

‘Samen sta je gezonder’

Een onderzoek naar de invloed van beroepsopvatting op domeinoverschrijdende samenwerking in de eerstelijnszorg



Rosanne Meulenbeld , juli 2012

‘Samen sta je gezonder’

Een onderzoek naar de invloed van beroepsopvatting op domeinoverschrijdende samenwerking in de eerstelijnszorg

R.A. Meulenbeld
3276600
rosannemeulenbeld@gmail.com

Master Publiek Management
Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap (USBO)
Universiteit Utrecht

Begeleiders USBO: prof. dr. Mirko Noordegraaf en mr. drs. Monique Mulders
Begeleider UvA: dr. Thomas Plochg

Afbeelding omslag: Rembrandt, ‘De anatomische les van Dr. Nicolaes Tulp’

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen hoe de beroepsopvatting van professionals domeinoverschrijdende samenwerking in de eerstelijnszorg beïnvloedt. Aanleiding hiervoor zijn de veranderingen die gezondheid en gezondheidszorg kenmerken. Binnen deze veranderingen kunnen vijf epidemiologische transities worden onderscheiden. De laatste drie transities laten een 'shift' zien van een reductionistisch, 'single-cause' ziektebeeld naar een meer holistisch, 'multiple-cause' of multimorbide, ziektebeeld, waarbij ziekte in toenemende mate systeemgebaseerd is. De verandering in het ziektebeeld vraagt ook om een andere inrichting van gezondheidszorg en een andere oriëntatie op ziekte. Ook noodzaken de toenemende vergrijzing, de stijgende kosten van het Nederlandse zorgsysteem en toenemende kansen op het gebied van technologie en kennis een 'herinrichting' van zorg. Waar voor artsen bij een reductionistisch ziektebeeld specialistische kennis en een specifieke opleiding logisch zijn, vraagt de 'nieuwe' epidemiologische fase om een meer systeemgebaseerde focus op zorg en (tot op bepaalde hoogte) een integratie en samenwerking van verschillende zorgdomeinen. Voor professionals betekent dit een meer generalistisch ingestelde visie op gezondheid en gezondheidszorg en een nauwere samenwerking met andere domeinen om de brede zorgvraag adequaat te kunnen benaderen. Ook de rol van het 'voorportaal' van de zorg, de eerste lijn, wordt van groter belang, zeker met het oog op preventie (en kostenbesparing door preventie).

Binnen dit kader benadert dit onderzoek *hoe de beroepsopvatting van professionals in de eerstelijnszorg domeinoverschrijdende samenwerking beïnvloedt*. Naar aanleiding van deze vraag is een theoretisch model over het tot stand komen van 'beroepsopvatting' ontwikkeld. De beroepsopvatting en de mate van samenwerking (als gevolg hiervan) van professionals in de eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord zijn op basis van dit model, aan de hand van interviews en analyse onderzocht, waarna de verschillen tussen de wijken vanuit het model beschreven en verklaard zijn.

Beroepsopvatting komt tot stand onder invloed van endogene en exogene factoren, respectievelijk de 'manifestatie' van kenmerken van professionalisme en de invloed (en druk) die de omgeving op de professional uitoefent. Uit dit onderzoek blijkt en valt op dat de beroepsopvattingen in de wijken Overvecht en Noord verschillen, ondanks de vergelijkbare maatschappelijke overeenkomsten (demografisch en epidemiologisch) en, tot op bepaalde hoogte, bestuurlijke overeenkomsten (in beide wijken zetten gemeente en zorgverzekeraar zich in voor de organisatie van zorg rondom projecten). Waar in Noord onder druk van de omgeving redelijk samengewerkt wordt, wordt in Overvecht nauw samengewerkt en is er (zelfs) sprake van een gedeelde holistische visie op gezondheidszorg en daarmee de problematiek in de wijk, een soort 'collectieve beroepsethos' onder de professionals. Dit kan ten dele worden verklaard door de manier waarop de professionals in Overvecht invulling geven aan 'professionalisme', door een grote nadruk op *kennisdeling* te leggen (het actief bezoeken van symposia en/of congressen en kennisdeling via een beroepsvereniging). Voorwaarde hiervoor blijkt echter wel de manier waarop zorg in de wijk *georganiseerd* is. De organisatie van zorg in Overvecht wordt namelijk, in tegenstelling tot in Noord, naast het werken in projecten in hoge mate gekenmerkt door het werken in multidisciplinaire centra. Kennisdeling wordt hierdoor gefaciliteerd en professionals krijgen de 'ruimte' om een brede visie op gezondheid en gezondheidszorg te hanteren. Onder de juiste maatschappelijke en bestuurlijke, organisatorische omstandigheden kan beroepsopvatting dus georganiseerd worden, waardoor kennisdeling plaats kan vinden en domeinoverschrijdende samenwerking in de wijk bevordert wordt of zelfs leidt tot een gedeelde 'collectieve beroepsethos'.

Een systeemgebaseerde '*outlook*' op patiënten en de behandeling van complexe problematiek lijkt tegemoet te komen aan het breder (complexer) wordende ziektebeeld. Het '*best practice*' scenario uit Overvecht biedt mogelijk, binnen de eerste lijn, een sleutel in de zoektocht naar welk type professional hier een '*fit*' voor is en hoe een multidisciplinaire, domeinoverschrijdende aanpak van complexe problematiek georganiseerd kan worden.

Voorwoord

Dit onderzoek gaat over de invloed van de beroepsopvatting van professionals in de eerstelijnszorg op domeinoverschrijdende samenwerking. Wat ik van dit onderzoek heb geleerd is dat *kennisdeling* er voor zorgt dat professionals buiten hun eigen domein gaan kijken, een bredere oriëntatie aannemen, waardoor een ‘collectieve’, multidisciplinaire beroepsethos kan ontstaan. Voordat kennisdeling kan plaatsvinden en een collectief resultaat kan worden behaald moet echter wel aan enkele voorwaarden worden voldaan, *bestuurlijke* voorwaarden (met betrekking op de organisatie van kennis) en voorwaarden vanuit de *omgeving* (maatschappelijk).

Deze scriptie had niet tot stand kunnen komen zonder de hulp van een aantal mensen, die ik in dit voorwoord hartelijk wil bedanken voor hun bijdrage aan mijn scriptie en de voltooiing van mijn ‘studietijd’ aan de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap. Het viel mij op dat de manier waarop mijn scriptie tot stand kwam parallellen vertoont met de manier waarop samenwerking onder professionals georganiseerd kan worden. Samenwerking, resultaat behalen, is pas mogelijk wanneer (domeinoverschrijdend) kennis wordt gedeeld. Om deze reden wil ik Thomas Plochg en Jennifer van den Broeke bedanken. Zij hebben mij in nieuwe domeinen geïntroduceerd en hun kennis met mij gedeeld. Thomas, hartelijk dank voor de ‘introductie’ in het ontzettend interessante domein van de *public health* en de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Ik had me geen interessanter en dynamischer onderzoeksveld kunnen wensen en ik ben hier ook nog lang niet op uitgekeken! Jennifer, van harte bedankt voor de (letterlijke) introductie in ‘de wijken’, voor de essentiële ondersteuning in de uitvoering van mijn onderzoek. Ook de respondenten die aan de interviews hebben deelgenomen wil ik in dit kader bedanken, zonder ‘hun kennis’ en interessante verhalen was de uitvoering van dit onderzoek zeker niet gelukt.

Kennisdeling is echter pas mogelijk wanneer er aan bepaalde ‘bestuurlijke’ voorwaarden, met betrekking tot de organisatie van kennis, wordt voldaan. Voor de organisatie van kennisdeling, de organisatie, invulling en uitvoering van mijn scriptie wil ik mijn eerste begeleider Mirko Noordegraaf en tweede begeleider Monique Mulders bedanken voor hun begeleiding. Mirko, hartelijk dank voor de goede en uitdagende begeleiding, ik heb veel geleerd en het vooral ontzettend leuk gevonden. Monique, van harte bedankt voor een zorgvuldige tweede blik. Voor de ‘organisatie van kennis’ wil ik ook mijn tutorgroepje bedanken voor de vaak constructieve feedback en tips vanuit hun eigen domein.

Ten slotte wordt kennisdeling mogelijk gemaakt door de juiste omgeving. In dit kader wil ik mijn ‘eigen omgeving’ bedanken, zonder wie ik dit onderzoek niet had kunnen doen. Pap, mam, Pino en Pieter bedankt voor het geduld en de aanmoediging om buiten mijn eigen ‘grenzen’ te kijken en kennis te verbreden (niet alleen de afgelopen 4 maanden). Joyce, bieb- en feestmaat, en Roos, Alieke, Annelies, Eva en Tamarah bedankt voor de inhoudelijke gesprekken, de mobiele onzin- en noodlijn en de feestjes die dit onderzoeksproces een absolute meerwaarde hebben gegeven. Ik ga het nog missen!

Rosanne Meulenbeld

Utrecht, juli 2012

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding

| | |
|---|----|
| 1.1 Veranderende omgeving. Veranderende professionals?..... | 12 |
| 1.2 Vraagstelling..... | 13 |
| 1.3 Onderzoeksaanpak..... | 14 |
| 1.4 Relevantie | 15 |
| 1.5 Leeswijzer..... | 15 |

Deel I - Contextuele en theoretische plaatsbepaling

Hoofdstuk 2 Veranderend ziektebeeld en heroriëntatie op zorg

| | |
|--|----|
| 2.1 Inleiding..... | 19 |
| 2.2 Epidemiologische transitities, problemen in de organisatie van gezondheidszorg | 19 |
| 2.3 Heroriëntatie op zorg | 22 |
| 2.3.1 Inleiding..... | 22 |
| 2.3.2 Multimorbiditeit..... | 22 |
| 2.3.3 Meer dan DNA-bepaling alleen? | 23 |
| 2.3.4 'John in a whole person': systeembenadering (een belangrijke rol voor welzijn) | 24 |
| 2.3.5 Van zz naar gg | 24 |
| 2.4 Belang van eerstelijnszorg..... | 25 |
| 2.4.1 Inleiding..... | 25 |
| 2.4.2 Samenwerking..... | 26 |
| 2.4.3 Sterke eerstelijnszorg als oplossing..... | 26 |
| 2.5 Conclusie | 27 |

Hoofdstuk 3 Professionalisme en omgeving, hoe beroepsopvatting tot stand komt

| | |
|--|----|
| 3.1 Inleiding..... | 29 |
| 3.2 Professions | 29 |
| 3.2.1 Inleiding: <i>de</i> professional bestaat niet | 29 |
| 3.2.2 Continuüm: van klassiek naar hybride, typering van de professional..... | 30 |
| 3.2.3 Kenmerken van professionalisme | 31 |
| 3.2.4 Controlled content en grenzen van professionele samenwerking | 33 |
| 3.2.5 Kortom | 33 |
| 3.3 Omgeving in beweging..... | 34 |
| 3.3.1 Inleiding: de omgeving van de professional..... | 34 |
| 3.3.2 Omgeving in beweging..... | 34 |
| 3.3.3 De markt- en bureaucratische logica en hun invloed op de professional..... | 35 |
| 3.3.5 Kortom | 37 |

| | |
|---|----|
| 3.4 Beroepsopvatting | 37 |
| 3.4.1 Inleiding | 37 |
| 3.4.2 Hochschild: feeling & framing rules | 38 |
| 3.4.3 Beroepsopvatting | 38 |
| 3.4.4 Kortom | 40 |
| 3.5 Conclusie | 40 |

Deel II - Empirie

Hoofdstuk 4 Onderzoeksaanpak

| | |
|---|----|
| 4.1 Inleiding | 45 |
| 4.2 Typering van het onderzoek | 46 |
| 4.2.1 Inleiding | 46 |
| 4.2.2 Interpretatief onderzoek | 46 |
| 4.2.3 Methodologische keuzes | 47 |
| 4.2.4 Multi methodisch | 48 |
| 4.3 Onderzoeksaanpak | 48 |
| 4.3.1 Inleiding | 48 |
| 4.3.2 Casusselectie | 48 |
| 4.3.3 Fasen van onderzoek | 50 |
| 4.4 Methoden en technieken | 51 |
| 4.4.1 Inleiding | 51 |
| 4.4.2 Desk research | 51 |
| 4.4.3 Interviews | 51 |
| 4.4.4 Inhoudsanalyse | 52 |
| 4.5 Validiteit en betrouwbaarheid | 52 |
| 4.5.1 Inleiding | 52 |
| 4.5.2 Interne validiteit | 52 |
| 4.5.3 Externe validiteit | 53 |

Hoofdstuk 5 Karakterisering en context van de wijken: Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord

| | |
|--|----|
| 5.1 Inleiding | 55 |
| 5.2 Karakterisering van de wijken | 55 |
| 5.2.1 Inleiding | 55 |
| 5.2.2 Utrecht Overvecht | 56 |
| 5.2.3 Amsterdam Noord | 58 |
| 5.2.4 Kortom | 59 |
| 5.3 Cliëntbeeld, ziektebeeld en samenwerking | 60 |
| 5.3.1 Inleiding | 60 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 5.3.2 Utrecht Overvecht..... | 60 |
| Ziektebeeld & behandeling | 61 |
| 5.3.3 Amsterdam Noord..... | 62 |
| 5.3.4 Kortom | 64 |
| 5.4 Conclusie | 65 |

Hoofdstuk 6 Beroepsopvatting en de gevolgen voor samenwerking

| | |
|---|----|
| 6.1 Inleiding..... | 67 |
| 6.2 Professionalisme | 67 |
| 6.2.1 Inleiding..... | 67 |
| 6.2.2 Professionalisme: terugblik..... | 68 |
| 6.2.3 Utrecht Overvecht..... | 68 |
| 6.2.4 Amsterdam Noord..... | 70 |
| 6.2.5 Kortom | 71 |
| 6.3 Omgeving | 72 |
| 6.3.1 Inleiding..... | 72 |
| 6.3.2 Omgeving: terugblik..... | 72 |
| 6.3.3 Utrecht Overvecht..... | 72 |
| 6.3.4 Amsterdam Noord..... | 73 |
| 6.3.5 Kortom | 74 |
| 6.4 Beroepsopvatting..... | 75 |
| 6.4.1 Inleiding..... | 75 |
| 6.4.2 Beroepsopvatting: terugblik..... | 75 |
| 6.4.3 Beroepsopvatting in Utrecht Overvecht | 76 |
| 6.4.4 Beroepsopvatting in Noord | 78 |
| 6.4.5 Kortom | 80 |
| 6.5 Conclusie | 81 |

Deel III - Conclusies

Hoofdstuk 7 Theoretische en empirische duiding: beantwoording van de deelvragen

| | |
|---|----|
| 7.1 Inleiding..... | 85 |
| 7.2 Theoretische deelvragen; professionalisme, omgeving, beroepsopvatting en samenwerking | 85 |
| 7.2.1 Inleiding..... | 85 |
| 7.2.2 Beantwoording van de theoretische deelvragen | 86 |
| 7.3 Empirische deelvragen: beroepsopvatting in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord | 88 |
| 7.3.1 Inleiding..... | 88 |
| 7.3.2 Beantwoording van de empirische deelvragen..... | 88 |
| 7.4 Conclusie | 93 |

Hoofdstuk 8 Conclusie, aanbevelingen en discussie

| | |
|---|------------|
| 8.1 Inleiding..... | 95 |
| 8.2 Conclusie | 96 |
| 8.2.1 Inleiding..... | 96 |
| 8.2.2 Omgeving onder druk, noodzaak tot verandering | 96 |
| 8.2.3 Theoretisch kader als basis: beroepsopvatting van professionals | 96 |
| 8.2.4 Conclusie. | 98 |
| 8.2.5 Reflectie | 99 |
| 8.3 Implicaties voor organisatie en onderzoek | 100 |
| 8.3.1 Inleiding..... | 100 |
| 8.3.2 Praktische aanbevelingen | 100 |
| 8.3.3 Theoretische implicaties: suggesties voor volgend onderzoek..... | 102 |
| 8.4 Discussie, reflectie op de bevindingen | 103 |
| 8.4.1 Inleiding..... | 103 |
| 8.4.2 Veranderende zorgvraag: nieuwe professional (???)..... | 103 |
| 8.4.3 Geen onderscheid maar gemeenschappelijkheid | 105 |
| Bronnen | 107 |
| Bijlage I Respondentenlijst | 110 |
| Bijlage II Opertaionalisatie | 111 |
| Bijlage III Topiclijst interviews | 113 |
| Bijlage IV Codeboom Rosanne Meulenbeld..... | 114 |
| Bijlage V Codeboom Jennifer van den Broeke | 115 |

Overzicht grafieken, figuren en tabellen

Figuren

| | | |
|------------|--|------|
| Figuur 1.1 | <i>Leeswijzer, onderzoeksstructuur</i> | p.18 |
| Figuur 2.1 | <i>'Analytical framework' (OECD, 2011)</i> | p.24 |
| Figuur 2.2 | <i>'Determinants of health status' (Starfield, 1998)</i> | p.25 |
| Figuur 2.3 | <i>Achtergrondmodel zorgpreventie (Significant, 2010 in RVZ, 2010)</i> | p.27 |
| Figuur 3.1 | <i>Model voor beroepsopvatting</i> | p.42 |
| Figuur 6.1 | <i>Model voor beroepsopvatting</i> | p.78 |
| Figuur 6.2 | <i>Beroepsopvatting en gevolg voor samenwerking in Overvecht</i> | p.80 |
| Figuur 6.3 | <i>Beroepsopvatting en gevolg voor samenwerking in Noord</i> | p.82 |
| Figuur 7.1 | <i>Model voor beroepsopvatting</i> | p.89 |
| Figuur 7.2 | <i>Beroepsopvatting Overvecht en Noord vergeleken</i> | p.92 |

Grafieken

| | | |
|-------------|---|------|
| Grafiek 5.1 | <i>Demografische gegevens Utrecht Overvecht</i> | p.58 |
| Grafiek 5.2 | <i>Demografische gegevens Amsterdam Noord</i> | p.60 |

Tabellen

| | | |
|-----------|---|------|
| Tabel 3.1 | <i>Professionalisme als 'controlled content' (Noordegraaf, 2007)</i> | p.35 |
| Tabel 3.2 | <i>De drie logica's (Tonkens, 2008)</i> | p.38 |
| Tabel 3.3 | <i>Drie soorten framing rules (Hochschild, 1979 in Tonkens et al., 2009)</i> | p.40 |
| Tabel 6.1 | <i>Kenmerken van professionalisme (Noordegraaf, 2007)</i> | p.70 |
| Tabel 6.2 | <i>Controlled content in Utrecht Overvecht</i> | p.71 |
| Tabel 6.3 | <i>Controlled content in Amsterdam Noord</i> | p.72 |
| Tabel 7.1 | <i>Typering van de professionals in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord (empirische deelvraag 1)</i> | p.76 |

1

Hoofdstuk 1 Inleiding

“There is a growing awareness that the way in which health professionals work needs to be more responsive to patients’ and population health needs and problems” (OECD, 2011)

Professionals in de zorg zien zich geconfronteerd met een veranderend ziektebeeld (OECD, 2011). Dit veranderende ziektebeeld vraagt om een aanpassing van het type professional dat werkzaam is in de zorg. Waar professionals in de zorg zich voorheen reductionistisch, op hun eigen domein konden instellen, wordt het tegenwoordig steeds belangrijker om vanuit een breder, systeemgebaseerd perspectief naar patiënten en ziekte te kijken (OECD, 2011).

“Effective medical care is not limited to the treatment of disease itself; it must consider the context in which the illness occurs and which the patient lives” (Starfield, 1998)

Dit systeemgebaseerde perspectief gaat uit van een ‘holistische’ visie op patiënten en zorg, dat wil zeggen, de context waarin problemen voorkomen is onlosmakelijk verbonden met deze problemen. Het is voor professionals in de zorg dan ook van groot belang dat zij rekening houden met de omgeving waar de patiënt zich in bevindt, om een adequate en structurele oplossing voor diens problemen te kunnen vinden (Starfield, 1998). Binnen de gezondheidszorg zijn specialisten in ziekenhuizen opgeleid om (specifieke) ziekten aan te pakken, maar de eerstelijnszorg is bij uitstek geschikt om ‘bredere’ problematiek aan te pakken, omdat deze eerste lijn zich (fysiek) ‘in’ de omgeving van de patiënt bevindt en zo rekening kan houden met de context waarin de problemen zich voordoen (Starfield, 1998).

“De wijkverpleegkundige bespaart per jaar bijna 18 duizend euro aan zorgkosten. Hiervan wordt 84 procent bereikt door het voorkomen van zorg door instellingen in de ‘tweede lijn’. Daarnaast is er sprake van gezondheidswinst voor cliënten ter waarde van bijna 38 duizend euro”¹

In juni 2012 publiceert adviesbureau BMC in opdracht van ZonMw² het adviesrapport ‘De ‘Zichtbare schakel’-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder’. Uit dit rapport, dat de kosten en baten onderzocht van zogenoemde ‘Zichtbare schakel’-wijkverpleegkundigen die voor hun werk niet gebonden zijn aan indicaties, blijkt dat de wijkverpleegkundige per jaar bijna 18 duizend euro aan zorgkosten kan besparen. Per cliënt gaat het om ongeveer 227 euro per jaar. Daarnaast, en misschien wel belangrijker, is er ook sprake van ‘gezondheidswinst’ bij de cliënten en een verbetering van de kwaliteit van leven (BMC, 2012). BMC verklaart deze ‘winst’ vanuit de mogelijkheid van het werken zonder indicaties en vanuit de competenties van de wijkverpleegkundige om somatische, psychische en sociale zorg te combineren (BMC, 2012).

Het succes van de wijkverpleegkundige wordt door BMC verklaard door hun capaciteit om breder op de problematiek van de cliënt in te spelen (naast ‘medische’ zorg ook psychische en sociale zorg) en vanuit de vrijheid die zij van hun organisatie krijgen om naar eigen inzicht te handelen. Hun positie in de eerstelijnszorg

¹ Skipr (04-06-2012). “Wijkzuster houdt cliënt uit dure tweedelijns”, Gevonden op 04-06-2012, op <http://www.skipr.nl/actueel/id11166-wijkzuster-houdt-clint-uit-dure-tweedelijns.html>

² Met als hoofdopdrachtgevers het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) stimuleert en financiert ZonMw gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

- de wijkverpleegkundige komt bij patiënten over de vloer- geeft hun de mogelijkheid om de patiënt in zijn context te zien en die context mee te nemen in de oorzaak en de behandeling van het probleem dat de patiënt presenteert. De brede oriëntatie van de wijkverpleegkundige, die ondersteuning kan bieden op 'diverse' gebieden van zorg (BMC, 2012) lijkt hier een voordeel in het tegemoet komen aan de brede, complexe zorgvraag. Ook het directe contact tussen professionals in de eerstelijnszorg en de cliënten die zij in hun omgeving zien (in het geval van de wijkverpleegkundige zelfs in de context van hun eigen huis) sluit hier op aan. Is dit dan het type professional dat nodig is voor de verandering in 'population health needs and problems'? Wat kenmerkt deze professional, wat maakt deze professional succesvol en, belangrijker, hoe kan dit verklaard worden?

1.1 Veranderende omgeving. Veranderende professionals?

Gezondheid en gezondheidszorg zijn aan het veranderen (Mackenbach & Van der Maas, 2008). Mackenbach & Van der Maas beschrijven in hun boek 'Volksgezondheid en gezondheidszorg' (2008) vier fasen van epidemiologische transitie en een vijfde fase die nu aan de gang is. Deze vijfde fase wordt gekenmerkt door een systeemgebaseerde oorzaak van ziekte, gezondheid wordt in toenemende mate gedrags- en omgevingsgerelateerd en verandert van een reductionistisch, 'single-cause' ziektebeeld in een 'multiple-cause' ziektebeeld (Mackenbach & Van der Maas, 2008; OECD, 2011). Naast een uitdaging op het gebied van zorgvraag en -aanbod wordt het systeem van gezondheidszorg op de proef gesteld door stijgende kosten (onder meer door toenemende vergrijzing en een toename van chroniciteit) en innovaties op het gebied van technologie en kennis (OECD, 2011). Deze uitdagingen en de veranderende zorgvraag vragen niet alleen om een herinrichting van gezondheidszorg, maar ook om een aanpassing van de professionals die in deze zorg werkzaam zijn. Een meer generalistisch of holistisch georiënteerde professional lijkt de oplossing voor een systeemgebaseerd ziektebeeld (Starfield, 1998; Sturmberg, 2007; OECD, 2011). Zoals uit het rapport van BMC over de wijkverpleegkundige blijkt kunnen professionals in de eerstelijnszorg door hun (fysieke) contact met de omgeving, de context waarin patiënten zich bevinden, een belangrijke rol spelen in het behandelen en de preventie van een complexe zorgvraag. In haar rapport 'Zorg voor je gezondheid!' (2010) constateert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ook een veranderende zorgvraag. Naar aanleiding van een toename aan chroniciteit en complexiteit van het ziektebeeld pleit de Raad voor een nadruk op het belang van het 'voorportaal' van de zorg, de eerste lijn, in het kader van preventie en het reductioneren van kosten. In dit voorportaal kan door multidisciplinaire samenwerking en een 'brede' instelling van de professional adequaat op de bredere vraag en problematiek van de patiënt ingespeeld worden (RVZ, 2010).

De vraag is echter of dit zo makkelijk gaat. Publieke professionals in de dienstverlenende sector, waaronder de zorg, vormen een 'aparte' beroepsgroep. Zij bezitten specifieke en vaak gespecialiseerde kennis (Evetts, 2003) en hanteren een 'hoger doel of ideaal' in hun werkzaamheden, bijvoorbeeld de bevordering van gezondheidszorg (Freidson, 2001). Zij hebben kennis en expertise maar ervaren (mede hierdoor) grote autonomie en autoriteit over het domein waar zij werkzaam zijn (Freidson, 2001). Tussen deze domeinen kunnen, door de specifieke autoriteit die een professional over zijn eigen domein bezit, grenzen ontstaan (Abbott, 1988; 1995) die samenwerking en een 'bredere (holistische) visie', buiten het eigen domein, bemoeilijken. Maar hoe wordt bepaald hoe professionals in de zorg naar hun beroepsdomein kijken en hoe komen grenzen om deze domeinen tot stand? En hoe kan de overbrugging van grenzen worden georganiseerd, om tegemoet te komen aan de veranderende zorgvraag?

1.2 Vraagstelling

Naar aanleiding van de vraag hoe professionals tegemoet kunnen komen aan de epidemiologische en maatschappelijke transitie in de gezondheidszorg is het doel van dit onderzoek om in kaart te brengen hoe professionals naar hun beroep en hun beroepsdomein kijken en welke 'factoren' hierop van invloed zijn. In dit onderzoek is aan de hand van een vergelijkend onderzoek in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord (waar sprake is van vergelijkbare demografische en epidemiologische omstandigheden) in kaart gebracht hoe de beroepsopvatting van professionals in de eerstelijnszorg van invloed is op multidisciplinaire samenwerking en hoe naar aanleiding hiervan zorg en beroepsopvatting zo georganiseerd kunnen worden dat de overbrugging van domeinen bevorderd kan worden en er 'ruimte' ontstaat om een systeemgebaseerde, holistische visie op zorg te creëren.

De hoofdvraag die uit deze doelstelling voortvloeit is de volgende:

“Op welke wijze beïnvloedt de beroepsopvatting van professionals domeinoverschrijdende samenwerking in de eerstelijnszorg?”

Om een antwoord te formuleren op de hoofdvraag zijn een aantal theoretische en een aantal empirische deelvragen opgesteld. De theoretische deelvragen geven op basis van relevante literatuur een invulling van de theoretische concepten die in dit onderzoek gebruikt worden. De empirische deelvragen geven invulling aan deze concepten aan de hand van gevonden empirische informatie, waarna een antwoord op de hoofdvraag geformuleerd kan worden.

1. Theoretische deelvragen

- ✚ Wat is professionalisme en wie zijn professionals?
- ✚ Hoe ziet de omgeving van de professional er uit?
- ✚ Wat is beroepsopvatting van professionals en hoe komt deze tot stand?
- ✚ Wat is de invloed hiervan op domeinoverschrijdende samenwerking?

Om een antwoord te formuleren op deze theoretische deelvragen is een drietal kernconcepten onderzocht, namelijk 'professionalisme', 'omgeving' en 'beroepsopvatting'. Rondom het concept 'professionalisme' is op basis van theorie onderzocht wat professionalisme inhoudt en wat de zogenaamde professionele logica is. Hierbij komt aan bod wie professionals zijn, welke kenmerken professionalisme heeft en wat dit betekent voor wat professionalisme is. Inherent aan het beschrijven van wie professionals zijn en wat professionalisme is, is het beschrijven van de manier waarop professionals naar de grenzen van hun beroep kijken. Aan de hand hiervan is het perspectief van professionals op domeinoverschrijdende samenwerking gegeven. Het concept 'omgeving' heeft eveneens betrekking op professionals, in die zin dat hier de omgeving waar de professional mee in wisselwerking staat is beschreven. Naast de professionele logica zijn hier de markt- en de bureaucratische logica uitgelegd en is zo een beeld gegeven van hoe de omgeving van de professional eruitziet. Ten slotte is aan de hand van de eerste twee concepten invulling gegeven aan 'beroepsopvatting'. Wat beroepsopvatting is en hoe het tot stand komt is hier onderzocht. De combinatie van deze concepten laat ten slotte het gevolg, de 'werking' van beroepsopvatting zien aan de hand van domeinoverschrijdende samenwerking.

2. Empirische deelvragen

- ✚ Hoe zijn professionals in de eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord te typeren?
- ✚ Hoe vatten deze professionals hun beroep op?
- ✚ Hoe wordt er door deze professionals in de eerstelijnszorg samengewerkt?
- ✚ Hoe kan deze samenwerking worden verklaard vanuit de beroepsopvatting van de professionals?

De beantwoording van de empirische deelvragen toont aan hoe de theoretische concepten invulling krijgen in de praktijk. In de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord is met professionals in de eerstelijnszorg besproken hoe zij hun beroep opvatten en hoe zij samenwerken. Ook de 'omgeving' waar zij mee geconfronteerd worden is besproken. Voor de beantwoording van de vraag hoe professionals in de eerstelijnszorg in Overvecht en Noord te typeren zijn is onderzocht in welke mate het professionalisme, aan de hand van de theoretische kenmerken van professionalisme, in het beroep en de persoon geïnstitutionaliseerd zijn. Door dit en de omgeving van de professional in kaart te brengen is een antwoord geformuleerd op de vraag hoe professionals hun beroep opvatten. Van daaruit is verklaard hoe de samenwerking tussen de professionals tot stand komt en is ten slotte, op basis van een combinatie van de theoretische invulling van concepten en verwachtingen en de empirische bevindingen een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag van dit onderzoek.

1.3 Onderzoeksaanpak

'Beroepsopvatting' is een breed begrip. Omdat het is ingezet om de verschillen in beroepsopvatting tussen professionals te beschrijven en verklaren is met betrekking tot de onderzoeksaanpak van dit onderzoek gekozen voor een 'interpretatief onderzoek met een deels inductief karakter'. Dit betekent dat in de aanloop van de uitvoering van het onderzoek in Utrecht en in Amsterdam eerst een theoretische verkenning rondom de begrippen 'professionalisme' en 'omgeving' plaatsvond. Aan de hand van de invulling van deze concepten is allereerst het onderzoek 'in de praktijk' tot stand gekomen en is naar aanleiding van deze theoretische verkenning en de invulling in de praktijk door middel van interviews met professionals in de eerstelijnszorg het model van beroepsopvatting 'ingevuld'. Dit model is vervolgens ingezet om de in wijken gevonden verschillen met betrekking tot beroepsopvatting te vergelijken en verklaren.

Het interpretatieve paradigma, dat in dit onderzoek is gehanteerd, ziet onderzoek als meer dan het beschrijven van verbanden alleen, het gaat ook om het blootleggen van mechanismen in een proces (Boeije, 2005). Net als dat een patiënt in en onder invloed van zijn omgeving moet worden gezien om de oorzaken van zijn probleem te achterhalen (Starfield, 1998), staat in dit onderzoek, in lijn met het interpretatieve paradigma, een holistische benadering van de werkelijkheid centraal. Het gaat om meer dan een 'effectmeting' alleen, het gaat er om de achterliggende 'mechanismen' van een verhaal bloot te leggen, de omgeving van de professionals wordt meegenomen om hun antwoorden te begrijpen. De keuze voor de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord is dan ook deels tot stand gekomen op basis van hun vergelijkbare kenmerken. Dit zijn zowel maatschappelijke als bestuurlijke kenmerken: er zijn respectievelijk vergelijkbare demografische en epidemiologische kenmerken en vergelijkbare kenmerken in de 'organisatie' van zorg, dat wil zeggen dat in beide wijken gemeente en zorgverzekeraar projecten organiseren (of subsidiëren) rondom de verbetering van zorg in de wijk.

De twee wijken geven rondom een vergelijkbare omgeving, een vergelijkbaar probleem, twee 'oplossingen', twee beroepsopvattingen weer. Aan de hand van het model voor beroepsopvatting dat is opgesteld worden de mechanismen in de processen *achter* deze oplossingen 'opgespoord' en verklaard.

1.4 Relevantie

Onderzoek naar professionalisme kent een rijke ‘geschiedenis’ rondom allerlei thema’s, bijvoorbeeld naar de typering van (klassiek) professionalisme, professionele controle, de ‘mate’ van professionalisme en het label professionalisme als machtsmiddel. Professionals in de geneeskunde en tot op bepaalde hoogte in de zorg worden van oudsher als ‘klassiek’ getypeerd (o.a. Wilensky, 1964; Larson 1977; Abbotts, 1988; Freidson, 2001; Evetts, 2003; Noordegraaf, 2007). Dit betekent dat zij een bepaalde mate van controle over de inhoud van hun professie hanteren, evenals een sterke autonomie over hun beroepsdomein, en hier stevige grenzen omheen zetten. De titel van ‘professional’ wordt ook als machtsmiddel gebruikt om toegang te krijgen tot bepaald ‘kapitaal’ (Noordegraaf & Schinkel, 2011). Naast de klassieke professies zijn steeds meer beroepsgroepen zich aan het ‘professionaliseren’ (Evetts, 2003; Noordegraaf, 2007). Niet alleen ‘binnen’ het professionalisme is er een dynamisch debat aan de gang, ook ‘buiten’ de professional is de omgeving in beweging. Op het gebied van geneeskunde wordt de burger kritischer en worden kennis en technologie omvangrijker en toegankelijker (Noordegraaf, 2004; Tonkens, 2008). Ook maakt de geneeskunde een epidemiologische transitie door. Het ziektebeeld verandert met de omgeving mee, van epidemieën en hongersnood naar degeneratieve en door de mens veroorzaakte aandoeningen, naar degeneratieve, omgevingsgerelateerde ziekten (Mackenbach & van der Maas, 2008; OECD, 2011). Dit zorgt voor een andere vraag aan en een andere instelling van professionals in de zorg. Zij zien zich geconfronteerd met een ziektebeeld dat domeinoverschrijdend medisch en sociaal-maatschappelijk gerelateerd is. Hoe gaan zij hier mee om, hoe vatten zij hun beroep binnen deze context op en hoe komt dit tot stand? Blijven de kenmerken van het professionalisme leidend voor het handelen en welke invloed oefenen de omstandigheden in de omgeving hierop uit?

Naast een wetenschappelijke relevantie kan dit onderzoek een maatschappelijke relevantie hebben. De betaalbaarheid van zorgsystemen staat onder druk (OECD, 2011), ook in Nederland (RVZ, 2010; 2012). Hervormingen zijn nodig (RVZ, 2012) maar de vraag is welke precies. Professionals in de zorg spelen een belangrijke rol in dit vraagstuk (OECD, 2011) en de manier waarop professionals hun beroep opvatten en invullen is in hierbij van belang. Domeinoverschrijdende samenwerking is van belang in de behandeling en preventie van ziekte, met name in de eerstelijnszorg (RVZ, 2010). Rondom het betaalbaar houden van zorg speelt dit een (steeds) belangrijkere rol. Door deze beroepsopvatting in kaart te brengen is onderzocht welke factoren van invloed zijn op het tot stand komen hiervan, hoe samenwerking (al dan niet) bevorderd wordt en op welke manier. Een sterker georganiseerde eerste lijn, zo toont een ‘*best-practice*’ scenario aan, kan voor een reductie in zorgkosten en een verbetering van gezondheid zorgen (zie §4.3.2). Sterk georganiseerd betekent in dit geval (onder andere) een hoge mate van samenwerking. Door te onderzoeken hoe de beroepsopvatting van professionals tot stand komt en hier een rol in speelt kunnen mogelijk stappen in de richting van structurelere samenwerking worden gezet. Vanuit beroepsopvatting bekeken: waarom slaagt de organisatie van zorg op de ene plek beter dan op de andere? Welke lessen kunnen uit de *best-practice* situaties getrokken worden? In het laatste hoofdstuk van dit onderzoek zal hier, onder meer in de ‘aanbevelingen’ op in worden gegaan.

