichte visie op zorgverlening).

Een dergelijke samenwerking vraagt om:

1. Het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal, die de nauwe samenwerking tussen de verschillende zorgdisciplines mogelijk maakt;
2. De bereidheid de dialoog met de patiënt aan te gaan, ook in multiprofessioneel verband.

Ook wordt erop gewezen dat de samenwerkingsverbanden die gaan ontstaan zeer wisselend kunnen zijn wat betreft de omvang van een team, de samenstelling en de duur van de samenwerking, en de plaats waar wordt gewerkt. Kortdurende samenwerking in wisselende teams vraagt een andere attitude en andere competenties van de zorgverleners:

- De bijdrage aan de gezamenlijke taak ten behoeve van de patiënt staat centraal in plaats van de eigen rol;
- Reflectieve communicatie is een belangrijke manier om de samenwerking tot stand te brengen en goed te laten verlopen;
- De organisatie wordt zo ingericht, dat de besluitvorming in de tijdelijke teams eenduidig wordt vastgelegd. Het doel ervan is systematisch te werken aan documentatie en verspreiding van de verworven kennis en vaardigheden voor anderen en andere situaties, voor het leren van de organisatie (kennismanagement);
- De zorgverleners maken afspraken over hun specifieke verantwoordelijkheden en hebben begrip voor de professionele rol van de ander, houden rekening met elkaar en waarderen de mening van anderen. Ieder lid toont vertrouwen in het werk en de deskundigheid van de ander.

In de projectaanvraag zijn de volgende *doelstellingen* geformuleerd:

1. Ontwerpen van een leeromgeving, waarin studenten van de verschillende gezondheidszorgopleidingen kennis maken met en ervaringen opdoen in multiprofessioneel werken;
2. Scholing van docenten om studenten adequaat te begeleiden in multiprofessioneel onderwijs;
3. Ontwikkeling van multiprofessionele studiedagen en conferenties, waarin studenten van de Faculteit Gezondheidszorg, Gedrag en Maatschappij HAN en het Universitair Medisch Centrum St. Radboud samen leren, met het oog op hun samenwerking in de toekomstige zorgverlening;
4. Uitwerking van multiprofessioneel onderwijs in de vorm van keuzestages;
5. Overdragen van verworven inzichten en ervaringen aan andere gezondheidszorgopleidingen in Nederland.

Als *resultaten* van het project werden voorzien:

1. Tenminste een module “Oriëntatie teamgerichte gezondheidszorg” en een multiprofessionele studiedag “Oriëntatie gezondheidszorg” voor studenten in de propedeutische fase;
2. Tenminste een multiprofessionele module “Teamontwikkeling” voor de hoofdfase, waarin aan de hand van casuïstiek gezamenlijke behandelplannen worden opgesteld;
3. Uitgewerkte casuïstieken ten behoeve van multiprofessioneel vaardigheidsonderwijs in de hoofdfase;
4. Een model voor een multiprofessionele keuze-stage, waarin zorgteams van studenten onder supervisie van tutor-experts een afdeling runnen;
5. Bijscholingsaanbod voor HGZO, verwant WO en beroepenveld.

In het project functioneert een klankbordgroep, waarin afgevaardigden participeren vanuit de Medische Faculteit Groningen en Maastricht en de gezondheidszorgopleidingen van de Hogescholen van Groningen, Maastricht en Eindhoven. Met de leiders van de projecten “Vervlechting GGZ” (Groningen) en “Zorg op maat” (Eindhoven) is overleg geweest over de gemeenschappelijke elementen in de drie projecten.

Ook werd in het kader van het project een inventarisatie gemaakt van de vormen van samenwerking in het UMC Sint Radboud en de beoordeling daarvan door de betrokken zorgverleners (Penders, 2000).

In mei 2001 werd een landelijke studiedag over MPO georganiseerd, om een van de doelstellingen van het project waar te maken, te weten de verspreiding van kennis over MPO naar andere opleidingen (hogescholen en universiteiten).

Na de nodige rondes ten behoeve van informatievoorziening, overleg en voorbereidingen in diverse gremia kwam een verdere invulling van de prototypes tot stand.

3.3.2 Drie onderdelen

De drie multiprofessionele onderwijsonderdelen van de pilotproject, alledrie bedoeld voor studenten geneeskunde, verpleegkunde en de paramedische opleidingen, zijn:

1. een studiemiddag multiprofessioneel onderwijs (23 november 2001);
2. een keuzeblok multiprofessioneel onderwijs (30 oktober t/m 22 november 2001);
3. een stage op de afdeling neurologie (november 2000- januari 2001; januari - februari 2002).

De eerste uitvoering werd beschouwd als testfase. In eerste instantie is met vrijwillige deelname gewerkt. Waar dat niet voldoende lukte is er ook tot deelname verplicht.

Voor de propedeutische fase werden per opleiding een aantal opdrachten ontwikkeld en opgenomen in de bestaande curricula. Bij de opleiding geneeskunde werd in het blokboek voor de verpleegstage tekst en een opdracht opgenomen over multiprofessionele samenwerking. Bij de HBO-opleidingen werden opdrachten opgenomen in het kader van de oriëntatie op het beroep en/of op de organisatie van de gezondheidszorg. De studiemiddag volgde na deze opdrachten.

Voor de hoofdfase van de opleidingen werden, naast het keuzeblok, twee cd-roms ontwikkeld, een over multiprofessionele kwaliteitszorg en een over multiprofessionele samenwerking.

1. Studiemiddag multiprofessioneel onderwijs

De studiemiddag wordt georganiseerd voor de studenten van de HGZO-opleidingen aan het begin van het tweede jaar; voor geneeskundestudenten aan het begin van het eerste jaar.

Voorwaarde voor deelname was dat studenten een oriëntatiestage in het eigen werkveld hebben doorlopen. Bij de eerste

uitvoering hebben in totaal 12 studenten deelgenomen: 2 studenten van voeding en diëtetiek, 3 studenten verpleegkunde, 4 studenten logopedie, 2 studenten mondhygiëne en 1 student geneeskunde. Helaas ontbraken studenten fysiotherapie.

De belangrijkste doelstelling was: bewust worden van de noodzaak voor open communicatie in samenwerkingssituaties. De werkvorm werd met het oog op die doelstelling gekozen.

De studenten gingen op twee verschillende manieren een discussie zijn aan in een groep:

1. door in te gaan op argumenten van de andere subgroep, argumenten te ondersteunen of verduidelijking te vragen en
2. door zich confronterend op te stellen t.a.v. de mening van de andere subgroepen, door kritische tegenargumenten aan te dragen en in de toonzetting van de vragen de confrontatie aan te gaan.

2. Keuzeblok 'Multiprofessionele zorg'

Het keuzeblok wordt georganiseerd voor studenten in hun derde studiejaar. Bij de eerste uitvoering namen 22 studenten deel: 9 studenten geneeskunde, 4 studenten verpleegkunde, 4 studenten fysiotherapie, 3 studenten logopedie en 2 studenten Voeding en Diëtetiek. Het praktisch omgaan met samenwerking staat centraal. Het algemene doel is als volgt geformuleerd. 'De student kan aangeven hoe verschillende (para-)medische professionals effectief kunnen samenwerken en heeft basale samenwerkingsvaardigheden ten behoeve van een optimale patiëntenzorg bij enkele complexe gezondheidsproblemen. De geneeskunde

student is in staat hierbij gebruik te maken van wetenschappelijke kennis ten aanzien van multiprofessionele zorg’.

De cursus duurt 4 weken, alle HGZO-studenten nemen ongeveer 20 uur per week deel aan het blok. De HGZO-studenten hebben een beperkter programma vanwege andere onderwijsactiviteiten die binnen de eigen opleiding parallel geprogrammeerd zijn. Voor de geneeskunde studenten is er een aanvullend programma van ongeveer 20 uur per week gericht op vakinhoudelijke reflectie en wetenschappelijke verdieping. Er wordt gebruik gemaakt van hoorcolleges, zelfstudieopdrachten, werkgroepen, responsiecolleges en practica. In totaal waren ca. 20 docenten bij het blok betrokken. Een aantal werkgroepopdrachten werd uitgevoerd in drie (vaste) multidisciplinaire subgroepen, meestal met begeleiding door een docent (dus per werkgroep 3 docenten op 20 studenten).

De toetsing omvatte ten eerste een groepsopdracht: een multidisciplinair overleg aan de hand van een casus, die werd uitgevoerd in de subgroepen waarin men in het blok had gewerkt. De beoordeling was opgebouwd uit drie stukken: a. individuele toets, met inhoudelijke vragen over de casus, voorafgaand aan het overleg (een schriftelijk tentamen), b. beoordeling van het samenwerkgedrag door de docent, c. beoordeling van het samenwerkgedrag door medestudenten. Dit laatste stelt hoge eisen aan de begeleider, als iemand negatief wordt beoordeeld. Deze wijze van toetsing is arbeidsintensief, maar sluit goed aan op de praktische onderdelen van dit blok. Daarnaast werd van alle studenten een werkstuk gevraagd: een individuele reflectie op hun leerproces (beoordeeld als ‘wel/niet voldaan’). Studenten geneeskunde maakten bovendien een tweede werkstuk, dat voor 50% het eindcijfer bepaalde.