1.5 Leeswijzer

Dit onderzoek is, na dit inleidende hoofdstuk, opgebouwd in drie delen. Deel I ‘Contextuele en theoretische plaatsbepaling’, Deel II ‘Empirie’ en ten slotte Deel III ‘Conclusies’.

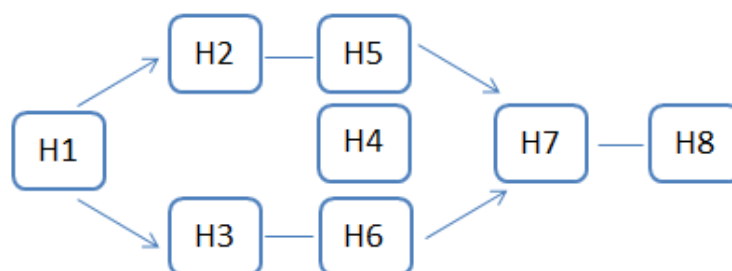
Deel I ‘Contextuele en theoretische plaatsbepaling’, bestaat uit hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3. In **Hoofdstuk 2**, ‘Veranderend ziektebeeld en heroriëntatie in de zorg’ wordt de contextuele plaats van het onderzoek bepaald, die in bredere zin de aanleiding voor dit onderzoek vormt. Allereerst wordt de verandering van ‘gezondheid en

gezondheidszorg' beschreven, aan de hand van een verschuiving in epidemiologische transitie. Vervolgens wordt de impact van de meest recente epidemiologische transitie besproken, in combinatie met de heroriëntatie op zorg die hierdoor relevant wordt. Ten slotte wordt, naar aanleiding hiervan, het belang van de eerstelijnszorg in deze heroriëntatie besproken. In **Hoofdstuk 3**, 'Professionalisme en omgeving, hoe beroepsopvatting tot stand komt', wordt de theoretische plaats van het onderzoek bepaald. Dit gebeurt door de belangrijkste concepten 'professionalisme', 'omgeving' en 'beroepsopvatting' in te vullen. Voor 'professionalisme' en 'omgeving' wordt aansluiting bij de wetenschappelijke discussies rondom deze onderwerpen gezocht, waarna de invulling hiervan het tot stand komen van het concept 'beroepsopvatting' bepaalt.

Deel II 'Empirie' beschrijft, naar aanleiding van de contextuele en theoretische plaatsbepaling, de uitvoering van dit onderzoek in de praktijk. In **Hoofdstuk 4**, 'Onderzoeksaanpak', wordt de praktische grondlegging en uitvoering van dit onderzoek besproken. Aan de hand van de praktische inbedding, de typering en de aanpak van het onderzoek wordt uitgelegd hoe het onderzoek is aangepakt en uitgevoerd. Daarnaast wordt verantwoording gegeven over de methoden en technieken die in dit onderzoek leidend zijn geweest. **Hoofdstuk 5**, 'Karakterisering en context van de wijken: Utrecht Overvecht & Amsterdam Noord' schetst de context, het verhaal van de wijken waar het onderzoek is uitgevoerd en de omgeving waarin de professionals van dit onderzoek werken. Allereerst wordt een demografische en epidemiologische karakterisering gegeven. Vervolgens wordt ingegaan op de organisatie van zorg in de wijk. Ten slotte wordt in beeld gebracht hoe, in reactie op het cliënt- en ziektebeeld, wordt omgegaan met samenwerking. In **Hoofdstuk 6** wordt, binnen de context van de omgeving die in Hoofdstuk 5 is neergezet, de beroepsopvatting van de professionals in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord weergegeven. Aan de hand van de invulling van de theoretische concepten 'professionalisme' en 'omgeving' (in dit geval de wisselwerking tussen de professionals en de omgeving) kan de beroepsopvatting van de professionals worden ingevuld en worden verschillen en overeenkomsten in kaart gebracht.

Deel III 'Conclusies' brengt ten slotte de contextuele en theoretische informatie en de empirische informatie (definitief) bij elkaar en verbindt hier conclusies en reflecties aan. In **Hoofdstuk 7**, 'Theoretische en empirische duiding: beantwoording van de deelvragen' worden de theoretische en empirische informatie bijeen gebracht in de beantwoording van de theoretische en empirische deelvragen. In **Hoofdstuk 8** 'Conclusie, aanbevelingen en discussie' worden hier ten slotte conclusies aan verbonden. Naar aanleiding van (de conclusies van) dit onderzoek worden vervolgens praktische aanbevelingen en theoretische implicaties beschreven. Ten slotte wordt er in de discussie gereflecteerd op de betekenis van de bevindingen van dit onderzoek voor de onderzochte concepten en thema's.

Schematisch kan deze 'leeswijzer' worden opgevat zoals in figuur 1.1 weergegeven staat. Zoals het figuur aangeeft worden hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 als het ware 'gespiegeld' in respectievelijk hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6. De theoretische contextbepaling van hoofdstuk 2 wordt gespiegeld aan de concrete contextbepaling van het onderzoek in 'de wijken' in hoofdstuk 5. De invulling van de theoretische concepten is leidend en kan gespiegeld worden met de invulling van deze concepten in de praktijk in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 en 8 komen deze 'spiegelingen' vervolgens samen.



✚ Figuur 1.1 'Leeswijzer: onderzoeksstructuur'

Deel I – Contextuele en theoretische plaatsbepaling

2

Hoofdstuk 2 Veranderend ziektebeeld en heroriëntatie in de zorg

In dit hoofdstuk ‘Veranderd ziektebeeld en heroriëntatie in de zorg’ wordt de contextuele plaats van het onderzoek bepaald. De beroepsopvatting van professionals in de eerstelijnszorg staat in dit onderzoek centraal. De aanleiding voor het onderzoek naar beroepsopvatting is de veranderende ‘omgeving’ waarin deze professionals zich bevinden. In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen waar de professional mee te maken heeft beschreven door middel van een beschrijving van het veranderende ziektebeeld. Naar aanleiding van dit veranderende ziektebeeld is er een discussie over de ‘inrichting’ van zorg en het (vernieuwde) belang van welzijn ontstaan. Deze discussie zal, met een focus op eerstelijnszorg, in het laatste deel van dit hoofdstuk beschreven worden. De context waarin de professionals uit dit onderzoek zich bevinden wordt op deze wijze in beeld gebracht.

2.1 Inleiding

“There is a growing awareness that the way in which health professionals work needs to be more responsive to patients’ and population health needs and problems” (OECD, 2011, p.110). Gezondheid en gezondheidszorg zijn aan het veranderen (Mackenbach & van der Maas, 2008; OECD, 2011). Mackenbach & Van der Maas (2008) beschrijven vier fasen van epidemiologische transitie die wereldwijd onderscheiden kunnen worden en een vijfde transitie die nu aan de gang is. Deze vijfde fase luidt het toenemende belang van de gedrags- en omgevingsgerelateerdheid van ziekte in (Mackenbach & Van der Maas, 2008). Veranderingen in gezondheid vragen ook om een zekere flexibiliteit van gezondheidszorg. De toenemende specialisatie in de gezondheidszorg is niet meer van toepassing op het gedragsgerelateerde ziektebeeld dat ontstaat (OECD, 2011). In Nederland wordt deze verandering en de vraag om herinrichting van zorg die het oproept ook besproken. Een ‘bredere focus’ van professionals in de zorg en een groter belang van eerstelijnszorg en –welzijn biedt mogelijk een uitkomst. In dit hoofdstuk wordt deze context en deze ontwikkeling beschreven. In §2.2 komen de veranderingen in het ziektebeeld, de epidemiologische transities aan bod. In §2.3 wordt de meest recente fase van deze transities en de heroriëntatie op zorg die hierdoor ter sprake komt besproken. In §2.4 komt ten slotte de discussie die hier in Nederland als gevolg rondom eerstelijnszorg en –welzijn is ontstaan aan bod. In §2.5 wordt ten slotte afgesloten met een samenvattend overzicht van het hoofdstuk waarin de belangrijkste conclusies van deze ontwikkelingen voor dit onderzoek aan bod komen.

2.2 Epidemiologische transities, problemen in de organisatie van gezondheidszorg

Mackenbach en Van der Maas (2008) beschrijven hoe gezondheid en daarmee gezondheidszorg in verandering zijn. Zij beschrijven de epidemiologische transitie van gezondheid in vier fasen en geven aan dat een vijfde fase lijkt te zijn ingezet (Mackenbach & Van der Maas, 2008). Plochg, Klazinga, Schoenstein en Starfield (OECD, 2011) geven deze transitie in het ‘Analytical framework’ dat zij hebben ontwikkeld schematisch weer (figuur 2.1). Hierin beschrijven zij niet alleen de transitie die gezondheid(szorg) doormaakt maar typeren zij ook het type ‘health professional’, het type professional in de gezondheidszorg, dat hierbij ‘hoort’. Als resultaat besluiten zij dat de huidige gezondheidszorg zich moet aanpassen aan het veranderende ziektebeeld om

actueel te blijven. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) komt met een vergelijkbare stelling in haar rapport 'Zorg voor je gezondheid!' (2010). De Raad constateert, zoals Plochg et al. op internationaal niveau en Mackenbach en Van de Maas op nationaal niveau, een verandering van de zorgvraag- en aanbod in Nederland en beschrijft hoe aanpassingen in de zorg noodzakelijk zijn om tegenwicht aan deze verandering te bieden (RVZ, 2010). Zowel Plochg et al. als de RVZ signaleren een veranderende zorgvraag, een ontoereikend zorgaanbod, problematische stijgingen in de kosten van de gezondheidszorg en kansen op het gebied van technologie en kennis. In deze paragraaf 'problemen in de organisatie van de gezondheidszorg' worden de ontwikkelingen die Plochg et al. en de RVZ signaleren besproken.

Veranderende zorgvraag

Mackenbach en Van der Maas schetsen in hun boek 'Volksgezondheid en de gezondheidszorg' (2008), hoe het ziektebeeld in de loop van de geschiedenis is veranderd. Ze onderscheiden een 'tijdperk van epidemieën en hongersnood', een 'tijdperk van afnemende pandemieën', een 'tijdperk van degeneratieve en door de mens veroorzaakte aandoeningen' en sinds enige tijd een tijdperk van 'delayed degenerative diseases' (Mackenbach & Van der Maas, 2008). Ook schetsen zij hoe er een nieuw tijdperk lijkt te ontstaan, het tijdperk van 'delayed degenerative diseases' waarbij er niet zozeer sprake is van de uitschakeling van degeneratieve ziekten, maar wel van uitstel hiervan naar een hogere leeftijd. In figuur 2.1 laat het *analytical framework* van Plochg et al. een vergelijkbare verandering zien. Gezondheid is vanuit de 16^e tot de 18^e eeuw, met hongersnood en pest, ontwikkeld tot 'man-made diseases' in de welvaartsstaat, degeneratieve ziektes en 'societal-stress'. Ook is er sprake van een toename aan chroniciteit en het aantal ziektes dat tegelijkertijd optreden. Plochg et al. bestempelen dit als 'multimorbiditeit' (OECD, 2011). De RVZ signaleert een vergelijkbare trend: "In 2020 zal het aantal mensen met een chronische aandoening het aantal mensen met een tijdelijke aandoening ver overtreffen" (RVZ, 2010, p.5). Omdat de gemiddelde levensverwachting stijgt wordt 'lang' bij kans op 'langdurige chroniciteit' ook langer, met gevolgen voor de patiënt én de maatschappij in zorg en kosten. De Raad beschrijft een toename aan multimorbiditeit, maar parallel daaraan een toename aan multiproblematiek: het aantal zorgvragers dat meer dan één ziekte heeft neemt toe, het aantal mensen met problemen op verschillende terreinen – arbeid, wonen, opvoeding – ook. De 'gedragsgerelateerdheid' van (on)gezondheid wordt hiermee zichtbaarder (RVZ, 2010, p.14), door Plochg et al. getypeerd in de welvaartsstaat, waar *societal stress* een invloedsfactor is. Gedrag speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling en het verloop van ziekten, bijvoorbeeld bij diabetes (RIVM in RVZ, 2010). Dit laat zien hoe socio-economische omstandigheden van een individu van invloed op zijn fysieke gesteldheid (RVZ, 2010, p.13). Eveneens parallel hieraan is de ontwikkeling van het begrip 'gezondheid' zoals Mackenbach & Van der Maas beschrijven. In 1946 stuitte de definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) op kritiek. De definitie die de WHO gaf van gezondheid als "een toestand van volledig fysiek, mentaal en maatschappelijk welbevinden, en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek" (WHO, 1964) werd vanwege de nadruk op de 'positieve aspecten' van zorg als (ten dele) onhaalbaar ideaal geschetst. Toch weerspiegelde dit dat gezondheid niet (meer) als een doel op zichzelf moet worden gezien, maar eerder als voorwaarde voor optimaal functioneren.

Ontoereikend zorgaanbod

De verandering in het zorgaanbod en de toename van gedragsgerelateerdheid maken dat het zorgaanbod gedateerd is (OECD, 2011). Waar voor *man-made, single-cause diseases* een specialistisch opgeleide arts de oplossing was constateren Plochg et al. dat de ziekten van de 21^e eeuw meer systeemgebaseerd zijn en dus vragen om een meer generalistische aanpak en een breder georiënteerde professional. Hoe deze professional er precies 'uitziet' is nog niet duidelijk, zo laten Plochg et al. zien door dit met '????' in te vullen (zie figuur 2.1). De toenemende vergrijzing maakt het eveneens noodzakelijk opnieuw over het aantal, maar vooral ook het type professionals in de gezondheidszorg na te denken (OECD, 2011, p. 111). In 2012 brengt de RVZ het rapport 'Redzaam

ouder' uit, waarin wordt geschetst hoe demografische ontwikkelingen betekenen dat er in de toekomst veel meer ouderen zullen zijn. Het aandeel ouderen met chronische ziekten neemt eveneens toe en het zorggebruik van ouderen intensiveert (RVZ, 2012, p.15-17). De verwachting is dat dit gepaard gaat met een dramatische stijging van de zorgkosten (RVZ, 2012, p.19).

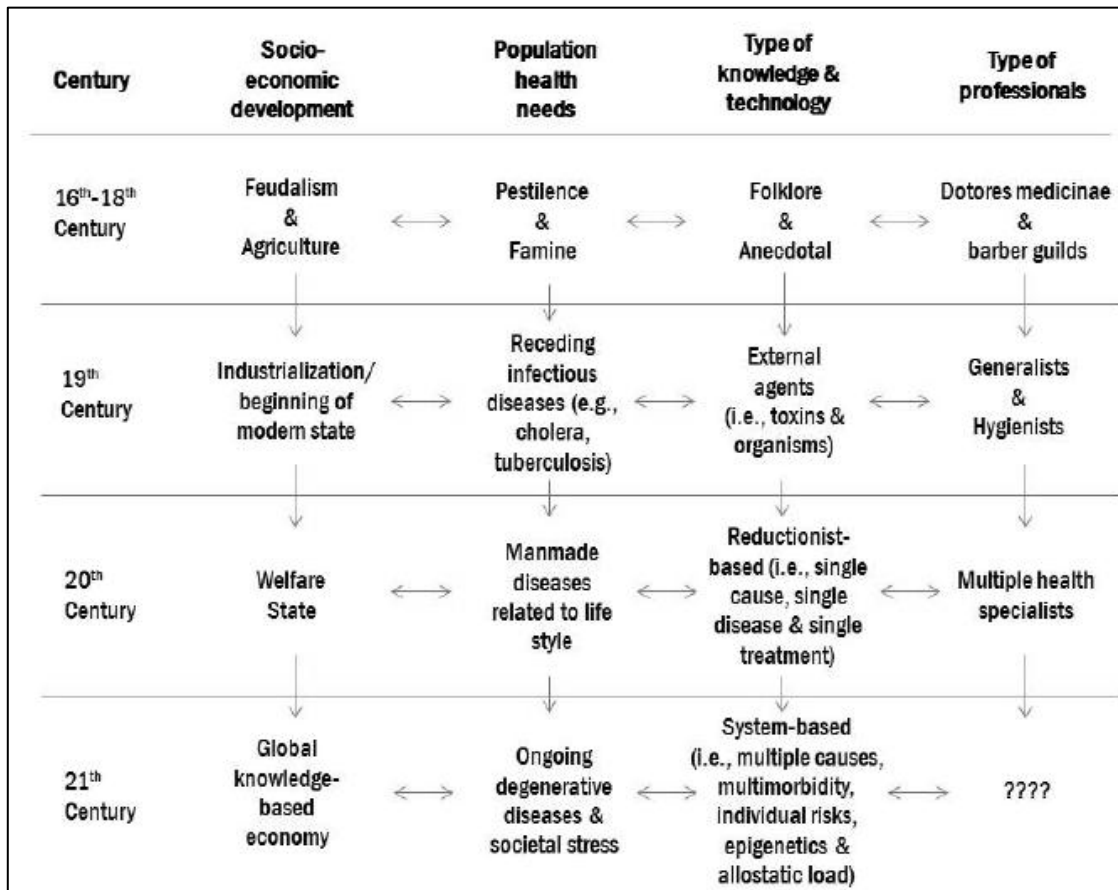
Problematische stijging in de kosten van de gezondheidszorg

De kosten van de zorg zijn de afgelopen jaren toegenomen en zullen de komende jaren nog flink toenemen. Niet alleen in Nederland; in de meeste OECD-landen stijgen de kosten van gezondheidszorg zelfs meer dan de totale economische groei (OECD, 2011, p.110). De stijgende kosten komen deels voort uit de vergrijzing van de bevolking (zoals in het vorige stuk voor Nederland beschreven staat), maar ook door de toename aan chronische klachten en een toename in het zorggebruik. Inzetten op het voorkomen van chronische aandoeningen en het beperken van de gevolgen hiervan wordt door de RVZ, met het vooruitzicht van beperkte personele en financiële middelen noodzakelijk geacht (RVZ, 2010, p.111). De toename in zorggebruik is een trend die de afgelopen 30 jaar al is ingezet. Het gaat hierbij met name om een toename van het aantal consulten aan tandarts, huisarts of fysiotherapeut en het toegenomen medicijngebruik³.

Kansen op het gebied van technologie en kennis

De RVZ beschrijft hoe innovatie op het gebied van diagnostiek, behandeling en zorg de komende tien jaren beter mogelijk gaat worden door een toename aan technologische hulpmiddelen en een toename aan de kennis over het behandelen en voorkomen van ziekte en stoornissen (onder andere door de inzet van vroegdiagnostiek, detectie en screening) (RVZ, 2010, p.14-15). Ook zal de patiënt met behulp van nieuwe technologie beter en sneller bereikt worden. Plochg et al. beschrijven echter hoe de mogelijkheden die technologie en kennis bieden nog lang niet optimaal gebruikt worden. Zij beschrijven hoe nieuwe, systeemgebaseerde kennis en de verkleining en mobilisatie van gezondheidstechnologie het minder noodzakelijk maken voor professionals en patiënten om op dezelfde fysieke locatie te zijn voor het bespreken van ziekte en behandeling. Met als gevolg dat de nadruk van zorgverlening meer in de gemeenschap en praktijken kan komen te liggen in plaats van in instituties als ziekenhuizen (OECD, 2011, p110). Denk hierbij aan zorgverlening vanuit de eerstelijnszorg (RVZ, 2010; RVZ, 2011).

³ Centraal Bureau voor de Statistiek, Artikelen en publicaties: (24-01-2011) "Zorggebruik laatste 30 jaar toegenomen", Gevonden op 28-05-2011, op <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3301-wm.htm>



Figuur 2.1 'Analytical Framework' (OECD, 2011, p.111)

2.3 Heroriëntatie op zorg

2.3.1 Inleiding

De veranderende zorgvraag betekent niet alleen dat opnieuw naar de inrichting van zorg gekeken moet worden, maar lijkt ook implicaties te hebben voor de manier waarop er naar patiënten gekeken wordt. De samenhang tussen multiproblematiek en multimorbiditeit en chroniciteit is al even geschetst en de relatie tussen gedrag en gezondheid wordt steeds belangrijker. Naar aanleiding van deze constatering adviseren Plochg et al. en de RVZ aan professionals om een breder beeld van de patiënt te hanteren, een *holistische visie*. Dit idee is niet volledig nieuw. Zoals in §2.2 beschreven staat introduceerde de WHO in 1964 al een 'breder' benadering van gezondheidszorg door de definitie van gezondheid te verruimen naar meer dan een focus op ziekte alleen. Daarnaast pleitte Barbara Starfield in 1988 al voor een meer holistische benadering van patiënten, een systeemgebaseerd perspectief. Zij voorspelde een toename van multimorbiditeit en het belang van het bewustzijn van de gedragsgerelateerdheid van ziekte, met name in de eerstelijnszorg (Starfield, 1988). Dit betekent dat het patiëntbeeld en daarmee het type zorgverlener dat een rol speelt (moet) veranderen.

Voordat in paragraaf 2.4 wordt ingegaan op wat deze veranderingen betekenen voor de werkwijze van instituties en professionals in de zorg worden in deze paragraaf 'heroriëntatie op zorg' de implicaties voor zorg, namelijk multimorbiditeit en een bredere oriëntatie op (de gedragsgerelateerdheid) van zorg gedefinieerd en nader toegelicht.

2.3.2 Multimorbiditeit

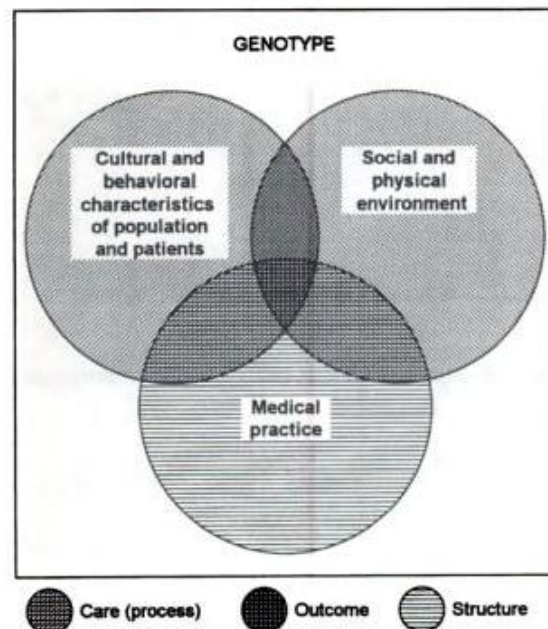
Multimorbiditeit houdt in dat er sprake is van twee of meer (chronische) condities in één patiënt, ook wel 'comorbiditeit' (Campbell-Scherer, 2010; OECD, 2011; Valders, 2009; Uijen, 2008). Het gaat hierbij niet om de ziekte an sich, maar ook om de totale last aan psychologisch disfunctioneren, of het totale pakket aan ziektes

dat van invloed is op het *welzijn* van de patiënt (Valders, 2009). Multimorbiditeit wordt verder geassocieerd met toenemende zorgconsumptie en kortere levensverwachting. Het compliceert het stellen van een eenduidige diagnose en het voorschrijven van een therapie, omdat vaak moeilijk te onderscheiden is of de symptomen die zich aandienen bij de nieuwe ziekte of bij een eerdere ziekte horen. Ook is het lastig één behandeling uit te schrijven omdat rekening moet worden gehouden met de gezamenlijke werking van de ziekten. Dit kan op verschillende niveaus in de zorg spelen; zo krijgt de huisarts in de eerstelijnszorg vaak een breed probleem neergelegd, waarin hij moet analyseren welke concrete medische zorgvraag voor hem behandelbaar is. Op het niveau van het ziekenhuis speelt de problematiek van multimorbiditeit bijvoorbeeld in de behandeling; het behandelen van het ene symptoom kan belemmerend zijn voor het genezen van het ander, waardoor een conflict ontstaat (OECD, 2011). Ten slotte is gezondheid afhankelijk van meer dan van ziekte alleen; de context waarin de ziekte opspeelt en de patiënt leeft moet ook in beschouwing worden genomen (Starfield, 1988).

2.3.3 Meer dan DNA-bepaling alleen?

“Effective medical care is not limited to the treatment of the disease itself; it must consider the context in which the illness occurs and in which the patient lives” (Starfield, 1988, p.4). Starfield (1988) beschrijft hoe gezondheid tot stand komt door sociale en fysieke omgeving, individueel gedrag en toegang tot de gezondheidszorg (zie figuur 2.2) (Starfield, 1988) en beschrijft daarmee hoe ziekte dus in hoge mate gedragsgerelateerd is. Figuur 2.2 laat zien hoe het ‘genotype’ van de mens beïnvloed wordt door verschillende determinanten: 1) door gedrag dat sociaal en cultureel bepaald is, 2) door de sociale en culturele omgeving of context van het individu en 3) door de beschikbare gezondheidszorg. Ook laat het figuur zien hoe deze determinanten elkaar onderling beïnvloeden. Ze werken verschillend, sommige effecten zijn direct merkbaar (zoals het hygiëneniveau in bijvoorbeeld een huis of wijk) en sommigen hebben indirect effect, zoals (*societal*) stres, sociale isolatie of de toegang tot gezondheidszorg. Omdat omgeving een bepalende factor voor de gezondheidsstatus van een individu is, is de gezondheid van een gemeenschap of wijk vaak al een goede graadmeter voor de gezondheid van een individu. Het zelfde geldt voor andere sociale condities, zoals bijvoorbeeld het inkomensniveau en het opleidingsniveau (Starfield, 1988).

De WHO had, zoals in de inleiding aangegeven, in 1964 ook al aandacht voor dit idee. Het concept ‘gezondheid’ als de afwezigheid van ziekte doet geen recht aan het feit dat ook bij degenen zonder ziekte, letsel en gebrek nog veel variatie is in het functioneren en subjectief welbevinden (Mackenbach & Van der Maas, 2008). De definitie van de WHO van gezondheid als ‘toestand van volledig fysiek, mentaal en maatschappelijk welbevinden, en niet louter de afwezigheid van ziekte of gebrek’ komt hieraan tegemoet, maar werd destijds heftig bekritiseerd vanwege de brede en positieve framing van het concept als meer dan ziekte alleen (Mackenbach & Van der Maas, 2008, p.41). Toch lijkt het idee dat de WHO in 1964 al had, inmiddels al dieper geïntegreerd en geaccepteerd in de maatschappij.



Figuur 2.2 ‘Determinants of health status’ (Starfield, 1973 in Starfield, 1998, p.5)

2.3.4 'John in a whole person': systeembenadering (een belangrijke rol voor welzijn)

De theorie van Starfield laat zien hoe belangrijk context voor de gezondheidsbepaling van een individu is. Dit wordt gereflecteerd in de theorie over multimorbiditeit, waarin wordt uitgegaan van het belang van omgevingsfactoren bij het tot stand komen van ziekten (OECD, 2011). Problematisch is hierbij dat, zoals in §2.2 beschreven is, het zorgaanbod niet correspondeert met deze ontwikkelingen. De gezondheidszorg is juist gespecialiseerd, gefragmenteerd en opgedeeld in professies met een focus op '*single condition*' (Valder, 2009; RVZ, 2010; Stange, 2009 in OECD, 2011, p.116). De steeds verder subspecialisatie van bijvoorbeeld chirurgen is hier een voorbeeld van. Deze aanpak ten opzichte van ziekte was een logische toen er nog sprake was van de *single disease* fase, zoals in de derde fase van figuur 2.1 getoond wordt, maar komt inmiddels niet meer volledig overeen met het veranderde ziektebeeld. Niet meer volledig maar nog wel deels, omdat er natuurlijk ook vraag om gespecialiseerde artsen blijft (OECD, 2011).

Om recht te doen aan de context die van invloed is op de ziekte wordt de focus op welzijn, in combinatie met zorg, steeds belangrijker. Om de behandeling te laten slagen wordt naar meer gekeken dan naar ziekte alleen. Sturmberg (2007) beschrijft dit als de '*systemic holistic approach*' en zet dit af tegen de 'oude' '*reductionist approach*' van professionals in de zorg. Waar de *reductionist approach* de zorgvraag van de patiënt decontextualiseert, uit zijn omgeving haalt (een focus op 'sec' het medische probleem) (Popper, 1972 in Sturmberg, 2007), legt de *systemic holistic approach* juist de nadruk op de context van de patiënt en de vraag. De *systemic holistic approach* gaat er van uit dat het voor het succesvol omgaan met complexe problemen noodzakelijk is om ons te realiseren dat medische en socio-maatschappelijke problemen met elkaar verbonden zijn. Het aanpakken van één van de problemen binnen dit spectrum beïnvloedt daarom alle andere aspecten en heeft dus invloed op het gehele 'systeem'. Het is dus het verschil tussen een patiënt enkel vanuit een puur medisch referentiekader zien, of de patiënt zien vanuit een '*John in a whole person sense*', vanuit een puur medisch én socio-maatschappelijk referentiekader (Sturmberg, 2007, p.173).

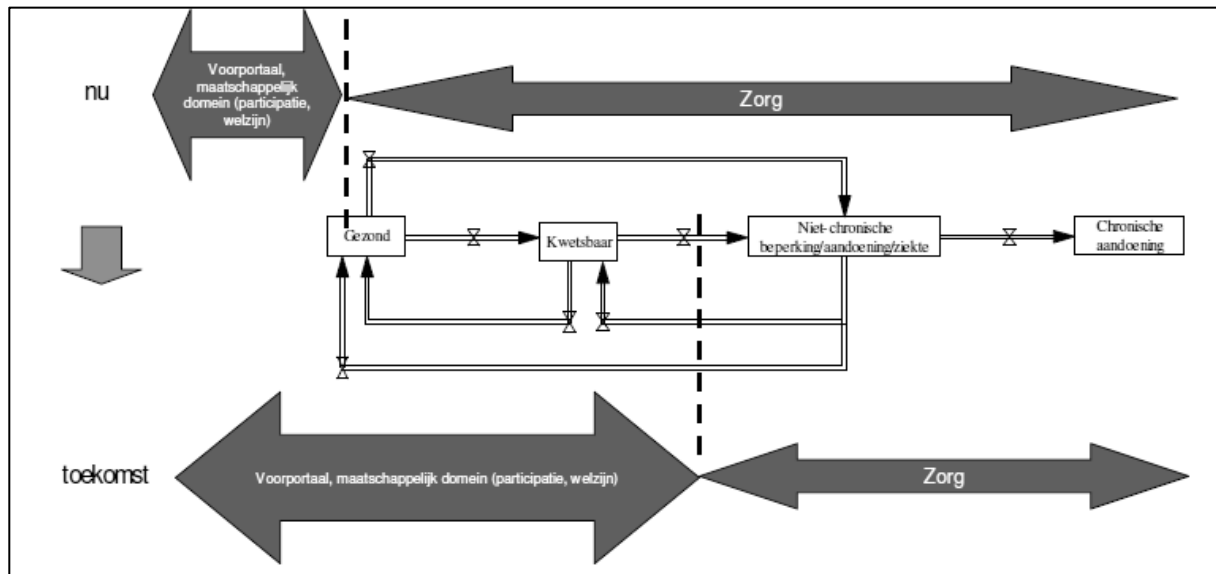
Voor het zien van *John in a whole person sense* en de focus op welzijn is een belangrijke rol weggelegd voor de eerstelijnszorg, het voorportaal van de zorg, en in het bijzonder de huisarts (Starfield, 1988; Sturmberg; 2005; 2007).

2.3.5 Van zz naar gg

De holistische visie op de patiënt en de zorg raakt ook geïntegreerd in Nederland. De RVZ beschrijft in 'Zorg voor je gezondheid!' (2010) hoe multimorbiditeit steeds meer de norm lijkt te worden (RVZ, 2010, p.6) en hoe gedragsgerelateerdheid van ziekte steeds verder wordt erkend (RVZ, 2010, p. 14). Naar aanleiding van deze veranderende zorgvraag stellen zij een nieuwe aanpak binnen de zorg voor, die systeemgericht is en een inherent holistische visie op de patiënt draagt; van een oriëntatie op zorg en ziekte (zz) naar een oriëntatie op gezondheid en gedrag (gg). Van 'zz' naar 'gg' dus (RVZ, 2010, p.10, p.20-23, p.26-36).

De RVZ vindt de zz-oriëntatie niet toekomstbestendig en daarom een oriëntatie op gezondheid en gedrag (gg) noodzakelijk. Praktisch beschrijven zij dit als een beweging 'naar voren', zie figuur 2.3: "in alle fasen van het proces [binnen de gezondheidszorg] – publieke gezondheid, preventie, eerste hulp, diagnostiek, behandeling, zorg, nazorg – moet men 'naar voren' bewegen. Eerder, sneller en gericht handelen. Voorkomen van ongezondheid, van recidive, van onnodige beperkingen en achteruitgang en van vermijdbare bijwerkingen" (RVZ, 2010, p.22). De RVZ draagt hiervoor 8 suggesties aan, waarbij onder meer een belangrijke verandering in de rol van de patiënt zelf, een focus op de eerste lijn en een verandering van de professional centraal staan.

De burger wordt, allereerst, niet langer als een passieve consument van zorg gezien (RVZ, 2010, p.3) maar is een actieve burger, op zoek naar gezondheid met een grotere verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheidsomstandigheden. De RVZ ziet een rol weggelegd voor inloopcentra (fysiek en digitaal) waar (een deel) van de eerstelijnszorg verenigd is (RVZ, 2010, p.27-28). Het inloopcentrum combineert eigen verantwoordelijkheid van de burger met toegankelijkheid en laagdrempelige samenwerking in de eerstelijnszorg. Op het toenemende belang van eerstelijnszorg als voorportaal, zeker rondom het inspelen op de context van de patiënt, wordt in §2.4 verder ingegaan. De zz naar gg transitie heeft ook gevolgen voor de zorgverlener. Niet alleen moet er meer aandacht voor preventie komen (het 'naar voren' denken), maar de zorgverlener moet gericht zijn op de samenleving en de patiënt coachen bij zelfmanagement (RVZ, 2010, p.4).



Figuur 2.3 Achtergrondmodel zorgpreventie (Significant, 2010 in RVZ, 2010, p.22)

Dit 'naar voren denken' en de patiënt coachen bij zelfmanagement betekent niet alleen een veranderende, meer zelfstandige rol voor de patiënt maar ook een andere rol voor de professional. In plaats van probleemgericht werken, met een focus op ziekte, moet de professional meer oplossingsgericht werken met een focus op welzijn, op de patiënt zelf én op het 'systeem'. De eerstelijnszorg speelt hierin een belangrijke rol, omdat de professionals in de eerste lijn vaak als eerst in contact komen met de patiënt en, juist van belang, deze zien in zijn 'natuurlijke' omgeving. In §2.4 wordt naar aanleiding hiervan dieper in gegaan op het belang van eerstelijnszorg en de plek die deze professionals hebben in het veranderende ziektebeeld en –aanbod.

2.4 Belang van eerstelijnszorg

2.4.1 Inleiding

Met een focus op de preventie van ziekte en het belang van welzijn lijkt het belang van eerstelijnszorg toe te nemen. De eerstelijnszorg is hierbij uitstek de plek voor omdat collectieve maatregelen op uiteenlopende terreinen ter bevordering van de volksgezondheid 'community medicine' een belangrijke speler is (Mackenbach & Van der Maas, 2008). In Nederland heeft dit de vorm van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD's) wier werk ook wel met de term 'openbare gezondheidszorg' wordt aangeduid (Mackenbach & Van der Maas). De GGD voert op gemeentelijk niveau beleid rondom gezondheidszorg uit en staat hiervoor in nauw contact met de eerstelijnszorg. De RVZ geeft al een voorzet voor een toename van het belang van eerstelijnszorg door de praktische werking van het 'naar voren denken' en bewegen te vertalen naar een groter belang van het 'voorportaal' van de zorg, het 'maatschappelijk domein' (linksonder in figuur 2.3). Participatie en een

zelfstandige houding van de patiënt spelen hierin een rol maar de focus op welzijn en de context van de patiënt is ook belangrijk in het voorkomen van onnodige handelingen. De eerste lijn bestaat uit zorg die direct voor de patiënt toegankelijk is, zonder doorverwijzing. Bijvoorbeeld de huisarts, tandarts of fysiotherapeut hebben binnen de eerste lijn een focus op zorg, terwijl de focus van maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen of thuiszorgers meer op het welzijnsaspect van hun cliënt ligt. Omdat multimorbiditeit en chroniciteit toenemen wordt afstemming en samenwerking tussen de verschillende professionals ook van belang (RVZ, 2010). Waar thuiszorg meer zicht heeft op de context van een patiënt en de huisarts op zijn zorgvraag, hebben zij met zijn tweeën een volledig beeld.

In deze paragraaf 'gevolgen voor de eerstelijnszorg' wordt het belang van samenwerking en de rol van de eerstelijnszorg in relatie tot een betere aanpak van multimorbiditeit verder toegelicht. Allereerst wordt het belang van samenwerking in de eerstelijnszorg beschreven, waarna aan de hand van die samenwerking in de eerste lijn wordt beschreven hoe een sterke eerste lijn een uitgang biedt voor de *systemic holistic approach*, de gg benadering. De Nederlandse overheid onderstreept dit belang eveneens en heeft, al dan niet in samenwerking met andere partijen, concrete stappen in de inrichting hiervan gezet. Deze komen in §2.4.3 aan bod.