Enkele punten uit de evaluatie van het keuzeblok:

- Kennis krijgen van de verschillende disciplines werd positief beoordeeld. Studenten vonden het meestal leuk en nuttig om kennis te nemen van andere disciplines. Zij zien echter weinig problemen, terwijl een deel van de huidige opdrachten samenwerking juist problematiseert. Sommige studenten vonden dat ze andere vaardigheden in samenwerken hadden geleerd. Anderen vonden dat ze geen nieuwe samenwerkingsvaardigheden hadden gekregen, omdat ook in andere blokken vaak in werkgroepen moet worden samengewerkt.
- Het blok was onvoldoende afgestemd op de voorkennis bij studenten. Studenten missen praktijkervaring, waardoor identificatie met de rol van professional en herkenning van de problematiek rond samenwerking in de patiëntenzorg niet vanzelfsprekend is. Dit geldt voor studenten geneeskunde sterker dan voor HAN studenten die in hun opleiding al meer van de praktijk hebben gezien.
- Overwogen wordt om het blok een andere titel te geven: complexe patiëntenzorg.

3. Multiprofessionele stage op de afdeling neurologie

De doelstellingen van de stage luiden als volgt:

De studenten begrijpen de rollen en verantwoordelijkheden van de leden van een team zorgverleners en kunnen in een team functioneren doordat zij:

1. een team kunnen samenstellen en kunnen kiezen voor een werkwijze, afgestemd op een gezondheidsprobleem van een specifieke patiënt;
2. een patiëntgericht zorgmodel kunnen hanteren;
3. middels een teambenadering klinische en ethische beslissingen kunnen nemen in verschillende scenario's;
4. hun eigen rol kunnen definiëren en kunnen inzetten in de zorgverlening;
5. de rollen van verschillende zorgverleners kunnen identificeren en waarderen;
6. effectief kunnen communiceren, met de nadruk communicatieve vaardigheden, bereiken van consensus, probleem-oplossen en verantwoordelijkheid nemen voor teambeslissingen;

7. een bijdrage kunnen leveren aan het leervermogen van een team

De stage wordt georganiseerd op de afdeling neurologie van het Universitair Medisch Centrum Sint Radboud. Tijdens de stage wordt er gewerkt in drie vaste teams gedurende drie weken, in wisselende diensten. Eén team bestaat uit studenten uit de volgende opleidingen: 3 verpleegkunde, 1 ergotherapie, 1 fysiotherapie, 1 logopedie, 1 geneeskunde. Voor de drie teams gezamenlijk werken 1 student diëtetiek en 1 student mondhygiëne op consultbasis.

In de eerste uitvoering namen 91 studenten deel: 10 studenten geneeskunde (3 afstudeer-co-assistenten, 6 introductie-co-assistenten, 1 vijfdejaars wachtlijststudent), 39 studenten verpleegkunde, 12 fysiotherapie, 11 ergotherapie, 12 logopedie, 3 diëtetiek en 4 mondhygiëne.

Voor de begeleiding waren er: 4 tutor-verpleegkundigen voor de begeleiding van de teams, een arts assistent en een neuroloog als arts supervisor voor het medisch beleid, en per discipline een werkbegeleider voor de vakspecifieke ondersteuning. Voorafgaand aan het werken op de afdeling was een voorbereiding voor studenten georganiseerd van twee of twee en een halve dag.

Ieder team leverde een gezamenlijk eindproduct dat bestond uit:

- de schriftelijke overdracht van twee patiënten (3 teams, 6 patiënten);
- een teamverslag over de samenwerking als team en het leren als team;
- een individuele bijdrage van ieder teamlid over de eigen bijdrage aan het teamfunctioneren en het individuele leerproces.

Enkele punten uit de evaluatie van de eerste stage-uitvoering (Ter Heine-van Oosterum, 2001):

- de organisatie van een dergelijke stage is tamelijk complex en tijdrovend;
- de tutores en supervisoren hebben meer voorbereiding nodig voor het begeleiden van groepen en aansturen van leren in een groep;
- studenten waarderen de leerzaamheid van de stage; met name doelen die het inzicht in eigen beroepsrol en die van anderen betreffen worden echter nog niet voldoende gerealiseerd;
- toetsing en beoordeling van studenten moeten beter worden afgestemd op de reële werksituatie en op teamfunctioneren; in de volgende uitvoering van de stage wordt teamreflectie in de toetsing ingebouwd en wellicht peer-assessment beproefd;
- verschillende betrokkenen op de afdeling gaven aan dat het project ook voor henzelf en het werk op de afdeling nuttig was door de expliciete aandacht voor zaken als overdracht, verslaglegging, besluitvorming en afstemming;
- de stage vormt een prima leerklimaat, maar is geen afspiegeling van de realiteit; studenten zouden ook moeten worden voorbereid op deelname aan bestaande teams in de praktijk van alledag en de problemen die zich daarbij voordoen;
- niet alle studenten van opleidingen voor de gezondheidszorg kunnen de stage volgen;
- de kritische leerervaringen zouden ook in andere leersituaties dan deze stage kunnen worden aangeboden.

3.3.3 Voorlopige evaluatie

Zoals eerder vermeld zal een afzonderlijk evaluatierapport over het pilotproject dit voorjaar verschijnen. Binnen het pilotproject is de *evaluatie* vooral gericht op het onderwijs met als doel waar nodig over te kunnen gaan tot bijstelling en verbetering, bijvoorbeeld van onderwijsmateriaal, opdrachten, werkvormen, docenthandleiding of planning en organisatie.

Over de eerste uitvoering van de stage is een evaluatierapport gemaakt (Ter Heine-van Oosterum, 2001). In het voorjaar van 2002 wordt een eindrapport uitgebracht over het project als totaal.

Allereerst wordt hieronder melding gemaakt van een klein onderzoek in de pilot naar de houding van studenten ten aanzien van multiprofessioneel onderwijs. Voorts worden enkele algemene evaluatiepunten uit het voorgaande besproken.

Toetsing van houding en houdingsverandering t.a.v. multiprofessioneel leren

Een onderdeel van de literatuurstudie voor het onderhavige rapport betrof het zoeken naar instrumenten voor het meten van leerresultaten van multiprofessioneel onderwijs. Parsell en Bligh ontwikkelden een vragenlijst die zij de 'Readiness for Interprofessional Learning Scale', de RIPLS noemden (Parsell & Bligh, 1998). De auteurs suggereren om studenten en onderwijsgevendende variaties in scores en individuele scores te laten bespreken als start van het leerproces. Op latere momenten en/of aan het eind van de interprofessionele cursus kan door het opnieuw invullen van de RIPLS worden nagegaan of de houdingen van de studenten veranderd zijn. De lijst bevat 18 stellingen waarvan de studenten moeten aangeven in hoeverre zij ermee instemmen. De samenstelling van de lijst werd gebaseerd op vier dimensies: a) relaties tussen de professies, b) samenwerking, c) rollen en verantwoordelijkheden en d) profijt voor patiënten, professioneel handelen en persoonlijke ontwikkeling. Bij analyse van de data werden drie factoren gevonden, die benoemd werden als: 1) teamwerk en samenwerking, 2) professionele identiteit en 3) rollen en verantwoordelijkheden (Parsell & Bligh, 1999).

In Leuven was de RIPLS vertaald in het Vlaams en werd gebruikt voor het meten van de veranderingen in houding na een multiprofessionele studiedag. N.a.v. contact met de onderzoekers in Leuven ontstond het plan om ook in Nijmegen de RIPLS te gebruiken, voor meting vooraf en achteraf bij studenten die deelnamen aan de diverse onderdelen van het pilotproject. Het bleek echter - helaas i.v.m. de vergelijkbaarheid van de resultaten - noodzakelijk om de vragenlijst opnieuw te vertalen en te veranderen. Deze nieuwe versie van de vragenlijst werd afgenomen voorafgaand aan de studiemiddag, voor en na het keuzeblok en voor en na de tweede uitvoering van de stage.

Tenslotte een opmerking. Soms wordt in literatuur over multiprofessioneel onderwijs stilzwijgend verondersteld dat de houding van studenten tegenover het participeren in multiprofessionele onderdelen van hun beroepsopleiding gelijk gesteld kan worden met hun houding tegenover multiprofessioneel samenwerken in de beroepspraktijk. Dit is op zijn minst aanvechtbaar. Er kunnen andere redenen zijn waarom studenten multiprofessioneel onderwijs op een bepaald moment wel of niet waarderen. Daar komt bij dat attitude en gedrag niet perse overeen stemmen (Bolhuis, 2000; Swanborn, 1999).

Algemene evaluatiepunten en vragen

Naast de punten uit de evaluatie die specifiek zijn voor de onderdelen van het pilotproject zijn er ook enkele meer algemene evaluatiepunten, die zowel positieve effecten betreffen als problemen die in het pilotproject zijn gesignaleerd.

1. Als positief effect werd gesignaleerd dat de onderlinge contacten tussen betrokkenen van verschillende disciplines in het project (ontwikkelaars, docenten, begeleiders van de diverse opleidingen) ook voor henzelf leerzaam waren. Door de discussie, uitwisseling en gezamenlijke werk om MPO tot stand te brengen leerden zij ook zelf over multiprofessioneel samenwerken.

2. Een nadeel betreft vooral de enorme inspanning in tijd en dus geld, die weliswaar in de invoeringsfase altijd het grootste is, maar voor een deel ook onvermijdelijk blijft. Tot nu toe is deelname zoveel mogelijk vrijwillig. Het zal praktisch onmogelijk zijn om voor alle studenten in alle opleidingen voor de gezondheidszorg substantieel multiprofessioneel onderwijs in te richten.(d.w.z. universitair en HBO gemeenschappelijk).
3. Voorbereiding op de praktijk van de zorg moet studenten óók voorbereiden op het gebrek aan en de problemen bij samenwerking die men in de praktijk tegenkomt. Het zoeken naar of creëren van een ‘ideale’ multiprofessionele praktijksituatie voor studenten schiet vanuit dat oogpunt te kort.
4. In de kwaliteit van professioneel handelen blijken vakspecifieke competenties en competenties voor multiprofessioneel samenwerken nauw samen te hangen. Het is dus weinig zinvol om te proberen deze laatste volledig te ontwikkelen als de eerste nog te weinig aanwezig zijn. Anders gezegd: samenwerkingscompetenties zijn sterk inhouds- en context-gebonden.
5. De toetsing van leerresultaten moet verder worden ontwikkeld, zodat zo goed mogelijk de competentie (handelingsbekwaamheid) wordt gemeten, naast of in samenhang met de professionele attitude (bereidheid tot multiprofessionele samenwerking). De vraag is of de toetsing niet steeds mede wordt bepaald door de vakinhoudelijke kant.

De HAN en het UMC St Radboud hebben besloten om de activiteiten voor het derde leerjaar en de klinische fase voort te zetten. Over het nut van de studiemiddag in de propedeuse bestaat twijfel. Daarnaast heeft de HAN besloten om enkele modules te ontwikkelen voor het tweede en derde leerjaar van de opleidingen gezondheidszorg om alle studenten voor te bereiden op multiprofessionele samenwerking. Zie verder hoofdstuk 5 voor vervolgplannen.

3.4 Werken en leren: interventies

Er zijn diverse redenen om ook interventies te bespreken die zijn gericht op reeds werkzame beroepsbeoefenaars. Zij vormen de huidige praktijk, die een belangrijke invloed uitoefent op studenten (in hun stages en coschappen) en op nieuwe collega's. Zelfs in het hypothetische geval dat alle nieuwkomers door hun andere opleiding een prima multiprofessionele samenwerking tot stand zouden kunnen brengen, dan zou het toch te lang duren om de praktijk op die wijze te willen veranderen. Het is realistischer om ook aandacht te besteden aan interventies in de praktijk - en ook meer in overeenstemming met wat er in de praktijk gebeurt. De meeste interprofessionele educatie is postkwalificerend en vindt steeds meer bij voorkeur in directe relatie tot het werk plaats; ‘work-based learning’ is dominant (Barr, 2000). De laatste jaren groeit het inzicht in de relatie tussen werken en leren (Zie 2.2.1). Steeds vaker wordt ernaar gestreefd om met deze inzichten rekening te houden bij het herinrichten van organisaties, het invoeren van veranderingen en in het algemeen het bevorderen van productieve, ‘lerende’ organisaties.

Organisaties zoals ziekenhuizen, gezondheidscentra, maar ook bijvoorbeeld plaatselijke huisartsenverenigingen, kunnen langs diverse wegen multiprofessionele samenwerking bevorderen. Zowel in de literatuur als in de interviews voor dit rapport werden bijvoorbeeld de volgende, deels samenhangende of overlappende zaken genoemd:

1. Organiseren van de zorg rond de patiënt (en niet vanuit disciplines); bijvoorbeeld door een of meer van onderstaande punten.

2. Vormgeven van zorgketens, bijvoorbeeld een rugcentrum of een ‘mammapoli’ als project van integraal kwaliteitsmanagement (Schellekens, 1995).
3. Overall kwaliteitsbeleid: kwaliteitszorgsysteem inrichten, kwaliteitsprojecten (Casparie, 1995a).
4. Inrichten en ondersteunen van multidisciplinaire teams rond patiëntgerichte zorg; teamontwikkelingstrajecten.
5. Opstellen en gebruiken van multiprofessionele protocollen rond patiëntproblemen.
6. Afspraken over rollen, besluitvorming en verantwoordelijkheidstoedeling.
7. Intercollegiale toetsing (‘peer review’) van bijvoorbeeld huisartsen waarbij afhankelijk van het onderwerp ook andere professies worden uitgenodigd (apotheker, fysiotherapeut).
8. Interne audits, waarbij mensen van verschillende afdelingen van elkaar leren door elkaars afdeling te onderzoeken.
9. Een ruimtelijke ordening die de samenwerking ondersteunt.
10. Bij werving en selectie eisen stellen aan competentie en houding t.a.v. samenwerking.
11. In functioneringsgesprekken ook multiprofessionele samenwerking aan de orde stellen.
12. Bij de (her)inrichting van het functiegebouw, functiewaardering en vereisten voor functies ook rekening houden met toenemende eisen aan samenwerking.
13. Opleiding en onderwijs binnen het ziekenhuis mede inrichten met het oog op multiprofessionele samenwerking; o.a. door disciplineoverstijgende programma’s (STZ, 2001).

In het kwaliteitsbeleid heeft een verschuiving plaats gevonden van sturen op het niveau van het individueel handelen waarbij vakmanschap centraal stond naar het beïnvloeden van organisaties, met hun teams en randvoorwaarden, waarbij de nadruk ligt op het beschrijven van processen en procedures binnen een kwaliteitssysteem. (Zie ook 2.2.2). Casparie, een van de grondleggers van de kwaliteitszorg in Nederland, is van mening dat instellingen inmiddels wat ver doorschieten in deze benadering. De basis voor het leveren van goede kwaliteit is zijns inziens gelegen in het professionele handelen binnen het primaire proces. Het professionele handelen wordt bepaald door:

1. de individuele professional die zich kenmerkt door drie kwaliteitsdimensies, namelijk vakmanschap, motivatie en een kritische instelling; deze drie dimensies zijn niet alleen gericht op technisch handelen, maar ook op de attitude en de organisatorische aspecten van de zorg;
2. de wijze waarop een team of de medewerkers binnen een instelling functioneren: de groepscultuur met bereidheid tot overleg, samenwerking en verandering.

Deze twee invalshoeken zijn belangrijker bij het beoordelen van kwaliteit dan nagaan of processen en procedures zijn beschreven en worden nageleefd. Cultuureigenschappen van de organisatie zijn belangrijker dan structuurcomponenten. Om de kwaliteit van de groepscultuur te handhaven zijn activiteiten nodig zoals bijvoorbeeld intercollegiale toetsing, verbeterprojecten en uitkomstmeting op groepsniveau. De kwaliteitszorg moet de aandacht gaan richten op de gewenste uitkomst van zorg. Externe beoordeling dient daarbij niet alleen systeemgericht te zijn en interne werkprocessen te bekijken (protocollen, procedures), maar ook meer casuïstisch onderzoek doen naar de uitkomsten voor de individuele patiënt (Casparie, 1998; Casparie, 2001).

4 Evaluatieonderzoek

4.1 Inleiding

De vraag in dit hoofdstuk is: wat weten we over de functie en resultaten van evaluatieonderzoek m.b.t. educatieve interventies ter bevordering van multiprofessionele samenwerking?

Eerst een definitie van educatieve interventies:

Interventies zijn activiteiten die doelgericht worden ondernomen teneinde een situatie in de gewenste richting te veranderen: in dit geval het verbeteren en bevorderen van samenwerking tussen beoefenaars van diverse beroepsgroepen in de zorg met het oog op het geven van optimale zorg aan patiënten.

Educatieve interventies zijn activiteiten waarbij bewust leerprocessen worden georganiseerd. Dat kan zowel binnen institutionele verbanden van onderwijs of nascholing, als daarbuiten, bijvoorbeeld in het kader van werk. De termen 'educatief' en 'leren' worden dus niet beperkt tot het domein van onderwijs in institutionele zin.

De *functie* van evaluatieonderzoek geeft aan waartoe kan evaluatieonderzoek worden gebruikt. Evaluatie van multiprofessioneel onderwijs kan bijvoorbeeld dienen om het onderwijs bij te stellen, om de leerresultaten van de deelnemers vast te stellen, om de relatie tussen bepaalde leervormen en leerresultaten te onderzoeken, om de kosten en baten van het ene type onderwijs te vergelijken met het andere, enzovoort. Afhankelijk van de functie die het onderzoek is toebedacht moet worden gekozen voor de manier waarop en wat er wordt geëvalueerd: het onderzoeksontwerp en de objecten (4.2).

Afzonderlijke aandacht wordt besteed aan het probleem van leerresultaten meten (4.3). Recent zijn enkele internationale reviews verschenen over multi- of interprofessionele educatie. In de voorafgaande hoofdstukken werd hier al regelmatig naar verwezen. De stand van zaken wordt geïnventariseerd in 4.4. Enkele kernvragen worden tot slot besproken in 4.5.

4.2 Onderscheid evaluatieobjecten en -niveaus

Evaluatieonderzoek naar educatieve interventies ter bevordering van multiprofessionele samenwerking kan op verschillende objecten en niveaus worden gericht.