2.4.2 Samenwerking

Naarmate zorg breder en complexer wordt worden er meer hulpverleners bij één patiënt betrokken (Ploch, 2002; Martin, 2005; Starfield, 2005). De afstemming en manier van samenwerken tussen hulpverleners en organisaties wordt dan ook van steeds groter belang, ook in de preventie van ziektes. Ploch en Klazinga (2002) stellen hierop '*community-based integrated care*' voor. *Community-based integrated care* speelt in op de fragmentatie die in de gezondheidszorg ontstaan is door het opdelen van taken onder steeds meer verschillende hulpverleners die vaak ook nog in verschillende organisaties werken (Ploch, 2002). Het combineert de kracht van een gezondheidssysteem dat is gebaseerd op '*community health needs*' met geïntegreerde zorg, zorg die fragmentatie in hulpverlening tegengaat door de coördinatie en continuïteit van zorg tussen betrokken organisaties sterker te maken (Ploch, 2002). Door samenwerking kan het volledige palet aan ziektes en omstandigheden van een patiënt in beeld gebracht worden en wordt zo zijn volledige context geschetst. De praktische uitwerking hiervan is terug te zien in de steeds meer opkomende (multidisciplinaire) gezondheidscentra. In deze gezondheidscentra werken verschillende hulpverleners in de eerste lijn 'onder één kap' waardoor contact en samenwerking laagdrempeliger worden en zorg breder wordt benaderd. In het rapport 'Ziekenhuislandschap 2020' (2011) stelt de RVZ in lijn hiermee het oprichten van buurtgezondheidscentra voor (RVZ, 2011). In deze buurtgezondheidscentra heeft niet alleen de huisarts een plek, maar zijn ook bijvoorbeeld jeugdzorg en maatschappelijk werk aangesloten om de eerste lijn te versterken en vanuit een holistisch visie aan preventie te werken (RVZ, 2011 p.60).

2.4.3 Sterke eerstelijnszorg als oplossing

"Primary care addresses the most common problems in the community by providing preventive, curative and rehabilitative services to maximize health and well being. It integrates care when there is more than one health problem and deals with the context in which illness exists and influences the responses of people to their health problems" (Starfield, 1988, p.9). De eerstelijnszorg staat dicht bij en vaak ook fysiek in de omgeving van de patiënt. Dit maakt het voor zorgverleners in de eerste lijn goed mogelijk om de context en de determinanten (zoals geschetst in figuur 2.2) die van invloed zijn op de gezondheid van een individu in te schatten. Daarnaast is er in de eerstelijnszorg minder intensief sprake van gebruik van kapitaal en arbeid dan in de ziekenhuiszorg (denk bijvoorbeeld aan het inzetten van apparatuur en de hoeveelheid mensen betrokken bij een behandeling), waardoor de eerste lijn beter in staat is zich flexibel(er) aan te passen aan veranderende situaties (Starfield, 1988). De flexibiliteit van de eerste lijn wordt echter in zekere mate beperkt door de grote regelbaarheid die kenmerkend is voor de eerste lijn en de beperkingen die financiële kaders opleggen (Martin, 2005). Zo is het cliëntbestand van huisartsen vaak erg groot en heeft de huisarts, mede als gevolg daarvan, maar beperkt tijd en middelen om patiënten te behandelen. Ook is zorg in de eerste lijn in hoge mate gereguleerd. In

bijvoorbeeld de thuiszorg en in de wijkverpleging wordt gewerkt via het systeem van een vaak strakke indicatiestelling, waardoor weinig ruimte voor vrije invulling van de taak door de professional overblijft.

Ook de Nederlandse overheid onderstreept het belang van de eerstelijnszorg steeds meer. Het kabinet schrijft deze in haar plannen voor 2012 een belangrijke rol toe rondom het betaalbaar houden van het zorgsysteem, door de nadruk te leggen op preventie door de eerste lijn⁴. Het kabinet vond dat er te veel medische handelingen in ziekenhuizen en andere instellingen worden verricht en dat de spoedeisende hulp overbelast is. Dit kost te veel geld en is niet voldoende efficiënt. Daarom moet de eerstelijnszorg een grotere rol krijgen, waarbij nadruk wordt gelegd op 1) de betere bereikbaarheid van eerstelijnszorg, 2) samenwerking in ketenzorg en gezondheidscentra, 3) praktijkondersteuning voor zorgprofessionals (zoals voor de huisarts) en 4) het afschaffen van de noodzakelijke verwijsbrief voor paramedici (waaronder die voor de fysio- en ergotherapeut)⁵. Daarnaast zijn er (al eerder) samenwerkingsverbanden tussen bijvoorbeeld gemeente en zorgverzekeraars gestart om de gezondheid van de bevolking in (achterstands-)wijken te verbeteren, mensen zich bewuster te maken van hun gezondheid en hen in beweging te krijgen. Een voorbeeld hiervan is het project 'de Zichtbare Schakel' dat "sinds 2009 wijkverpleegkundigen inzet in veertig achterstandswijken om, naast de geïndiceerde zorg, te kunnen werken aan integrale zorg en samenhang in preventie, wonen, zorg en welzijn in de wijk" (BMC, 2012). Adviesbureau BMC heeft in opdracht van ZonMW de (cliëntgebonden) kosten en baten van het project onderzocht en kwam tot de conclusie dat de winst tot september 2011 op ruim 3,3 miljoen euro uitkomt (BMC, 2012, p.5). Preventie in zorg, dankzij de wijkverpleegkundigen, levert zo een flinke kostenbesparing op, met name met betrekking tot zorg die anders in het ziekenhuis geleverd zou moeten worden (BMC, 2012, p.5)

2.5 Conclusie

In dit hoofdstuk 'Veranderend ziektebeeld en heroriëntatie op zorg' is de contextuele plaats van het onderzoek bepaald. Gezondheid en gezondheidszorg zijn aan het veranderen: er zijn vijf epidemiologische transitieën te onderscheiden, waarvan de meest recente fase in plaats van een reductionistisch ziektebeeld een systeemgebaseerd ziektebeeld laat zien, een toename van de gedrags- en omgevingsgerelateerdheid van zorg en een toename van chroniciteit. Het veranderende ziektebeeld, in combinatie met een ontoereikend zorgaanbod, een problematische stijging van kosten van de gezondheidszorg (mede door toenemende vergrijzing) en kansen op het gebied van technologie en kennis leggen druk op het zorgsysteem, vraagt om herinrichting van dit systeem en om een 'nieuw' type zorgprofessional wiens kennis en handlingsvermogen op deze veranderingen is afgestemd. Het ziektebeeld van de meest recente epidemiologische fase, de toename van multimorbiditeit en chroniciteit is niet 'nieuw'. Er wordt al langer gepleit om de patiënt en zijn zorgvraag in de context van zijn omgeving te zien, vanuit een systeemgebaseerde visie ('*systemic, holistic approach*'). In Nederland is de RVZ een concrete voorstander van deze visie en bepleit zij deze door de 'van 'zz' naar 'gg'' benadering. Hierbij wordt de nadruk op (het belang van) het 'voorportaal' van de zorg, de eerstelijnszorg, gelegd. Professionals in de eerstelijnszorg zijn bij uitstek geschikt om vanuit een systeemgebaseerde visie naar de populatie en patiënt te kijken, omdat zij deze juist in hun omgeving zien en behandelen.

In deze veranderende omgeving kan de professional niet 'stil blijven staan'. In het volgende hoofdstuk 'Professionalisme en omgeving, hoe beroepsopvatting tot stand komt' wordt ingegaan op de wisselwerking tussen de professional en zijn omgeving. Wie professionals zijn en wat professionalisme nu precies is wordt nader onderzocht, evenals de gevolgen van een veranderende omgeving voor deze professional en wat dit betekent voor de beroepsopvatting van professionals in de zorg.

⁴ Rijksoverheid, Eerstelijnszorg: (2012) "Speerpunt grotere rol voor eerstelijnszorg", Gevonden op 30-05-2012, op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/grotere-rol-voor-eerstelijnszorg>

⁵ Rijksoverheid, Eerstelijnszorg: (2012) "Speerpunt grotere rol voor eerstelijnszorg", Gevonden op 30-05-2012, op <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/grotere-rol-voor-eerstelijnszorg>

3

Hoofdstuk 3 Professionalisme en omgeving, hoe *beroepsopvatting* tot stand komt

In dit hoofdstuk 'Professionalisme en omgeving, hoe beroepsopvatting tot stand komt' wordt de theoretische plaats van het onderzoek bepaald. De belangrijkste theoretische concepten uit dit onderzoek, namelijk 'professionalisme', 'omgeving' en 'beroepsopvatting' worden op basis van een theoretische analyse uitgelegd. Eerst wordt de plaats en de opvatting van de term 'professionalisme' binnen het debat over wat professionalisme is en wie professionals zijn bepaald. Vervolgens wordt de dynamische omgeving van deze 'professionele logica' beschreven. Ten slotte wordt aan de hand van deze concepten theoretisch beschreven hoe beroepsopvatting tot stand komt in en invulling krijgt. De invulling van het concept 'beroepsopvatting' is leidend voor de uitvoering van de rest van het onderzoek.

3.1 Inleiding

De term 'professionalisme' oefent onweerstaanbare invloed uit op de beroepsgroepen van onze tijd (Evetts, 2003). De term 'professional' wordt steeds meer en op steeds meer verschillende manieren ingezet (Trappenburg, 2011). Maar wie is nu eigenlijk een professional – wat is eigenlijk professionalisme? In §3.2 wordt ingegaan op de theoretische discussie rondom professionalisme. Aan de hand van klassieke literatuur over professionals zijn vijf kenmerken van professionalisme beschreven en wordt de discussie over wie zich professional mag noemen gevoerd. Naar aanleiding van deze 'professionele logica' (Freidson, 2001) wordt in §3.3 de impact van een veranderende omgeving op deze logica beschreven. Naast de professionele logica onderscheidt Tonkens (2008) een bureaucratische- en een marktlogica en worden de veranderende houding van de burger en toenemende kennis besproken. In §3.4 komen de 'professionele pijler' en de 'omgevingspijler' samen in de beschrijving van het tot stand komen van de beroepsopvatting van de professional. Aan de hand van de 'framing rules' van Hochschild (1979) wordt deze beroepsopvatting verder geduid. In §3.5 wordt ten slotte afgesloten met een samenvattend overzicht van het hoofdstuk, waarin de belangrijkste conclusies van de theoretische plaatsbepaling van dit onderzoek aan bod komen.

3.2 Professions

3.2.1 Inleiding: de professional bestaat niet

'Professionalisme' heeft als term een steeds grotere aantrekkingskracht op verschillende beroepen en wordt steeds frequenter gebruikt in verschillende beroepen, contexten en sociale verbanden (Evetts, 2003, p.395). Wilensky verwonderde zich in 1964 al over de '*professionalization of everyone*' (Wilensky, 1964). Traditioneel gesproken zijn professies die beroepen die zichzelf beheren en controleren (Freidson, 2001; Freidson, 1994 in Noordegraaf & Schinkel, 2011), met als klassieke voorbeelden de geneeskunde en de rechtspraak. Maar andere groepen zijn ook aan het professionaliseren. Noordegraaf en Schinkel (2011) beschrijven hoe andere groepen, zoals managers, zich professionaliseren door enkele klassieke kenmerken van eerdere professionalismen over te nemen zoals het vormen van beroepsgroepen, een specifieke opleiding en het hanteren van interne regels en codes (Noordegraaf & Schinkel, 2011 p.105). Doordat managers professionaliseren maken zij aanspraak op

het 'kapitaal' dat bij deze titel hoort. Dit kan uit praktische overwegingen zijn, een functionele benadering, maar ook uit politieke overwegingen, een machtsmiddel (Noordegraaf & Schinkel, 2011). Het onderscheid tussen de 'klassieke' professies en andere beroepsgroepen die aan het professionaliseren zijn lijkt af te nemen en misschien bestaat dé professional helemaal niet.

In deze paragraaf 'professies' wordt een beeld geschetst van het continuüm van professionalisme: van uiterst klassiek naar meer semi- of hybride. Naar Evetts (2003) wordt niet zozeer een strakke lijn tussen de 'soorten' professionalisme getrokken maar wordt er de voorkeur aan gegeven de gemeenschappelijke kenmerken en processen te benadrukken in een 'glijdende schaal'.

3.2.2 Continuüm: van klassiek naar hybride, typering van de professional

Hoewel de opvattingen over wat professionalisme is en wie (er bepaalt wat) professionals zijn uiteenlopen zijn er wel degelijk zaken te onderscheiden die, ongeacht de visie op professionalisme, kenmerkend zijn voor professies en professionals. Hoe sterker deze kenmerken zich in de professie manifesteren, hoe puurder en hoe steviger de professie is en hoe sterker 'professionele grenzen' rondom het professionele domein aanwezig zijn (Freidson, 2001; Noordegraaf, 2007; Noordegraaf & Schinkel, 2011). De meest stevig gevestigde vormen van professionalisme worden klassiek of '*pure professionalism*' genoemd. De geneeskunde met artsen en specialisten is hier een voorbeeld van (Wilensky 1964, Freidson 2001). Klassieke professionalismen bevinden zich aan het ene uiterste van het spectrum. Daarna worden de professies minder sterk, manifesteren de kenmerken zich minder stevig, zoals in semi- of hybride professies. Denk hierbij aan leraren of maatschappelijk werkers (Noordegraaf, 2007).

Van klassiek...

"In sociology, professions are defined as groups of institutions that permit the members of an occupation to make a living while controlling their own work" (Freidson, 2001 in OECD, 2011). '*Internal control*', autonomie, wordt dan ook als een belangrijk karakteristiek van professionalisme gezien (Wilensky, 1964; Beckmann, 1990; Groenewegen, 2007; Noordegraaf, 2007; Witman, 2007). Door deze controle binnen de professie uit te oefenen wordt de inhoud en de manier waarop de professie is geïnstitutionaliseerd beschermd, waardoor er sprake is van '*controlled content*' (Freidson, 2001) (zie §3.2.4). Deze controle betekent dat de professional een zeker autonomie heeft om zijn beroep uit te oefenen, die wordt gelegitimeerd door de langdurige, intensieve training die de professional heeft gevolgd en zijn aansluiting bij een beroepsgroep (Groenewegen, 2007; Noordegraaf, 2007; Tonkens, 2008). Het geeft de professional de macht zijn beroep met enige discretionaire ruimte uit te voeren (Noordegraaf, 2004). Binnen bijvoorbeeld de gezondheidszorg creëert dit tot op bepaalde hoogte ook competitie over het verkrijgen van deze autonomie over een bepaald gebied (bijvoorbeeld een specialisatie) en om beter te zijn dan andere beroepsgroepen (OECD, 2011). Als gevolg hiervan zijn '*turf battles*', onderlinge domeinstrijd, inherent aan het proces van professionalisatie, zelfs wanneer de professionals onderling afhankelijk zijn en een '*system of professions*', een geheel, vormen (Abbott, 1988 in OECD, 2011, p.6). Ook Freidson (2001) beschrijft het respect voor de autonomie over het eigen domein die professionals onderling hebben: *"Each specialization controls the work for which it is competent, negotiates its boundaries with other specializations, and by that method determines how the entire division of labor is organized and coordinated. This occupationally controlled division of labor is an essential part of professionalism"* (Freidson, 2001 p.55).

...Naar hybride

Maatschappelijke veranderingen maken het moeilijker een sterk klassiek professionalisme vol te houden (§3.3) en om *controlled content* te handhaven (Noordegraaf, 2007). Professionalisme als begrip wordt steeds breder ingevuld en de autonomie van de beroepsgroep staat onder druk (Evetts, 2003): *"[Professions] are portrayed as experiencing a reduction in autonomy and dominance (Freidson, 1988; Mechanic, 1991; Allsop and Mulcahy, 1996; Harrison, 1999; Harrison and Ahmad, 2000); a decline in their abilities to exercise the occupational control of work (Freidson, 1994); and a weakening of their abilities to act as self-regulating occupational groups (MacDonald, 1995) able to enter into 'regulative bargains' (Cooper et al., 1988) with states"* (Evetts, 2003,

p.396). Bijvoorbeeld apothekers, maatschappelijk werkers, bibliothecarissen etc. claimen ook professional te zijn en beginnen kenmerken van professionalisme in hun werk te vertonen (Evetts, 2003; Noordegraaf, 2007). Volgens Tonkens (2008) is de professionele status van deze beroepsgroepen tot nog toe minder gevestigd en daarom omstreden. Volgens haar bezitten deze professies minder macht en autonomie en zijn zij minder in staat om hun professionele domein te controleren dan de gevestigde klassieke professionals (Tonkens, 2008). Evetts (2003) stelt daarentegen dat het minder belangrijk wordt om een onderscheid tussen klassieke professies en andere beroepen te maken en dat in plaats daarvan beiden als vergelijkbare 'sociale vormen' gezien moeten worden waarvan de vergelijkbare, gedeelde kenmerken worden benadrukt (Evetts, 2003).

3.2.3 Kenmerken van professionalisme

Uit bovenstaande blijkt dat de betekenis van professionalisme niet vaststaat: *"The meaning of professionalism is not fixed": "different interpretations are now needed in order to understand the appeal of professionalism in new and old occupations, and how the concept is being used to promote and facilitate occupational change"* (Evetts, 2003, p.407 in Noordegraaf, 2007, p.775). Zoals Evetts al beschreef kunnen gemeenschappelijke, karakteristieke kenmerken van professionalisme worden onderscheiden. De mate waarin een professie al dan niet klassiek is en hoe stevig de professie gemanifesteerd is, is afhankelijk van de mate waarin de kenmerken 'beroepsvereniging', 'opleiding', 'kennis', 'codes' en 'regulering' in de professie aanwezig zijn (Noordegraaf & Schinkel, 2011).

Beroepsvereniging

Professionals zijn vaak aangesloten bij 'associations': (vak)verenigingen of beroepsgroepen. Zo zijn artsen bijvoorbeeld aangesloten bij een beroepsgroep, de maatschap van hun specialisatie. Deze 'gemeenschap' wordt gekarakteriseerd door collegialiteit en hangt samen met de gemeenschappelijke belangen van professionals op het gebied van economie, status en praktijk (Witman, 2007, p.20).

De beroepsgroep dient ook om controle uit te oefenen op het 'lichaam' van de professie, wie hoort er wel bij en wie hoort er niet bij. Abbott (1998) noemt dit 'occupational closure', de beroepsgroep bepaalt zelf wie er toegang heeft tot de professie en wie niet (Abbott, 1998 in Noordegraaf, 2007). Dit geeft de beroepsgroep macht door middel van zelfregulatie (Witman, 2007), 'introductie' tot de groep is een machtsmiddel (Wilensky, 1964). Door het doorlopen van een intensieve opleiding voor de professie en het lidmaatschap van de beroepsgroep wordt de professional als het ware opgeleid en gesocialiseerd om zich te gedragen en te handelen zoals de rest van de groep, wordt hij deelgenoot van de beroepsethos en wordt hij door deze groep gecontroleerd (Wilensky, 1964). De beroepsgroep heeft dus ook een sterke controlerende, regulerende functie (die later in deze kenmerken aan bod komt) en ze vervult na de opleiding de rol van 'morele gemeenschap' (Groenewegen, 2007; Tonkens, 2008). De beroepsgroep bewaakt het niveau van de opleiding tot de professie, controleert wie er toegang heeft tot de beroepsgroep (*occupational closure*) en bepaalt de inhoud en de naleving van de beroepsethos. Het oordeel van de professional is in die zin ook geen individueel oordeel; het kan alleen bestaan in een gemeenschap van vakgenoten die elkaar scherp houden. Door hun gestandaardiseerde manier van handelen (Mintzberg, 1983 in Noordegraaf, 2007; Tonkens, 2008) versterken de professionals op hun beurt weer de beroepsgroep.

Opleiding

Het tweede gemeenschappelijke kenmerk is de opleiding die vereist is om zichzelf professional te mogen noemen. De student mag zich professional noemen door de intensieve en lange training die hij volgt om zich de professionele manier van handelen eigen te maken (de basisopleiding geneeskunde bijvoorbeeld duurt 6 jaar). Deze opleiding, waarvan de inhoud vaak vanuit de beroepsvereniging gestuurd wordt, maakt dat de student kennis en autonomie geniet, evenals dat hij macht en status in de samenleving en onder collega's verwerft (Groenewegen, 2007; Noordegraaf, 2007; Witman, 2007). De technische basis die hij bezit, gebaseerd op systematisch verkregen kennis dankzij een intensieve en langdurige opleiding maakt hem professional (Wilensky, 1964). Het is dezelfde gestandaardiseerde

kennis die de beroepsgroep versterkt. Daarnaast is er binnen de opleiding ook in sterke mate sprake van een *'hidden curriculum'*: een socialisatieproces waaraan de student wordt onderworpen en waar de gebruiken, hiërarchieën en gewoontes van het beroep eigen gemaakt worden (Witman, 2007).

Kennis

Vervolgens is gedeelde kennis ook een gemeenschappelijk kenmerk. Een professie manifesteert zich sterker naarmate er sprake is van gedeelde kennis, bijvoorbeeld in de vorm van een gedeeld databestand, de uitwisseling van ervaringen of een gemeenschappelijk vakblad waar leden van de professie (of de beroepsgroep) op zijn geabonneerd. Ook congressen vallen hier onder, waar professionals kennis kunnen uitwisselen en bij kunnen dragen aan het ontwikkelen en inbrengen van nieuwe (gemeenschappelijke) behandelingen en theorieën. De beroepsethos van de professional (zie 'codes') stimuleert hem om zich blijvend te ontwikkelen, om kennis uit te wisselen en te verspreiden en daardoor bij te dragen aan de collectief beschikbare kennis die de beroepsbeoefening van de groep verdiept en verbetert (Tonkens, 2008).

Codes

Kenmerkend voor een professional zijn de professionele normen en waarden die door de beroepsgroep worden gevormd en die leidend zijn in het handelen (Wilensky, 1964). Deze normen en waarden vormen de codes van de professie. Ze zijn inherent aan de professional, opgenomen in en leidend voor diens handelen.

Wilensky (1964) vat deze normen en waarden samen in de *'service ethic'*; de centrale morele claim waaromheen de professionele status zich begeeft. Deze *service ethic*, of wel beroepsethos, geeft richting aan de relatie tussen professional en cliënt, maar ook aan het gedrag van professionals onderling (een professional moet bijvoorbeeld ook in staat zijn cliënten door te verwijzen naar een ander, als deze betere kennis heeft) (Wilensky, 1964). Het belang van de cliënt wordt altijd vooropgesteld (Tonkens, 2008; Wilensky, 1964; Witman, 2007). Freidson (2001) spreekt zelfs van een 'seculiere roeping' die de professional beweegt om zich 'intensief in te zetten voor iets waar [hij] doorgaans niet heel rijk mee wordt' (Freidson, 2001). De roeping van de professional is tevens om te streven naar een hoger doel zoals (volks)gezondheid of welzijn. Dit streven gaat voorbij aan marktwerking of bureaucratische logica (§3.3), 'een arts helpt een zieke, ook als deze onverzekerd is' (Tonkens, 2008, p.29-30). Dit betekent dat de professional blijft leren en zich blijft ontwikkelen, altijd de ambitie heeft om beter te worden in zijn vak; 'het meesterschap is niet alleen een voorwaarde voor professionalisme; het is een waarde in zichzelf' (Tonkens, 2008, p.29). De beroepsgroep heeft een sterke hand in het bepalen van de codes en ziet eveneens toe op de naleving hiervan.

Regulering


Om de professie exclusief te houden en om te controleren dat de leden van de professie zich zoals voorgeschreven gedragen en handelen wordt binnen de professie gereguleerd en gesanctioneerd (Wilensky, 1964). Regulering is eveneens nodig om de naleving van de beroepsethos te controleren. Regulering vindt bijvoorbeeld plaats in de beroepsgroep of de maatschap, waarin wordt toegezien op het handelen van de leden: "Professionals besturen zichzelf, via beroepsgroepen die juridische mogelijkheden hebben om het werk van professionals te reguleren" (Noordegraaf, 2004). Niet alleen wordt de beroepsethos en de voorschriften voor het handelen hier bepaald, maar er vindt ook sanctionering plaats wanneer een lid van de beroepsgroep de regels overtreed. Regulering en sanctionering vinden ook extern plaats, bijvoorbeeld in (medische) tuchtcolleges die over het handelen van een professional oordelen of door onafhankelijke commissies die door de organisaties of soms door de overheid worden ingesteld om het handelen van de professional te evalueren.

Deze kenmerken zijn meer of minder in de professional aanwezig. De mate waarin deze kenmerken aanwezig zijn geeft een beeld van hoe stevig de professie gemanifesteerd is en hoe professionals hun beroep, de aanwezigheid van de principes en normen en waarden en de invloed van de beroepsgroep ervaren.

3.2.4 Controlled content en grenzen van professionele samenwerking

De beschrijving van de vijf kenmerken van professionalisme laat zien wat het betekent om professional te zijn: beroepsverenigingen, opleiding, kennis, codes en regulering definiëren de manier waarop het professionalisme geïnstitutionaliseerd is. De leden van de professie controleren aan de hand van deze kenmerken zichzelf en elkaar, onder meer door *occupational closure* uit te oefenen over het beroepsveld: wie wordt er toegelaten en wie niet. De inhoud van de professie wordt hierdoor beschermd. Tabel 3.1 (Noordegraaf, 2007, p. 768) conceptualiseert professionalisme als *controlled content*. Noordegraaf (2007) beschrijft hoe professionalisme ‘puurder’ is naarmate *controlled content* duidelijker in de professie aanwezig is. Hoe puurder, hoe gespecialiseerder de professie, hoe meer gefocust en hoe zuiverder de professional zijn beroep opvat (Noordegraaf, 2007). Met betrekking tot samenwerking betekent dit bijvoorbeeld een engere opvatting van het beroep, een sterkere manifestatie van de autonomie en professionele ‘grenzen’ in het werk en minder de neiging tot samenwerking. Dit kan problematisch zijn: “*Boundaries* [‘professionele grenzen’] *might block responsiveness to other professional fields, as well as to markets, governments and clients, and they might reinforce institutional rigidities*” (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011, p.4). Noordegraaf & Van der Klauw (2011) beschrijven hoe ‘professionele grenzen’ een barrière voor innovatie kunnen zijn en een uitdaging vormen voor bijvoorbeeld multidisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011). Samenwerking wordt bemoeilijkt door de onderlinge ‘domeinstrijd’, *turf battles* die inherent zijn aan de professionele grenzen binnen het *system of professions* (Abbott, 1988). Abbott (1995) vertelt dat professionele grenzen niet als grenzen om ‘dingen’ moeten worden gezien maar als ‘omgrensde ruimtes’, domeinen, die tot stand komen door de interactie tussen ‘*social entities*’, de professionals. Door de relaties en interactie tussen deze *social entities* kunnen conflicten over de inhoud van domeinen en dus grenzen ontstaan (Abbott, 1995).

| Pillar of professionalism | Drives | Features |
|---------------------------|-------------------|---|
| Content | Rational, ethical | <ol style="list-style-type: none"> 1. Knowledge 2. Skills 3. Experience 4. Ethics 5. Appearance |
| Control | Political, social | <ol style="list-style-type: none"> 6. Association 7. Jurisdiction 8. Knowledge transfer 9. Codes 10. Supervision |

 Tabel 3.1 Professionalisme als ‘*controlled content*’; de kenmerken van klassiek professionalisme (Noordegraaf, 2007, p.768)

3.2.5 Kortom

Wat professionalisme is en wie professionals zijn staat ter discussie. Diverse beroepsgroepen zijn zich in toenemende mate aan het professionaliseren. Dit doen ze door ‘kenmerken van professionalisme’ over te nemen. Deze kenmerken kunnen worden afgeleid van de conceptualisering van professionalisme als *controlled content* en zijn het lidmaatschap van een beroepsgroep (binnen het beroepsdomein), het hebben gevolgd van

een opleiding binnen het beroepsdomein, het actief deelnemen aan de uitwisseling van kennis (bijvoorbeeld door middel van vakliteratuur of het bezoeken van congressen en/of symposia), het hanteren van 'codes', de beroepsethos, en ten slotte het handhaven van regulering binnen en over het beroepsdomein.

Een sterke manifestatie van deze professionele kenmerken betekent een stevige manifestatie van het professionele domein. Dit houdt in dat de professionele grenzen van het domein duidelijk 'gevoeld' en uitgeoefend worden en dat de beroepsopvatting enger is. Een sterke focus op het eigen terrein is niet perse bevorderlijk voor samenwerking.

3.3 Omgeving in beweging

3.3.1 Inleiding: de omgeving van de professional

In de vorige paragraaf is een beeld geschetst van 'professies'. Duidelijk is geworden dat professionals er waarde aan hechten hun *controlled content* zelf in te richten en te handhaven. Professionals kunnen echter niet los worden gezien van hun omgeving. Zij staan, zeker in de publieke sector, midden in de maatschappij. De maatschappelijke omgeving en ontwikkelingen hierin oefenen dan ook invloed uit op de manier waarop professies er uit zien. Tonkens (2008) en Noordegraaf (2004) beschrijven de veranderende maatschappelijke omgeving en de effecten hiervan op de professional. Daarnaast onderscheidt Tonkens naast de professionele logica de marktlogica en de bureaucratische logica, elk van invloed op de manier waarop professionals werken. Omdat de professional en zijn beroep, zeker in de publieke sector, niet los kunnen worden gezien van (de wisselwerking met) hun omgeving, komt die omgeving in deze paragraaf aan bod.

3.3.2 Omgeving in beweging

'Professionalisme' staat niet alleen ter discussie in de wetenschap maar wordt, misschien wel samenhangend daarmee, ook geconfronteerd met veranderingen in haar omgeving. Tonkens (2008) stelt dat het professionalisme sinds de jaren '60 en '70 een verandering doormaakt: in de maatschappelijke omgeving van professionals vinden ontwikkelingen plaats die druk zetten op de interne manier van handelen van de professies. Ook de veranderende manier waarop de samenleving naar professionals kijkt dwingt hen tot aanpassing.

De democratiseringsbeweging van de jaren '60 en '70 stelde dat professionals te veel macht hadden en cliënten monddood maakten. Professioneel gezag en autoriteit werden aangesproken en nemen sindsdien in meer en mindere mate af. Dit resulteerde onder andere in een roep om bewijs voor het 'nut' van professioneel handelen. Concreet betekent dit een toename aan de vraag om bewijzen van kwaliteit, via prestatieafspraken, evidence-based werken, openbaarheid en transparantie (Tonkens, 2008, p.16). De professional wordt op deze manier 'gedwongen' om meer verantwoording af te leggen en de burger durft steeds assertiever om kwaliteit te vragen (Noordegraaf, 2004).

Eigenwijze burgers..

De kennisintensieve samenleving met eigenwijze burgers (Noordegraaf, 2004), toenemende individualisering en toenemende mondigheid van burgers zorgen er onder meer voor dat de autonome handelswijze en de macht van professionals niet zomaar meer geaccepteerd wordt. Dit betekent dat men vragen gaat stellen bij het bepalen van kwaliteit en dat zowel de positie van de professionals als de relaties die zij hebben met cliënten of derden wordt beïnvloed (Noordegraaf, 2004; Groenewegen, 2007; Tonkens, 2008). Daarnaast heeft de ontzuiling van de jaren '60 ook effect gehad op de verhouding tussen burgers en professionals. Volgens Tonkens (2008) ontleenden professionals in de verzulde samenleving hun morele kaders niet alleen aan hun professie, maar ook aan hun zuil. Zij verleenden diensten aan burgers uit hun eigen zuil, die zich op hun beurt herkenden in die morele kaders. De ontzuiling, in combinatie met toenemende individualisering en mondigheid van burgers brokkelt dit echter af (Tonkens, 2008, p.19). Dit maakt veel professionals onzeker over hun eigen

morele handelen. Zij moeten verregaande beslissingen nemen maar ervaren hiervoor niet voldoende steun vanuit hun organisatie of de samenleving. De beroepsgroep neemt als gevolg hiervan een belangrijkere plek in als klankbord (als 'morele gemeenschap') om het handelen van de professional te toetsen en de morele kaders te bepalen (Tonkens, 2008). Omdat professionals op zoek zijn naar '*professional control*' (Freidson, 2001) zet de houding van geïndividualiseerde en kritische burgers de voorheen meer vanzelfsprekende relatie met professionals nu onder druk.

.. diffuse kennis..

De kennisintensieve samenleving wordt gekenmerkt door verandering en standaardisering van informatie en technologie (Noordegraaf, 2004). Informatie en kennis zijn breder en makkelijker toegankelijk geworden, maar daarmee ook moeilijker controleerbaar. De burger heeft door deze ontwikkeling makkelijker toegang tot (veel) informatie en is beter geïnformeerd en kritischer. De kennis van de professional wordt door deze ontwikkeling minder autonoom, een risico voor het handhaven van *controlled content*. Daarnaast nemen kennis en technologie, '*the perpetuum mobile of professionalization processes*' snel toe (OECD, 2011, p.9) waardoor er ook voor de professional simpelweg meer kennis beschikbaar is.

.. en de gevolgen voor de professional

Plochg et al. (OECD, 2011) beschrijven hoe de ontwikkeling en innovatie van nieuwe technologie en het uitbreiden van kennis door professionals als een bedreiging kan worden ervaren, omdat dit de *control* die zij over de kennis op hun vakgebied nastreven onzekerder maakt. Als gevolg hiervan verzetten de professionals zich tegen verandering (Abbott, 1988; Ferlie et al., 2005; Adler et al, 2008 in OECD, 2011). Vanuit dit opzicht verklaren Plochg et al. de trend van toenemende subspecialisatie onder artsen en hun weerstand om nieuwe kennis rondom de oorsprong van ziektes aan te nemen (OECD, 2011). Daarnaast maken de kritisch houding van de samenleving en de toenemende mondigheid van de burger dat professionals meer verantwoording moeten afleggen over hun handelen en dat zij meer moeten weten. Professionals, met name in uitvoerende professies, bevinden zich in een '*double blind*': enerzijds wordt hun mandaat beperkt en worden taken gefragmenteerd en opgedeeld waardoor de bevoegdheid van de professional afneemt, maar anderzijds krijgen zij verwijten als er iets mis gaat (Tonkens, 2008, p.23). Noordegraaf (2004) typeert dit als de 'interventiefuik': "er moet veel, maar er kan weinig". De samenleving heeft hoge verwachtingen van professionals maar door toenemende regeldruk wordt het mandaat van professionals steeds beperkter en ervaart de professional een inbreuk op de *controlled content* van het professionalisme.

3.3.3 De markt- en bureaucratische logica en hun invloed op de professional

Naast de in §3.2 beschreven professionele logica onderscheidt Tonkens (2008) de marktlogica en de bureaucratische logica. De veranderingen in de maatschappelijke omgeving van de professionals zetten hen onder druk en leiden er eveneens toe dat de markt- en bureaucratische logica zich stevig in de publieke sector manifesteren (Tonkens, 2008).

Tabel 3.2 zet de drie logica's naast elkaar en toont de verschillende waarden, sturingsmechanismen, verantwoordingsmechanismen, deskundigheidsmaatstaven en loopbaanstrevens die de logica's kenmerken. De marktlogica centreert zich rondom de vraag van de (eigenwizere) cliënt, terwijl in de bureaucratische logica de *double blind* waarin de professional zich bevindt tot uiting komt: toenemende regulering en verantwoordelijkheid.

| | <i>Professionalisme</i> | <i>Bureaucratie</i> | <i>Markt</i> |
|-----------------------------------|---|--|---|
| Waarden | Dienstbaarheid aan gezondheid/welzijn van de cliënt Kwaliteit Maatwerk | Dienstbaarheid aan procedures Rechtsgelijkheid Zorgvuldigheid | Dienstbaarheid aan de vraag Efficiëntie Snelheid |
| Sturing | Professionele sturing Protocollen als hulpmiddel Samenwerking: rivaliteit (competitie om kwaliteit) | Proceduresturing Protocollen als dictaat Hiërarchische sturing | Vraagsturing Marktoezicht Concurrentie (competitie om kosten) |
| Verantwoording | Horizontaal via intervisie Verticaal via supervisie (naar boven) en via patiënten-feedback | Hiërarchische procescontrole | Afrekenen op prestatie Cliënttevredenheid |
| Aanspraak op deskundigheid | Vakinhoudelijke kennis en ervaring | Juridisch en procedureel | Geen: overleven op de markt legitimeert je positie |
| Loopbaanstreven | Steeds beter worden in je vak | Opklimmen | Winst maken door vergroting marktaandeel en dus uitbreiding bedrijf |

✚ Tabel 3.2 'De drie logica's' (Tonkens, 2008, p.34)

De marktlogica

Zoals tabel 3.2 laat zien is de marktlogica vraaggestuurd: "Op de markt is de vraag van de (koopkrachtige) klant het uitgangspunt" (Tonkens, 2008, p.26). Keuzevrijheid is een krachtige waarde en de consument, de cliënt, wordt verondersteld in staat te zijn alles te weten wat nodig is om een keuze te maken. Professions en organisaties richten zich hier ten dele ook op in, 'vraagsturing' en 'vraaggerichtheid' lijken na de ontzuiling een nieuw ideologisch kader te kunnen verschaffen aan professionals (Tonkens, 2008). Omdat de vraag van de cliënt in toenemende mate leidend wordt neemt de druk op autoriteit en autonomie van de professional om zelfsturend te zijn in het handelen toe. De kritische consument vraagt in toenemende mate om bewijzen van kwaliteit en via prestatieafspraken en 'evidence-based' werken wordt de marktlogica zichtbaar (Tonkens, 2008).