Evaluatie van *multiprofessionele samenwerking in teams* kan zich richten op a) de kwaliteit van leven van de patiënt of cliënt, b) de kosteneffectiviteit van teamsamenwerking en c) de professionele ontwikkeling van de teamleden. Bij het laatste wordt het teamproces onderzocht als middel voor het leren door de teamleden (Ducanis & Golin, 1979). Hierbij wordt dus niet uitgegaan van een afzonderlijke educatieve interventie, maar wordt het leren samenwerken als onderdeel van de teamtaak gezien. Niet alleen het profijt voor de patiënt, maar ook de effectiviteit van de samenwerking is object van onderzoek.

In evaluatie van multiprofessioneel onderwijs of nascholing ligt het accent vaak op de evaluatie van de leerresultaten. Deze kunnen op verschillende niveaus worden geëvalueerd. In navolging van Kirkpatrick (1967) classificeert het Britse Joint Evaluation Team for

Interprofessional Education (JET) de niveaus waarop *resultaten van interprofessionele educatieve programma's* kunnen worden gemeten als volgt (Barr et al., 1999a):

Niveau 1 betreft de *reacties* van deelnemers: hun ervaringen en tevredenheid.

Niveau 2a betreft de verandering van *attitudes/opvattingen*: wederzijdse percepties tussen groepen, ten opzichte van patiënten en de gewenste zorg.

Niveau 2b betreft het verwerven van *kennis en vaardigheden* t.a.v. samenwerking.

Niveau 3 betreft verandering in *gedrag* als gevolg van veranderingen op niveau 2.

Niveau 4a betreft veranderingen in de *praktijk van de organisatie* als gevolg van een educatief programma.

Niveau 4b betreft het *profijt voor patiënten/cliënten* als direct gevolg van een educatief programma (Hammick, 2000).

Tenslotte kan evaluatie ook worden gericht op het verloop van de *educatieve interventie zelf*: verloopt de uitvoering zoals gepland en bedoeld? Welke invoeringsproblemen komt men tegen? Welke onvoorziene problemen of effecten, zowel negatief als positief, treden er op? Doel van deze evaluatie is om de kwaliteit van het educatieve programma te meten en te beoordelen. Bij een pilot wordt dit gedaan om het programma waar nodig bij te stellen of besluiten te kunnen nemen over voortzetting en/of een verdere uitbreiding. Alle aspecten van het programma worden zo mogelijk onderzocht: de afstemming tussen doelen, inhouden en leervormen, de afstemming op deelnemers, de onderwijsmaterialen, bijeenkomsten, docenten. Ook de evaluatie van leerresultaten wordt hierin betrokken.

4.3 Toetsen van leerresultaten

4.3.1 Waarom en hoe?

Bij educatieve interventies vraagt de toetsing van leerresultaten expliciete aandacht, om een aantal redenen.

1. Ten eerste maakt toetsing studenten (of andere deelnemers) duidelijk wat belangrijk wordt gevonden; daarmee stuurt de toetsing ook het leergedrag in hoge mate.
2. Van te voren goed nadenken over de toetsing van leerresultaten komt de helderheid van de leerdoelen en het werken daaraan in het programma ten goede. Ook voor de ontwikkelaars van onderwijs en voor docenten geldt dat zij toewerken naar datgene wat uiteindelijk zal meetellen in de beoordeling.
3. Toetsing moet zo goed mogelijk het bereiken van de werkelijke leerdoelen meten. Het bevorderen van competenties voor en bereidheid tot multiprofessioneel samenwerken behelst complexe leerdoelen. Iedereen zal het er wel over eens zijn dat een simpele kennistoets onvoldoende is. Maar wat wel? De zeer brede en gevarieerde doelstelling maakt ook toetsing een complexe aangelegenheid. Een gevarieerd samenstel van toetsing is in elk geval aan te bevelen (Van der Vleuten & Driessen, 2000).
4. Daarbij dienen in elk geval ook toetsvormen te worden opgenomen die zijn gericht op het handelen. Aangesloten kan worden bij de ontwikkeling van nieuwe vormen van 'assessment' of gedragsbeoordeling, die leerresultaten interpreteren als competenties (handelingsmogelijkheden), waarin de aspecten van houding, kennis en vaardigheden samenkomen. (Zie hieronder).
5. Zowel de opzet van een toetsprogramma als de ontwikkeling van nieuwe toetsvormen vergen tijd. Er moeten criteria en normen voor de beoordeling worden vastgesteld om de vraag te kunnen beantwoorden of de leerdoelen in voldoende mate én door voldoende studenten worden bereikt. De criteria en normen zijn enerzijds van belang

voor de individuele evaluatie: wanneer heeft een deelnemer de doelen voldoende bereikt en kan deelname dus als geslaagd worden beschouwd - en wanneer is dat niet het geval? Ten tweede is het voor de evaluatie van het programma nuttig om vast te stellen hoeveel deelnemers 'geslaagd' zijn. Wanneer zijn dat er zo weinig dat er een heroverweging moet plaatsvinden: schiet het programma tekort, is de selectie van studenten ondoordacht?

Een hoger niveau van toetsing van de leerresultaten draait om de vraag of de leerresultaten zichtbaar worden in de multiprofessionele samenwerking in de (latere) beroepspraktijk. Bij educatieve interventies in het postinitiële traject, die direct op praktiserende beroepsbeoefenaars zijn gericht, wordt deze vraag gemakkelijker meegenomen dan in het geval van voorbereiding op multiprofessioneel samenwerken in de opleidingen. Toch zou het ook daar zinvol zijn om na te gaan of studenten na het voltooien van hun opleiding, als zij in het beroepsveld aan de slag gaan, in hun werk de verworven competenties ten aanzien van multiprofessioneel samenwerken ook in praktijk brengen. Onderzoek zou bijvoorbeeld gericht kunnen zijn op de praktijk van de voormalige studenten nadat zij een jaar aan het werk zijn. Het is bekend dat de socialiserende effecten van de beroepssituatie sterk zijn. Vanwege de verwachting dat de kenmerken van de beroepssituatie een beïnvloedende factor zijn, zullen deze in onderzoek moeten worden betrokken. Voor mogelijke veranderingen in de praktijk in de toekomst kan het interessant zijn om aanvullend te onderzoeken in hoeverre houding, kennis en vaardigheden zijn vervaagd dan wel nog aanwezig zijn.

4.3.2 Competentietoetsing, gedragsbeoordeling of 'assessment'.

De laatste jaren wordt vaak verwezen naar 'assessment' als een betere manier voor het beoordelen van de geschiktheid van een persoon voor bepaalde functies en taken. Geclaimd wordt dat het een betere manier is dan de psychologische tests die al vele jaren in gebruik geweest zijn en overigens nog steeds worden gebruikt, ook in combinatie met assessment van gedrag. De term 'assessment center' (in de Amerikaanse spelling, ook wel 'centre' in de Engelse spelling) betreft de procedure van beoordeling, waarbij 'center' niet een bepaalde plaats aanduidt, maar aangeeft dat de persoon centraal staat (Van Minden, 1998). Het lijkt duidelijker om te spreken over assessment procedure, of kortweg assessment. Overigens heeft de Engelse term 'assessment' een veel bredere betekenis waaronder allerlei vormen van toetsing en evaluatie vallen, inclusief psychometrische tests. Meer Nederlandse termen voor de bedoelde vorm van toetsing van leerresultaten zijn gedragsbeoordeling of competentietoetsing.

In een assessment of gedragsbeoordeling wordt gekeken naar het gedrag dat de persoon in kwestie laat zien in opdrachten die representatief geacht worden voor de betreffende functie of taak. Gestreefd wordt naar opdrachten die realistisch zijn. Een assessment kan bestaan uit een individuele taken of opdrachten die in een team moeten worden vervuld. Er kan gebruik worden gemaakt van simulaties en rollenspelen. Assessoren hebben de taak het gedrag te beoordelen. Daartoe moet tevoren duidelijk zijn welke gedragsdimensies van belang zijn en welke gedragingen daarbij horen. Afhankelijk van het doel vergt het uitvoeren van een assessment een dagdeel tot enkele dagen.

Assessment heeft vooral populariteit gekregen als instrument voor de selectie van personeel, maar er zijn ook andere toepassingen binnen arbeidsorganisaties, zoals de preselectie voor (kostbare) opleidingen, evalueren van trainingen en als instrument voor loopbaanbeleid

(Tillema, 2001). Voorts zijn er toepassingen, zoals bij beroepskeuzeonderzoek en bij outplacement. Ook in procedures voor de erkenning van elders (dat wil zeggen buiten het onderwijs) verworven competenties wordt gebruik gemaakt van assessment. In het beroepsonderwijs is assessment bezig met een opmars als manier om de competenties van studenten die nodig zijn in hun toekomstige beroepsuitoefening te meten. Dat kan een start-assessment zijn, gericht op selectie en/of op het vaststellen welke competenties al wel en nog niet aanwezig zijn, ten behoeve van een gerichte opleidingsinspanning. Voorts kan assessment een tussentijdse meting betreffen, met het oog op de bijsturing van het onderwijsleerproces, of het kan een eindbeoordeling zijn. De term competentie is in gebruik geraakt om weer te geven dat het gaat om de handelingsbekwaamheid, waarin attitude, kennis en vaardigheden geïntegreerd zijn, en die tot uitdrukking komt in adequaat gedrag in concrete werk- en probleemsituaties (zie 2.1).

Hoewel de ontwikkelde procedures als een veelbelovende aanpak mogen worden beschouwd, zal zeker aandacht moeten worden besteed aan een aantal problemen voordat er voldoende basis is om te spreken van een meer geslaagde aanpak dan traditionele toetsing. Problemen rond de ontwikkeling en toepassing van gedragsbeoordeling betreffen onder andere de validiteit en betrouwbaarheid, vaststellen van beoordelingsnormen en trainen van beoordelaars:

1. Validiteit: wordt werkelijk gemeten wat de bedoeling is? De gekozen opdrachten in de assessment procedure moeten representatief zijn voor de functie of taak en dus voor de daarbij vereiste competenties. Het is om te beginnen niet eenvoudig om een keuze van werkelijk representatieve opdrachten te maken. De vraag daarbij is of die opdrachten voldoende dekkend zijn voor het te onderzoeken gedrag.
2. Ten tweede vereist validiteit dat het gedrag in de assessment representatief is voor gedrag in de bedoelde situaties. De vraag is hoe algemeen geldig de gemeten competenties zijn. Bij de beoordeling van opdrachten wordt ervan uitgegaan dat er competenties worden vastgesteld die de persoon ook in andere, vergelijkbare opdrachten zal kunnen toepassen. Het blijkt echter vaak dat iemand op de ene opdracht uitstekend presteert, maar niet op een andere opdracht die geacht wordt dezelfde competenties te meten. Met andere woorden: de opdrachten lijken specifiekere competenties (vaardigheden en kennis) te meten dan de bedoeling was.
3. Voorts wordt er op gewezen dat het realisme van de taken per definitie beperkt is, omdat in werkelijkheid de (ervarings)kennis van de context waarin wordt gewerkt altijd veel uitgebreider is. Competentie in de praktijk omvat impliciete kennis die mede een rol speelt bij de inschatting van wat in een bepaalde context de beste aanpak voor een specifiek probleem is.
4. Beoordelingscriteria (normen): bij de opdrachten moet vastgesteld worden wat een goede (slechte, middelmatige, uitstekende) uitvoering is. Dit is niet eenvoudig. Juist voor reële taken geldt vaak dat meer, ook uiteenlopende of zelfs aan elkaar tegengestelde benaderingen en oplossingen goed kunnen zijn. Assessment wordt veeleer gebruikt voor het vaststellen van complexere competenties die in hogere functies worden gevraagd dan voor simpele functies en taken. Voor het laatste is assessment een te kostbare procedure. Definiëren aan welke aspecten en onderdelen van gedragingen welke scores worden toegekend vereist in elk geval de nodige aandacht. Het moet daarbij om observeerbaar gedrag gaan.
5. Bij een assessment procedure zijn in de regel minstens twee beoordelaars betrokken. Om goed voorbereid te zijn op hun taak moeten zij worden getraind in het observeren en het daarbij hanteren van de beoordelingscriteria. Het komt vaak voor dat assessoren het onderling niet eens zijn (Van Minden, 1998).

4.4 Internationale stand van zaken

Bij het bestuderen van internationale literatuur over multi- of interprofessioneel onderwijs moet er rekening mee worden gehouden dat zowel de opleidingen voor als de organisatie van en problemen in de gezondheidszorg in verschillende landen enorm kunnen verschillen. Veel literatuur is bijvoorbeeld afkomstig enerzijds uit de Verenigde Staten en anderzijds uit het Verenigd Koninkrijk, landen die een sterk uiteenlopende context voor multi- of interprofessioneel onderwijs vormen. Lavin et al (2001) wijzen op de verschillen tussen landen en werelddelen in maatschappelijke situatie, historische gebeurtenissen en het beleid van overheden en zorgverzekeraars, die zeer uiteenlopende krachten uitoefenen op multiprofessionele samenwerking in de zorg (belemmerend en stimulerend).

Het Britse Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) nam het initiatief tot een Cochrane review naar de effectiviteit van interprofessionele in vergelijking met uniprofessionele educatie (Barr, Hammick, Koppel, & Reeves, 1999b). De review werd uitgevoerd onder auspiciën van de Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). In overleg met EPOC werden de volgende criteria gehanteerd voor het opnemen van evaluatieonderzoek in de review:

- De evaluatie moest een educatieve interventie betreffen waarbij deelnemers uit twee of meer beroepsgroepen uit de zorg ('health and social care') waren betrokken, met als expliciet doel om samen te leren teneinde de gezondheid of het welzijn van patiënten of cliënten te bevorderen dan wel organisatieverandering te bewerkstelligen.
- Het evaluatieonderzoek moest "randomised controlled trials (RCTs), controlled before and after studies (CBAs), or interrupted time series (ITSs) studies" betreffen. Bij een RCT moeten deelnemers aan de interventie en de controlegroep random zijn toegewezen. Bij een CBA moet er een controlegroep zijn, die niet random hoeft te worden samengesteld. Bij een ITS wordt drie of meer keer gemeten, vooraf, tijdens en na de interventie.

Gezocht werd in Medline (1968- 998) en Cinahl (1982-1998). Handmatig werden doorzocht: de Journal of Interprofessional Care (1992- 1998), het CAIPE-bulletin (1987-1998), conferentieverslagen, de 'grijze literatuur' van relevante organisaties en referenties bij artikelen. In totaal werden 1042 artikelen gevonden, waarvan de onderzoekers er 89 selecteerden voor nadere studie. Er werd echter niet één artikel gevonden dat aan de criteria voldeed. Meestal werd een voor- en nameting gedaan, soms werd gebruik gemaakt van controlegroepen, maar in geen van de gerapporteerde onderzoeken werden gevalideerde instrumenten gebruikt. Hun conclusie is dan ook dat er geen bewijs voorhanden is van de effectiviteit van interprofessioneel onderwijs in vergelijking met onderwijs binnen de beroepsgroepen (Zwarenstein et al., 2001). Hieraan wordt toegevoegd "this does not imply that there is evidence of ineffectiveness of IPE" (interprofessional education).

Al tijdens het werk aan de Cochrane-review werd de Parallel Review gestart die minder strenge criteria ten aanzien van de onderzoeksopzet hanteerde. De evaluatie hoefde niet perse betrekking te hebben op het effect in de praktijk. De redenering was dat onderwijs op de eigen doelen (in termen van leren) mag worden beoordeeld. Of de leerresultaten ook in praktijk worden gebracht en of dit ook positieve resultaten voor de patiënt of cliënt heeft, hangt immers af van gunstige condities in de werksituatie (Barr et al., 1999b). Doel van de Parallel Review is te achterhalen welke vorm van interprofessioneel onderwijs, onder welke omstandigheden, welke resultaten produceert (Hammick, 2000). Daarbij wordt onderkend dat

het, gezien de vele vormen van interprofessioneel onderwijs, moeilijk zal zijn om voldoende evaluaties per type te vinden voordat er conclusies kunnen worden getrokken. In de voorlopige stand van zaken wordt gemeld dat bij de evaluatie van interprofessioneel onderwijs veranderingen in kennis en vaardigheden worden gemeten; bij de helft ook in attitude.

Een derde review betreft het Verenigd Koninkrijk (Barr, 2000). De meeste van deze 19 onderzoeken meten tevredenheid (van studenten en soms indirect van werkgevers) en zijn zelfevaluaties, gericht op de uitvoering van de interventie en het behalen van de daarbij gestelde doelen.

Evaluatieonderzoek waarin (ook) effecten worden gemeten op het niveau van verandering in de praktijk, in de organisatie van de zorg, en soms ook op het niveau van de patiënt, betreft vooral interventies met werkzame, gediplomeerde beroepsbeoefenaars (Hammick, 2000). Ook Barr constateerde “Work-based interprofessional education is much more likely than university-based to result directly in changes in practice or benefit to patients” (Barr, 2000). Dit is in overeenstemming met recente inzichten in het leren op de werkplek. (Zie ook 2.2.1). Hammick (2000) verwacht daarom dat in de behoefte aan samenwerkingsvaardigheden de komende twintig jaar zal worden voorzien door interprofessionele scholing op de werkplek. Bovendien leidt dit tot de conclusie dat men bij interprofessioneel onderwijs (of bij het leren samenwerken binnen opleidingen) veel meer rekening zal (moeten) gaan houden met de waarde van de werkplek als leeromgeving.

De reviews laten zien hoe complex het evalueren van multi- of interprofessioneel onderwijs is, aldus Hammick (2000). Over het algemeen blijft de conclusie dat “there is an overwhelming lack of evidence about either effectiveness or ineffectiveness”. De conclusies uit de internationale reviews zijn dus nogal teleurstellend. Het gaat meestal om programma-evaluatie door betrokkenen zelf, waarbij geen vergelijking wordt gemaakt tussen multi- en uniprofessioneel onderwijs en geen gevalideerde onderzoeksinstrumenten worden gebruikt. Vele vragen blijven onbeantwoord (Wood, 2001). Wanneer kan interprofessionele educatie het beste plaatsvinden, vroeg in de opleiding of in een latere fase? Wie zouden de deelnemers moeten zijn? Hoe kan interprofessionele educatie het beste worden georganiseerd, met welke leervormen? Hoeveel tijd is nodig voor welke leerdoelen? Is er een soort continuüm van complexiteit, waaraan een opbouw in het curriculum zou kunnen worden ontleend? Heeft multiprofessionele educatie effecten op het samenwerken in de praktijk? En nog een stapje terug: is multiprofessioneel onderwijs de beste keuze of is uniprofessioneel opleiden efficiënter? Of zelfs: is multiprofessioneel (of een synoniem) wel de beste noemer om interventies te plegen?