De bureaucratistische logica

Waar de marktlogica zich centreert rondom de vraag van de klant staan bij de bureaucratistische logica zorgvuldigheid, voorspelbaarheid en rechtsgelijkheid centraal (tabel 3.2) (Tonkens, 2008). De professionele logica, die juist kwaliteit centraal stelt, botst hiermee omdat de discretionaire ruimte die professionals gebruiken om hun beroep uit te voeren vanuit de bureaucratistische logica juist gereguleerd moet worden. De bureaucratistische logica is vooral juridisch: wetten en procedures geven houvast en maken handelingen betrouwbaar en consequent. Als gevolg is de bureaucratie uiterst zorgvuldig maar eveneens traag (Tonkens, 2008, p.37). Bureaucratisering in de publieke sector wordt met name veroorzaakt door het opknippen van functies en de toename van schaarste. Ook is het een onbedoeld effect van marktwerking in de publieke sector: bijvoorbeeld efficiëntiemaatregelen vragen om een standaardbehandeling terwijl volledig gelijke behandelingen bij dienstverlening in de publieke sector niet mogelijk of niet wenselijk is (Tonkens, 2008), denk hierbij bijvoorbeeld aan de discretionaire ruimte van professionals. Daarnaast is de bureaucratistische manier van verantwoording in de publieke sector vaak misplaatst. Verantwoording via standaardisering is voor professionals vaak betekenisloos of betekenisrovend. Het leidt af van waar het daadwerkelijk 'om draait' (Tonkens, 2008). Ook is professionele kennis vaak zeer feitelijk, maar is hoe er gemeten (of gedefinieerd)

wordt ambigu (De Bruijn, 2007). Dit botst met de professionele logica, waar kennis niet altijd meetbaar is maar vaak juist 'tacit' (Noordegraaf, 2007), een manier van handelen die inherent aan de professional is.

Het recht op autonomie en zelfregulatie geeft professies het recht 'zelf de grenzen van haar wereld te definiëren en duidelijk te maken wie er wel en niet deel van uitmaken' (Witman, 2007, p.20). Hoewel deze claims in principe worden ondersteund en gelegitimeerd door de staat (Freidson, 1970, 2001, in Witman, 2007) (denk bijvoorbeeld aan de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, BIG), is ook de houding van de overheid ten opzichte van professionals aan het veranderen en neemt bureaucratie toe. De staat oefent macht uit op de professies door bijvoorbeeld de artsentitel ter discussie te stellen (Witman, 2007) of regels te creëren rondom het salaris of het handelen van de professional⁶, iets wat voorheen puur een aangelegenheid van de beroepsgroep was. Een toename van regels door onder andere de overheid brengt professionals in de publieke sector in een lastige spagaat. De principes van beide partijen, zoals openheid, of transparantie, lijken hetzelfde, maar in de praktische uitvoering botsen de belangen. De overheid wil haar doelen bereiken door de controle op te voeren, terwijl de professional juist behoefte heeft aan meer ruimte (Tonkens, 2008).

3.3.5 Kortom

De veranderingen in de omgeving van de professional zetten de professionele logica onder druk. De marktlogica met de vraag om efficiëntie enerzijds en de bureaucratische logica met de vraag om standaardisatie van behandeling anderzijds zet de professional in een *double blind*. De veranderende omgeving in de vorm van eigenwijze burgers en verspreide kennis maken de professional onzeker en tasten de professionele autonomie aan. Volgens Tonkens is er voor professionele eisen geen ruimte meer, laat staan waardering (Tonkens, 2008, p.33). Volgens Witman (2007) is deze ontwikkeling echter onontkoombaar en gaat ze samen met een fase van deprofessionalisering. De gevestigde professionalismen worden zwakker, terwijl nieuwe beroepen zich juist aan het professionaliseren zijn (§3.2): de grenzen van professionalisme worden 'fuzzier'. Om te begrijpen waarom professionele grenzen zo stevig gemanifesteerd zijn, hoe professionals op hun omgeving reageren en nader te bestuderen of hier verandering in mogelijk is, is het allereerst van belang te 'ontdekken' hoe professionals naar zichzelf kijken en in het bijzonder hoe zij hun beroep opvatten. De manier waarop de professional naar zijn eigen beroep kijkt zegt iets over de 'rolopvatting' die hij heeft en die bepalend is in posities van samenwerking of 'houding' ten opzichte van cliënten. In de volgende paragraaf wordt aan de hand van de in kaart gebrachte 'professionele pijler' en 'omgevingspijler' 'ontdekt' hoe beroepsopvatting tot stand komt.

3.4 Beroepsopvatting

3.4.1 Inleiding

Zorg verlenen is "een complexe morele, emotionele en sociale aangelegenheid" (Tonkens et al., 2009, p.14). Zeker wanneer zorg wordt verleend in complexe gevallen (zoals in het geval van bijvoorbeeld complexe, meervoudige problematiek, beschreven in hoofdstuk 2). De manier waarop professionals zorg verlenen en invulling geven aan hun werk is afhankelijk van de manier waarop zij hun beroep opvatten. Dit hangt niet alleen af van hun visie op werk, maar ook van de context waarin hun werk plaatsvindt. In §3.2 is toegelicht hoe professionalisme en beroepsopvatting tot stand komen vanuit de manier waarop het beroep is aangeleerd en geïnstitutionaliseerd. In §3.3 is de context, de realiteit van praktijk en omgeving ofwel de invloed van de logica's anders dan de professionele toegelicht. In deze paragraaf 'beroepsopvatting' wordt (schematisch) weergegeven hoe de manier waarop de beroepsopvatting van professionals 'van binnenuit' en 'van buitenaf' gevormd wordt en welk gevolg dit heeft in de praktijk aan de hand van het concept 'samenwerking': de

⁶ NRC Handelsblad, (07-10-2011) "Onderzoek naar inkomen huisartsen", Gevonden op 16 april 2012, op <http://www.nrc.nl/nieuws/2011/10/07/onderzoek-naar-inkomen-huisartsen/>

NRC Handelsblad, (08-10-2011) "Minister: artsen houden onvoldoende rekening met patiënten", Gevonden op 16 april 2012, op <http://www.nrc.nl/nieuws/2011/10/08/schippers-artsen-houden-onvoldoende-rekening-met-patienten/>


samenwerking tussen professionals onderling. Het tot stand komen van dit referentiekader van professionals, dat de basis vormt van hun beroepsopvatting, wordt hiervoor eerst inzichtelijk gemaakt aan de hand van de theorie van Hochschild.

3.4.2 Hochschild: feeling & framing rules

Een manier om de discrepantie tussen datgene wat de professional heeft geleerd en hoe de praktijk deze handelswijze al dan niet onder druk zet te duiden is gebruik te maken van de '*feeling & framing rules*' van Arlie Hochschild.

De Amerikaanse sociologe Hochschild heeft de complexe manier van werken van professionals in de zorg beschreven als *feeling & framing rules* (Hochschild, 1979). Volgens haar kan de complexe manier van werken begrepen worden door de "morele, emotionele en sociale betekenissen van zorg te achterhalen" (Hochschild, 1979 in Tonkens et al., 2009, p.15). De betekenissen die professionals hieraan geven worden namelijk ingegeven door *feeling & framing rules*. *Framing rules* vormen in deze het persoonlijke referentiekader en bepalen onze *feeling rules*. Ze bepalen wat we vinden dat we mogen verlangen en eisen, maar ook hoe we onze situatie beleven. De *framing rules* verschillen per individu, maar de kaders hiervan worden in hoge mate bepaald door de organisatie van een land: "In een ver ontwikkelde verzorgingsstaat hanteren mensen andere *framing rules* dan in een samenleving waarin zorg als een privézaak geldt" (Tonkens et al., 2009, p.16). Hochschild onderscheidt drie soorten *framing rules*, die in tabel 3.3 zijn weergegeven. De *framing rules* bepalen de oriëntatie van de professional op morele waarden, de buitenwereld en de grenzen van zijn werk (respectievelijk de morele, historische en pragmatische *framing rules*).

| | |
|-----------------------------------|--|
| Morele <i>framing rules</i> | Dat wat de professional ziet als plicht met betrekking tot zichzelf of in relatie met anderen in de samenleving. De morele <i>framing rules</i> zijn van invloed op de ethische oriëntatie van de professional |
| Historische <i>framing rules</i> | Dat wat betrekking heeft op de geschiedenis van de professional. De historisch <i>framing rules</i> vormen een oriëntatie op de buitenwereld |
| Pragmatische <i>framing rules</i> | Dat wat betrekking heeft op wat er in de ogen van de professional zoal beschikbaar is (bijvoorbeeld aan middelen). De pragmatische <i>framing rules</i> zijn van directe invloed op hoe de professional de grenzen van zijn beroep ervaart |

 Tabel 3.3 'Drie soorten *framing rules*' naar: Hochschild, 1979 in Tonkens et al., 2009, p15-17

3.4.3 Beroepsopvatting

Aan de hand van de *framing rules* van Hochschild is verklaard hoe het referentiekader van een professional tot stand komt. Het referentiekader van de professional staat echter niet op zichzelf maar wordt zoals in §3.2 en §3.3 beschreven staat beïnvloed van 'binnen uit' en van 'buitenaf'. In figuur 3.1 is schematisch weergegeven hoe dit er uitziet. Daarnaast kan bijvoorbeeld 'samenwerking' als gevolg, een consequentie van het soort beroepsopvatting dat een professional heeft worden gezien.

Professionalisme als controlled content...

In §3.2 staat beschreven hoe professionalisme wordt ingevuld aan de hand van de professionele kenmerken die een professie of beroepsgroep al dan niet kenmerkt en controleert. De mate waarin dit *controlled content* door de beroepsgroep wordt gehanteerd typeert hoe stevig het professionalisme gemanifesteerd is. Aansluiting bij een beroepsvereniging, het hebben van een eigen opleiding, het delen van kennis, het hanteren van codes en regulering door middel van onder andere sanctionering typeren klassiek professionalisme. Hoe steviger deze kenmerken in de professie gemanifesteerd zijn, hoe steviger, klassieker, de professies is. Professionals binnen zo'n professie hebben als gevolg hiervan een grote autonomie over hun vakgebied, een

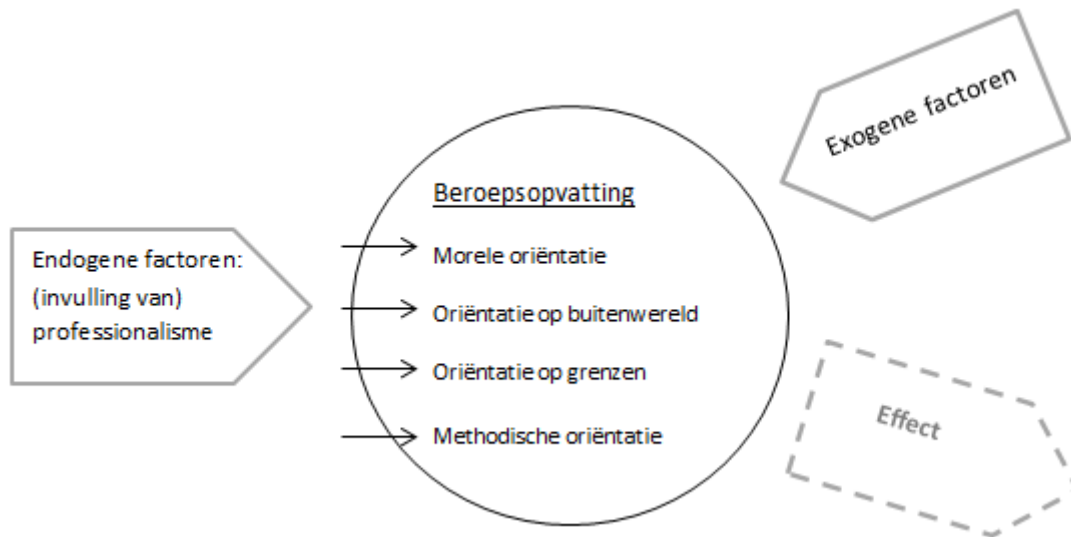
specifiek onderdeel waar zij de meeste kennis over hebben en op welk gebied zij als autoriteit worden gezien, zowel door *peers*, hun collega's als door de maatschappij. Deze autonomie leidt tot een stevige manifestatie van de 'professionele grenzen' en door de interactie tussen de beroepsdomeinen mogelijk ook tot *turf battles* met andere beroepsgroepen, een domeinstrijd over de autoriteit van een specifiek gebied. Hoe te steviger de professe gemanifesteerd is, des te enger dan ook de beroepsopvatting van de professional en mogelijk hoe nauwer de opvatting over samenwerking. Naarmate het professionalisme klassieker is, is *controlled content* steviger gemanifesteerd.

.. de invloed van de omgeving...

Na de beschrijving over hoe professionalisme zich van 'binnenuit' manifesteert, wordt in §3.3 weergegeven hoe ook de omgeving van invloed is op hoe professionals zichzelf zien en hoe zij werken. Zo worden burgers 'eigenwijzer': door ontwikkelingen in technologie en kennis hebben burgers toegang tot meer informatie en stellen zij zich kritischer op ten opzichte van de professional. Professionele autoriteit is minder vanzelfsprekend dan 'vroeger'. Omdat professionals op zoek zijn naar *professional control* maakt dit veel professionals onzeker over hun eigen (morele) handelen. Daarnaast oefenen ook de markt- en de bureaucratische logica hun invloed uit op het handelen van professionals. De invloed van de marktlogica sluit aan op de individualisering van de burger en stelt dienstbaarheid aan de vraag (van de klant) centraal in het handelen van de professional. Efficiëntie en snelheid worden belangrijke beoordelingscriteria, terwijl de professional juist op kwaliteit en maatwerk beoordeeld wil worden. De bureaucratische logica, die dienstbaarheid aan procedures voorop stelt, botst hier eveneens mee door juist rechtsgelijkheid en zorgvuldigheid van de professional te verlangen (zie tabel 3.2). De nadruk op bijvoorbeeld zorgvuldigheid en efficiëntie in professioneel handelen zijn op zichzelf geen slechte ontwikkeling, kunnen ook zeer positieve gevolgen hebben maar botsen in principe met de manier waarop de professional is opgeleid en het *controlled content* van de professe zich manifesteert. Hoe klassieker de professe is en hoe steviger de kenmerken gemanifesteerd zijn, hoe minder flexibel de professional ten opzichte van de andere logica's (kan) staan.

.. en beroepsopvatting

De manier waarop de professional naar zijn beroep kijkt en hoe hij dit invult, zijn beroepsopvatting, lijkt dus te worden beïnvloed door zowel endogene als exogene factoren, respectievelijk hoe professionalisme wordt ingevuld 'van binnenuit' en 'van buitenaf'. Zoals de beschrijving van deze twee factoren laat zien wordt de beroepsopvatting enerzijds ingevuld door hoe de professional aangeleerd krijgt dat zijn beroep er 'uit ziet', onder andere wat hij moet weten en hoe hij zich moet gedragen, maar zorgt de omgeving er vervolgens voor dat dat wat de professional leert niet altijd kan worden toegepast in de praktijk en moet de professional zich ook (ten dele) hieraan aanpassen. Dit kan uitgelegd en begrepen worden aan de hand van de *framing rules* van Hochschild. *Framing rules* bepalen het referentiekader van de professional en bepalen onder meer de ethische oriëntatie van de professional, zijn oriëntatie op de buitenwereld en de oriëntatie op de 'grenzen' van zijn beroep. In het geval van professionals in de zorg, die zich bezig houden met het behandelen van patiënten of cliënten is hier een oriëntatie op de gehanteerde methoden aan toegevoegd. De *framing rules* van de professional komen enerzijds tot stand door de manifestatie van *controlled content* in de professional en anderzijds door de invloed die de omgeving op de uitoefening van zijn beroep heeft. In figuur 3.1 is schematisch weergegeven hoe beroepsopvatting tot stand komt aan de hand van de endogene en exogene factoren, die samen de *framing rules* van de professional bepalen. De beroepsopvatting van de professional is vervolgens weer leidend voor de manier waarop de professional zijn beroep uitvoert en invulling geeft aan bijvoorbeeld samenwerking.



✚ Figuur 3.1 'Model voor beroepsopvatting'

Aan de hand van het concept samenwerking wordt hier aangetoond wat het gevolg van beroepsopvatting is. Samenwerking, als in de relatie van professionals onderling, wordt hierbij beïnvloed door hoe de professionals hun beroep opvatten. En 'sterke' beroepsopvatting, waarbij de endogene factor *controlled content* een steviger effect op het referentiekader van de professional en daarmee de beroepsopvatting van de professional heeft dan de exogene factoren bevordert samenwerking mogelijk minder dan een meer gelijkmatige invloed van endogene én exogene factoren. Wanneer de endogene factor, de mate van professionalisme meer gemanifesteerd is ervaart de professional een sterkere autonomie over zijn 'domein'. Zijn oriëntatie op grenzen is dan steviger waardoor samenwerking minder voor de hand ligt (denk zelfs aan 'domeinstrijd'). Ook zal de morele oriëntatie 'klassieker' gevormd zijn aan de hand van de beroepsethos die de professie hanteert. Hetzelfde geldt voor de methodische oriëntatie en de oriëntatie op de buitenwereld. Wanneer de druk vanuit de omgeving groter is en de exogene factoren zich (veel) meer laten gelden kan dit veranderen.

3.4.4 Kortom

De beroepsopvatting van de professional wordt gevormd door het referentiekader waar uit hij handelt en de wereld ziet. Dit referentiekader is te begrijpen aan de hand van de *framing rules* van Hochschild, die de morele oriëntatie, de methodische oriëntatie, de oriëntatie op de buitenwereld en de oriëntatie op grenzen van de professional verklaren. Van invloed op dit referentiekader zijn enerzijds endogene en anderzijds exogene factoren. De endogene factoren verklaren de mate waarin professionalisme, zoals uitgelegd in §3.2, zich in de professional gemanifesteerd heeft. De exogene factoren verklaren de invloed die de omgeving van de professional, zoals in §3.3 uitgelegd, op zijn beroepsopvatting heeft. Het concept samenwerking wordt gehanteerd om de consequenties, het gevolg van beroepsopvatting aan te tonen: naarmate de invloed van het professionalisme steviger in de beroepsopvatting is gemanifesteerd zullen de professionele grenzen steviger aanwezig zijn, zal de beroepsopvatting enger zijn en zal de neiging tot samenwerking minder (sterk) aanwezig zijn.

3.5 Conclusie

In dit hoofdstuk 'Professionalisme en omgeving, hoe beroepsopvatting tot stand komt' is de theoretische plaats van het onderzoek bepaald. Aan de hand van de concepten 'professionalisme' en 'omgeving' is het theoretische model voor beroepsopvatting ontwikkeld. In hoofdstuk 2 is toegelicht dat gezondheid en gezondheidszorg in beweging zijn. Professionals, zeker in de publieke sector, staan in wisselwerking met deze omgeving. De beroepsopvatting van professionals is van belang in de manier waarop zij naar hun beroep en

naar (hun verantwoordelijkheid ten opzichte van) de omgeving kijken. Wie professionals zijn en wat professionalisme eigenlijk is, is in dit hoofdstuk onderzocht: dé professional bestaat niet. In plaats van een categorisering worden in dit onderzoek de gemeenschappelijke kenmerken van professionalisme benadrukt. Professionalisme wordt hierbij geconceptualiseerd aan de hand van de kenmerken van *controlled content* (aansluiting bij de beroepsvereniging, het volgen van de opleiding, het delen van kennis, het hanteren van (gemeenschappelijke) codes en regulering). Wanneer de kenmerken van professionalisme stevig in de professional 'gemanifesteerd' zijn, zijn de professionele grenzen steviger gemanifesteerd en is de neiging tot samenwerking van de professional kleiner. De professional staat in wisselwerking met zijn omgeving. Deze omgeving wordt gekenmerkt door toenemende individualisering en informatisering en de invloed van de bureaucratische- en marktlogica. Als gevolg van de verwachtingen en vragen vanuit de maatschappij aan de ene kant en de begrenzing die de professional worden opgelegd aan de andere kant bevindt de professional zich in een *double blind*. Om te onderzoeken hoe de professional op zijn omgeving reageert is het van belang te weten hoe beroepsopvatting tot stand komt. De beroepsopvatting vormt het referentiekader van de professional. Het model van beroepsopvatting dat in dit hoofdstuk is geconstrueerd laat zien hoe beroepsopvatting beïnvloedt wordt door endogene en exogene factoren, die het referentiekader van de professional 'invullen'. Dit referentiekader komt tot stand aan de hand van *framing rules*, de morele oriëntatie, de oriëntatie op grenzen, op de buitenwereld en de methodische oriëntatie van de professional.

Op basis van het model van beroepsopvatting en de invulling van de theoretische concepten 'professionalisme', 'omgeving' en 'beroepsopvatting' is dit onderzoek in de praktijk uitgevoerd. In het volgende hoofdstuk 'Onderzoeksaanpak' wordt toegelicht hoe het onderzoek naar beroepsopvatting is georganiseerd en uitgevoerd.

Deel II – Empirie

4

Hoofdstuk 4 Onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk ‘Onderzoeksaanpak’ wordt, zoals de titel al aangeeft, de manier waarop dit onderzoek is aangepakt en uitgevoerd besproken. De methoden, de fasen en de manieren van onderzoek worden theoretisch en praktisch besproken en verantwoord. Daarnaast zal de onderzoeksbenadering, de wetenschapsfilosofische opvatting van de onderzoeker aan bod komen. Dit hoofdstuk legt de basis voor de theoretische en praktische onderzoeksuitvoering en vormt als het ware een handleiding voor de onderzoeker en lezer.

4.1 Inleiding

Onderzoek kan methodologisch heel verschillend worden opgezet (Boeije, 2005, p.17). Dit onderzoek richt zich op de vraag hoe beroepsopvatting van professionals van invloed is op samenwerking en kan, naar de onderzoekstypering van Boeije (2005), als interpretatief en kwalitatief gekarakteriseerd worden. Het onderzoek draait om betekenisgeving en -verlening door actoren aan een bepaald concept, namelijk, op welke manier professionals in de eerstelijnszorg invulling geven aan hun beroep en welke gevolgen dit voor samenwerking heeft. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak die voor dit onderzoek gehanteerd is in kaart gebracht. §4.2 typeert het onderzoek aan de hand van het interpretatieve karakter en de methodologische keuzen voor kwalitatief onderzoek met een inductief karakter, het gebruik van theorie en het gebruik van een gevalstudie. §4.3 beschrijft de onderzoeksaanpak, namelijk inhoudelijk de casusselectie en welke fasen er in het onderzoek te onderscheiden zijn. §4.4 beschrijft vervolgens de methoden & technieken die in dit onderzoek zijn gehanteerd, namelijk het gebruik van ‘desk research’ interviews en de inhoudsanalyse. In §4.5 worden ten slotte de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek in kaart gebracht, aan de hand van de beschrijving van zowel de interne als de externe validiteit van het onderzoek. Voor dit echter zover is wordt de context van het onderzoek beschreven in de onderstaande onderzoeksinbedding, die een beeld geeft van de positionering en aanpak van het onderzoek.

Onderzoeksinbedding

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap (USBO) van de Universiteit Utrecht enerzijds en het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC), afdeling sociale geneeskunde anderzijds. Via het AMC is het onderzoek ingebed bij het onderzoek van Jennifer van den Broeke, promovendus aan het AMC/Universiteit van Amsterdam op de afdeling sociale geneeskunde. Een onderdeel van haar onderzoek is “om inzicht te verwerven in de mate waarin het gezamenlijke beleid van de gemeenten Utrecht en Amsterdam enerzijds en Agis Zorgverzekeringen anderzijds leidt tot verandering van competenties bestaande uit kennis, attitude en vaardigheden binnen de domeinen van generalistisch, populatiegericht en coachend werken van professionals werkzaam in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord”⁷. Om hier zicht op te krijgen heeft zij twee onderzoeksvragen geformuleerd, namelijk:

1. “In hoeverre gaan professionals, werkzaam in de pilotwijken in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord meer integraal denken? (Integraal denken, en handelen, definiëren als: het beschikken over competenties bestaande uit kennis, attitude en vaardigheden binnen de domeinen van generalistisch, populatiegericht en coachend werken.)

⁷ ‘Onderzoeksvraag 5’, Van den Broeke, (2011)

2. “Hoe ervaren professionals deze verandering?”

Van den Broeke beantwoordt deze vragen aan de hand van een enquête die zij heeft uitgezet onder 600 professionals in de wijken Amsterdam Noord en Utrecht Overvecht. Om echter te controleren of de gegevens van de enquête ook recht doen aan de praktijk en om ‘inkleuring’ aan de gevonden data te geven houdt zij interviews met in totaal 12 respondenten in de twee wijken. Hierin ligt het raakvlak met dit onderzoek naar de beroepsopvatting van professionals en vullen deze onderzoeken elkaar mooi aan waardoor samenwerking voor de hand lag. De interviews vonden plaats met professionals uit de eerste lijn in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord. De zorg in Overvecht wordt gekenmerkt door het werken in multidisciplinaire centra, gezondheidscentra, terwijl in Noord veel ‘solistisch’ wordt gewerkt. De verwachting was dat ‘integraal denken’ in Overvecht, naar aanleiding van de samenwerking die al in de zorg plaatsvindt, al meer geïntegreerd is dan in Noord.

Samenwerking met een collega-onderzoeker is, zeker binnen interpretatief en kwalitatief onderzoek, aan te raden. Omdat onderzoekers veel en vaak in contact komen met het onderzoeksonderwerp ontstaan er risico's van subjectiviteit en selectiviteit. Ook raakt de onderzoeker onherroepelijk betrokken bij het onderwerp en de personen, wat het risico van ‘going native’ oplevert (Boeije, 2005, p.147; Van Thiel, 2010, p.108). Samenwerking met een collega-onderzoeker, ‘peer debriefing’, voorkomt dit en versterkt de betrouwbaarheid van onderzoek (Boeije, 2005, p.153) (zie §4.2.3). In dit onderzoek werd dit concreet toegepast tijdens de samenwerking met Van den Broeke rondom (uiteindelijk) 14 interviews. Ook het schrijven van een topiclijst (§4.4.2), het houden van de interviews en het maken van de codeboom aan de hand waarvan de interviews geanalyseerd worden (§4.4.3) is samen gedaan. Omdat dataverzameling en –analyse in dit onderzoek door elkaar heen lopen is ook tussentijds overlegd over de stand van zaken en inhoud rondom beide onderzoeken. Ten slotte is overlegd over de ‘interpretatie’ van de resultaten, of de analyse in ogen van beide onderzoekers een volledige weergave van de ‘werkelijkheid’ is.

4.2 Typering van het onderzoek

4.2.1 Inleiding

Dit onderzoek kan naar Tijmstra & Boeije (2011) worden getypeerd als een interpretatief onderzoek met een deels inductief karakter, een kwalitatieve onderzoeksbenadering en een multi methodische aanpak. In deze paragraaf ‘type onderzoek’ wordt dieper ingegaan op de interpretatieve plaatsbepaling van de onderzoeker, het inductieve karakter van het onderzoek en de betekenis hiervan voor de uitvoering van het onderzoek, die kwalitatief van aard is. Ten slotte is aandacht gegeven aan het gebruik van multi methode, de verschillende manieren waarop in dit onderzoek empirische informatie is verzameld en geanalyseerd.

4.2.2 Interpretatief onderzoek

“Het omschrijven van wetenschap lijkt op het eerste gezicht geen lastige opgave. Iedereen heeft toch wel een idee wat wetenschap is? [...] Maar als we uitgebreider naar de wetenschap kijken, wordt duidelijk dat het geven van een goede beschrijving toch behoorlijk lastig is.” (Tijmstra & Boeije, 2011, p.7). Tijmstra & Boeije (2011) beschrijven met betrekking tot visies op wetenschap drie verschillende wetenschappelijke paradigma's; de empirisch-analytische benadering, de interpretatieve benadering en de kritisch-empirische benadering (Tijmstra & Boeije, 2011, p.14). In dit onderzoek staat de interpretatieve benadering centraal.

De sociale wetenschappen bestuderen en onderzoeken het doen en laten van mensen, aangeduid met handelen of gedrag (Zijderveld, 1991, in Tijmstra & Boeije, 2011, p.15). Het interpretatieve paradigma gaat er hierbij van uit dat theorieën binnen de sociale wetenschappen méér doen dan alleen een beschrijving leveren van bestaande verbanden: onderzoekers moeten ook begrip nastreven. Hiervoor moet de onderzoeker mensen vanuit een *derdepersoonsperspectief* kunnen bekijken, proberen de wereld te benaderen en te zien zoals de

mensen die hij bestudeert (Tijmstra & Boeije, 2011, p.19). Het begrijpen van de sociale werkelijkheid staat centraal en waarneming betekent niet alleen direct zintuigelijke waarneming, maar iets breders, een poging tot begrijpen wat de mens beweegt. Om dit te doen moeten onderzoekers in de interpretatieve benadering “proberen de taal en het interpretatiekader van de betrokkenen te verwerken in hun resultaten en conclusies” (Tijmstra & Boeije, 2011, p.23). Het interpretatieve paradigma kenmerkt zich door een streven naar *ideografische kennis*, kennis die het ‘eigene’ of unieke beschrijft aan de hand van het beschrijven van concrete, zichtbare gehelen (denk bijvoorbeeld aan individuen of groepen). Ook staat een *holistisch benadering* van de werkelijkheid centraal, reductie van de werkelijkheid tot eenheden en variabelen wordt vermeden. De *waardenverheldering* die de interpretatieve benadering kenmerkt beschrijft hoe onderzoekers ook duidelijk moeten zijn over hun eigen betekenissen en ervaringen, die van invloed kunnen zijn op het onderzoek. Het interpretatieve onderzoek wordt ten slotte gekenmerkt door het doen van *kwalitatief onderzoek*, waarbij interviews de belangrijkste onderzoeksmethode zijn (Tijmstra & Boeije, 2011, p.24-25), zoals in dit onderzoek gebeurt. Concrete mensen en gemeenschappen worden geduid door hen van binnenuit te begrijpen en in hun context te plaatsen (Tijmstra & Boeije, 2011, p.23). Daarom vinden de interviews in dit onderzoek plaats in Overvecht en Noord, op de locaties waar de professionals werken en hun cliënten wonen. Op deze manier wordt betekenis gegeven aan de begrippen die zij gebruiken en de manier waarop zij zichzelf en hun werk zien.

4.2.3 Methodologische keuzes

Zoals kenmerkend is voor een onderzoek binnen de interpretatieve benadering is in dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Kwalitatief onderzoek richt zich op het begrijpen en beschrijven van de empirische werkelijkheid, rekening houdend met de context waarin fenomenen zich voordoen en/of actoren zich bevinden (vgl. Baarda et al., 2001, p.192 in Van Thiel, 2010). Kwalitatieve gegevens geven meer inzicht in de mechanismen die in (onderzoeks)processen plaatsvinden en doen meer recht aan deze vaak complexe werkelijkheid.

Dit onderzoek heeft een deels inductief karakter. Inductief onderzoek betekent in het kort dat op basis van afzonderlijke waarnemingen een algemene uitspraak wordt geformuleerd ('t Hart, 1998, p.284). Binnen dit onderzoek is gekozen om in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord onder andere huisartsen, fysiotherapeuten, praktijkondersteuners, thuiszorgers en welzijnswerkers te spreken. Dit is een representatieve weergave, maar geen volledige. Omdat de uitspraken die op basis van de interviews met deze personen kunnen worden gedaan herhaaldelijke, soortgelijke opvattingen zijn kan een algemene uitspraak over beroepsopvatting geformuleerd worden. Om deze reden is het juist van belang dat het onderzoek in twee verschillende wijken is uitgevoerd. Op basis van een vergelijkbaar onderzoek in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord, twee verschillende wijken, worden de kenmerken van beroepsopvatting in kaart gebracht en, meer dan effectmeting alleen, worden de mechanismen en processen die hierop van invloed zijn ingevuld. Juist dit laatste geeft duiding aan de resultaten.

Inductief onderzoek is relevant wanneer er over een bepaald onderwerp, zoals de beroepsopvatting van professionals, nog niet veel kennis en/of theorie beschikbaar is. Het gaat hier echter om een deels, in zekere zin inductief karakter, omdat in tegenstelling tot ‘volledig’ inductief onderzoek er in dit onderzoek wel gebruik is gemaakt van een literatuurstudie voorafgaande aan de empirische dataverzameling. Op basis van de theorie zijn ‘*sensitizing concepts*’ ontwikkeld (Boeije, 2005, p.47), waarvan in de verkennende, uitvoerende en analysefase gebruik is gemaakt. Deze *sensitizing concepts* en de invulling daarvan in literatuur én praktijk hebben geleid tot het ontwikkelen van een ‘model’ van beroepsopvatting, zoals in hoofdstuk 3 is weergegeven. De begripsverheldering doormiddel van de *sensitizing concepts* is een bijdrage aan de uiteindelijke theorievorming en de totstandkoming van het model (Boeije, 2005, p.47), waarna aan de hand van het model de analyse heeft plaatsgevonden.

Voor de aanpak van het onderzoek is ten slotte, gezien de interpretatieve, kwalitatieve aard van het onderzoek, gekozen voor een gevalstudie waarbij één of enkele gevallen (cases) van het onderzoeksonderwerp in hun natuurlijke situatie worden onderzocht (Van Thiel, 2010, p.99). Gevalsstudies

vinden plaats in de natuurlijke situatie ('het veld') van het onderzoeksobject, in dit onderzoek de wijken Overvecht en Noord en verzamelen zoveel mogelijk informatie over een casus door gebruik te maken van meerdere methoden (Van Thiel, 2010, p.99). Door het onderzoek wil de onderzoeker een bijdrage leveren aan een maatschappelijk vraagstuk, in dit geval hoe de beroepsopvatting van professionals van invloed is (of kan bijdragen aan) de samenwerking van professionals rondo cliënten met complexe problematiek. Omdat de gevalsstudie een gering aantal cases betreft is het onderzoek eerder diepgaander dan breder ('t Hart, 1998; Van Thiel, 2010).

4.2.4 Multi methodisch

Om recht te doen aan de holistische onderzoeksaanpak van de gevalsstudie en de interpretatieve benadering van het onderzoek is er binnen dit onderzoek gebruik gemaakt van meerdere methoden. Dit verstevigt ook de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Boeije (2005), 't Hart (1998), Van Thiel (2010) e.a. noemen dit 'triangulatie', de onderzoeker kiest voor een combinatie van methoden voor de dataverzameling. Ook de vergelijking tot de twee cases verstevigt de data, de uitspraken op basis van deze data en dus de validiteit van het onderzoek. In dit onderzoek wordt de onderzoekstriangulatie (Boeije, 2005, p.153) gehanteerd door feedback van en samenwerking met collega-onderzoekers (*peer debriefing*) uit zowel het AMC als van de USBO. Ook de interviews worden met een collega-onderzoeker afgenomen. De topiclijst voor deze interviews (zie §4.4.2) is gezamenlijk opgesteld. Het coderen van deze interviews (zie §4.4.3) is deels gezamenlijk gebeurt. Op deze manier wordt ondervangen dat de onderzoeker overheersend vanuit één frame naar de data kijkt en dat dit frame te sturend is voor de interpretatie van de data (Van Thiel, 2010).

4.3 Onderzoeksaanpak

4.3.1 Inleiding

Na een theoretische verkenning van de belangrijkste concepten van dit onderzoek, het tot stand komen van de *sensitizing concepts*, vond de uitvoering van het onderzoek naar beroepsopvatting plaats in de wijken Utrecht Overvecht en Noord. Op basis van een combinatie tussen de verkenning van de *sensitizing concepts* en de bevindingen uit de praktijk is het model voor beroepsopvatting ontwikkeld en heeft de analyse plaatsgevonden. In deze paragraaf 'onderzoeksaanpak' wordt weergegeven hoe de selectie voor deze cases tot stand is gekomen en wordt een beschrijving van de wijken gegeven. Vervolgens wordt beschreven welke fasen van onderzoek in dit onderzoek gehanteerd zijn en welk verloop het onderzoek heeft gehad.

4.3.2 Casusselectie

Zoals aangegeven is er in dit onderzoek gebruik gemaakt van de gevalsstudie, in het bijzonder voor *multiplescasestudy's*. Hier worden meerdere, contrasterende cases onderzocht ('t Hart, 1998). Dit is vergelijkbaar met het trekken van een steekproef, wanneer in meerdere cases hetzelfde effect gevonden wordt, betekent dat (waarschijnlijk) dat het effect ook in niet onderzochte cases zal gelden (en dus generaliseerbaar is) ('t Hart, 1998). De vergelijkende studie uit dit onderzoek toont niet alleen de overeenkomsten en verschillen tussen beide wijken maar (misschien wel belangrijk) licht door het 'blootleggen' van de processen ook toe waarom dit zo is.