5 Conclusies vooronderzoek

Het vooronderzoek (literatuur en interviews) heeft minstens zoveel vragen opgeroepen als beantwoord over multiprofessionele samenwerking en educatie. Een fundamentele vraag is of 'multiprofessionele samenwerking' (of welk synoniem dan ook) wel zo'n bruikbare noemer is om problemen in de zorg met educatieve interventies te lijf te gaan. Andere vragen (naar de aard van de competenties en de keuze tussen uni- of multiprofessioneel onderwijs) hangen daarmee samen.

5.1 'Multiprofessioneel samenwerken' als noemer?

Een centrale vraag is of het etiket 'multiprofessioneel samenwerken' de meest adequate insteek is voor het plegen van educatieve interventies, met als achterliggende vraag is: laat de problematiek waar multiprofessionele educatie een oplossing voor wil zijn (of minstens een bijdrage aan wil leveren) zich wel het beste beschrijven onder deze noemer?

Bij het stellen van deze vraag staat niet de feitelijke noodzaak van samenwerking tussen diverse beroepsbeoefenaars in de zorg ter discussie. Wel wordt uiteenlopend geoordeeld over de mate waarin deze samenwerking in de praktijk problemen oplevert. Natuurlijk doen zich problemen voor, zoals overal waar mensen samenwerken, maar anderzijds verloopt de samenwerking in tal van situaties normaal, dat wil zeggen voldoende of goed. Als er wel problemen in de samenwerking tussen beroepsbeoefenaars in de zorg zijn, is het echter de vraag of het probleem in de werksituatie wordt beleefd en benoemd in termen van een gebrekkige multiprofessionele samenwerking (of synoniem), dan wel in termen die verwijzen naar de inhoud van de patiëntproblematiek. In de praktijk van de zorg zijn er talloze activiteiten waarbij samenwerken met andere beroepsbeoefenaars een rol speelt, zonder dat dit in de naam van die activiteiten tot uitdrukking komt.

Het is dan ook de vraag of, als zich problemen voordoen, een nascholing onder de noemer 'multiprofessionele samenwerking' altijd het beste antwoord is. Die samenwerking kan weliswaar voor beroepsbeoefenaars een middel zijn bij het bereiken van professionele doelen (een optimale zorg voor de patiënt). Het lijkt echter niet waarschijnlijk dat 'multiprofessionele samenwerking' door veel professionals wordt beleefd als een doel op zichzelf. Daarmee zou het wel eens een weinig adequaat etiket kunnen zijn om professionals te motiveren. Een aan de inhoud van het werk gerelateerde omschrijving maakt directer duidelijk om welke professionele doelen het gaat. Daarbij zij er nogmaals op gewezen dat samenwerking een middel is, maar geen doel in zichzelf. Het doel van een optimale patiëntenzorg is gediend met communicatie en samenwerking tussen beroepsbeoefenaars én met de patiënt en diens omgeving.

Dezelfde vraag geldt voor 'multiprofessionele samenwerking' als etiket voor onderwijs in de initiële fase. De noemer 'multiprofessionele samenwerking' is dermate breed dat deze weinig houvast geeft voor het bepalen van doelen, inhouden en organisatie van educatieve interventies. De basale vragen over welke professies en over welk type samenwerking het gaat, kan op talloze manieren worden beantwoord. Dit antwoord is steeds afhankelijk van het soort patiëntproblematiek waarover het gaat.

Het centraal stellen van de diverse patiëntproblemen geeft bovendien meer ruimte om een weinig belichte kant verder te verkennen: een complexer begrip van gezondheid en ziekte als fenomenen waar ook niet medische factoren een rol in spelen. (Zie 1.1 waar werd verwezen naar de complexe samenhang met factoren in de leefsituatie). Momenteel verwijst multiprofessionele samenwerking vooral naar de 'verschillende handen aan het bed'. Een verbreding van het concept gezondheid is daarbij nog niet direct aan de orde. Het is echter

waarschijnlijk dat een breder en complexer gezondheidsbegrip in de nabije toekomst een belangrijker rol zal krijgen.

De conclusie is dat ‘multiprofessionele samenwerking’ weliswaar een onderdeel is van het leveren van een optimale zorg voor de patiënt en derhalve aandacht verdient, maar daarmee nog niet de meest adequate noemer is voor het motiveren van (aanstaande) beroepsbeoefenaars en het organiseren van opleiding en nascholing.

5.2 Wanneer kan multiprofessionele samenwerking het beste worden geleerd?

De vraag onder welke noemer en wanneer competenties voor multiprofessionele samenwerking het beste kunnen worden geleerd, kan vanuit educatieve interventies worden geformuleerd als: zijn competenties voor en bereidheid tot multiprofessioneel samenwerken generiek (geldig ongeacht welke samenwerkingssituatie) en/of specifiek (gebonden aan bepaalde types van samenwerking)? Ofwel: gaat het om generieke of inhouds- en contextgebonden competenties? Wat betekent dat voor het verwerven van deze competentie, inclusief de bereidheid (motivatie) tot samenwerken? Wanneer, rond welke doelen en inhoud, met wie kunnen de betreffende competenties het beste worden verworven? Ook heeft een meer generieke of juist contextgebonden aard van deze competenties implicaties voor aard van de gewenste toetsing.

In de recente leerpsychologie is een duidelijke accentverlegging naar leren als een inhoud- en situatiegebonden verschijnsel (‘situated cognition’). Daarbij wordt benadrukt dat leerresultaten het stempel krijgen van de context waarin ze worden verworven en in eerste instantie slechts functioneren in die context. Vaardigheden zoals probleem oplossen zijn gebonden aan inhoudelijke en contextuele expertise. Er is dus niet zonder meer sprake van een algemene toepasbaarheid (en dus de mogelijkheid van transfer) van kennis en vaardigheden. In het onderwijs is een hernieuwde aandacht voor de transfervraag: de vraag hoe studenten kunnen leren om leerresultaten in verschillende contexten te gebruiken (en verder te ontwikkelen). Het probleem wordt ook wel geformuleerd in de aloude tegenstelling tussen theorie en praktijk: hoe verhouden die zich tot elkaar en in welke volgorde moeten theoretisch leren en leren in de praktijk worden gezet.

In de praktijk, die voor beroepsopleidingen een cruciale toetssteen is, gaat het om competent handelen, niet om ‘losse’ kennis en vaardigheden die eventueel in toetssituaties werden aangetoond. De trend om competenties als uitgangspunt voor opleiden en toetsen te nemen is een uitdrukking van het streven om leren te verbinden aan het handelen in concrete situaties. De zorg voor opleidingen is echter steeds dat hun studenten competenties situatieoverstijgend kunnen inzetten. In dat verband wordt veel waarde gehecht aan een reflectieve, lerende houding van de aankomende beroepsbeoefenaars. Die houding is ook van belang om in de (latere) praktijk een suboptimale situatie te kunnen analyseren en bij te dragen aan veranderingen.

De conclusie is dat er sterke aanwijzingen zijn voor de inhouds- en contextgebondenheid van competenties voor multiprofessioneel samenwerken. Hiermee dient in de ontwikkeling van onderwijs en (competentie)toetsing en in verder onderzoek rekening te worden gehouden. Naast initieel onderwijs lijkt een toenemende aandacht voor het leren in de context van werken minstens zo belangrijk om multiprofessioneel samenwerken tot praktijk te maken.

5.3 Uniprofessioneel of multiprofessioneel onderwijs?

Bij nascholing die direct gericht is op samenwerking in de praktijk, bijvoorbeeld teamontwikkeling in een revalidatiekliniek, een gezondheidscentrum of afdeling geriatrie van een ziekenhuis, spreekt het vanzelf dat de betrokkenen gezamenlijk deelnemen. Bij de initiële opleidingen voor de gezondheidszorg is dat echter minder vanzelfsprekend dan in de literatuur over multi- of interprofessioneel onderwijs wordt gesuggereerd. De vraag in hoeverre ook binnen de afzonderlijke opleidingen studenten zouden kunnen worden voorbereid op multiprofessionele samenwerking, komt niet of nauwelijks ter sprake. Meestal wordt zonder meer ervan uitgegaan dat het noodzakelijk is om studenten uit verschillende opleidingen bijeen te brengen.

Impliciet is daarbij de aanname dat studenten in het onderwijs de rol moeten hebben van het beroep waarvoor ze worden opgeleid. Wellicht probeert het huidige MPO daarmee teveel om multiprofessioneel samenwerken 'letterlijk' te imiteren. Dat vergroot de logistieke problemen, omdat dan immers van elk beroep het aantal studenten dat bij bepaalde opdrachten nodig is, moet zijn vertegenwoordigd. De doelstelling zou ook kunnen worden gediend met bijvoorbeeld opdrachten waarbij studenten nu juist eens de rollen van anderen op zich moeten nemen. Dat kan alleen bij opdrachten die niet al te veel specifieke vakkennis en vaardigheden eisen, zodat ook het probleem van afstemming op de fase van de opleiding minder wordt. Bovendien kan bij het oefenen door verschillende rollen te moeten spelen ook meer vanzelfsprekend plaats worden gegeven aan de rol van de patiënt en diens omgeving.