In dit onderzoek is gekozen voor het onderzoeken van de beroepsopvatting van professionals in de eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord. Deze keuze voor deze wijken is tot stand gekomen op basis van het onderzoek van Jennifer van den Broeke. In haar onderzoek heeft zij de pilotwijken Overvecht en Noord geselecteerd omdat de wijken op basis van demografische en epidemiologische kenmerken enigszins vergelijkbaar zijn; er is sprake van een populatie met een complex ziektebeeld (een hogere mate van multimorbiditeit, meerdere ziekten tegelijkertijd en/of socio-maatschappelijke problematiek). Ook lopen er in beide wijken pilots om de gezondheid van de bevolking door middel van samenwerking tussen professionals te verbeteren. Hieronder wordt een kort beeld geschetst van beide wijken.

Utrecht Overvecht

In Utrecht Overvecht wordt de doelgroep waarvoor professionals in het onderzoek van Van den Broeke werken omschreven als “een groep volwassen cliënten met een stapeling van problemen en risico’s op meerdere leefgebieden (in allerlei combinaties). Deze doelgroep is niet goed in staat zelf regie te voeren op het eigen leven of de eigen gezondheid. De doelgroep presenteert vage klachten”⁸. De doelgroepen van de professionals in Overvecht en in Noord verschillen, maar hebben ook overeenkomsten. Beide omvatten wijkbewoners met complexe problematiek, dat wil zeggen een opeenstapeling van medische en sociaal-maatschappelijke problematiek. In tegenstelling tot Amsterdam Noord is er in Utrecht Overvecht al meer gemeenschappelijk georganiseerd op het gebied van samenwerking door de professionals. Het project Platform Gezonde Wijk Overvecht richt zich op kennisuitwisseling tussen betrokken professionals; huisartsen, fysiotherapeuten, GGD en GGZ, welzijnswerkers, buurtzorg etc., die betrokken zijn bij de hulpverlening in de wijk. Het project Gezonde Wijk Overvecht stelt dat professionals anders moeten kijken, denken en doen; zich niet meer alleen richten op ziekte en zorg (zz) maar juist ook op gezondheid en gedrag (gg)⁹. De eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht zet het belang van multidisciplinaire samenwerking bij de behandeling van cliënten met ‘vage klachten’ voorop en heeft de eerste lijn georganiseerd in de projectorganisatie ‘Overvecht gezond!’. Het project is al bestempeld als ‘succesvol’ door de gemeente, cijfers laten in de periode van 2006-2010 een vermindering van zorgkosten zien van 4%¹⁰, het aantal huisarts-, POH- (praktijkondersteuning huisarts) en fysiotherapieconsulten is gestegen maar het zorggebruik in het ziekenhuis is gedaald. Samenwerking wordt hier dus als een uitkomst in de verbetering van gezondheidszorg gezien, er bestaan dan ook meerdere gezondheidscentra in de wijk waar verschillende disciplines bij zijn aangesloten. Niet alle professionals in de wijk zijn echter aangesloten bij de projecten, er blijven ook solistisch werkende huisartsen, fysiotherapeuten e.d. in de wijk.

Amsterdam Noord

De doelgroep waarvoor de professionals binnen onderzoek van Van den Broeke werken wordt omschreven als “een groep volwassen cliënten met meervoudige vragen op het gebied van welzijn en zorg. Deze doel groep is niet goed in staat zelf regie te voeren op het eigen leven of de eigen gezondheid”¹¹. De cliënten presenteren zich met complexe problematiek op het gebied van gezondheid, maar de context van deze problemen is vaak breder dan gezondheid alleen; bijvoorbeeld problemen rondom schuldhulpverlening, huiselijk geweld of integratieproblemen dragen bij aan de gezondheidstoestand van de cliënt. Naar aanleiding van de gezondheidstoestand in de wijk hebben de gemeente en Agis Zorgverzekeringen gezamenlijk beleid ontwikkeld, dat onder andere tot uiting komt in het project ‘Beter Samen in Noord’. Beter Samen richt zich op een verbetering van de gezondheid en het welzijn van inwoners in Amsterdam Noord, onder meer door professionals te laten samenwerken om cliënten, letterlijk, in beweging te krijgen¹². Het is kenmerkend voor de wijk dat er veel solistische praktijken aanwezig zijn.

De twee wijken zijn gekozen vanuit de verwachting dat ze een verschillend perspectief op beroepsopvatting neerzetten. In beide wijken lopen projecten om professionals rondom zorg te organiseren, maar in Overvecht is dit proces al veel verder en al veel meer geïnternaliseerd dan in Noord, waar solistischer en gefragmenteerder wordt gewerkt. Deze ‘duiding’ van de wijken en de professionals die hierin werken is door experts uit de wijken aan Van den Broeke geadviseerd (vanuit zorgverzekeraar en gemeente) en daarnaast tot stand gekomen op basis van de projecten die er lopen, die een interessant en vergelijkbaar beeld rondom de ontwikkeling en het proces van (multidisciplinaire) samenwerking en een veranderend ziektebeeld geven.

⁸ ‘Onderzoeksvraag 5’, Van den Broeke (2011)

⁹ Nieuwsbrief ‘Gezonde Wijk Overvecht’, (2011)

¹⁰ Gemeente Utrecht, persberichten: (datum onbekend) “Aanpak ‘Gezonde Wijk Overvecht’ succesvol!”, Gevonden op 22-05-2012, op <http://www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=12564&persberichtID=360486&type=pers>

¹¹ ‘Onderzoeksvraag 5’, Van den Broeke (2011)

¹² Nieuwsbrief ‘Beter Samen in Noord’, september 2009

4.3.3 Fasen van onderzoek

Dit onderzoek heeft globaal genomen plaatsgevonden van februari tot en met juni 2012. Hoewel het onderzoek is ingedeeld in verschillende te onderscheiden fasen, is het inherent aan het interpretatieve karakter van het onderzoek en het gebruik van *sensitizing concepts* dat het opstellen van het model voor beroepsopvatting en dataverzameling en –analyse elkaar afwisselen (Boeije, 2005, p.73). Tussentijdse analyse vond plaats met een collega-onderzoeker, waarbij werd overlegd hoe het onderzoek er voor stond, wat de respondenten met betrekking tot de respectievelijke onderzoeksvragen gezegd hadden, of dit gevolgen had voor de topiclijst die we hanteerden (§4.4.2) en hoeveel of wat voor respondenten we nog nodig hadden om ‘volledige’ informatie te krijgen. Op het moment dat de dataverzameling niets nieuws meer bijdroeg aan de ontwikkeling van de theorie werd het onderzoek afgerond (Van Thiel, 2010, p.157). De fasen van onderzoek, namelijk ‘verkenning’, ‘literatuurstudie’, ‘uitvoering’ en ‘analyse’ zullen hier kort besproken worden, waarna in §4.4 dieper wordt ingegaan op de gebruikte methoden.

Verkenningfase

De eerste fase van het onderzoek, de verkenningfase, wordt gekenmerkt door oriëntatie op het onderwerp. Na een verkennend gesprek met de begeleider vanuit het AMC Amsterdam en inlezen aan de hand van wetenschappelijke artikelen over het onderwerp is gekozen voor het bredere thema professionals en multimorbiditeit (zie hoofdstuk 2). Om dit concreter en beter te onderzoeken, ook gezien de beperkte tijd, is gekozen voor een ‘kleiner’ onderzoek binnen dit kader: de beroepsopvatting van professionals in de eerstelijns zorg en de invloed hiervan op samenwerking. De achterliggende aanname is dat de beroepsopvatting van de professional sturend is voor de mate van samenwerking, waarbij een engere beroepsopvatting tot minder samenwerking leidt. Binnen de context van toenemende multimorbiditeit is dit van belang omdat samenwerking tussen professionals, multidisciplinaire samenwerking, een steeds belangrijkere plaats inneemt in het systeemgericht werken en denken in de gezondheidszorg. Aan de hand van een tweede verkennend gesprek met de begeleider vanuit het AMC Amsterdam is vervolgens ook een keuze voor de onderzoeks*cases* gemaakt.

Literatuurstudie

Na de verkenning van het onderwerp zijn aan de hand van wetenschappelijke literatuur *sensitizing concepts*, en later het model voor beroepsopvatting, tot stand gekomen. Daarnaast bepaalt de literatuur de ‘niche’ van het vakgebied en draagt het bij aan de formulering van een relevante probleemstelling (Boeije, 2005, p.81). Voor het contexthoofdstuk is gebruik gemaakt van literatuur rondom de thema’s ‘multimorbiditeit’ (o.a. Starfield, 1988; Mackenbach en Van der Maas, 2008 en OECD, 2011) en ‘systeemdenken’ en (in relatie hiertoe) ‘eerstelijnszorg’ (o.a. Plochg et al., 2002; Martin, 2005; Sturmberg, 2007). In de formulering van de *sensitizing concepts* en het model voor beroepsopvatting stonden de thema’s ‘professionalisme’ (o.a. Abbott, 1988; Freidson, 2001; Noordegraaf, 2007; Witman, 2007) ‘omgeving’ (o.a. Noordegraaf, 2004; Tonkens, 2008), ‘beroepsopvatting’ (o.a. Hochschild, 1979; Tonkens et al., 2009) en ‘professionele grenzen’ (Abbott, 1995; Noordegraaf, 2007; Noordegraaf en Van der Klauw, 2011).

Uitvoeringsfase

In de uitvoeringsfase van het onderzoek staat empirische dataverzameling centraal. In lijn met het interpretatieve en kwalitatieve karakter van het onderzoek gebeurt de dataverzameling aan de hand van interviews met respondenten, professionals in de eerstelijns zorg, in de wijken Amsterdam Noord en Utrecht Overvecht.

Analysefase

In de laatste fase van het onderzoek, de analyse, staat het verwerken van de gevonden resultaten centraal en komen de theorie en empirische bevindingen samen. De aanzet van de analyse vond plaats aan de hand van het uitschrijven van transcripten van de interviews en het ‘coderen’ (systematische, adequate archivering) van de gevonden gegevens (Boeije, 2005, p.60). Het coderen vindt plaats aan de hand van een codeboom (deze is weergegeven in bijlage IV) die, in overleg met een collega-onderzoeker is opgesteld op basis van de *sensitizing*

concepts, de topics die in de interviews zijn gevonden en codes die tijdens het verzamelen van de data als leidend naar voren zijn gekomen. Op basis van de gecodeerde resultaten is het ‘verhaal’ van het onderzoek geconstrueerd, waarna aan de hand van het opgestelde model over beroepsopvatting antwoord is gegeven op zowel de theoretische als empirische deelvragen. Ten slotte is een antwoord op de hoofdvraag geformuleerd.

4.4 Methoden en technieken

4.4.1 Inleiding

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van ‘*multi methods*’ (zie §4.2.3), er is gebruik gemaakt van verschillende methoden van onderzoek. Voor met name de opzet en het plannen van de interviews is het gebruik van bestaand materiaal van belang geweest (§4.4.1). Voor de empirische dataverzameling zijn, passend bij het kwalitatieve karakter van het onderzoek (Boeije, 2005), interviews de belangrijkste methode en grootste bron van informatie geweest. De inhoudsanalyse ten slotte (§4.4.5) heeft, in combinatie met het gebruik van het model voor beroepsopvatting, geleid tot een antwoord op de gestelde deelvragen en hoofdvraag.

4.4.2 Desk research

Tijdens het doen van *desk research* wordt gebruik gemaakt van bestaand materiaal. Bestaand materiaal is onderzoeksinformatie die voor een ander doel is geproduceerd, maar (her)gebruikt kan worden (Van Thiel, 2010, p.117). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de onderzoeksinformatie van Van den Broeke, die zij heeft genoteerd in de notitie ‘Onderzoeksvraag 5’. Hierin beschrijft zij het doel van haar onderzoek, evenals de onderzoeksvragen en construeert zij een theoretisch (conceptueel) model aan de hand waarvan ze haar onderzoek vormgeeft. Ten slotte beschrijft zij haar onderzoekspopulatie en respondenten die de enquête toegestuurd krijgen. Aan de hand van de beschrijvingen van Van den Broeke van de onderzoeksdoelen en de onderzoekspopulatie die zij hanteert wordt inzicht gegeven in de wijken Amsterdam Noord en Utrecht Overvecht, en wordt een beeld gecreëerd van de onderzoekspopulatie waarmee de respondenten, professionals in de eerstelijns zorg, te maken hebben.

4.4.3 Interviews

De belangrijkste methode voor het verzamelen van data is het houden van interviews. Interviews zijn in het bijzonder geschikt voor gevalstudies omdat de respondent daarbij in zijn natuurlijke situatie wordt onderzocht (Van Thiel, 2010, p.99). Boeije (2005), 't Hart (1998), van Thiel (2010), e.a. maken onderscheid tussen open interviews en semigestructureerde interviews. In dit onderzoek is voor semigestructureerde interviews gekozen, waarbij een topiclijst wordt gehanteerd om de diverse onderwerpen die bij het onderzoek horen volledig aan bod te laten komen (Van Thiel, 2010). De topiclijst die voor dit onderzoek gehanteerd is, is weergegeven in bijlage III. De ‘topics’ zijn afgeleid van de operationalisatie (bijlage II), die is gebaseerd op basis van de *sensitizing concepts*. Ondanks het semigestructureerde karakter van de interviews zijn de vragen zo open mogelijk gesteld, om de respondent zo min mogelijk te sturen.

Bij selectie van de steekproef van respondenten om te interviewen is deels gebruik gemaakt van *purposive sampling* en deels van het *snowball sample*. *Purposive sampling* houdt in dat de steekproef bestaat uit een selectie van uit doelgericht uit de populatie geselecteerde eenheden die bepaalde kenmerken presenteren (Boeije, 2005, p.50). Omdat in dit onderzoek een onderscheid wordt gemaakt tussen meer traditioneel en meer integraal werkende professionals bestond de geselecteerde steekproef deels uit respondenten die, op voordracht van projectleiders van de projecten Gezonde Wijk Overvecht in Utrecht Overvecht en Beter Samen in Amsterdam Noord, als één van deze twee getypeerd konden worden. Verder gebeurde de selectie van de respondenten aan de hand van het *snowball sample*, waarbij via de eerste persoon die over het onderwerp gesproken is verdere respondenten worden gevonden (Boeije, 2005, p.53; Van Thiel, 2010, p.55). Een volledig overzicht van de respondenten is weergegeven in bijlage I.

4.4.4 Inhoudsanalyse

Ten slotte is van de methode 'inhoudsanalyse' gebruik gemaakt om de primair gevonden empirische data te analyseren en te duiden. De inhoudsanalyse wordt gebruikt voor het vaststellen van feiten en opvatting en het reconstrueren van gebruikte argumentaties (Van Thiel, 2010, p.125). Het analyseren van de data heeft plaatsgevonden in drie stappen, het verzamelen van de data, het ordenen van de data aan de hand van de codeboom (Van Thiel, 2010, p.162) (zie bijlage IV) die in samenwerking met Van den Broeke is opgesteld en het leggen van de verbanden en construeren van het 'verhaal'. Door de data aan de hand van de codeboom te analyseren is structuur aangebracht in de analyse, om deze zo systematisch mogelijk te laten verlopen (Van Thiel, 2010, p.159). De resultaten van de interviews, de 'verhalen' van en de vergelijking tussen Overvecht en Noord zijn beschreven in hoofdstuk 5, waarna de analyse van de data en de koppeling met beroepsopvatting in hoofdstuk 6 is gemaakt.

4.5 Validiteit en betrouwbaarheid

4.5.1 Inleiding

Er kunnen echter ook kanttekeningen worden gezet bij de kwalitatief onderzoek en het gebruik van gevalsstudies (Boeije, 2005; 't Hart, 1998; Van Thiel, 2010). De gevalstudie, zoals in dit onderzoek gehanteerd is, is een intensieve vorm van onderzoek: informatie is vaak omvangrijk en onderzoek duurt vaak lang. Doordat de onderzoeker veel en vaak in contact komt met het onderzoeksonderwerp ontstaan er risico's van subjectiviteit en selectiviteit (Van Thiel, 2005, p.108). Het gebruiken van triangulatie (§4.2.3) is evenals het inzetten van *peer debriefing* (§4.1.1) en het 'vergelijken' van het onderzoek (en de betrokken processen) in twee verschillende cases een goede manier om de betrouwbaarheid en de validiteit van de data van het onderzoek te verstevigen en is daarom ingezet in dit onderzoek. In kwalitatief onderzoek is de controleerbaarheid en herhaalbaarheid van de analyse van het onderzoek minder eenduidig dan bij kwantitatief onderzoek. Daarom wordt vaak niet gesproken over validiteit en betrouwbaarheid in strikte zin maar in termen als 'navolgbaarheid van analyses', 'overdraagbaarheid' en 'aannemelijkheid van conclusies' (vgl. Maso & Smaling, 1998, p.77 in Van Thiel, 2010, p.167). Voor de praktische hanteerbaarheid zal in deze paragraaf echter wel over 'validiteit en betrouwbaarheid' worden gesproken. Bij validiteit en betrouwbaarheid wordt gesproken over interne en externe validiteit. Interne validiteit betreft de geldigheid van onderzoek; heeft de onderzoeker gemeten wat hij wilde meten? (Van Thiel, 2010, p.58). Externe validiteit heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Hiervoor is de ontwikkeling van goede methoden van groot belang (Van Thiel, 2010, p.58).

4.5.2 Interne validiteit

Interne validiteit betreft de geldigheid van onderzoek. Het gaat er hierbij zowel om of de operationalisaties een goede weergave zijn van het theoretisch construct en of het veronderstelde theoretische verband (causaliteit) tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen zich inderdaad voordoet. Om te controleren of de onderzoeker daadwerkelijk heeft gemeten wat hij wilde meten is een goede operationalisatie van groot belang (Van Thiel, 2010, p.59).

In dit onderzoek is de operationalisatie (weergegeven in bijlage II) ook nauw verbonden met de codeboom. In de operationalisatie zijn aan de hand van de *sensitizing concepts* de begrippen die leidend in het onderzoek zijn nader uitgewerkt. De drie thema's 'professionalisme', 'beroepsopvatting' en 'samenwerking' staan hierbij centraal. Zij fungeren enigszins als 'kapstokbegrippen' waar bij nadere uitwerking kleinere begrippen onder vallen. Zo gaat professionalisme over de 'mate' van professionaliteit en over professionele grenzen. Dit wordt gemeten aan de hand van een aantal kenmerken waaraan een professional al dan niet voldoet en die bepalen hoe 'puur' het professionalisme is. Dit zijn, zoals in hoofdstuk 3 beschreven, 'associaties' (is de professional aangesloten bij een beroepsvereniging), 'opleiding' (wat voor opleiding heeft de professional gevolgd, waar en

hoe lang), 'codes' (welke ideologie hanteert de professional tijdens zijn handelingen, als deze al aanwezig is) en 'regulering' (aan welke codes en regels moet de professional zich houden, en door wie zijn die opgelegd). Beroepsopvatting gaat vervolgens over de manier waarop de professional zijn beroep opvat, dat wil zeggen hoe hij zijn werk ziet en hoe hij zijn werkcontext ervaart. Hier staan 'methodische oriëntatie' (wat voor werkwijzen hanteert de professional, heeft hij een holistische visie of niet), 'morele oriëntatie' (hoe vind hij dat hij werkt, hoe ervaart hij het), 'oriëntatie op de buitenwereld' (in hoeverre wordt hij beïnvloed door factoren van buiten, spelen bureaucratische of marktlogica een rol?) en 'oriëntatie op grenzen' (wat is de verantwoordelijkheid van de professional en waar stopt deze) centraal. Samenwerking tenslotte is de afhankelijke variabele in dit onderzoek. De aanname is dat de mate van samenwerking afhankelijk is van de beroepsopvatting van de professional, waarbij een sterke, enge beroepsopvatting samenwerking remt. Daarom is het van belang te onderscheiden of de professional samenwerking 'integraal' of 'solistisch' benadert. Integraal houdt in deze in dat de professional samenwerking met andere professionals opzoekt, bijvoorbeeld door in een (multidisciplinair) centrum te werken. Solistisch houdt in deze in dat de professional 'solo' werkt, bijvoorbeeld in een eigen praktijk of de samenwerking met anderen niet (actief) opzoekt.

Deze begrippen zijn opgenomen in de codeboom en vervolgens leidend geweest voor het systematisch analyseren van de interviews. Tijdens de analyse van de interviews bleek de 'invulling van professionalisme' (hoofdstuk 6), enigszins lastig. Met de professionals in Overvecht en in Noord waren de kenmerken van *controlled content* besproken en langsgelopen. Ook is de betekenis van de kenmerken voor de professional besproken. Toch bleek het in de analysefase enigszins lastig 'duiding' aan deze kenmerken te geven. Met name het lidmaatschap van de beroepsvereniging en kennisdeling door middel van vakliteratuur en symposia en congresbezoek zijn aan bod gekomen. Bijvoorbeeld 'codes' is moeilijker concreet te maken. In de schematische weergave van 'kenmerken van professionalisme' in hoofdstuk 6 (tabel 6.2 en tabel 6.3) staat dit opgetekend.

4.5.3 Externe validiteit

Externe validiteit betreft de generaliseerbaarheid van onderzoek. Het gaat er hierbij om of de gevonden resultaten ook gelden voor andere personen (Van Thiel, 2010, p.59). Wat betreft de externe validiteit bij gevalsstudies spreekt Yin (1994, P.31) van theoretische generaliseerbaarheid. De meerwaarde van de gevalsstudie ligt vooral in de rijkdom aan empirische informatie die het onderzoek oplevert, die de basis kan vormen voor nieuwe theorievorming of kan leiden tot verbetering van bestaande theorievorming (Yin, 1994, in Van Thiel, 2010). Theoretische generaliseerbaarheid is ook kenmerkend voor inductief onderzoek. Dit onderzoek naar de beroepsopvatting van professionals in de eerstelijns zorg heeft een (deels) inductief karakter. Aan de hand van de resultaten van het empirische onderzoek wordt gereflecteerd op de beschikbare theorie over de beroepsopvatting van professionals, worden de *sensitizing concepts* gherdefinieerd en afgemaakt (het model voor beroepsopvatting komt op basis hiervan tot stand) en worden er zo stappen in de richting van theorievorming gezet. De respondentensteekproef is gehouden onder professionals in de wijken Amsterdam Noord en Utrecht Overvecht. Binnen deze wijken is telkens rekening gehouden met de meer integrale en meer traditionele werkwijze van respondenten en met een gelijke verdeling van functies (huisarts, fysiotherapeut, etc.) om zo een voor beide wijken en beide thema's representatief beeld te schetsen. Door een zo representatief en volledig mogelijk beeld van het verhaal van de respondenten te verkrijgen kan een betere reflectie en generalisatie op de theorie plaatsvinden.

Daarnaast biedt de *multiplecasestudy* ook een interessant *vergelijkend* perspectief. Door twee, tot op bepaalde hoogte, vergelijkbare wijken te onderzoeken kunnen verschillen en overeenkomsten in de mechanismen en processen die in de wijken plaatsvinden ten opzichte van elkaar worden bestudeerd of elkaar versterken. Bijvoorbeeld de invloed van de aanwezigheid van multidisciplinaire centra in Overvecht kan onderzocht worden ten opzichte van Noord, waar minder multidisciplinair samengewerkt wordt. Dit versterkt de validiteit van de uitspraken die naar aanleiding van het onderzoek gedaan kunnen worden.

5

Hoofdstuk 5 Karakterisering en context van de wijken: Utrecht Overvecht & Amsterdam Noord

In dit hoofdstuk 'Karakterisering en context van de wijken: Utrecht Overvecht & Amsterdam Noord' wordt de contextuele inbedding van de empirische gegevens van dit onderzoek weergegeven. In dit onderzoek wordt de beroepsopvatting van professionals in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord en het gevolg hiervan op samenwerking onderzocht. De omgeving waarin de professional zich bevindt en de omstandigheden waarmee de professional wordt geconfronteerd vormen een belangrijke invloedsfactor voor hoe de professional naar samenwerking kijkt. In dit hoofdstuk worden de demografische en epidemiologische omgeving van Overvecht en Noord geschetst. Op basis van de gesprekken met de professionals wordt een beeld gegeven van het ziektebeeld, de behandelingen, de zorg en de samenwerking in de wijken.

5.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 4 is beschreven is dit onderzoek ingebed en uitgevoerd in twee wijken, Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord. Beide wijken zijn interessant en divers, delen veel kenmerken maar verschillen ook veel van elkaar. In beide wijken is sprake van een vaak vage, intensieve zorgvraag en in beide wijken is ook veel zorg aanwezig. In Overvecht is de zorg echter anders georganiseerd dan in Noord. Aan de hand van gesprekken met respondenten uit de eerstelijnszorg, dat wil zeggen huisarts, fysiotherapeut, sociaal-psycholoog, praktijkondersteuner, huisarts, maatschappelijk werk, welzijnswerk en wijkverpleging is telkens in kaart gebracht hoe de wijk eruitziet, wat de typische cliënt is¹³ is, wat het ziektebeeld is dat de wijk kenmerkt, welke projecten er lopen rondom gezondheid en hoe er wordt samengewerkt. In dit hoofdstuk wordt het 'verhaal' van de wijken verteld, hoe ze eruitzien, wat er speelt (en wie), en wat er gebeurt. Deze contextschets is het 'dagelijks verhaal' van de respondenten, met wie zij samenwerken en hoe, waar zij zich mee geconfronteerd zien, waar ze tevreden over zijn en wat er beter kan. In §5.2 wordt de demografische en epidemiologische stand van zaken in Overvecht en Noord geschetst. Aan de hand van zowel statistische gegevens als de interpretatie van de respondenten wordt de zorg in de wijk getypeerd en beschreven. In §5.3 wordt hetzelfde gedaan voor het cliënt- en ziektebeeld dat de wijken kenmerkt en de gevolgen die dit voor de behandeling van de professionals heeft. Ten slotte wordt hier ook ingegaan op hoe de professionals naar de samenwerking met andere professionals in de wijk kijken. In §5.4 wordt ten slotte afgesloten met een samenvattend overzicht van het hoofdstuk, waarin de belangrijkste conclusies en vergelijkingen met betrekking tot Overvecht en Noord aan bod komen.

5.2 Karakterisering van de wijken

5.2.1 Inleiding

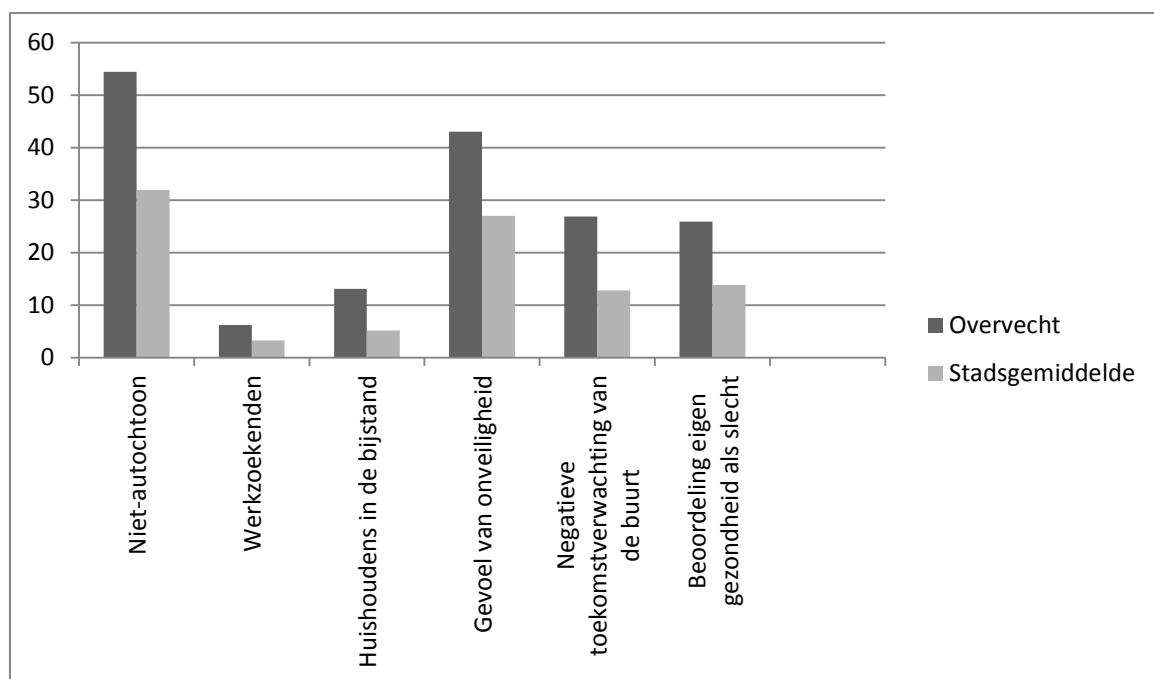
In Utrecht Overvecht en in Amsterdam Noord is sprake van een intensieve zorgvraag van de populatie en een hoge intensiteit van zorgverlening: op zichzelf staande zorgverlening, zorgverlening georganiseerd in (multidisciplinaire) centra en zorgverlening in de vorm van projecten. In deze paragraaf 'karakterisering van de

¹³ Hoewel door de respondenten in de wijken gebruik wordt gemaakt van zowel de aanduiding 'cliënt' als 'patiënt' is er in de uitwerking van dit onderzoek voor gekozen één term te hanteren, namelijk 'cliënt'.

wijken' wordt een karakterschets van beide wijken gegeven. Van zowel Overvecht als Noord zal allereerst op basis van statistische informatie, verkregen via de respectievelijke gemeenten, een demografisch beeld van de wijk gegeven worden, waarbij alvast kort in wordt gegaan op de epidemiologische kenmerken die aanwezig zijn, als *achtergrondinformatie* (1). Vervolgens wordt de *zorg in de wijk* (2) getypeerd: wordt er juist in centra samengewerkt of meer solistisch? Ten slotte wordt aandacht gegeven aan de *projecten* (3) die rondom gezondheid en bewegen zijn georganiseerd in de wijken. Deze projecten hebben niet alleen tot doel gezondheid te verbeteren maar brengen ook de verschillende professionals betrokken in de eerstelijnszorg samen. Bij de thema's 'zorg in de wijk' en 'projecten' zal aan de hand van een citaat dat representatief of treffend voor de mening van de professionals in de wijk het onderwerp ingeleid worden.

5.2.2 Utrecht Overvecht

De wijk Utrecht Overvecht ligt in het noorden van Utrecht en wordt ruwweg opgedeeld in Overvecht Noord en Overvecht Zuid. De wijk kent relatief veel 65-plussers en zoals grafiek 5.1 laat zien een groter aandeel niet-autochtone inwoners dan gemiddeld voor de stad. De grafiek laat zien dat ook het aantal werkzoekenden in Overvecht hoger ligt dan het stadsgemiddelde, evenals het aantal huishoudens in de bijstand. Het gevoel van onveiligheid ligt ook hoger, men heeft een negatievere toekomstverwachting van de buurt dan het stadsgemiddelde. Met betrekking tot gezondheid is het aantal mensen dat zich gezond voelt gestegen sinds 2008. Echter, nog steeds 25,9% van de inwoners beoordeelt de eigen gezondheid als slecht. Dit is het hoogste percentage van alle wijken in Utrecht.



Grafiek 5.1 Demografische gegevens Utrecht Overvecht (naar: Bestuursinformatie Gemeente Utrecht, 2010; Utrecht Monitor, 2012)

Overvecht wordt door de respondenten, professionals die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg in de wijk, getypeerd als een wijk met complexe, brede problematiek (R10, R12, R5, R8, R9): “[...] Je ziet veel *alleenstaanden, veel verschil, alleenstaande vrouwen, werkloosheid, armoede, geldproblemen, depressiviteit, moeders die moeten zorgen voor de kinderen, dag en nacht. Er is zoveel in deze wijk aanwezig dat ze dat complexiteit noemen*” (R8).

Zorg in de wijk

“Dus je maakt in plaats van een bedrijf een gezamenlijk gebouw en bedrijf van waaruit je vanuit één visie werkt met de patiënt, waarbij de patiënt centraal staat. En dat de patiënt de deur uitgaat met het gevoel ‘oh, hier gaat het om in mijn gezondheid!” (R5)

Opvallend in Overvecht is dat de eerstelijnszorg bijna volledig in multidisciplinaire gezondheidscentra georganiseerd is. In deze multidisciplinaire gezondheidscentra werken onder andere huisartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en geestelijke gezondheidszorgers samen. Ook werken sommige professionals, zoals respondent 6 en respondent 12, verdeeld door de week in meerdere gezondheidscentra tegelijkertijd. De insteek van de multidisciplinaire gezondheidscentra in de wijk is om zorg, in aansluiting op de cliënttypering die hierboven is besproken en in §5.3 nader toegelicht wordt, breder te benaderen. Door in één centrum meerdere (soorten) professionals te laten werken wordt de samenwerking rondom bredere problematiek toegankelijker (R5). *“Het is heel belangrijk om de totaalslag te maken naar de patiënt die tegenover je aan de tafel zit” (R6)*. Multidisciplinaire centra zijn niet alleen belangrijk om samenwerking laagdrempeliger te maken (R5, R6, R8) maar zoals respondent 6 aangeeft vinden de professionals het ook belangrijker om de aanpak van cliënt breed te benaderen, dat wil zeggen vanuit meerdere disciplines ‘één front’ te vormen (R5, R6, R8, R10, R12). De multidisciplinaire centra hebben dus niet alleen een praktische functie, maar ‘faciliteren’ ook een ideaalbeeld, de bredere aanpak van de cliënt. De ‘opkomst’ van deze multidisciplinaire centra in Overvecht is ten dele te verklaren aan de hand van de ‘aanjagers’ van het genoemde ideaalbeeld, die de collectieve manier waarop er in Overvecht naar cliënten en naar gezondheidszorg wordt gekeken actief stimuleren. Respondent 5 en respondent 8 stonden aan het begin van deze ontwikkeling (R5, R8, R6, R12) en zijn nog steeds actieve aanjagers van de bredere visie op cliënten en behandeling. Zij proberen door middel van projecten (onder andere Gezonde Wijk Overvecht), en bijeenkomsten dit beeld uit te dragen en er zo veel mogelijk professionals bij te betrekken. Het werken in multidisciplinaire centra (waar zij zelf ook werkzaam zijn) is een onderdeel van deze visie, zodat kennis snel en gemakkelijk gedeeld kan worden, samenwerking laagdrempeliger wordt en de toegang voor cliënten makkelijker en efficiënter (R5, R8). De andere professionals in de wijk geven ook aan deze ‘aanjagers’ (als zodanig) te kennen (R6, R12) of bekend te zijn met hun werk en projecten (R9, R10).

Projecten in de wijk

“Door het project van de Zichtbare Schakel is de samenwerking wel verdiept of zo. Ja. Want nu kom ik fysiek meer op de praktijk daar, waardoor je ook meer andere hulpverleners ziet en spreekt, nu heb ik ook dat ik vaak door de fysiotherapeut gebeld wordt van ‘goh, zou je mee willen kijken want volgens mij is er een zorgprobleem” (R10)

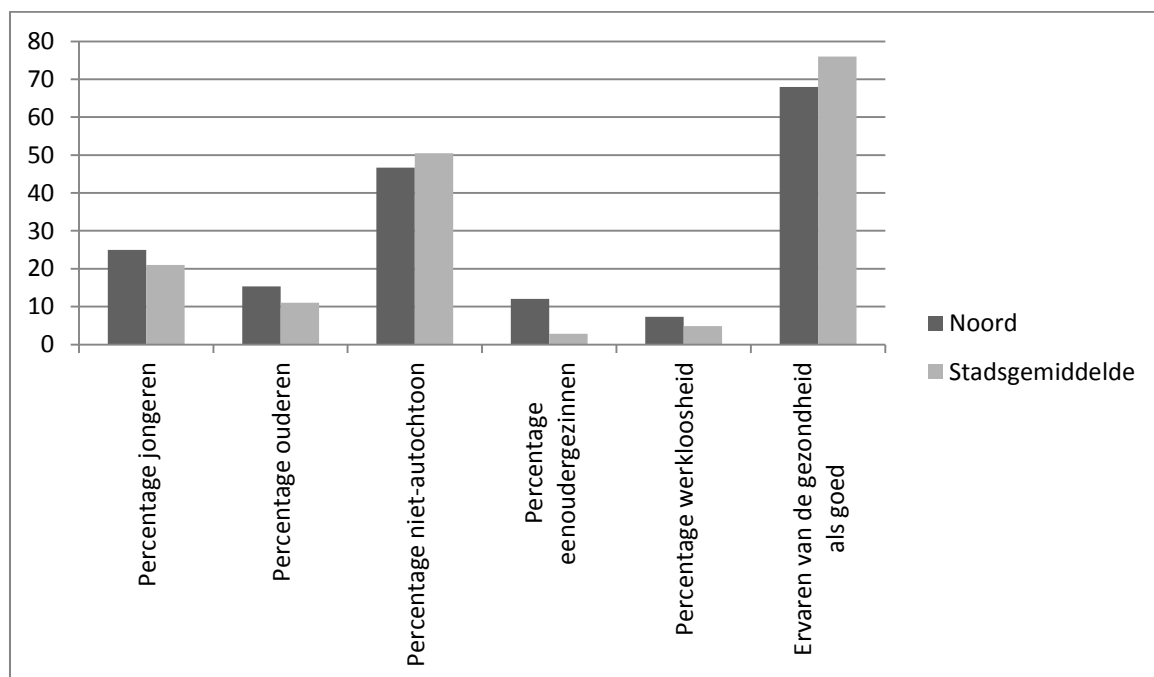
Zoals in hoofdstuk 4 al kort beschreven is zijn in Overvecht binnen de eerstelijnszorg een aantal projecten gestart om de gezondheid van de inwoners van de wijk te verbeteren en om hulpverleners rondom die zorg bij elkaar te brengen. De drie grote projecten die op dit moment in de wijk lopen zijn de projecten ‘Zichtbare Schakel’ (ZS), onderdeel van het landelijke programma ZS, het project ‘Gezonde Wijk Overvecht’ (GWO) en het project ‘Happinez!’. Met uitzondering van respondent 9 nemen alle respondenten uit de wijk wel deel aan één van de projecten. Eén van de ZS projecten is een initiatief van zorgorganisatie Aveant. Beiden worden mogelijk gemaakt door subsidie van ZonMw (vanuit de ministeries VWS en BZ). ZS brengt de ‘wijkzuster’ terug in de wijk, bij de cliënt thuis en houdt contact met het netwerk van hulpverleners om hem heen¹⁴. GWO is onderdeel van het convenant ‘Utrecht Gezond!’ van de gemeente Utrecht. Diverse organisaties in de eerstelijnszorg die zich bezig houden met welzijn en preventie komen bij elkaar om een gezamenlijke aanpak ter verbetering van de

¹⁴ Project Zichtbare Schakel, project Utrecht: “De wijkzuster in Utrecht”, Gevonden op 04-06-2012, op <http://www.wijkzusterutrecht.nl/>

gezondheid van de bewoners te organiseren¹⁵. Het project Happinez is opgezet om professionals te helpen cliënten met vage klachten doelmatiger te kunnen helpen door vanuit een gemeenschappelijke blik naar de patiënt in zijn context te kijken¹⁶. Vanuit deze organisaties worden onder andere kennismakingsdagen en – presentaties georganiseerd, waarbij de diverse organisaties in de wijk zich aan elkaar presenteren.

5.2.3 Amsterdam Noord

De wijk Amsterdam Noord ligt net over het IJ in het noorden van Amsterdam. Zoals grafiek 5.2 laat zien telt de bevolking van Noord naar verhouding meer jongeren én meer ouderen dan het stadsgemiddelde van Amsterdam, respectievelijk 25 tegenover 21% en 15,3 versus 11%. Het percentage niet-autochtone bewoners is in Noord zo'n 5% lager dan het stadsgemiddelde. Wel is er een hoger percentage eenoudergezinnen en de werkloosheid ligt hoger. 68% van de bevolking in Noord beoordeelt de eigen gezondheid als goed versus 76% gemiddeld in de stad.



📊 Grafiek 5.2 Demografische gegevens Amsterdam Noord (naar: StadStat Amsterdam, 2011)

De respondenten uit Noord, hulpverleners uit de eerstelijnszorg in met name de wijken ‘de Banne’ en ‘Nieuwendam’ typeren de bevolking uit Noord als ‘bijzonder’. Ze geven aan dat de problemen van de cliënten als ‘complex’ te karakteriseren zijn, waarmee ze bedoelen dat er vaak meer speelt dan medische klachten alleen (R4, R11, R7, R13): *“Ja, ja dat zie je heel veel natuurlijk. Ik bedoel, mensen die een zwakke lichamelijke gezondheid [hebben], verslavingsproblemen, mensen hebben weinig lichaamsbeweging, slechte lifestyle, alles komt samen”* (R11). Ook de hoeveelheid niet-autochtone cliënten wordt opgemerkt (R3, R1).

Zorg in de wijk

“In ons deel van Noord, Nieuwendam, zijn de huisartsen gemiddeld veel nog wat individuele praktijken of zijn het veel tweemanspraktijken. Er is hier niet zo’n traditie van gezondheidscentra of zo. Nee. Dus dat is wel heel leuk als je weer wat meer samenwerking voor elkaar kan krijgen” (R13)

¹⁵ Rijksoverheid, Nieuws: (08-03-2012) “Gezonde wijk loont”, Gevonden op 04-06-2012, op <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/03/08/gezonde-wijk-loont.html>

¹⁶ ‘Big Move’: “Projectverslag Happinez”, Gevonden via van den Broeke, op <http://www.bigmove-overvecht.nl/node/38>

In Amsterdam Noord is zorg en welzijn, zeker in tegenstelling tot Utrecht Overvecht, minder centraal geregeld. Er zijn minder multidisciplinaire centra of samenwerkingen aanwezig. Er is ook geen sprake van ‘aanjagers’ zoals in Overvecht, er is niet één of er zijn niet enkele professionals die proberen een bredere visie (of een andere aanpak) in de wijk te verspreiden of die het werken in multidisciplinaire centra actief stimuleren. Van de respondenten uit Noord is de meerderheid werkzaam in een solo- of ‘twee-onder-één-kap’ kliniek, of in een organisatie. De respondenten 2, 3 en 4 zijn werkzaam in verschillende multidisciplinaire centra in Noord, respondent 7 en 13 werken binnen hun eigen organisatie samen met collega’s die op andere terreinen dan zij actief zijn. De respondenten 1, 11 en 14 werken in solo- of ‘twee-onder-één-kap’ praktijken. Respondent 13 typeert het aanbod van met name welzijn in Noord juist als versnipperd, met fragmentatie door privatisering in zorg en welzijn als oorzaak: *“Nu zit je met samenwerken met ZS, je werkt wel als organisaties samen.. Maar door hoe het nu is georganiseerd, de gezondheidszorg in het algemeen, is het zo dat je met elkaar concurreert. En daar kan je lang en kort over praten, maar dat is gewoon wel zo. Als Buurtzorg [ander organisatie voor wijkverpleging] nu als een gek gaat floreren gaan er hier gewoon minder cliënten komen en dan moet ik over een jaar weg. Ik bedoel, zo ligt het dan gewoon! En de manier waarop er nu gefinancierd wordt en waarop concurrentie wel degelijk is ingezet.. En tuurlijk, binnen het redelijke werken we wel samen, maar als het echt om je brood gaat, dan ben je concurrent. En ja.. dat staat op een bepaalde manier soms samenwerking ook wel in de weg”* (R13).

Respondent 4 geeft aan dat het werken in een multidisciplinair centrum voor hem ook een kwalitatieve meerwaarde heeft in die zin, dat een goede praktijkondersteuner en een (financiële) administratie aanwezig zijn. Echter, het werken als onderdeel van een grotere organisatie levert ook frustraties op omdat het betekent dat je je hebt te schikken naar het beleid van de organisatie (R4).

Projecten in de wijk

“Dan [op een kennismakingsbijeenkomst van het project] presenteren een aantal organisaties zich, of iemand legt nog eens extra uit wat ze doen en dat werkt wel want dan heb je gewoon, je leert een aantal mensen van gezicht kennen die je tot dan toe echt alleen telefonisch gesproken hebt of wat dan ook. En dat is wel heel goed” (R13)

Net als in Overvecht zijn in Noord projecten georganiseerd om de gezondheid van de bevolking te verbeteren en de hulpverleners rondom deze zorg bijeen te brengen. Het project ZS is ook hier actief, waarbij de ‘wijkzuster’, de wijkverpleegkundige, fungeert als een spin in het web van zorg, welzijn en wonen¹⁷. Daarnaast is in 2008 het project ‘Beter Samen’ (BS) in Noord opgezet door de gemeente Amsterdam, Agis Zorgverzekeringen en de gemeentelijke Dienst Werk en Inkomen en Dienst Zorg en Samenleving. Structurele samenwerking van de aanbieders van welzijn, dienstverlening en zorg staat hierbij centraal, met als doel een verbetering van de gezondheid en het welzijn van de inwoners van Amsterdam Noord¹⁸. In elk geval respondent 1, 2, 3, 4, 7 en 13 doen mee aan één of meer van deze projecten.

5.2.4 Kortom

Aan de hand van de karakterisering van de wijken valt op dat hoewel er veel verschillen bestaan tussen Overvecht en Noord er ook overeenkomsten zijn. In beide wijken zijn er veel oudere inwoners. In beide steden beoordelen de inwoners van de wijk hun gezondheid minder goed dan gemiddeld in de steden. Het epidemiologisch beeld dat wordt geschetst laat ook in beide gevallen een ‘complex’ ziektebeeld zien, waarbij socio-economische en medische problemen door elkaar lopen. Hoewel in beide wijken multidisciplinaire gezondheidscentra aanwezig zijn, zijn deze in Overvecht steviger vertegenwoordigd dan in Noord. In Overvecht wordt er integraler aan zorg gewerkt in die zin dat de professionals het belangrijker vinden ‘één front’ richting de cliënt te vormen, om een ‘totaalslag’ te kunnen maken. In Noord zijn er respondenten in

¹⁷ Bedrijfsblad Cordaan: (september 2010) “De Zichtbare Schakel: de verpleegkundige is terug in de wijk”, Gevonden op 11-06-2012, op http://www.cordaan.nl/10833/14347/22634/CC_no4_web.pdf

¹⁸ Nieuwsbrief ‘Beter Samen’ september 2009

vergelijkbare multidisciplinaire centra werkzaam, maar is er ook een geschiedenis van meer solistisch werken en bestaat er fragmentatie in de zorg- en met name welzijnsorganisaties die in de wijk aanwezig zijn. Ten slotte lopen er in beide wijken projecten ter verbetering van de gezondheid van de inwoners. Het project ZS loopt in beide wijken en brengt de 'wijkzuster' als schakel tussen de verschillende professionals terug in de wijk. In Overvecht is het project 'Gezonde Wijk Overvecht' door de bewoners opgezet en in Noord loopt 'Beter Samen', beiden in samenwerking met zorgverzekeraars en gemeente.

5.3 Cliëntbeeld, ziektebeeld en samenwerking

5.3.1 Inleiding

In de vorige paragraaf is een demografisch en (deels) epidemiologisch beeld geschetst van de wijken, hoe de zorg er georganiseerd is en welke projecten er rondom zorg lopen. In deze paragraaf 'cliëntbeeld, ziektebeeld en samenwerking' wordt er ingegaan op wat het cliënt- en ziektebeeld precies zijn en wat dit betekent voor de professionals in de wijken. Op basis van gesprekken met de respondenten wordt allereerst in kaart gebracht hoe de professionals hun cliënten typeren en wat dit betekent voor het ziektebeeld dat de wijk typeert: *cliënt- & ziektebeeld* (1). Vervolgens wordt dieper ingegaan op dit ziektebeeld en wordt er beschreven wat dit betekent voor de visie die de respondenten op de behandeling van de cliënt hebben en de manier waarop ze behandelen: *ziektebeeld en behandeling* (2). Ten slotte wordt, als consequentie van die cliënt- en ziektebeeld en de impact die dit op de manier van handelen van de professional heeft, beschreven welke gevolgen dit heeft voor de *samenwerking* van de professionals onderling en welke vormen deze samenwerking krijgt (3). Net als in §5.2 zal elk thema worden ingeleid met een citaat dat representatief of treffend voor de mening van de professionals in de wijk is.

5.3.2 Utrecht Overvecht

Cliënt- en ziektebeeld

"Een typische cliënt... Laag opgeleid, veel psycho-sociale stressfactoren, dus problemen met wonen, met financiën, met kinderen soms, één-ouder gezinnen en een hoog stressniveau, druk, druk, druk en die uiteindelijk niet goed voor zichzelf zorgen. Met als gevolg een 'laat maar' houding, bijvoorbeeld die dan gaan piekeren of somber worden, of zo'n hoog stressniveau [hebben] dat het angstniveau zo hoog wordt dat ze dingen niet meer durven, weglopen voor contacten met andere mensen" (R6)

De brede, complexe problematiek die door de professionals in §5.2 in de wijk wordt geconstateerd heeft ook zijn weerslag op de patiënt en het ziektebeeld dat de respondenten uit de eerste lijn beschrijven. De typische cliënt die de professionals beschrijven heeft meerdere problemen waar hij hulp bij vraagt. Deze problemen zijn niet allemaal medisch van aard maar hebben ook betrekking op bijvoorbeeld schulden of problemen in de huishoudelijke sfeer (R10, R12, R6, R8, R5). Respondent 9 beschrijft hoe deze complexe achtergrond naar zijn mening ook in wisselwerking staat met het ziektebeeld dat cliënten presenteren: *"Enerzijds heb je natuurlijk mensen die een wat lager opleidingsniveau hebben, lagere intelligentie, ongezondere levensstijl en dat maakt dat ze dus meer ziektes hebben en er ook anders mee om gaan" (R9)*. Het gaat om cliënt die vage klachten presenteert, vaak een medische vraag met, naar wat later blijkt, een bredere oorzaak of achtergrond (R5, R6, R8, R12): *"Mensen komen niet met allerlei psychosociale klachten, of van alles en nog wat als vooropstaande problematiek. Maar je weet gewoon, dat zit er wel achter maar dat is niet hun eerste vraag" (R12)*.

De problematiek van de cliënt die de respondenten weergeven is dus complex en heeft vaak betrekking op meer dan medische klachten alleen. Deze beschrijving komt overeen met de typering van multimorbiditeit uit hoofdstuk 2, waarbij het niet om ziekte alleen maar om het totale medische en socio-maatschappelijke beeld van de cliënt gaat (§2.3): *"Je merkt al dat de naald ergens inzetten en de pijn, dat dat niet helpt. Daar zit complexiteit omheen en die complexiteit is omgevingsfactoren, persoonlijkheidsfactoren" (R8)*. Met

uitzondering van respondent 9 zijn alle gesproken professionals in Overvecht het er over eens dat er vaak andere klachten ‘achter’ de klacht die de cliënt presenteert zitten. Respondent 9 geeft aan wel multimorbiditeit te signaleren, maar dat het niet iets is waar hij dagelijks in zijn praktijk mee te maken heeft.

Ziektebeeld & behandeling

“Complexiteit, dan ga je dus uit van bio-psycho-sociaal, in plaats van alleen maar ziekte en in alle domeinen kan een risicofactor zitten. En dan blijkt dat in mijn populatie wel 10 procent van de mensen, in ruim 10 procent is per definitie steeds een verhoogd risico aanwezig” (R5)

Het ziektebeeld dat de professionals in Overvecht bij cliënten zien heeft, zoals zij aangeven, betrekking op meer dan ziekte alleen (R5, R6, R8, R9, R10, R12). Dit ziektebeeld van multimorbiditeit betekent dat niet alleen de klacht die de cliënt presenteert van belang is, maar ook dat de betrokken professional iets weet van de omgeving, de context waarin de cliënt zich bevindt (R5, R6, R8). Dit bredere ziektebeeld, de aanwezigheid van multimorbiditeit, wordt ook gereflecteerd in de behandeling die de professionals hanteren en het ideaal dat ze hierbij voor ogen hebben. Respondent 8 geeft dit laatste weer: *“De patiënt wil je ook een stukje in welzijn terugbrengen” (R8)*. In Overvecht wordt door de respondenten een soort collectieve ‘ideologie’ gehanteerd, ze willen er gezamenlijk voor zorgen niet alleen ziektes in de wijk aan te pakken maar ook de gezondheid, het welzijn van de patiënten te verbeteren via een collectieve aanpak (R5, R6, R8, R10, R12). Dit vanuit de insteek dat een gezondere levensstijl, bewegen en gelukkig zijn het aantal medische klachten zal reduceren. Het is in het behandelplan hiervoor enerzijds van belang dat de professional ‘breed’ naar de patiënt kijkt, niet alleen naar zijn klacht maar ook zijn context en zijn ‘verhaal’ in de behandeling betreft en anderzijds dat er collectief wordt samengewerkt rondom één patiënt, waardoor er een consistente behandeling ontstaat waarbij de patiënt in de ‘aan-stand’ wordt gezet, zelf weer actief de controle over zijn gezondheid neemt (R5, R6, R8, R10, R12). De samenhang tussen lichaam en geest wordt hierbij aan de patiënt duidelijk gemaakt, waarna hij zelf keuzes voor zijn gezondheid moet maken (R6). Respondent 10 verwoordt de bredere visie op behandelen als het hanteren van een ‘helikopter-view’: *“We hebben iets van 100 cliënten denk ik en voor een X aantal ben ik eindverantwoordelijk, dat je vooral in die situaties een helikopter bent van, sluit dit aan, kan het anders, mis ik dingen” (R10)*. Ze geeft dus aan breder naar de situatie van haar cliënten te kijken en in de behandeling ook oog te hebben voor de vaak verschillende behandeltrajecten en professionals die rondom de cliënt betrokken zijn. Concreet wordt er bijvoorbeeld bedoeld dat wanneer de cliënt problemen heeft met huisvesting of schulden, ziekte soms op een ‘lager pitje’ wordt gezet en voor de cliënt minder van belang is. De professional speelt hierop in door alle problematiek te bespreken en te erkennen dat het welzijn, de gezondheid van de cliënt (bijvoorbeeld de klacht ‘ik slaap slecht’) pas echt opgelost kan worden wanneer er ook aan de schulden en de huisvestingsproblemen van de cliënt gewerkt wordt (R5, R6, R12). Eén professional, bijvoorbeeld een huisarts, heeft niet altijd de competentie of middelen om aan al deze problemen te werken en daarom is samenwerking rondom de cliënt van groot belang. Daarnaast is het van belang dat de professional zich bewust is van de problemen (R5). Hoewel respondent 9 wel aangeeft multimorbiditeit in de wijk te constateren neemt hij dit niet actief mee in zijn behandelingen: *“Je hoeft er [brede problematiek] niet altijd wat mee. Het is niet altijd op te lossen en vaak gaat het vanzelf beter” (R9)*.

De behandeling en ideologie in de behandeling die de meerderheid van de respondenten uit Overvecht hanteren lijkt overeenkomsten te vertonen met de in §2.3 besproken *systemic holistic approach* van Sturmberg (2007). Sturmberg beschrijft hier dat medische en socio-maatschappelijke problemen met elkaar verbonden zijn en dat het aanpakken van één aspect uit dit spectrum van invloed is op het gehele systeem. Daarom is het als professional belangrijk om van dit bredere systeem op de hoogte te zijn in de behandeling. De professionals lijken deze benadering te delen, door de patiënt in zijn context te zien en de behandeling zodanig af te stemmen, met de overtuiging dat het gehele systeem verbeterd moet worden: *“Ik vind het zelf ook heel belangrijk dat je iemand niet zomaar als een geïsoleerd persoon ergens uittrekt maar dat je ook de context begrijpt waarin iemand leeft. Dat vind ik echt ontzettend belangrijk. [...] Die hele context, lichaam, geest en*

omgeving, die probeer ik altijd wel met elkaar te combineren. Vanuit een holistische mensvisie, om het maar even zo te noemen” (R6).

Deze manier van behandelen moet volgens respondent 5 wel ‘actief bevochten’ worden. Zij geeft aan dat het beleid dat de zorgverzekeraar en de gemeente ontwikkelen nuttig en nodig is, maar dat er veel top-down ontwikkeld wordt. De praktijk echter is vaak anders dan de theorie en het beleid dat zorgverzekeraar en gemeente ontwikkelen past niet altijd op de behandeling die ze zou willen geven (R5). Hetzelfde wordt aangegeven door respondent 10. Zij is als wijkverpleegkundige werkzaam in Overvecht en heeft in deze functie te maken met een (soms strenge) indicatiestelling als regulering vanuit haar organisatie. Zij geeft echter aan zich niet altijd aan deze indicatiestelling te kunnen en willen houden. Wanneer de zorgvraag van de cliënt niet overeenkomt met de indicatiestelling stapt zij over deze praktische begrenzing heen en helpt ze de cliënt evengoed: “I: En, een beetje een flauwe vraag, maar hoe gaat dat dan met de betaling? R: Ehm ja.. [gelach]. Dat zal mij een zorg zijn!” (R10).

Samenwerking

“[Ik ervaar echt] een meerwaarde in de samenwerking met collega’s. Ik kan ook niet alles zelf, ik vind het ook helemaal niet ingewikkeld als ik iets niet weet om dat aan iemand te vragen, of als iemand beter is, dan moet ik vooral daar naar toe gaan. Dat vind ik vanuit de visie van, het gaat er om de cliënt zo goed mogelijk te kunnen helpen. Ja, dat vind ik een meerwaarde. En ik vind het ook belangrijk voor hulpverleners dat ze hun eigen blinde vlek daardoor goed onder ogen zien. Als je met een andere collega werkt, die heeft toch een andere invalshoek..” (R6)

In de beschrijving van het vorige thema ‘ziektebeeld & patiënt’ is al verteld hoe de respondenten binnen de bredere behandeling van patiënten die ze hanteren enerzijds zelf breder naar de problematiek van de cliënt kijken en anderzijds een meerwaarde in samenwerking zien om deze bredere problematiek samen aan te pakken. Dit omdat er nu eenmaal een grens aan de competenties van de professionals zit, een maatschappelijk werker kan geen medische klachten die eigenlijk bij een huisarts thuis horen aanpakken (R12). Deze praktische, ‘methodische grens’ resulteert dan vaak in een doorverwijzing naar een collega die wel met dit probleem aan de slag kan (R6). Hier wordt ook het nut van de besproken multidisciplinaire centra verder duidelijk, wanneer de diverse professionals ‘onder één kap’ samenwerken is het makkelijker om even te overleggen of een consult te vragen, kennis ‘uit elke groep’ draagt daar aan bij (R8). Ook de samenwerking in projecten draagt hier aan bij (R5, R8, R10): “Ja, door zo’n bijeenkomst leer je gewoon de professional in de wijk kennen. [...] en dat is goed om te weten want soms is het echt een zoektocht, zeker bij mensen [cliënten] die een beetje buiten het schip vallen, hoe kan je de juiste zorg voor iemand regelen en wat houdt dat in. Daar heb je wel anderen bij nodig” (R10). In de behandeling die de respondenten rondom de patiënt willen organiseren is het van belang samen te werken om een zo compleet mogelijke, contextgerichte behandeling neer te zetten. Samenwerking en dus elkaar kennen is hier een belangrijk middel in. De multidisciplinaire centra en de projecten die in de wijk lopen leveren hier een belangrijke bijdrage aan.

5.3.3 Amsterdam Noord

Cliënt- en ziektebeeld

“Wij hebben een kleine populatie die heel vaak op een onhandige, claimende, stressvolle manier om hulp vraagt en eigenlijk zit ons spreekuur heel erg vol en zijn we heel erg bezig om te zorgen dat dat een beetje te managen is..” (R4)

De professionals in Noord hebben aangegeven dat de typische cliënt in Noord ‘complex’ is, met een mix van medische en socio-maatschappelijke klachten (R3, R4, R7, R11, R13, R14). Ze zien veel schuldenproblematiek (R2, R7, R13), veel psychiatrische problematiek (R7, R13) en problemen in de relationele sfeer (R3) op het

spreekuur die samenhangen met de medische klachten die de cliënt presenteert. Respondent 7 verklaart de naar haar mening ruime psychiatrische problematiek aan hand van het feit dat er vroeger veel patiënten uit psychiatrische inrichtingen in de Banne zijn geplaatst (R7). Zoals respondent 4 in bovenstaand citaat bespreekt presenteren cliënten vaak vage klachten op een claimende wijze (R4, R2, R11).

Het ziektebeeld dat de respondenten van Noord schetsen is dus breed, dat wil zeggen, de cliënt presenteert zijn ziekte of probleem niet alleen medisch maar betreft ook zaken daarbuiten, zoals bijvoorbeeld schulden, in zijn problemen. Deze beschrijving van een ziektebeeld dat wordt beïnvloed door socio-maatschappelijke omstandigheden komt overeen met de typering van multimorbiditeit uit hoofdstuk 2 (§2.3). De omgevingsfactoren van de cliënt zijn van invloed op zijn fysieke gesteldheid en gezondheid: *“Nou ik wil niet zeggen iedereen, maar om een voorbeeld te noemen: ik zie heel veel diabetespatiënten, iemand moet gecontroleerd worden, heeft een hoge suiker, wordt heel veel veroorzaakt door stress, dat kan een factor zijn, niet bij iedereen maar bij sommigen wel, al die mensen die persoonlijke problemen hebben of in de schuldsanering zitten, of in scheiding liggen weet je, alcohol, er is zo veel extra problematiek!”* (R2).

Ziektebeeld & behandeling

“I: Valt daar nog iets aan te veranderen, de mensen zelf? R: Ja, tuurlijk wel maar... I: Niet door jou? R: Niet door mij. I: Door een ander? R: Ja.. dan zou je toch wel moeten opschalen hoe breed en hoe groot die problematiek [hier] is. Soms kan het gewoon niet meer weet je wel, dat is gewoon verloren” (R4)

Het ziektebeeld dat de respondenten uit Noord schetsen, zoals beschreven in het vorige thema, kan als multimorbide (zoals in §2.3 beschreven) getypeerd worden. Dit is van invloed op het ziektebeeld van de cliënten in Noord in die zin, dat de omgeving van de cliënt en zijn klacht of ziekte niet los van elkaar gezien kunnen worden. Veel van de respondenten uit Noord geven aan op zo'n manier naar hun patiënten te kijken: *“Ik vind het altijd heel belangrijk om een beetje een beeld te hebben van context, omdat het heel erg kleurt ook hoe je dingen interpreteert. Soms [is dat] zo'n simpel iets: iemand heeft hoofdpijn, ja, als je dan weet dat de buurman elke avond tot 2 uur in een manische fase muziek zit te maken, dat zijn natuurlijk essentiële dingen”* (R4). Alle respondenten in Noord merken op dat deze problematiek in de wijk speelt (R1, R2, R3, R4, R7, R11, R13, R14) maar niet voor alle respondenten betekent dit ook dat zij hun behandeling er op aanpassen. Respondent 1, fysiotherapeut, geeft bijvoorbeeld aan dat zij best met mensen wil praten maar dat het behandelen van die problemen haar te ver gaat en dat ze het ook niet zelf ter sprake zou brengen (R1). Respondent 2, 3 en 4 geven aan dit ook zo te beleven, dat zij sommige dingen nu eenmaal niet voor de respondent kunnen oplossen: *“Ik bedoel, ik heb wel veel dingen erbij gedaan en ik kan nog wel heel veel dingen doen maar je moet toch wel een beetje je grenzen afbakenen. Okee, de patiënt zit in de diabetes-zorg en daar komt hij voor bij mij, ik kan hem wel adviseren om andere dingen te doen maar ik ga het ook niet voor hem regelen”* (R2). Het 'zelf regelen' gaat te ver maar vaak verwijzen de respondenten de cliënt wel door naar een andere hulpverleningsinstantie in de wijk (R2, R3, R4, R7, R11). Daarnaast proberen ze de cliënt ook te 'coachen' om zelf actie te ondernemen (R2, R3, R4). Dit heeft echter wel grenzen, respondent 4 geeft aan altijd naar context te kijken en vaak als 'schoolmeester' op te moeten treden, maar als uit het verleden is gebleken dat de cliënt wel zegt dat hij iets gaat doen maar het nooit doet, wil hij er liever ook geen tijd meer in steken (R4). Respondent 13, thuiszorgmedewerkster, geeft eveneens aan wel breder naar cliënten te willen kijken, maar hier grenzen in te ervaren, zij het praktischer van aard: *“Vanuit de wijkverpleging [ben ik] waarschijnlijk van oudsher wel [holistisch georiënteerd] maar de strakke indicatiestelling heeft wel met zich meegebracht in een jaar of 10 dat je gewoon op de smalle balk van verpleging gaat zitten”* (R13).

Deze meer praktische begrenzing in behandelen merkt respondent 4 eveneens op. Hij geeft aan het idee te hebben dat de financiering voor zorg door de overheid is afgesteld op het landelijk gemiddelde, namelijk op 'Castricum' waar hij zelf werkt. Hij ziet echter een groot verschil tussen de typische cliënt uit Castricum en die uit Amsterdam Noord. Juist omdat de financiering en regelgeving rondom behandeling niet is afgesteld op de cliënt uit Amsterdam, een intensieve zorgvrager, kan hij niet de tijd en ruimte voor behandeling nemen die hij

zou willen: *“Je bent vooral eigenlijk heel erg beperkt in de tijd en ruimte die je hebt. Dus je komt hier binnen en je hebt, pak en beet, standaard als huisarts zo ergens rond de 30 consulten per dag, een stuk of 8,9 telefonische consulten en gemiddeld één visite. Dat laat natuurlijk niet zo veel ruimte [..]. We zijn wel geïnteresseerd om dingen beter te doen, maar het moet altijd wel efficiënter en in korte tijd”* (R4).

Samenwerking

“Nou kijk, iedereen kan mij vinden! Om het zo te zeggen. Maar ik kan niet altijd al die mensen vinden. Kijk, wij zijn dus eigenlijk bijna altijd te bereiken. Maar andere instanties, mensen die bij andere organisaties werken zijn moeilijker te bereiken. Wij worden niet zo vaak.. geconsulteerd, om het zo te zeggen” (R11)

Door de brede problematiek die de cliënt in Noord kenmerkt wordt samenwerking haast een noodzaak. In Noord gebeurt dit met name door middel van doorverwijzingen. Ook omdat er (in tegenstelling tot Utrecht Overvecht) minder respondenten werkzaam zijn in multidisciplinaire centra in Noord neemt doorverwijzing ook een belangrijkere plek in (R13). Het wordt echter niet door iedereen als even toegankelijk ervaren. Met name de welzijnsorganisaties zijn moeilijker te bereiken omdat ze bureaucratischer, groter en ‘logger’ zijn en er veel mensen parttime werken (R2, R11): *“Ja, hoe kan ik ze bereiken? Het zijn allemaal logge instanties, om het zo te zeggen. Kijk, als ik een cardioloog nodig heb dan bel ik gelijk maar als ik een maatschappelijk werker moet hebben, ja, zo werkt het allemaal niet..”* (R11). Daarnaast zijn welzijns- en psychiatrische organisaties een stuk bureaucratischer: de regels moeten er zorgvuldig gevolgd worden (op een intakegesprek moet een cliënt minimaal een maand wachten) en er wordt via allerlei nummers en codes gewerkt. Dit bemoeilijkt het samenwerken (R11). Het werken in een multidisciplinair centrum wordt door de respondenten die daar werkzaam zijn wel als een groot voordeel in het ‘elkaar kennen’ gezien (R2, R3, R4): *“Ik heb hier natuurlijk twee fysiotherapeuten twee deuren verderop. Dus als het gaat om mensen waarvan ik denk ‘joh, dit is lastig’, dan merk je heel sterk dat het gunstig is dat je elkaar bij de koffie tegenkomt”* (R4). Dit met name omdat de vraag over een cliënt meestal ‘ad hoc’ komt (R4). Ook de projecten helpen om elkaar beter te leren kennen en samenwerking te bevorderen (R7, R13, R14). Zoals is aangegeven onder het thema ‘zorg in de wijk’ in §5.2.3 geeft respondent 13 met betrekking tot samenwerking nog aan dat deze naar haar mening bemoeilijkt wordt door de versnippering en fragmentatie in met name de welzijnsorganisaties in Noord, zij ervaart een bepaalde concurrentiesfeer in de wijk.

5.3.4 Kortom

Ook uit deze schets van de wijken en de werkwijzen van de professionals valt op dat er overeenkomsten en verschillen bestaan. In beide wijken worden de cliënten als ‘claimend’ omschreven (hoewel niet alle professionals het hier over eens zijn). Wel constateren alle professionals dat er achter de eerste klacht van de cliënt vaak andere problemen verscholen gaan, die (indirect) hun uitwerking hebben op de primaire klacht en daarom eveneens behandeld moeten worden. Het ziektebeeld in de wijken kan dan ook in beide gevallen als ‘multimorbide’ (zoals omschreven in hoofdstuk 2) beschreven worden. De respondenten in beide wijken constateren deze multimorbiditeit, maar verbinden er verschillende gevolgen aan. In Overvecht geeft één van de gesproken respondenten aan in de behandeling niet standaard aandacht aan de bredere problematiek van de cliënten te schenken. De overige respondenten uit Overvecht delen een gemeenschappelijk soort ideologie (door één respondent getypeerd als een ‘holistische mensvisie’) die vergelijkingen vertoont met de *systemic holistic approach* van Sturmberg (2007), waarbij ze het van belang vinden aandacht te hebben voor alle aspecten van het gehele ‘systeem’ van de cliënt. Pas dan kunnen de problemen die de cliënt presenteert verholpen worden. In Noord leeft dit idee ook al enigszins maar zijn er minder professionals die hier ook concrete handelingen aan verbinden. De samenwerking in Overvecht is mede naar aanleiding hiervan ook nauwer dan in Noord. Dat heeft er ook mee te maken dat in Overvecht meer multidisciplinaire gezondheidscentra aanwezig zijn dan in Noord. Hierdoor ervaren de respondenten het contact als laagdrempeliger en collega’s als toegankelijker. De projecten die rondom zorg georganiseerd zijn worden in

beide wijken positief beoordeeld in die zin dat ze samenwerking ook vergemakkelijken en men elkaar beter leert kennen.

5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk, 'Karakterisering en context van de wijken: Utrecht Overvecht & Amsterdam Noord' is de context waarin het onderzoek in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord heeft plaatsgevonden, het 'verhaal' van de wijken, en de gevolgen die de professionals in de wijken hieraan verbinden beschreven. Qua demografische en epidemiologische omstandigheden zijn de wijken redelijk vergelijkbaar. In beide wijken is er sprake van complexe problematiek en is de zorgvraag breder dan een medische klacht alleen. Hoe vervolgens de zorg in de wijken hierop georganiseerd is verschilt enigszins. In beide wijken lopen projecten vanuit gemeente en zorgverzekeraar rondom het verbeteren van gezondheid van de bevolking van de wijk. Ook wordt zorg georganiseerd via multidisciplinaire centra. In Overvecht zijn deze multidisciplinaire centra substantieel meer aanwezig dan in Noord en wordt er ook gewerkt vanuit de overtuiging dat een collectieve organisatie en holistische visie op zorg nodig zijn om aan de problemen in de wijk tegemoet te komen.

Binnen deze context, dit ziektebeeld en deze organisatie van zorg speelt het werk van de professionals zich af. Beroepsopvatting is van invloed op hoe de professional (samen)werkt, maar samenwerking is andersom ook van invloed op hoe de professional zijn beroep opvat. Hoe dit tot stand komt en welke factoren hierop van invloed zijn is in hoofdstuk 3 beschreven. Het volgende hoofdstuk, 'Beroepsopvatting en de gevolgen voor samenwerking' spiegelt hoofdstuk 3 in die zin dat de manier waarop beroepsopvatting in Overvecht en in Noord tot stand komen aan de hand van de pijlers 'professionalisme' en 'omgeving' beschreven worden.

6

Hoofdstuk 6 Beroepsopvatting en de gevolgen voor samenwerking

In dit hoofdstuk 'Beroepsopvatting en de gevolgen voor samenwerking' wordt de 'mate van professionalisme' van de professionals in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord weergegeven, aan de hand van de conceptualisering van professionalisme als controlled content. In dit onderzoek is 'beroepsopvatting' weergegeven als resultaat van de beïnvloeding van 'binnenuit' (de endogene factoren) en 'buitenaf' (de exogene factoren). De omgeving van de professionals, de context waarin zij werken en hun cliënten zich bevinden is in het vorige hoofdstuk over de wijken geschetst. Binnen deze context komt beroepsopvatting tot stand. In dit hoofdstuk worden de endogene en de exogene factoren van beroepsopvatting voor de professionals in Overvecht en in Noord 'ingevuld'. Op basis van enerzijds een beschrijving van de kenmerken van professionalisme en de mate waarin zij bij de professionals in de beide wijken 'aanwezig' zijn en anderzijds de beschrijving van de invloed van de omgeving en de gevolgen die dit voor de professionals heeft wordt beroepsopvatting in Overvecht en beroepsopvatting in Noord geconstrueerd.

6.1 Inleiding

Dé professional bestaat niet. In plaats van op zoek te zijn naar een categorisering van professionalisme kunnen beter de gemeenschappelijke kenmerken van professionalisme benadrukt worden (Evetts, 2003). In hoofdstuk 3, 'Professionalisme en omgeving, hoe beroepsopvatting tot stand komt' is aan de hand van de begrippen 'professionalisme' en 'omgeving' het model voor beroepsopvatting tot stand gekomen. In dit hoofdstuk worden deze 'invloeden' gespiegeld aan de bevindingen uit de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord. In §6.2 wordt ingegaan op 'professionalisme'. Allereerst wordt kort de theorie die in hoofdstuk 3 uiteen is gezet opgefrist. Vervolgens wordt per wijk, zoals in tabel 6.2 en 6.3 is weergegeven, schematisch opgetekend welke kenmerken van professionalisme onder de respondenten te herkennen zijn. Daaronder volgt een toelichting en nuance van de tabellen aan de hand van de gesprekken met professionals in de wijk. In §6.3 wordt deels aan de hand van de in hoofdstuk 5 geschetste context de omgeving van professionals weergegeven en ingegaan op de gevolgen die deze omgeving voor de manier waarop zij naar hun werk kijken en deze invullen heeft. In §6.4 komen ten slotte de 'resultaten' uit §6.2 en §6.3 samen in de typering van de beroepsopvatting van de professionals uit Overvecht en Noord. In §6.5 wordt met een concluderende paragraaf afgesloten.