Het multiprofessioneel organiseren van onderwijs in de initiële fase stuit op veel praktische en inhoudelijke problemen. Aangezien de noodzaak van samenwerking met anderen in de zorg algemeen wordt onderschreven, lijkt het een logische stap om de voorbereiding daarop onderdeel te maken van initiële opleidingen. De vraag is in hoeverre dat al gebeurt en bij welke onderdelen in welke fase van de opleiding dat het beste kan gebeuren. Het vermoeden dat multiprofessionele samenwerking sterk wordt bepaald door de inhoud (van de betreffende patiëntproblematiek) en de context (type samenwerking en organisatie) geeft aanleiding om te zoeken naar leermogelijkheden die sterk verweven zijn met de beroepsuitoefening in de praktijk.

Veranderende eisen kunnen niet alleen maar worden vertaald in nog meer onderdelen in de opleidingen. Er zal dus een voortdurende afweging moeten plaatsvinden ten aanzien van schrappen of inkorten van bestaande onderdelen als er nieuwe moeten worden ingevoegd. Ook om in lijn te blijven met veranderende eisen in de gezondheidszorg verdient de wisselwerking met de praktijk extra aandacht. Dat geldt ten eerste voor het contact dat docenten (opleiders) zelf met die praktijk hebben. Zonder voeding vanuit de praktijk is het nauwelijks mogelijk om aanstaande beroepsbeoefenaars in de zorg adequaat op te leiden. Ten tweede moet de wisselwerking met de praktijk voor studenten vorm krijgen in hun leerplan.

BIJLAGE: VERANTWOORDING ONDERZOEK

A. Literatuuronderzoek

Medline, Cinahl, Current Contents en Cochrane Library vanaf 1990 tot november 2001:

- #1 inter and professional education and evaluation and (English in la) (2 records)
- #2 inter professional education and evaluation and (English in la) (0 records)
- #3 inter-professional education and evaluation and (English in la) (0 records)
- #4 interprofessional education and evaluation and (English in la) (12 records)
- #5 ((evaluation) in AB) and ((multi and professional and education) in AB) and (English in la) (6 records)
- #6 ((evaluation) in AB) and ((MPE) in AB) and (English in la) (8 records) Search History
- #7 evaluation and multi-professional and education and (English in la) (5 records)
- #8 ((evaluation) in AB) and ((multi and professional and education) in AB) and (English in la) (6 records)
- #9 ((evaluation) in AB) and ((MPE) in AB) and (English in la) (8 records)
- #10 multi professional education and evaluation and (English in la) and (LA=ENGLISH) and (TG=CASE-REPORT) (0 records)
- #11 (multi-professional) and ((education)) (21 records)
- #12 evaluation and multi-professional and education (6 records)
- #13 evaluation and multi and professional and education (23 records)
- #16 multiprofessional and education and (English in la) and (LA=ENGLISH) and (TG=CASE-REPORT) (0 records)

Medline, Cinahl en Current Contents vanaf 1998 tot november 2001:

- * #36 #27 and #32 and #35 (52 records)
- #35 #33 or #34 (2345 records)
- #34 education* outcomes (625 records)
- #33 health care outcomes (1736 records)
- #32 #28 or #29 or #30 or #31 (10321 records)
- #31 evaluation research (3180 records)
- #30 program evaluation (7266 records)
- #29 course evaluation (203 records)
- #28 student performance appraisal (143 records)
- #27 #22 and #26 (11872 records)
- #26 #23 or #24 (191673 records)
- #25 education; graduate (3027 records)
- #24 education; continuing (18208 records)
- #23 education* or train* or learn* or teach* or course* (191673 records)
- #22 #12 or #21 (31904 records)
- #21 #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 (8692 records)
- #20 professional-patient relations (0 records)
- #19 multiorganization* or multi-organization* (10 records)
- #18 multiorganisation* or multi-organisation* (3 records)
- #17 multisector* or multi-sector* (60 records)
- #16 multiagenc* or multi-agenc* (95 records)
- #15 multiinstitut* or multi-institut* (1190 records)
- #14 multidisciplin* or multi-disciplin* (7186 records)
- #13 multiprofession* or multi-profession* (274 records)
- #12 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 (27155 records)
- #11 inter-occupation* or interoccupation* (0 records)

- #10 team* (18689 records)
- #9 interprofessional relations (4151 records)
- #8 interorganization* or inter-organization* (87 records)
- #7 interorganisation* or inter-organisation* (14 records)
- #6 inter-department* or interdepartment* (413 records)
- #5 inter-sector* or intersector* (120 records)
- #4 inter-agen* or interagen* (426 records)
- #3 inter-institut* or interinstitut* (1542 records)
- #2 inter-disciplin* or interdisciplin* (4255 records)
- #1 inter-profession* or interprofession* (4511 records)

Naar aanleiding van het review artikel van Zwarenstein et al (2001) is de daar gebruikte zoekmethode toegepast op de meeste recente databases, om te controleren of er nog belangrijke ontwikkelingen zijn geweest na het uitkomen van dit artikel. Dit was niet het geval. Bij het schrijven van het rapport is zoveel mogelijk verwezen naar de meest recente reviewartikelen.

B. Interviews

Na een eerste ronde literatuurstudie zijn vijf interviews gehouden van een à twee uur. De interviews hadden een tamelijk open karakter. Voorafgaand werd uitleg gegeven over de aanleiding en doel van het vooronderzoek. De bovenhelft van het ontwikkelde model (zie Figuur 1 in de Inleiding en samenvatting) werd daarbij voorgelegd. De centrale vragen betroffen:

- Ervaringen met en opvattingen over het multiprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg (welke problemen ziet u, wat is volgens u een goede samenwerking).
- Ervaringen met en opvattingen over het bevorderen van multiprofessionele samenwerking in organisaties voor gezondheidszorg (welke maatregelen op welke niveaus, met/voor wie).
- Ervaringen met en opvattingen over multiprofessioneel opleiden als interventie.

De geïnterviewden waren:

1. Manager personeel en organisatie, verantwoordelijk voor human resource beleid binnen een samenwerkingsverband van drie ziekenhuizen (waaronder 'teaching hospital') en twee verpleeghuizen.
2. Onderwijskundige organisatieadviseur, met name gericht op leren in organisaties ('communities of practice'), met onder andere ervaring in de zorg.
3. Klinisch geriater, mede betrokken bij multiprofessioneel onderwijs en bij het werken met multidisciplinaire teams op eigen afdeling.
4. Senioronderzoeker kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg, mede betrokken bij multiprofessioneel onderwijs.
5. Directeur staf zorg academisch ziekenhuis, mede betrokken bij multiprofessioneel onderwijs.

De interviews werden uitgetypt en ter controle en eventuele aanvulling aan de geïnterviewden toegestuurd. Ten behoeve van het onderzoek werd een samenvatting gemaakt.

OVERZICHT FIGUREN

Figuur 1: Multiprofessioneel samenwerken in de zorg: eisen en interventies

Figuur 2: Doelstellingenboom multiprofessioneel samenwerken

Figuur 3: Niveaus voor het verwerven van competenties voor multiprofessioneel samenwerken in relatie met de praktijk.

Figuur 4: Invloed van opleiding en condities in het werk op samenwerking

Figuur 5: Kennis, kunde en houding in relatie tot handelen en de werkomgeving (naar Bolhuis, 2001)

REFERENTIES

- Areskog, N. H. (1995). Multiprofessional education at the undergraduate level. In K. Soothkill & L. Mackay & C. Webb (Eds.), *Interprofessional relations in health care*.
- Assmann, P., Wieringa, G. J., & Héman, R. (1998). De zorgbrug in de regio. Een antwoord op de knelpunten in de transmurale zorg. *Medisch Contact*, 53(10), 330-333.
- Barr, H. (2000). *Interprofessional education: 1997-2000*: UK Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE).
- Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (1999a). Evaluating interprofessional education: Two systematic reviews for health and social care. *British Educational Research Journal*, 25(4), 533-544.
- Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (1999b). Systematic review of the effectiveness of interprofessional education: Towards transatlantic collaboration. *Journal of Allied Health*, 28(2), 104-108.
- Bering, R., Die, A. C. d., Frissen, M. A. G., & Casparie, A. F. (1995). Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid in de zorgsector. *Medisch Contact*, 50(36), 1113-1118.
- Bolhuis, S. (2000). *Naar zelfstandig leren. Wat doen en denken docenten? [Toward self-directed learning. What do teachers do and think?]*. University of Nijmegen, Nijmegen.
- Bolhuis, S. (2001). *Leren en veranderen bij volwassenen. Een nieuwe benadering. [Learning and change of adults]* (2nd ed.). Bussum: Coutinho.
- Bolhuis, S. (2002). Professioneel leren: wat is het en hoe bevorderen we het? *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*(in druk).
- Bolhuis, S., & Simons, R. P. J. (1999). *Leren en werken*. Deventer: Kluwer.
- Campion-Smith, C., & Wilcock, P. (2001). Putting patients first will help interprofessional education. *British Medical Journal*, 322, 676.
- Casparie, A. F. (1995a). Kwaliteitsprojecten. Afbakening en beoordelingscriteria. *Medisch Contact*, 50(1), 23-24.
- Casparie, A. F. (1995b). Landelijk kwaliteitsbeleid anno 1995. *Medisch Contact*, 50(26), 853-856.
- Casparie, A. F. (1998). Sturen op kwaliteit: via de professional of op het systeem? *Kwaliteit & zorg*, 6, 151-154.
- Casparie, A. F. (2001). De ramen open. Zorgsector legt verantwoording af aan de samenleving. *Medisch Contact*, 56(4), 131-134.
- Casparie, A. F., Kessener, A. W., & Frissen, M. A. G. (1995). De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Een gezamenlijk initiatief van de koepels van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. *Medisch Contact*, 50(47), 1523-1524.
- Ducanis, A., & Golin, A. K. (1979). *The interdisciplinary health care team*. Germantown, Maryland: Aspen Systems Corporation.

- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: Falmer Press.
- Finch, J. (2000). Interprofessional education and teamworking: A view from the education providers. *British Medical Journal*(321), 1138-1140.
- Frankford, D. M., Patterson, M. A., & Konrad, T. R. (2000). Transforming practice organizations to foster lifelong learning and commitment to medical professionalism. *Academic Medicine*, 75(7), 708-717.
- Freeman, M., Miller, C., & Ross, N. (2000). The impact of individual philosophies of teamwork on multi-professional practice and the implications for education. *Journal of Interprofessional Care*, 14(3), 238-247.
- Freeth, D. (2001). Sustaining interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 38-45.
- Frissen, M. A. G. (1990). Afspraken over kwaliteitsbeleid. *Medisch Contact*, 45, 872-875.
- Grol, R. P. T. M. (1999). *Effectieve en doelmatige zorg: feit of fantasie? Oratie*. Nijmegen.
- Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. *Medical Education*, 35, 867-875.
- Hamilton, J. D. (1999). *The Quality of Australian Health Care Study: The implications for education of failure in quality and safety of health care*. Paper presented at the Training professionals for health care: interaction between health care and education.
- Hammick, M. (2000). Interprofessional education: evidence from the past to guide the future. *Medical teacher*, 22(5), 461-467.
- Harden, R. M. (1998). Effective multiprofessional education: a three-dimensional perspective. *Medical Teacher*, 20(5), 402-408.
- Harden, R. M. (1999). Multiprofessional education: the magical mystery tour. *AMEE Medical Education Guide No 12*, 3-4.
- Headrick, L. A., Knapp, M., Neuhauser, D., Gelmon, S., Norman, L., Quinn, D., & Baker, R. (1996). Working from upstream to improve health care: The IHI Interdisciplinary Professional Education Collaborative. *Journal on Quality Improvement*, 22(3), 149-164.
- Headrick, L. A., Wilcock, M., & Batalden, B. (1998). Continuing medical education: interprofessional working and continuing medical education. *British Medical Journal*, 316, 771-774.
- Het medisch opleidingscontinuum. Projectplan voor een toekomstverkenning*. (2000). Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Geneeskunst (KNMG).
- Hilton, R., & Morris, J. (2001). Student placements - is there evidence supporting team skill development in clinical practice settings. *Journal of Interprofessional Care*, 15(2), 171-183.
- Hilton, R., Morris, J., & Wright, A. M. (1995). Learning to work in the health care environment. *Journal of Interprofessional Care*, 9(3), 267-274.
- Horder, J. (2000). Leadership in a multiprofessional context. *Medical Education*, 34, 203-205.
- Horsburgh, M., Lamdin, R., & Williamson, E. (2001). Multiprofessional learning: the attitude of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Medical Education*, 35, 876-883.
- Huber, G. L., & Roth, J. H. W. (1999). *Finden oder suchen? Lehren und Lernen in Zeiten der Ungewissheit [To find or to search? Teaching and learning in times of uncertainty]*. Schwangau: Ingeborg Huber.
- Hutschemaekers, G. (2001). *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. Oratie*. Nijmegen: SUN.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Lavin, M. A., Ruebling, I., Banks, I., Block, L., Counte, M., Furman, G., Miller, P., Reese, V., Viehmann, V., & Holt, J. (2001). Interdisciplinary health professional education: A historical review. *Advances in Health Sciences Education*, 6, 25-47.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (1999). *Multiprofessioneel onderwijs in de gezondheidszorg*. Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2001). *Plan van aanpak capaciteit zorgverleners*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Mires, G. J., Williams, F. L. R., Harden, R. M., Howie, P. W., McCarey, M., & Robertson, A. (1999). Multiprofessional education in undergraduate curricula can work. *Medical teacher*, 21(3), 281-285.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 30-35.
- Nonaka, I., & Tacheuki, H. (1997). *De kenniscreërende onderneming: hoe Japanse bedrijven innovatieprocessen in gang zetten*. Schiedam: Scriptum Management.
- Nutley, S. M., & Davies, H. T. O. (2001). Developing organizational learning in the NHS. *Medical Education*, 35, 35-42.
- Onstenk, J. (1997). *Lerend leren werken*. Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.
- Parsell, G., & Bligh, J. (1998). Educational principles underpinning successful shared learning. *Medical Teacher*, 20(6), 522-529.
- Parsell, G., & Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 33, 95-100.
- Penders, J. (2000). *Inventarisatie multiprofessionele samenwerking UMC St. Radboud*. Nijmegen: HAN.
- Pirrie, A., Wilson, V., Harden, R. M., & Elsegood, J. (1998). Promoting cohesive practice in health care. *Medical Teacher*, 20(5), 409-416.
- Poiesz, T. B. C. (1999). *Gedragmanagement. Waarom mensen zich (niet) gedragen*. Wormer: Inmerc.
- Poulton, B. C., & West, M. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1), 7-18.
- Richardson, J., Montemuro, M., Mohide, A. E., Cripps, D., & Macpherson, A. S. (1999). Training for interprofessional teamwork-evaluation of an undergraduate experience. *Educational Gerontology*, 25, 411-434.
- Schellekens, W. (1995). Integraal kwaliteitsmanagement. Het project 'Mammapoli'. *Medisch Contact*, 50, 857-859.
- Schmitt, M. H. (2001). Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *Journal of interprofessional care*, 15(1), 47-66.
- Shlusmans, K., Slotman, R., Nagtegaal, C., & Kinkhorst, G. (Eds.). (1999). *Competentiegericht leeromgevingen*. Utrecht: Lemma.
- Sternberg, R. J., & Horvath, J. A. (Eds.). (1999). *Tacit knowledge in professional practice. Researcher and practitioner perspectives*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- STZ. (2001). *Samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen. Concept november 2001*: STZ.
- Swanborn, P. G. (1999). *Evalueren*. Amsterdam: Boom.
- Ter Heine-van Oosterum, B. (2000). *Multiprofessioneel onderwijs in de gezondheidszorg. Het ontwerp van een leeromgeving*. Molenhoek.

- Ter Heine-van Oosterum, B. A. M. J. (2001). *Werken en leren in een multiprofessioneel team. Evaluatie-rapport MPO-stage afdeling neurologie St Radboud*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen; UMC St Radboud.
- Tillema, H. (2001). Assessment: inzicht in functioneren. In R. Poell & J. Kessels (Eds.), *Human Resource Development. Organiseren van het leren* (pp. 323-339). Alphen aan den Rijn: Samson.
- Van der Vleuten, C. P. M., & Driessen, E. W. (2000). *Toetsing in probleemgestuurd onderwijs*. Groningen: Woters-Noordhoff.
- Van Minden, J. J. R. (1998). *Alles over assessment centers*. Amsterdam/Antwerpen: Veen.
- Verbeek-Weel, A. M. M., Peters, W., & Metz, J. C. M. (1998). *Naar multiprofessioneel onderwijs in de gezondheidszorg. Een onderzoek naar de haalbaarheid*. Nijmegen: Nijmeegs Instituut voor Kennisoverdracht in de Gezondheidszorg (NIKOG).
- Vermaak, H. (1997). Men zegt dat professionals niet te managen zijn. *Nijenrode Management Review*(7).
- Wass, V., Van der Vleuten, C. P. M., Shatzer, J., & Jones, R. (2001). Assessment of clinical competence. *The Lancet*, 357(March 24), 945-949.
- Wenger, E. (1997). *Communities of practice: Learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- West, M. A., & Poulton, B. C. (1997). A failure of function: teamwork in primary health care. *Journal of Interprofessional Care*, 11(2), 205-216.
- WHO. (1988). *Learning together to work together for health. Report of the WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel*. (Technical Report Series 769). Geneva: World Health Organization.
- Winants, Y. (1999). *Co-assistentschappen als inwijding in de medische beroepscultuur. Gender in de socialisatie tot arts*. Maastricht, Maastricht.
- Wood, D. F. (2001). Interprofessional education - still more questions than answers? *Medical Education*, 35, 816-817.
- Zwarenstein, M., Reeves, S., Barr, H., Hammick, M., Koppel, I., & Atkins, J. (2001). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). *The Cochrane Library*(2), 1-9.