6.2 Professionalisme

6.2.1 Inleiding

Hoe professionalisme in de literatuur wordt beschreven is in hoofdstuk 3 aan bod gekomen. *Controlled content* als pijlers van professionalisme bepalen hoe 'puur' of 'klassiek' het professionalisme is. Aan de hand van de kenmerken van professionalisme, zoals in §3.2 beschreven, is in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord met professionals gesproken over de mate waarin deze klassieke kenmerken bij hen te herkennen zijn. In deze paragraaf wordt de 'mate' van professionalisme van de professionals in de wijken Overvecht en Noord in kaart gebracht aan de hand van de conceptualisering van professionalisme als *controlled content*. Na een korte 'terugblik' op de theorie wordt per wijk weergegeven hoe professionalisme ingevuld kan worden.

6.2.2 Professionalisme: terugblik

In §3.2 is beschreven dat dé professional niet bestaat. De van oorsprong klassieke beroepen zoals geneeskunde en de rechtspraak worden geconfronteerd met een toenemende ‘professionalisering’ van andere beroepsgroepen. Wie zich professional mag noemen kan praktisch, functioneel, benaderd worden (namelijk wie toegang heeft tot welke middelen) maar kan ook politiek zijn en als machtsmiddel worden ingezet. Wie zich professional mag noemen wordt gestuurd door *wat* professionalisme is. Professionalisme kan geconceptualiseerd worden aan de hand van de kenmerken van *controlled content* (zie tabel 3.1). *Controlled content* als professionalisme betekent dat professionals zichzelf en hun collega’s controleren. Hierdoor beschermen ze de inhoud van de professie en de manier waarop de professie geïnstitutionaliseerd is. Dit gebeurt onder meer door *occupational closure*: de beroepsgroep bepaalt wie er toegang heeft tot de beroepsgroep. Professionals genieten hierdoor een sterke autonomie over hun beroepsveld. Deze autonomie betekent eveneens dat de grenzen van het beroep, tot waar de autonomie van de professional reikt, scherp afgebakend zijn. Zoals in §3.2.3 staat geformuleerd zijn er vijf kenmerken te onderscheiden waaraan professionalisme te herkennen is:

| | |
|----------------|---|
| <i>Control</i> | <i>Associations</i> (beroepsverenigingen) |
| | Opleiding |
| | Kennis |
| | Codes |
| | Regulering |

Tabel 6.1 ‘Kenmerken van professionalisme’ naar tabel 3.1, uit Noordegraaf, 2007, p.768

Het professionalisme is ‘puurder’ naar mate *controlled content* duidelijker in de professie gemanifesteerd is. Hoe puurder, gespecialiseerder de professie (dat wil zeggen hoe sterker de beroepsvereniging, intensiever de opleiding, specifiekere kennis etc.), hoe zuiverder en stelliger de professional zijn beroep opvat. Met betrekking tot samenwerking betekent dit bijvoorbeeld een engere opvatting van het beroep en minder ‘vanzelfsprekendheid’ om samen te werken. Het gaat echter niet alleen om ‘sec’ de aanwezigheid van kenmerken, maar ook om *hoe* de professional hier een invulling aan geeft. Alleen het lidmaatschap van een professionalisme zegt bijvoorbeeld nog niet heel veel over het belang dat een professional aan dit lidmaatschap hecht, juist hoe hij dit lidmaatschap invult is cruciaal.

Om hieraan tegemoet te komen wordt in de komende paragraaf eerst aan de hand van de in tabel 6.1 herhaalde kenmerken van professionaliteit in kaart gebracht hoe stevig het professionalisme in de persoon geïnstitutionaliseerd is, maar wordt vervolgens een beschrijving gegeven van wat dit betekent en/of inhoud.

6.2.3 Utrecht Overvecht

Aan de hand van de kenmerken die met de respondenten uit Utrecht Overvecht zijn besproken kan tabel 6.1 ingevuld worden zoals in tabel 6.2 staat weergegeven. Een ingevulde ‘X’ betekent dat de professional aan het kenmerk voldoet, een ‘-’ betekent dat hij er niet aan voldoet, een ‘/’ betekent dat hij er enigszins aan voldoet en wanneer de plek is opengelaten betekent dit dat het kenmerk niet van toepassing is. Een invulling van deze ‘codes’ en een nuancering van de resultaten is in de toelichting onder de tabel per kenmerk beschreven. Na deze weergave van de kenmerken wordt inhoudelijker ingegaan op de ‘invulling’ van de kenmerken.

| Tabel 6.2 <i>Controlled content in Utrecht Overvecht</i> | | | | | | |
|--|--------------|-----------|---------------|----------|-------|------------|
| | Associations | Opleiding | Kennis: | | Codes | Regulering |
| | | | Vakliteratuur | Symposia | | |
| Respondent 5 | X | X | | | | X |
| Respondent 6 | X | - | X | X | | X |
| Respondent 8 | X | X | X | X | | |
| Respondent 9 | X | X | X | - | | X |
| Respondent 10 | X | X | / | X | | |
| Respondent 12 | X | X | X | X | | |

✚ Tabel 6.2 *Controlled content in Utrecht Overvecht*¹⁹

✚ Associations

In Overvecht geven alle respondenten aan aangesloten te zijn bij een beroepsvereniging. Ze vinden dat het een vereiste is voor kwaliteit (R5, R8), dat het draagvlak en saamhorigheid creëert onder collega's (R5, R6), dat ze zo up-to-date blijven binnen het beroepsveld (R6, R10), of ze zijn opleider van studenten, wat alleen kan wanneer je aangesloten bent bij een beroepsvereniging (R5, R8, R9). Respondent 5 ten slotte is aangesloten bij een beroepsvereniging maar twijfelt nog over de meerwaarde hiervan, zeker gezien de kosten die ze ieder jaar moet betalen (R5).

✚ Opleiding

Om zichzelf professional te mogen noemen moet een (intensieve) training zijn gevolgd om de professionele manier van handelen eigen te maken. De student verkrijgt hiermee een technische basis die hem legitimeert om later autonoom het beroep uit te oefenen. In Overvecht zijn bijna alle respondenten ook oorspronkelijk opgeleid voor het beroep dat zij nu uitoefenen (R5, R8, R9, R10, R12). Alleen respondent 6 geeft aan oorspronkelijk opgeleid te zijn voor ander werk, maar via bijscholing overgestapt te zijn op het huidige beroep.

✚ Kennis

Het delen van kennis kenmerkt professionalisme door bijvoorbeeld een gedeeld databestand, de uitwisseling van kennis via (vak)bladen en het uitwisselen van kennis op congressen en symposia. In Overvecht maken bijna alle respondenten gebruik van vakliteratuur via de beroepsgroep om up-to-date te blijven over ontwikkelingen in het vakgebied (R6, R8, R9, R12). Respondent 10 geeft aan vooral weer literatuur in te zijn 'gedoken' vanwege deelname aan het project 'Zichtbare Schakel', waarbij ze zich meer op chroniciteit ging richten en daar kennis over wou opdoen. De literatuur heeft overheersend betrekking op het eigen beroepsdomein, maar dit kan worden verklaard door het feit dat veel van de vakliteratuur die gebruikt wordt vanuit de beroepsgroep afkomstig is, wat al een bepaalde richting aan het onderwerp geeft.

Met uitzondering van respondent 9 geven alle respondenten uit Overvecht aan symposia of congressen te bezoeken (R6, R8, R10, R12). Respondent 6 geeft aan wel af en toe te gaan, maar dat hij eigenlijk vaker zou willen gaan. Respondent 12 geeft aan congresbezoek ook een goede manier te vinden om collega's te leren kennen. Respondent 9 geeft aan niet meer naar congressen of symposia te gaan vanwege tijdgebrek. De respondenten geven allen aan zeer enthousiast te zijn over symposia- of congresbezoek en hier een meerwaarde, onder andere qua kennisverdieping en contacten met collega's, in te zien. Vanwege het genoemde gebrek aan tijd en middelen kunnen ze hier echter minder tijd aan besteden dan zij zouden willen. In tegenstelling tot de vakliteratuur gaan de symposia en congressen over een breder veld dan het eigen domein alleen, maar worden zij juist ook georganiseerd rondom overkoepelende thema's.

✚ Regulering

Regulering van de professie, bijvoorbeeld door de beroepsgroep, betekent dat de professional zich aan bepaalde richtlijnen moet houden om zich ook professional te kunnen blijven noemen. Wanneer dit niet nageleefd wordt vindt sanctionering plaats, in uiterste gevallen bijvoorbeeld door exclusie van de

¹⁹ Voor 'codes', de beroepsethos, is dit hier niet ingevuld omdat dit niet vergelijkbaar 'eenduidig' uit te vragen is

beroepsgroep of de professie. In Overvecht komt regulering door de beroepsgroep ter sprake wanneer na- en of bijscholing door de professional besproken wordt (R5, R6, R9). Deze respondenten geven aan dat zij vanuit de beroepsgroep per jaar een aantal ‘punten’ moeten halen om aan te tonen dat zij zich blijven ontwikkelen in het vakgebied. Deze punten kunnen gehaald worden door nascholingstrajecten te volgen (zoals R6 doet) of door aankomende huisartsen op te leiden (R5, R9), maar soms ook door congres- of symposiabezoek.

6.2.4 Amsterdam Noord

Aan de hand van de kenmerken die met de respondenten uit Amsterdam Noord zijn besproken kan tabel 6.1 ingevuld worden zoals in tabel 6.3 staat weergegeven. Een ingevulde ‘X’ betekent dat de professional aan het kenmerk voldoet, een ‘-’ betekent dat hij er niet aan voldoet, een ‘/’ betekent dat hij er enigszins aan voldoet en wanneer de plek is opengelaten betekent dit dat het kenmerk niet van toepassing is. Een invulling van deze ‘codes’ en een nuancering van de resultaten is in de toelichting onder de tabel per kenmerk beschreven. Na deze weergave van de kenmerken wordt inhoudelijker ingegaan op de ‘invulling’ van de kenmerken.

| Tabel 6.3 <i>Controlled content in Amsterdam Noord</i> | | | | | | |
|--|--------------|-----------|---------------|----------|-------|------------|
| | Associations | Opleiding | Kennis: | | Codes | Regulering |
| | | | Vakliteratuur | Symposia | | |
| Respondent 1 | - | X | | | | . |
| Respondent 2 | X | X | X | X | | - |
| Respondent 3 | X | X | | | | X |
| Respondent 4 | X | X | | | | - |
| Respondent 7 | - | X | X | X | | - |
| Respondent 11 | - | X | X | X | | - |
| Respondent 13 | - | X | X | X | | X |
| Respondent 14 | X | X | X | X | | - |

✚ Tabel 6.3 *Controlled content in Amsterdam Noord*²⁰

✚ Associations

In Noord zijn er, zeker in vergelijking met Overvecht, minder respondenten aangesloten bij een beroepsvereniging. Voor een deel van de respondenten is dit een bewuste keuze (R1, R11, R13). Ze vinden de kosten te hoog, zeker in relatie tot de meerwaarde die ze ervaren (R1, R11), ze vinden het aanbod te mager, er is maar één beroepsvereniging (R1), ze hebben er geen affiniteit mee (R13) of het is een praktische overweging (R7), de nascholing die verplicht van de beroepsvereniging gevolgd moet worden voor ‘punten’ wordt niet vergoed door de organisatie (R7). Van de respondenten die wel aangesloten zijn bij een beroepsvereniging geeft respondent 3 aan dat het lidmaatschap deels luiheid is, maar dat het er nu eenmaal bij hoort en dat hij er niet heel regelmatig mee in contact staat (R3).

Uit vergelijking met Overvecht blijkt dat het niet om een specifieke professie gaat die al dan niet speciale waarde hecht aan het lid zijn van een beroepsgroep. In Noord zijn één huisarts en één fysiotherapeut lid van een beroepsvereniging, tegenover respectievelijk twee en twee in Overvecht. In Noord zijn ook één huisarts en één fysiotherapeut niet lid. Verder is er niet één lijn te trekken in wie er van welk beroep aangesloten is bij een beroepsvereniging.

✚ Opleiding

Om zichzelf professional te mogen noemen moet een (intensieve) training zijn gevolgd om de professionele manier van handelen eigen te maken. De student verkrijgt hiermee een technische basis die hem legitimeert om later autonoom het beroep uit te oefenen. In Noord zijn alle respondenten ook oorspronkelijk opgeleid voor het beroep dat zij nu uitoefenen. Dit is vergelijkbaar met Overvecht.

²⁰ Voor ‘codes’, de beroepsethos, is dit hier niet ingevuld omdat dit niet vergelijkbaar ‘eenduidig’ uit te vragen is

Kennis

Het delen van kennis kenmerkt professionalisme door bijvoorbeeld een gedeeld databestand, de uitwisseling van kennis via (vak)bladen en het uitwisselen van kennis op congressen en symposia. In Noord maken bijna alle respondenten gebruik van vakliteratuur. Zij geven aan dat dit gemakkelijker gaat nu het digitaal kan (R7), dat ze het wel krijgen maar niet altijd tijd hebben om het te lezen (R7) en dat ze het lezen voor nascholing (R13).

Dezelfde respondenten geven aan ook congressen en symposia te bezoeken. Dit is niet heel frequent (R7, R13) maar 'hoort er gewoon bij' (R11).

Regulering

Regulering van de professie, bijvoorbeeld door de beroepsgroep, betekent dat de professional zich aan bepaalde richtlijnen moet houden om zich ook professional te kunnen blijven noemen. Wanneer dit niet nageleefd wordt vindt sanctionering plaats, in uiterste gevallen bijvoorbeeld door exclusie van de beroepsgroep of de professie. De uitspraak van respondent 7 onder het kenmerk 'beroepsgroep' illustreert dit, zijn neemt geen deel aan de beroepsgroep omdat zij niet aan het aantal verplicht te behalen punten via nascholing kan voldoen. De respondenten 2, 13 en 11 geven aan wel aan na- en of bijscholing te doen, maar dit is op eigen initiatief (R2, R14) of via de organisatie waar ze werkzaam zijn gestuurd (R13, R14).

6.2.5 Kortom

Uit de resultaten blijkt dat in Overvecht alle respondenten aangesloten zijn bij een beroepsvereniging. Ze vinden dit een vereiste voor kwaliteit en blijven zo 'up-to-date'. Ook vinden ze het saamhorigheid bevorderen of is het een praktische overweging. Hun lidmaatschap wordt genuanceerd door de invulling die zij hieraan geven. Zo geven zij bijvoorbeeld aan niet heel actief te zijn in de beroepsgroep. In Overvecht zijn bijna alle respondenten opgeleid voor het beroep dat ze nu uitoefenen en delen ze hun kennis actief door het lezen van (vak)literatuur en het bezoeken van symposia- en of congressen. Regulering vindt met name plaats door middel van het (verplicht) volgen van na- en of bijscholing en het behalen van 'punten' door symposia- en congresbezoek. De respondenten uit Overvecht zijn erg enthousiast over de meerwaarde van deze symposia en congressen voor het verdiepen en vernieuwen van kennis en het leggen van contacten. Dit is onder meer mogelijk omdat de symposia en congressen rondom overkoepelende thema's in de zorg worden georganiseerd, waardoor er professionals van diverse disciplines aanwezig zijn. Dit bevordert de domeinoverschrijdende *outlook* op zorg van professionals. In Noord zijn minder respondenten aangesloten bij een beroepsvereniging. Hier zijn wel alle respondenten ook opgeleid voor het beroep dat zij uitoefenen. Er wordt eveneens veel gebruik gemaakt van vakliteratuur en symposia- en congresbezoek voor kennisuitwisseling. Regulering vindt minder plaats in die zin dat minder respondenten lid zijn van een beroepsvereniging. Bevestigend voor dit beeld is wel dat een respondent aangeeft niet lid te zijn van een beroepsvereniging omdat zij niet aan het verplicht aantal te behalen 'punten' per jaar kan voldoen (het volgen van nascholing of bezoeken van congressen wordt niet door haar organisatie gefinancierd).

Uit de beschrijving van de manifestatie van de kenmerken van het professionalisme in de wijken Overvecht en Amsterdam Noord blijkt enigszins een paradox. De klassieke kenmerken van professionalisme lijken zich in Overvecht sterker te manifesteren dan in Noord. Ondanks de verwachting dat 'sterker' professionalisme tot een engere beroepsopvatting en minder de neiging tot samenwerking leidt, wordt er in Overvecht meer en op een meer 'integrale' manier samengewerkt dan in Noord (waar de kenmerken van professionalisme zwakker aanwezig zijn). Dit verschil kan niet worden verklaard door de al dan niet aanwezigheid van grenzen, in Noord zijn er in zekere zin meer grenzen aanwezig omdat zorg meer gefragmenteerd is en er, zoals één respondent aangeeft, een bepaalde geschiedenis van solopraktijken bestaat. Het lijkt eerder te liggen in de nuancering die de respondenten uit Overvecht over bijvoorbeeld beroepsverenigingen maken, ze zijn wel lid maar niet actief, zien niet altijd de meerwaarde. Ze zijn wel heel actief bezig met en enthousiast over kennisdeling (in de vorm van symposia- en congresbezoek), wat de onderlinge contacten verstevigt en kennis over elkaars werk bevordert. De manier waarop zijn invulling geven aan de kenmerken van professionalisme is van grotere betekenis dan de aanwezigheid van de kenmerken op zichzelf, zo blijkt uit de beschreven paradox. Een actieve

invulling van de kenmerken, binnen de kaders van stevig gemanifesteerd professionalisme, lijkt de *outlook* op samenwerking juist meer fluïde te maken doordat bijvoorbeeld symposia en congressen en een nauwere samenwerking met collega's binnen de beroepsgroep de kennis over andere domeinen vergroot, kennisdeling bevordert.

6.3 Omgeving

6.3.1 Inleiding

Dat de omgeving waarin professionals in de zorg zich bevinden dynamisch is, is in hoofdstuk 2 en 3 aan bod gekomen. Een kritischere houding van de burger, veranderend ziektebeeld en de wisselwerking tussen professionele-, bureaucratische- en marktlogica brengen dynamiek in het handelingsvermogen van de professional en doen een beroep op diens aanpassingsvermogen. In deze paragraaf 'omgeving' is eerst kort teruggeblikt op de besproken ontwikkelingen. Vervolgens is aan de hand van de contextschets, het 'verhaal' uit hoofdstuk 5, per wijk weergegeven wat de veranderingen in de omgeving en de gevolgen voor beroepsopvatting (en samenwerking) van professionals zijn en of er een impact van de bureaucratische- en marktlogica merkbaar is op het handelen van de professional. Per wijk worden dus *omgeving en gevolgen* (1) en *bureaucratische- en marktlogica & gevolgen* (2) in kaart gebracht, eerst voor Utrecht Overvecht en vervolgens voor Amsterdam Noord.

6.3.2 Omgeving: terugblik

In §3.3 is beschreven hoe de professional, zeker in de publieke sector, niet los te zien is van zijn omgeving. De veranderingen en invloed van deze omgeving zijn weergegeven door de veranderingen in de houding van de burger ten opzichte van de professional, de opkomst van kennis en de markt- en bureaucratische logica weer te geven in wisselwerking met de professionele logica. Het hanteren van klassiek professionalisme wordt onder druk gezet door de (toenemende) eisen die de omgeving aan de professional stelt, waardoor de professional zich steeds meer in een '*double blind*' of interventiefuik bevindt: er moet veel, maar er kan weinig. De markt- en bureaucratische logica spelen hier eveneens een rol in door het toenemende belang van respectievelijk efficiëntie en snelheid, en rechtsgelijkheid en zorgvuldigheid in het handelen van de professional.

De respondenten in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord hebben te maken met maatschappelijke veranderingen op demografisch en epidemiologisch gebied; een populatie en een ziektebeeld die anders zijn dan in hun opleiding geschetst is (R1, R2, R3, R4, R5, R8). Ook hun manier van behandelen is naar aanleiding hiervan veranderd (R10, R12, R13).

6.3.3 Utrecht Overvecht

De omgeving van de professionals in Overvecht wordt gekenmerkt door een intensieve zorgvraag van de cliënt in de wijk en een veranderend ziektebeeld. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop de professional zijn behandeling inricht en de manier waarop er in de wijken samengewerkt wordt.

Omgeving & gevolgen

In §5.3.2 vertellen de professionals hoe het ziektebeeld in de wijk breed en complex is, in sommige opzichten anders dan hoe zij op hun opleiding geleerd hebben. Zij signaleren 'multimorbiditeit' bij de cliënten en de populatie in de wijk. Dit betekent in Overvecht dat cliënten zich presenteren met vage klachten, een zorgvraag waar naast medische vaak ook socio-maatschappelijke problemen achter zitten en waar cliënten niet zelf uitkomen. In Overvecht heeft dit bij vrijwel alle respondenten, met uitzondering van respondent 9, geleid tot een soort ideologische visie op de aanpak, bij de behandeling van deze cliënten. Respondent 6 typeert deze ideologie al als een 'holistische mensvisie'. Zoals in §5.3.2 al wordt beschreven vertoont deze mensvisie, deze ideologie die door de professionals in Overvecht wordt gedragen overeenkomsten met de *systemic holistic approach* van Sturmberg (2007). Ieder onderdeel, iedere behandeling van een onderdeel van het probleem heeft gevolgen voor het gehele welzijn (en gezondheid) van de patiënt. In Overvecht delen ze deze visie actief

en dragen ze deze actief uit, naar elkaar én naar hun cliënten. Ze dragen het uit naar de cliënt door deze in de 'aan-stand' te willen zetten, hem zelf verantwoordelijk te maken voor en inzicht te geven in zijn keuze. Door de cliënt kleine doelen te laten behalen wordt zelfvertrouwen gecreëerd. Het is hierbij belangrijk dat alle professionals op dezelfde manier werken, zodat de cliënt zijn zorgvraag niet simpelweg verplaatst. Hier komt het belang van samenwerking kijken, de manier waarop die ook naar elkaar uitgedragen wordt. Door intensief samen te werken, ieder op zijn eigen terrein maar met het grotere geheel voor ogen wordt het totale 'systeem' van de cliënt collectief aangepakt. De professionals blijven hierbij op hun eigen domein gericht, maar zijn bekend met het domein en de capaciteiten van de anderen en kunnen hier ook inhoudelijk naar doorverwijzen.

Belangrijk in Overvecht is dat deze samenwerking ook *structureel* gefaciliteerd wordt door middel van de multidisciplinaire centra waar de professionals werkzaam zijn en de projecten waar ze aan deelnemen. De multidisciplinaire centra zijn (deels) ook opgezet vanuit de holistische cliëntbenadering, om alle zorg 'onder één kap' te kunnen leveren, gezondheid(zorg) in de wijk te verbeteren en zorgkosten te reduceren. Dit bevordert samenwerking, in de pauze 'tijdens de koffie' kunnen complexe of probleemgevallen besproken worden, maar ook bijvoorbeeld de behandeling, omdat de zorg laagdrempeliger en toegankelijker is voor zowel de cliënt als de professional. De structurering van deze zorg is ten dele een gevolg van de collectieve visie die in Overvecht door enkele professionals wordt 'aangejaagd' en door andere wordt overgenomen. Zij zijn een belangrijke factor in de oprichting van deze multidisciplinaire centra en de facilitering van de collectieve manier waarop er in de wijk wordt gewerkt.

Bureaucratische- en marktlogica & gevolgen

Naast de invloed van de omgeving is in §3.3 de wisselwerking tussen de professionele-, bureaucratische- en marktlogica geschetst. In Overvecht is de invloed van bureaucratische- en de marktlogica volgens de professionals niet (storend) aanwezig. Wat wel wordt aangegeven is dat beleid en regelgeving rondom de behandeling van de cliënten wordt ontwikkeld en voorgeschreven door zorgverzekeraar en gemeente, maar dat de 'praktijk' in de wijk anders is dan de theorie waar dit beleid op geschreven wordt. Dit uit zich bijvoorbeeld in een 'strakke' indicatiestelling waar de professionals in het welzijnswerk en de wijkverpleging zich aan moeten houden. Opvallend is dat de professional in kwestie aangaf zich van deze regulering niets aan te trekken en haar werk toch uit te voeren, ook al was dit in haar eigen tijd. Het welzijn van de cliënt, de invulling van haar beroepsethos krijgt hier prioriteit boven de regulering die door de organisatie wordt opgelegd. Dit '*coping mechanism*', de manier van omgaan met de 'praktische grenzen' waar ze in haar professionele werk tegen aan loopt laat zien hoe haar beroepsethos boven praktische begrenzing van het beroep gaat.

6.3.4 Amsterdam Noord

De omgeving van Noord wordt, net als Overvecht, gekenmerkt door een intensieve ('claimende') zorgvraag van de cliënt en eveneens een veranderd ziektebeeld. Hoewel dit gevolgen heeft voor de manier waarop professionals met zorg omgaan zijn deze gevolgen in Noord anders dan in Overvecht.

Omgeving & gevolgen

In §5.3.3 worden de cliënten in Noord als 'complex' getypeerd. Dit betekent dat de zorgvraag intensief is en dat de problematiek rondom deze zorgvraag verder gaat dan een medisch probleem alleen en vaak juist een socio-maatschappelijke en/of psychiatrische achtergrond heeft. De professionals geven aan dat er sprake is van multimorbiditeit (zoals in hoofdstuk 2 beschreven). Deze perceptie wordt door alle professionals gedeeld, maar in tegenstelling tot in Overvecht wordt dit niet voor iedereen opgenomen in de behandeling. Enkele professionals in Noord vinden de bredere problematiek die de cliënten presenteren niet in hun 'domein' vallen en voelen zich hier niet verantwoordelijk voor. Enkele anderen willen wel inspelen op de bredere problematiek maar hebben niet het gevoel hier de tijd en middelen voor te hebben. Anderen ten slotte proberen het wel op te pakken in hun behandeling. Er wordt niet een bepaalde visie op de cliënt en behandeling gedragen door de professionals in de wijk en de zorg wordt gefragmenteerder geleverd. Er wordt dus wel herkend dat de context van de cliënt van invloed is op zijn gezondheid en welzijn, maar er worden (weinig) concrete acties aan

verbonden. Er wordt doorverwezen naar een andere professional wanneer men ervaart dat de vraag van de cliënt buiten zijn domein valt, maar meer vanuit praktische overwegingen dan vanuit een breed georiënteerde visie op zorg. Samenwerking rondom cliënten vindt ook minder dan in Overvecht plaats en gebeurt vooral in de vorm van doorverwijzing en deelname aan projecten rondom gezondheid in de wijk. Samenwerking vindt bij de professionals die in de multidisciplinaire centra aanwezig zijn meer plaats dan bij de solistisch werkende professionals.

De geringere hoeveelheid multidisciplinaire centra in Noord geeft aan dat collectieve zorg minder *gestructureerd* georganiseerd is in de wijk. Daarnaast wordt de sfeer van zorg- en welzijnsorganisaties onderling door een professional ook als ‘competitief’ getypeerd vanwege de hoge mate van fragmentatie van zorg- en welzijnsorganisaties die in de wijk bestaat, dit als gevolg van de privatisering (en doorwerking van marktwerking) in Noord. De veelheid en logheid, de bureaucratische werkwijze van sommige organisaties, staat (goede) samenwerking in de weg. De professionals nemen wel deel aan de projecten in de wijk maar dit mondt (nog) niet uit in een collectieve aanpak of gedeelde visie op zorg.

Bureaucratische- en marktlogica

Waar de invloed van de bureaucratische- en marktlogica bij de professionals in Overvecht minder gevoeld wordt, wordt deze in Noord wel meer geconstateerd. Enerzijds valt de invloed van de bureaucratische logica op dezelfde manier als in Overvecht op: het beleid en de regelgeving die wordt ‘opgelegd’ vanuit de zorgverzekeraar past niet op het cliëntbeeld en de zorgvraag uit Noord. Dit maakt dat de professional niet kan behandelen zoals hij eigenlijk zou willen. De invloed van de bureaucratische logica valt ook (indirect) op doordat er geklaagd wordt over de bureaucratische, logge werkwijze van sommige organisaties in de wijk. Deze zijn moeilijk bereikbaar voor de professionals en werken traag. De invloed van de marktlogica is in het vorige thema al even aangestipt, door privatisering in de zorg- en welzijnsorganisaties in Noord is dit aanbod gefragmenteerd. Dit zorgt (onder andere) voor een competitieve sfeer die samenwerking bemoeilijkt. Dit wordt echter niet door de meerderheid van de respondenten opgemerkt. In tegenstelling tot Overvecht lijken praktische begrenzingen in Noord ook eerder een reden om de behandeling te beperken.

6.3.5 Kortom

In de omgeving van de professionals in Overvecht vertalen de demografische en epidemiologische veranderingen zich in een zorgvraag van de cliënt die intensief is en die vaak breder is dan een medische vraag alleen. Dit is van invloed op de manier waarop de professionals in Overvecht behandelen, in die zin dat ze een collectieve, brede aanpak ten opzichte van hun cliënten hebben aangenomen, een soort gezamenlijke beroepsethos die kenmerken vertoont van de *systemic holistic approach*. Dit betekent dat ze intensiever samenwerken en er belang aan hechten ook op dezelfde manier te werken. De multidisciplinaire centra die de samenwerking in Overvecht kenmerken, faciliteren dit en geven samenwerking ook een impuls. De invloed van de bureaucratische- en marktlogica wordt alleen opgemerkt door de discrepantie die enigszins bestaat tussen het beleid dat ‘top down’ wordt ontwikkeld en de realiteit op de werkvloer, maar zelfs wanneer dit een belemmering in de behandeling vormt geeft de respondent in kwestie voorkeur aan de vervulling van de beroepsethos boven het zich naar de regels van de organisatie te schikken. De invloed van de omgeving ‘noodzaakt’ dus een bepaalde manier van werken. Hoewel in Noord een vergelijkbare invloed van de omgeving lijkt te bestaan heeft dit niet dezelfde gevolgen als in Overvecht. In Noord is eveneens sprake van een veranderende omgeving met een intensieve en complexe zorgvraag van de cliënt. De zorgvraag is vaak breder dan medisch alleen. De professionals in Noord ervaren dit echter als problematischer in hun behandeling: ze merken op dat de vraag van de cliënt buiten hun domein valt maar geven aan hier niks mee te kunnen, of willen het wel maar voelen zich in hun tijd en middelen te beperkt om dit te kunnen. Er manifesteert zich geen gedeelde, ‘holistische’ visie op de cliënt zoals in Overvecht wel gebeurt. Wat opvalt qua verschil tussen de wijken is dat de zorg in Noord minder ‘gestructureerd’ is dan in Overvecht, er zijn veel minder multidisciplinaire centra en samenwerkingsverbanden aanwezig. De invloed van de bureaucratische- en marktlogica wordt net als in Overvecht deels gemerkt aan de discrepantie van het gemaakte beleid dat ‘van bovenaf’ wordt opgelegd

ten opzichte van de vraag die de praktijk kenmerkt, maar ook door de moeizame (samen)werking van bureaucratische georganiseerde organisaties en de competitieve sfeer als gevolg van de marktwerking in de zorg in Noord.

In Overvecht lijkt de sterke manifestatie en invulling van de kenmerken van professionalisme, in combinatie met de omgevingsdruk samenwerking juist in de hand te spelen. De kennisdeling die door de invulling van de professionele kenmerken wordt bevorderd (denk aan symposia- en congresbezoek, het delen en lezen van vakliteratuur) stimuleert samenwerking waardoor het inspelen op de noodzaak van verandering wordt bevorderd. De omgevingsdruk is hierbij 'getrapt', het gaat om maatschappelijke veranderingen (demografisch en epidemiologisch) maar ook om druk vanuit de bestuurlijke en organisatie omgeving, in de vorm van projecten en multidisciplinaire centra die de professional aanzetten tot samenwerking. In Noord manifesteren de kenmerken van professionalisme zich zwakker en wordt er, ondanks een vergelijkbare veranderingen in de maatschappelijke en bestuurlijke omgeving (vergelijkbare demografische en epidemiologische transitie en de promotie van samenwerking door middel van projecten door gemeente en zorgverzekeraar) minder samengewerkt.

Hoe deze twee invloeden (professionalisme en omgeving) zich tot elkaar verhouden in relatie tot de professional in de wijk zelf wordt in de volgende paragraaf aan de hand van de beroepsopvatting van professionals toegelicht.

6.4 Beroepsopvatting

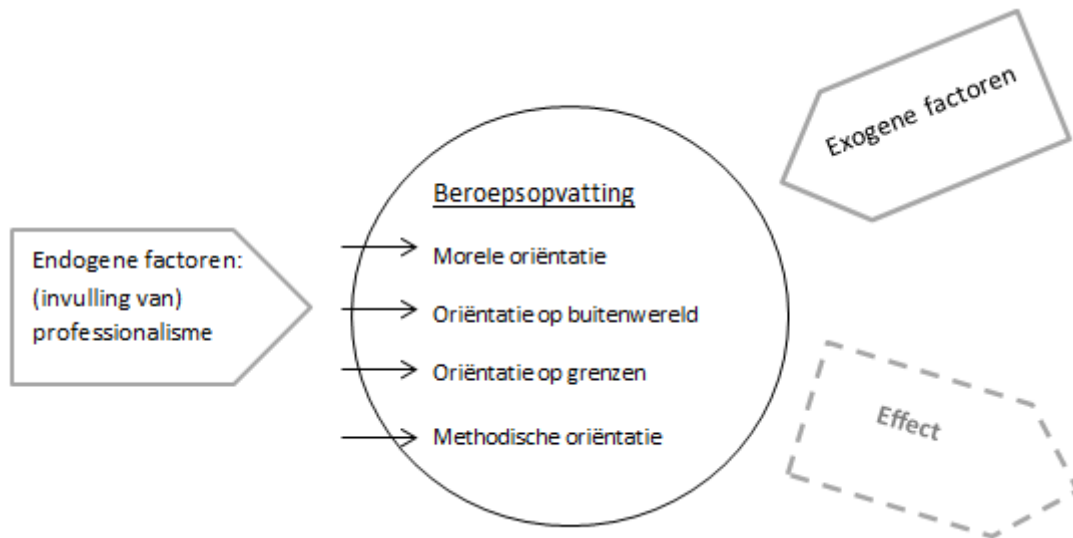
6.4.1 Inleiding

Op beroepsopvatting zijn endogene factoren en exogene factoren van invloed, respectievelijk hoe professionalisme wordt ingevuld van 'binnenuit' en hoe het gevormd wordt door de invloed van 'buitenaf'. De invulling van deze twee 'pijlers' is geïllustreerd in §6.2 en §6.3. Wat het effect van deze invloed op beroepsopvatting is en het gevolg hiervan op samenwerking wordt in deze paragraaf 'beroepsopvatting' beschreven. Allereerst wordt de theorie uit §3.4 kort herhaald, waarna per wijk aan de hand van de invulling van de *framing rules* de beroepsopvatting gestalte krijgt en de consequenties hiervan voor samenwerking schematisch weergegeven en beschreven worden.

6.4.2 Beroepsopvatting: terugblik

In §3.4 is een theoretisch beeld geschetst van hoe beroepsopvatting tot stand komt, zoals weergegeven in figuur 6.1. Beroepsopvatting wordt enerzijds beïnvloed door professionalisme als *controlled content*, de endogene factor, en anderzijds door exogene factoren, de invloed van de omgeving waarin de professional zich bevindt. De endogene factor, de invulling van professionalisme, heeft betrekking op de mate waarin het *controlled content* in de professie en de professional gevestigd is. Hoe steviger deze kenmerken van *controlled content* (§3.2.4) zich in de professional manifesteren, hoe puurder, gespecialiseerder de professie is en hoe zuiverder, enger, de professional zijn beroep opvat. Met betrekking tot samenwerking betekent dit bijvoorbeeld een 'engere' opvatting van het beroep, een sterkere manifestatie van de autonomie en professionele grenzen in het werk en minder de neiging tot samenwerking. De exogene factor, de invloed van de omgeving beschrijft hoe de context waarin de professional zich bevindt en werkt van invloed is op hoe hij zijn beroep opvat. Sterke invloed vanuit de omgeving, zoals in §3.3 wordt geschetst bijvoorbeeld door een kritische of veeleisende burger, maakt dat professionele autoriteit, minder dan vroeger, als vanzelfsprekend wordt geaccepteerd. Hetzelfde geldt voor de invloed van de markt- en bureaucratische logica, waarvan de waarden botsen met de waarde die de professionele logica hanteert. Omdat professionals op zoek zijn naar *professional control* maakt dit veel professionals onzeker over hun eigen (morele) handelen.

De manier waarop de professional naar zijn beroep kijkt wordt dus enerzijds ingevuld van 'binnenuit' en anderzijds van 'buitenaf'. Aan de hand van de *framing rules* van Hochschild kan worden uitgelegd hoe beroepsopvatting naar aanleiding van deze 'invloeden' tot stand komt. De *framing rules* van een individu bepalen zijn referentiekader, de manier waarop hij naar de buitenwereld kijkt, de manier waarop hij handelt en zich voelt. De in figuur 6.1 weergegeven *framing rules* bepalen de morele oriëntatie, de oriëntatie op de buitenwereld, de oriëntatie op grenzen en de methodische oriëntatie van de professional. Aan de hand van het concept samenwerking wordt hier aangetoond wat het gevolg van beroepsopvatting is.



Figuur 6.1 'Model voor beroepsopvatting'

6.4.3 Beroepsopvatting in Utrecht Overvecht

In hoofdstuk 5 is de context waarin de professionals in Overvecht werken geschetst. In §6.2 is weergegeven in welke mate professionalisme, aan de hand van de kenmerken van *controlled content* in Overvecht onder de professionals geïstitutionaliseerd is. In §6.3 is de invloed van de omgeving op het handelen van de professionals geschetst, de manier waarop er in Overvecht naar de cliënt en multimorbiditeit wordt gekeken. Deze twee invloeden vormen samen de beroepsopvatting van de professional, vormen zijn referentiekader aan de hand van morele oriëntatie, oriëntatie op de buitenwereld, oriëntatie op grenzen en methodische oriëntatie. Hieronder wordt aan de hand van de invulling van *framing rules* van Hochschild, op basis van de invulling van professionalisme en omgeving de beroepsopvatting van professionals in Overvecht weergegeven.

Morele oriëntatie in Overvecht

De morele *framing rules* hebben betrekking op de ethische oriëntatie van de professional. De ethische oriëntatie van de professionals in Overvecht richt zich (collectief) op het verbeteren van de gezondheid van de populatie in de wijk. Dit komt tot uiting in de haast holistische visie die zij ten opzichte van hun cliënten en diens gezondheid hanteren. Ze zien gezondheid als een breed concept dat gebaat is bij kennisdeling en waarbij alle elementen onderling op elkaar van invloed zijn. Deze oriëntatie heeft met betrekking tot samenwerking als gevolg dat de collectieve visie ook collectief gedragen moet worden, de 'neuzen moeten dezelfde richting uitstaan'. Ook moet er een collectief 'front' tegenover de cliënt staan om hem eenduidig te helpen de controle over zijn leven weer 'terug te pakken'. Deze collectieve 'beroepsethos' is leidend voor het handelen van de professional, die zelfs vóór gaat wanneer bijvoorbeeld indicatiestelling of regelgeving vanuit de organisatie hiermee botst.

✚ Oriëntatie op de buitenwereld in Overvecht

De historische *framing rules* hebben betrekking op de 'geschiedenis' van de professional en vormen een oriëntatie op de buitenwereld. Vanuit de geschiedenis van de professionals blijkt met name dat het ziektebeeld van de populatie anders was dan zij in de praktijk hebben ervaren. Het ziektebeeld is aan verandering onderhevig geweest en is volgens de professionals complexer en breder geworden. Met betrekking tot samenwerking vraagt dit om een andere oriëntatie op behandelen. Het verbreden van het ziektebeeld betekent dat de professional buiten zijn eigen domein moet kijken. In Overvecht lijken de professionals dit niet als problematisch te ervaren, hierin is alleen een praktische grens te zien: ze zijn zelf niet werkzaam op dit domein maar kunnen hierin een andere professional betrekken. Ook kan kennis worden gedeeld op bijvoorbeeld symposia en congressen of projecten die rondom overkoepelende thema's georganiseerd zijn.

✚ Oriëntatie op grenzen in Overvecht

De pragmatische *framing rules* hebben betrekking op de grenzen die de professional ervaart. Zoals uit de oriëntatie op de buitenwereld blijkt ervaren de professionals in Overvecht wel een methodische begrenzing, in die zin dat ze de cliënt niet kunnen helpen met waar ze niet voor opgeleid zijn, maar ze ervaren geen begrenzing om andere domeinen (en andere professionals) bij hun behandeling te betrekken. Er bestaan geen onderlinge *turf battles* of strijd over domeinen. De professionals gaan zelfs uit van een collectieve aanpak die alle domeinen van de zorg ook in hun behandeling betreft. Met betrekking tot samenwerking betekent dit dat ze de controle over de grenzen van hun beroep niet zo strikt ervaren.

✚ Methodische oriëntatie in Overvecht

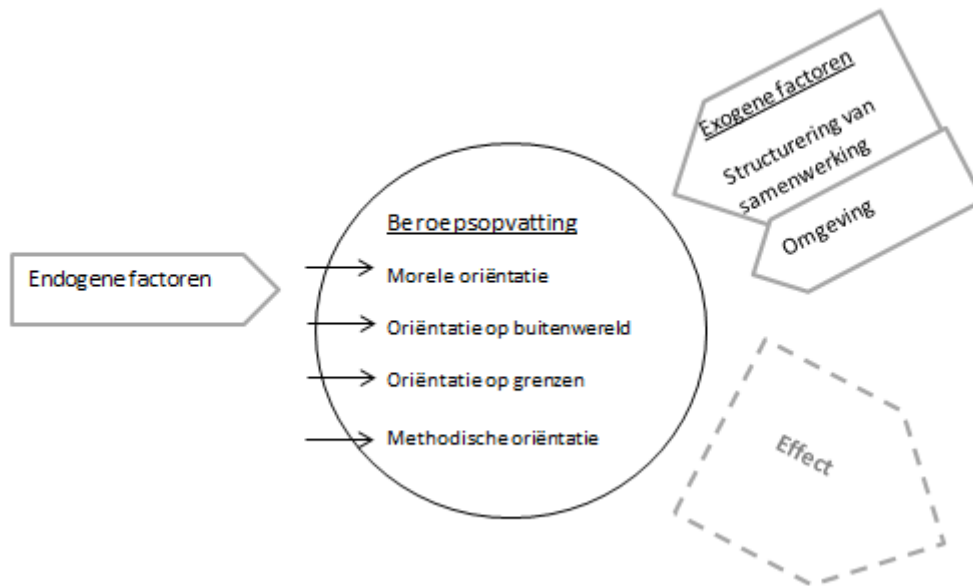
De methodische oriëntatie van de professionals heeft betrekking op de manier waarop de behandeling van de professional wordt ingericht. In Overvecht wordt de manier van behandelen gestuurd door de omgeving waar de professional mee wordt 'geconfronteerd', namelijk het ziektebeeld van multimorbiditeit. Dit resulteert in de collectieve aanpak, de mensvisie die de professionals in Overvecht hanteren en de (nauwe) samenwerking die hier een gevolg van is.

In figuur 6.2 wordt op basis van de invulling van deze *framing rules* en door figuur 6.2 'in te vullen' weergegeven hoe beroepsopvatting in Overvecht tot stand komt. De endogene pijl geeft de mate van professionalisme weer (in hoeverre de kenmerken van het professionalisme in de professional gemanifesteerd zijn). De exogene pijl geeft de invloed van de omgeving op beroepsopvatting weer (de aanwezigheid van multimorbiditeit, de demografische en epidemiologische omstandigheden in de wijken). De pijl met 'effect' laat zien wat de invloed van beroepsopvatting op samenwerking is. Een bredere pijl toont een 'grote' bereidheid tot samenwerking, een brede beroepsopvatting, terwijl deze pijl kleiner wordt wanneer de beroepsopvatting enger is.

In Overvecht lijkt de invloed van de exogene factoren van groter belang op de beroepsopvatting dan de invloed van de endogene factoren. De invloed van de exogene pijl kan in twee soorten worden opgedeeld, enerzijds de omgevingsdruk die wordt uitgeoefend (het veranderende demografische en epidemiologische beeld) en anderzijds de manier waarop samenwerking in de wijk gestructureerd is (aan de hand van de multidisciplinaire centra die het 'sjabloon' voor samenwerking leggen en dit zo mogelijk maken). Dat de invloed op beroepsopvatting van de exogene pijler groter is dan die van de endogene pijler uit zich ook in de manier waarop de oriëntatie van de *framing rules* verklaard wordt. Zowel in de morele oriëntatie, als de oriëntatie op grenzen, de oriëntatie op de buitenwereld en de methodische oriëntatie bepaalt de 'collectieve beroepsethos' die onder de professionals in Overvecht bestaat de 'outlook' op de manier van werken. Met betrekking tot de morele oriëntatie uit zich dit in de holistische visie die de professionals op gezondheid en gezondheidszorg hanteren. In de oriëntatie op de buitenwereld en de oriëntatie op grenzen uit dit zich door middel van de

domeinoverschrijdende manier waarop de professionals werken. Met betrekking tot de methodische oriëntatie uit zich dit in de bredere benadering die de professional ten opzichte van de cliënt hanteert, niet de focus op bijvoorbeeld enkel het medische aspect maar de bredere focus op de cliënt als geheel, in zijn context.

Als gevolg hiervan is de samenwerking in Overvecht groter, er wordt niet alleen samengewerkt maar vanuit de inherent brede visie op de patiënt wordt er ook meer integraal samengewerkt en bestaat er een breed gedeelde 'collectieve beroepsethos' die de samenwerking stimuleert. Dit wordt exogeen beïnvloed door de omgevingsdruk, maar ook door de structurering van zorg die samenwerking via het werken in multidisciplinaire centra en projecten stimuleert en de aanjagers in de wijk die dit motiveren.



Figuur 6.2 'Beroepsopvatting en gevolg voor samenwerking in Overvecht'

6.4.4 Beroepsopvatting in Noord

Zoals in §6.4.2 is herhaald komt beroepsopvatting in dit onderzoek tot stand door beïnvloeding door endogene en exogene factoren. Endogene factoren worden van 'binnenuit' ingevuld en exogene factoren van 'buitenaf'. Net als voor Overvecht zijn voor Noord deze factoren geschetst in §6.2 en §6.3. De endogene factoren, die betrekking hebben op de 'mate van professionalisme' zijn in Overvecht relatief steviger aanwezig dan in Noord. De exogene factoren, waarmee de omgeving van de professionals in Noord wordt geschetst, laat net als in Overvecht de invloed van de veranderende demografische en epidemiologische omstandigheden zien. Zoals in §6.3 wordt weergegeven leidt dit in Noord in tegenstelling tot Overvecht echter niet direct tot een (collectieve) bredere benadering en aanpak van de cliënt. De endogene en exogene factoren zijn samen van invloed op de beroepsopvatting van de professional, op zijn referentiekader. Hieronder worden de morele oriëntatie, de oriëntatie op de buitenwereld, de oriëntatie op grenzen en de methodische oriëntatie van de professionals in Noord toegelicht.

Morele oriëntatie in Noord

De morele *framing rules* hebben betrekking op de ethische oriëntatie van de professional. Meer dan in Overvecht, waar een collectieve gerichtheid op het verbeteren van gezondheid in de wijk tot uiting komt in een (soort) holistische mensvisie en bijpassende aanpak is de morele oriëntatie in Noord 'sec' gericht op het eigen handelen van de professional, *binnen* het eigen domein. Geen bredere focus, maar een gerichtheid op alleen de vraag die de cliënt presenteert. Met betrekking tot samenwerking betekent dit dat er een scherpere focus

op grenzen is. Samenwerken betekent vooral doorverwijzen, niet problemen of situaties 'delen'. De impact hiervan op de manier van *behandelen* komt in 'methodische oriëntatie' aan bod.

✚ Oriëntatie op de buitenwereld in Noord

De historische *framing rules* hebben betrekking op de 'geschiedenis' van de professional en vormen een oriëntatie op de buitenwereld. Net als in Overvecht blijkt vanuit de 'geschiedenis' van de professionals in Noord en het verloop van hun ontwikkeling als professional dat het ziektebeeld waarmee zij geconfronteerd worden veranderd is door de jaren. Ook de bredere zorgvraag, gericht op meer dan medische aspecten alleen, is iets wat met name de huisartsen en fysiotherapeuten niet tijdens hun opleiding hebben geleerd. Voor alle professionals geldt dat de 'bredere zorgvraag' naar verloop van tijd en gerelateerd aan de opkomst of toename van multimorbiditeit is toegenomen. De druk 'van buiten' om meer samen te werken wordt wel ervaren, maar hier wordt door de meerderheid nog niet (inherent) naar gehandeld, bijvoorbeeld omdat de professionals het niet hun verantwoordelijkheid vinden (domeingrenzen zijn sterk aanwezig), of ze willen er wel naar handelen maar ervaren dat ze dit niet 'kunnen' vanwege beperkte tijd en middelen.

✚ Oriëntatie op grenzen in Noord

De pragmatische *framing rules* hebben betrekking op de grenzen die de professionals zoal ervaren. Zoals uit de oriëntatie op de buitenwereld blijkt laat de oriëntatie op grenzen met name zien hoe beperkingen worden ervaren. Zo ervaren professionals in Noord vrij scherpe 'domeingrenzen' (ze voelen zich niet verantwoordelijk voor de bredere problematiek van de cliënt of ervaren te beperkte tijd en middelen om de cliënt te helpen). Met betrekking tot samenwerking betekent dit dat er veel wordt doorverwezen naar andere professionals. Dit is echter ook begrensd: zo geven enkele professionals aan dat ze anderen moeilijk kunnen bereiken (bijvoorbeeld doordat de organisatie bureaucratisch in elkaar zit, wat (vlotte) samenwerking tegenwerkt) en dat ze zelf erg zichtbaar zijn in de wijk (anderen kunnen beter naar de professional zelf toekomen in plaats van andersom).

✚ Methodische oriëntatie

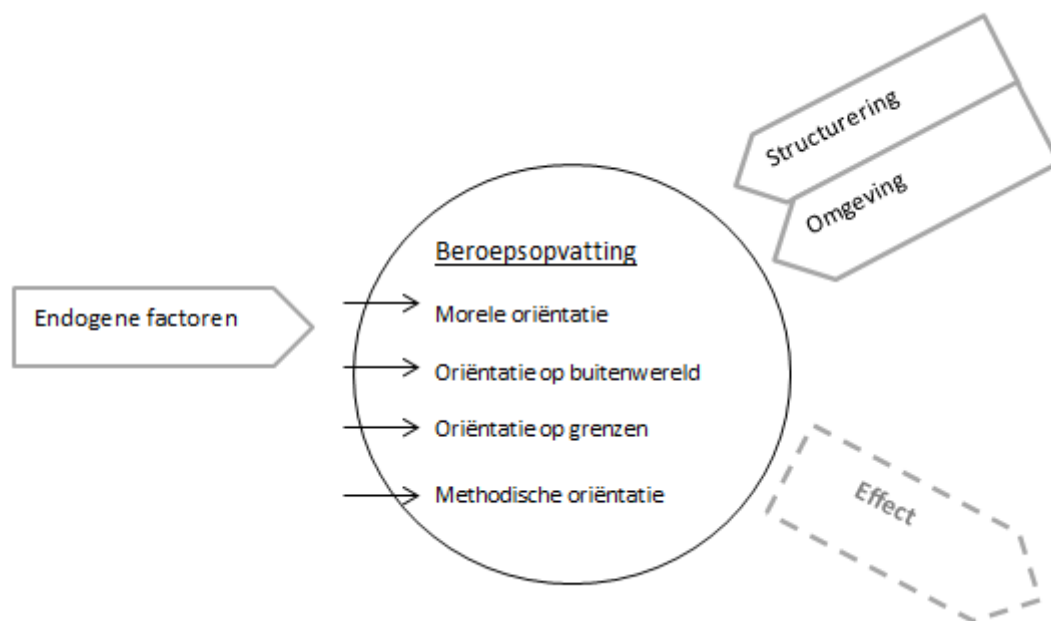
De methodische oriëntatie van de professionals heeft betrekking op de manier waarop de behandeling van de professional wordt ingericht. Zoals in 'morele oriëntatie' al aan bod kwam ervaren de professionals in Noord druk op hun tijd en manier van behandelen door het veranderende ziektebeeld, de toename van multimorbiditeit in de wijk. Ze constateren dat er 'iets moet gebeuren' in de wijk en vaak ook in hun eigen praktijk of behandeling. De 'oplossing' hiervoor, of een gerichte aanpak zoeken ze echter niet bij zichzelf of ze geven aan de oplossing 'niet te weten'. Hun methodische oriëntatie richt zich op datgene waarvoor ze zijn opgeleid. Ze proberen soms wel breder te kijken, maar deze manier van behandelen is niet 'geïstitutionaliseerd' en wordt vaak niet breder gedeeld.

In figuur 6.3 wordt op basis van de invulling van deze *framing rules* en door figuur 6.1 'in te vullen' weergegeven hoe beroepsopvatting in Overvecht tot stand komt. Net als bij figuur 6.2 in §6.4.3 geeft de endogene pijl de mate van professionalisme weer en de exogene pijl de invloed van de omgeving op beroepsopvatting. De pijl met 'effect' laat zien wat de invloed van beroepsopvatting op samenwerking is, waarbij een bredere pijl een grotere bereidheid tot samenwerking betekent, een brede opvatting van het beroep, en een kleinere pijl een engere beroepsopvatting betekent.

In Noord blijkt de invloed van de exogene factoren (hoewel nog steeds groter dan de invloed van de endogene factoren) kleiner dan in Overvecht. De exogene pijl kan in twee soorten worden opgedeeld, enerzijds de omgevingsdruk die wordt uitgeoefend (het veranderende demografische en epidemiologische beeld) en anderzijds de manier waarop samenwerking in de wijk gestructureerd is (in Overvecht komt de duidelijke

manier waarop samenwerking daar in de wijk 'gestructureerd' is hier tot uiting). In Noord merken de professionals allemaal dat de omgevingsdruk groot is, maar hier worden (zeker in tegenstelling tot Overvecht) geen gevolgen aan verbonden. De manier waarop de *framing rules* ingevuld worden laat dit ook zien. De morele oriëntatie, de oriëntatie op grenzen en de methodische oriëntatie laten een overheersende gerichtheid op het eigen handelen zien, ten opzichte van het hanteren van een bredere visie. De oriëntatie op de buitenwereld ondersteunt dit door aan te tonen hoe de druk van buiten wel ervaren wordt, maar dat de professionals dit niet als hun verantwoordelijkheid ervaren (de domeingrenzen zijn (te) sterk aanwezig), of ze willen er wel naar handelen maar vinden de tijd en middelen om dit te doen niet. In tegenstelling tot in Overvecht is de zorg in de wijk in Noord ook veel minder 'georganiseerd', dat wil zeggen, het werken vindt minder in multidisciplinaire centra plaats, er zijn ook (veel) minder multidisciplinaire centra aanwezig in de wijk. De invloed van de endogene pijler is iets kleiner dan in Overvecht, waar sommige kenmerken van professionalisme sterker gemanifesteerd zijn. Zoals in §6.2.4 is weergegeven manifesteren de kenmerken van professionalisme zich in Noord zwakker dan in Overvecht.

Als gevolg voor samenwerking betekent dit dat samenwerking in Noord met name plaatsvindt in de vorm van doorverwijzingen. In tegenstelling tot Overvecht betekent dit niet per se dat men elkaar kent en/of gezamenlijk een behandeling op de cliënt afstemt. Uit hoofdstuk 5 blijkt de zorg in Noord gefragmenteerd te zijn. Ook kent Noord volgens de respondenten een 'geschiedenis van solopraktijken' (ten opzichte van de aanwezigheid van multidisciplinaire centra). Het 'gevolg' van beroepsopvatting voor de samenwerking is in Noord dus kleiner, de domeingrenzen zijn steviger gemanifesteerd.



Figuur 6.3 'Beroepsopvatting en gevolg voor samenwerking in Noord'

6.4.5 Kortom

Naar aanleiding van de invulling van de pijlers 'professionalisme' en 'omgeving' zijn in §6.4.3 en §6.4.4 de beroepsopvattingen van de professionals in Overvecht en Noord 'ingevuld'. Uit deze invulling blijkt een interessante paradox in de wijk Overvecht (ten opzichte van de wijk Noord). In Overvecht manifesteren de kenmerken van professionalisme zich (uiterlijk) steviger dan in Noord. Toch is de invloed van beroepsopvatting op samenwerking in Overvecht groter, een grotere stimulans, dan in Noord. Op het eerste gezicht lijkt dit aan de impact van de exogene factoren te liggen. Hoewel de maatschappelijke omgevingsdruk in de wijken vergelijkbaar is (vergelijkbaar demografisch en epidemiologisch ziektebeeld) is de bestuurlijke omgevingsdruk (de *structurering en organisatie*) van zorg anders. Hoewel in beide wijken (multidisciplinaire) projecten rondom

de verbetering van gezondheidszorg lopen wordt hier in Overvecht meer aan gedaan. Bovendien wordt er in Overvecht (stelselmatig) samengewerkt in multidisciplinaire centra, tegenover Noord waar dit nauwelijks gebeurt. Hierdoor wordt een meer holistische visie op zorg en een inherent holistische beroepsopvatting georganiseerd, waardoor samenwerking (als van nature) gestimuleerd wordt. Bij nader onderzoek blijkt de invloed van de endogene factoren mogelijk toch van groter belang. Een sterkere manifestatie van de professionele kenmerken betekent niet simpelweg een engere beroepsopvatting. De invulling van de kenmerken lijkt het verschil te maken in hoe de professional naar de samenwerking en gezondheidszorg kijkt. Degenen die zich het meest lijken te verbinden (bijvoorbeeld via beroepsverenigingen) aan het professionele domein kunnen daar, onder andere door de sterke invloed van kennisdeling (denk aan symposia en congressen), ook weer het meeste 'buiten', over de grenzen van het eigen domein kijken waardoor zij beter in staat zijn om samen te werken met het gemeenschappelijke doel, 'gezondheidszorg' voor ogen. Uit de keuze zich niet aan te sluiten bij een beroepsdomein, zoals in Noord meer gebeurt, blijkt misschien juist wel een sterke neiging tot 'solo' werken. Om de kennisdeling, de 'juiste' invloed van de endogene factoren, mogelijk te maken is de structurering vanuit de exogene factoren van belang, denk aan het beschikbaar zijn van middelen, geld en aandacht (bestuurlijke condities) en de organisatie van samenwerking waar vanuit kennisdeling en een holistische visie kunnen ontstaan (de organisatie van zorg in multidisciplinaire centra en projecten).

6.5 Conclusie

In dit hoofdstuk 'Beroepsopvatting en de gevolgen voor samenwerking' is de invulling van de beroepsopvatting van de professionals in Overvecht en in Noord in kaart gebracht, aan de hand van de invulling van 'de mate van professionalisme' en de gevolgen van de omgeving waarin de professionals zich in de wijken bevinden en hun 'wisselwerking' hiermee. Uit de invulling van deze 'endogene' en 'exogene' invloed op professionalisme blijkt de beroepsopvatting in Noord 'enger' dan de beroepsopvatting in Overvecht, in die zin dat er, ondanks vergelijkbare maatschappelijke omstandigheden (met betrekking tot demografische en epidemiologische omgeving) niet hetzelfde gevolg aan de druk uit de omgeving wordt gegeven. In Noord blijft de samenwerking tot op bepaalde hoogte beperkt door doorverwijzingen en wordt er samengewerkt in enkele projecten, terwijl in Overvecht naast de projecten en doorverwijzingen ook vanuit een haast collectieve beroepsethos wordt samengewerkt met een holistische visie op gezondheidszorg als ideaal. De samenwerking in Overvecht wordt ook getypeerd door het werken in multidisciplinaire centra, waar deze holistische visie wordt gefaciliteerd. Dit verschil lijkt voornamelijk te verklaren vanuit in endogene zin de manier waarop kennisdeling plaats vindt en in exogene zin de manier waarop deze kennisdeling (en samenwerking) bestuurlijk georganiseerd wordt (namelijk in de vorm van (het aanjagen van) kennisdeling in projecten en multidisciplinaire centra en tijdens bijvoorbeeld congressen en symposia).

In het volgende hoofdstuk, 'Theoretische en empirische duiding: beantwoording van de deelvragen' wordt aan de hand van de beantwoording van de vooraf opgestelde theoretische en empirische deelvragen duiding gegeven aan deze bevindingen.

Deel III – Conclusies

7

Hoofdstuk 7 Theoretische en empirische duiding: beantwoording van de deelvragen

In dit hoofdstuk 'Theoretische en empirische duiding: beantwoording van de deelvragen' wordt 'de balans opgemaakt' van het onderzoek tot nu toe. In de voorgaande hoofdstukken is de contextuele en theoretische plaats van het onderzoek bepaald (hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3), is de onderzoeksaanpak weergegeven (hoofdstuk 4) en is de context van de wijken geschetst en de beroepsopvatting van de professionals hierin onderzocht en ingevuld (hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6). In dit hoofdstuk komt deze informatie (voor zover dat nog niet is gebeurd) samen in de beantwoording van de in het begin opgestelde theoretische en empirische deelvragen. Hiermee wordt de aanzet voor het beantwoorden van de hoofdvraag gegeven, die in hoofdstuk 8 aan bod komt.

7.1 Inleiding

Naar aanleiding van de epidemiologische transitie in de gezondheidszorg is het de vraag of de inrichting van 'ons' zorgstelsel nog wel toegepast is op de huidige zorgvraag (OECD, 2011). Een bredere zorgvraag met een systeemgebaseerde achtergrond lijkt om een systeemgebaseerde en holistische benadering van gezondheid en de patiënt te vragen (Starfield, 1998; Sturmberg, 2007). Professionals in de eerstelijnszorg lijken, vanwege hun directe contact met de patiënt in zijn omgeving en vanwege de multidisciplinaire aard van de eerste lijn, bij uitstek geschikt om hier een belangrijke rol in te spelen. Vanuit dit vraagstuk is de doelstelling van dit onderzoek opgesteld, namelijk om te onderzoeken hoe de beroepsopvatting van professionals van invloed is op (domeinoverschrijdende) samenwerking. Om tot het doel van dit onderzoek te komen zijn een aantal theoretische en empirische deelvragen opgesteld, die de 'bouwstenen' vormen voor het beantwoorden van de hoofdvraag. In dit hoofdstuk wordt een antwoord op deze deelvragen geformuleerd. In §7.2 worden eerst de theoretische deelvragen beantwoord, waarna in §7.3, deels op basis van de beantwoording van de theoretische deelvragen, de empirische deelvragen worden beantwoord. In §7.4 wordt afgesloten met een vooruitblik naar het volgende hoofdstuk.

7.2 Theoretische deelvragen; professionalisme, omgeving, beroepsopvatting en samenwerking

7.2.1 Inleiding

De theoretische deelvragen die in hoofdstuk 1 zijn toegelicht vormen, samen met de empirische deelvragen, de 'bouwstenen' voor het beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek. Deze beantwoording is onderbouwd aan de hand van de invulling van de drie belangrijkste theoretische concepten, 'professionalisme', 'omgeving' en 'beroepsopvatting'.

In deze paragraaf 'beantwoording van de theoretische deelvragen; professionalisme, omgeving, beroepsopvatting en samenwerking' wordt per theoretische deelvraag een antwoord geformuleerd rondom de

drie belangrijkste concepten van het onderzoek. Deze antwoorden leggen de basis voor het beantwoorden van de empirische deelvragen en de beantwoording van de hoofdvraag in het volgende hoofdstuk.

7.2.2 Beantwoording van de theoretische deelvragen

Deelvraag 1: “Wat is professionalisme en wie zijn professionals?”

De deelvraag ‘wat is professionalisme en wie zijn professionals?’ is beantwoord vanuit het concept ‘professionalisme’ en op te delen in ‘wat is professionalisme?’ en daaruit afgeleid ‘wie zijn professionals?’. Wat professionalisme is en daaruit afgeleid wie zich professionals mogen noemen staat ter discussie (Evetts, 2003; Noordegraaf, 2007); dé professional bestaat niet. ‘Klassieke’ professionalismes zoals de geneeskunde vormen de basis van het begrip. De kenmerken van deze professionalismes en de manier waarop ze worden ingericht worden overgenomen door andere groepen die zich aan het ‘professionaliseren’ zijn (Wilensky, 1964; Freidson, 2001; Evetts, 2003; Noordegraaf, 2007; Noordegraaf & Schinkel, 2011). Dit kan functioneel benaderd worden, de term professionalisme geeft toegang tot bepaald ‘kapitaal’, maar kan (juist daarom) ook heel politiek ingezet worden (Noordegraaf & Schinkel, 2011). Klassiek professionalisme wordt gekenmerkt door de mate waarin de leden van de beroepsgroep controle hebben over de inhoud van hun professie, *controlled content* (Noordegraaf, 2007). Hieraan ontleent de professional een zekere mate van autonomie binnen de samenleving. De controle van de inhoud gebeurt aan vijf kenmerken van het professionalisme (Noordegraaf, 2007):

- ✚ Het lid zijn van een beroepsvereniging (*occupational closure*);
- ✚ Het hanteren van een opleiding, bij voorkeur gestuurd vanuit de beroepsvereniging;
- ✚ Het uitwisselen en delen van kennis door de professionals onderling;
- ✚ Het hanteren van codes die leidend zijn voor het handelen van de professional, een beroepsethos;
- ✚ Het reguleren (en sanctioneren) van de leden van de beroepsgroep om de beroepsgroep exclusief te houden en het werk van de professionals te reguleren.

De mate waarin een beroepsgroep en een persoon zich meer of minder professioneel kan noemen hangt af van de mate waarin deze kenmerken van het professionalisme zich in de beroepsgroep manifesteren (Noordegraaf & Schinkel, 2011). De ervaring van sterke autonomie op het eigen beroepsdomein door de professional en de sterke manifestatie van ‘professionele grenzen’ vormen een barrière voor innovatie en een uitdaging voor (multidisciplinaire) samenwerking (Noordegraaf & Van der Klauw, 2011). Samenwerking wordt bemoeilijkt door de onderlinge domeinstrijd, *turf battles* (Abbott, 1988) die over de begrenzingen van professionele domeinen gaat.

Deelvraag 2: “Hoe ziet de omgeving van de professional er uit?”

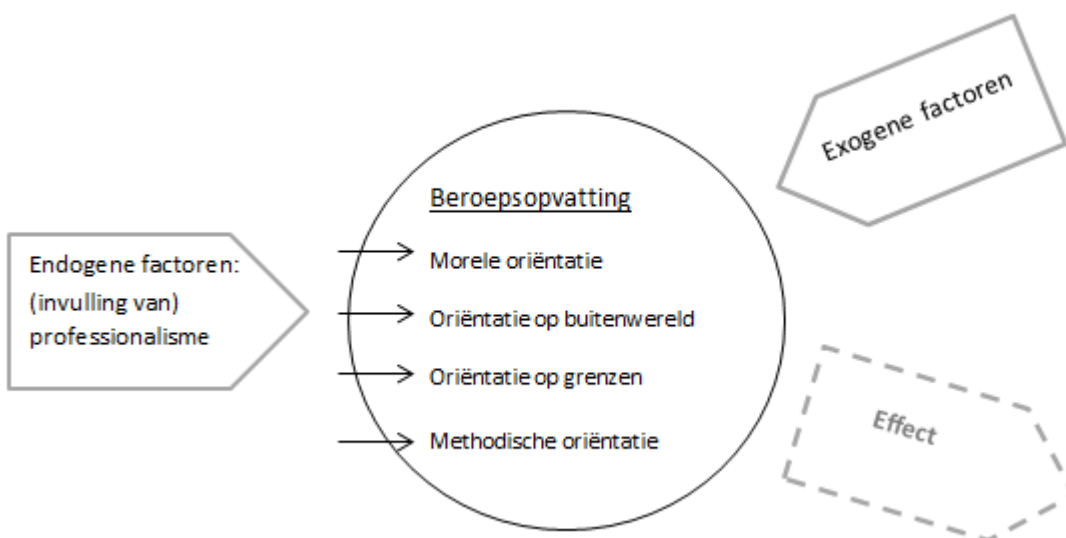
De deelvraag ‘hoe ziet de omgeving van de professional er uit?’ is beantwoord vanuit het concept ‘omgeving’. De professional kan, zeker in de publieke sector, niet los gezien worden van zijn omgeving. De maatschappelijke omgeving en ontwikkelingen binnen de publieke sector hebben ook hun weerslag op de professional. Sinds de democratiseringsbeweging van de jaren ‘60 en ‘70 is de kritiek op de professional en de (vanzelfsprekende) autoriteit en autonomie die professionals genieten toegenomen (Tonkens, 2008). Toenemende individualisering en mondigheid onder burgers dragen hier aan bij door een toenemende kritische houding van de burger ten opzichte van de professional (Noordegraaf, 2004). Daarnaast zijn informatie en kennis veranderd en gestandaardiseerd. Ze zijn breder toegankelijk geworden (Noordegraaf, 2004; OECD, 2011). Professionals kunnen deze toename aan en toegankelijkheid in kennis als bedreiging van de *professional control* en de autoriteit die zij op hun vakgebied hebben ervaren (OECD, 2011). Zij moeten hun eigen kennis verstevigen maar krijgen ook te maken met een meer kritische houding vanuit de samenleving. Zij bevinden zich in een *double blind* (Tonkens, 2008) of interventiefuik, er moet veel maar er kan weinig (Noordegraaf, 2004). Naast de maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de professional en de manier waarop professionalisme wordt ingericht en uitgeoefend (‘de professionele logica’, Tonkens, 2008) onderscheidt Tonkens (2008) ook de bureaucratische- en marktlogica. Waar de professionele logica waarde hecht aan kwaliteit en maatwerk, hechten de bureaucratische- en marktlogica waarde aan respectievelijk

rechtsgelijkheid en zorgvuldigheid, en efficiëntie en snelheid (zie tabel 3.2). Deze waarden zijn ten dele tegenstrijdig en de professional loopt tegen praktische begrenzing aan wanneer hij op een bepaalde manier wil handelen en regulering vanuit bijvoorbeeld de overheid dit beperkt (Tonkens, 2008).

Deelvraag 3: “Wat is beroepsopvatting van professionals en hoe komt deze tot stand?”

De deelvraag ‘wat is beroepsopvatting van professionals en hoe komt deze tot stand?’ is beantwoord vanuit het concept ‘beroepsopvatting’. Om te bepalen hoe professionals hun beroep inrichten en te onderzoeken hoe zij in relatie tot dit beroep met bepaalde zaken omgaan is het belangrijk om te weten wat hun beroepsopvatting is en welke factoren van invloed zijn op hoe beroepsopvatting tot stand komt. Het antwoord op deze vraag wordt dan ook ingevuld door enerzijds te beantwoorden ‘wat beroepsopvatting is’ en anderzijds ‘hoe beroepsopvatting tot stand komt’. Wat de beroepsopvatting is, is enerzijds afhankelijk van de manier waarop het beroep van ‘binnenuit’ wordt ingevuld, in welke mate professionalisme en de kenmerken van professionalisme in de professional ‘gemanifesteerd’ zijn (zie deelvraag 1) en is anderzijds afhankelijk van de omgeving, de context waarin de professional zich begeeft (zie deelvraag 2). Samen vormen deze invloeden het referentiekader van waaruit de professional naar zijn eigen beroep kijkt en die leidend is voor het handelen van de professional. Dit referentiekader wordt ingevuld aan de hand van de *framing rules* van Hochschild. *Framing rules* bepalen de oriëntatie van de professional op morele waarden (de morele *framing rules*), zijn oriëntatie op de buitenwereld (historische *framing rules*) en zijn oriëntatie op de grenzen van zijn werk (pragmatische *framing rules*). Daarnaast is voor professionals in de zorg een methodische oriëntatie van belang, een oriëntatie op de manier van behandelen.

Wat beroepsopvatting is wordt bepaald door het referentiekader van de professional. Hoe dit wordt ingevuld, hoe beroepsopvatting tot stand komt en het referentiekader wordt ingevuld wordt van ‘binnenuit’ gevormd, de endogene factoren, en van ‘buitenaf’ gevormd, de exogene factoren. De endogene factoren worden bepaald door de mate waarin *controlled content* zich in de professional manifesteert. Hoe steviger de kenmerken van het professionalisme in de professional gemanifesteerd zijn, hoe enger de beroepsopvatting van de professional. De exogene factoren tonen de invloed van de omgeving, de context waarin de professional zich bevindt. Wat de beantwoording van deelvraag 2 laat zien is dat professionele autoriteit, onder invloed van de omgeving, minder vanzelfsprekend dan ‘vroeger’ is geworden. Omdat professionals op zoek zijn naar *professional control*, zoals de beantwoording van deelvraag 1 laat zien, maakt dit professionals onzeker over hun eigen (morele) handelen (Tonkens, 2008). In figuur 3.1, hieronder herhaald (figuur 7.1) staat schematisch weergegeven hoe de endogene en exogene factoren samen van invloed zijn op hoe de professional zijn beroep invult (en de *framing rules* worden ingevuld).



Figuur 7.1 ‘Beroepsopvatting’

Deelvraag 4: “Wat is de invloed hiervan op domeinoverschrijdende samenwerking?”

De deelvraag ‘wat is de invloed hiervan op domeinoverschrijdende samenwerking?’ legt uit hoe de manier waarop beroepsopvatting tot stand komt en hoe beroepsopvatting ingevuld wordt van invloed is op de manier waarop de professional handelt, in het bijzonder met betrekking tot (domeinoverschrijdende) samenwerking. Deelvraag 1 beschrijft hoe naarmate *controlled content* zich steviger in het professionalisme manifesteert de beroepsopvatting enger wordt. Hoe klassieker en dus enger de beroepsopvatting, hoe duidelijker de autoriteit en autonomie van een professional op een zeker gebied gemanifesteerd zijn. Dit betekent ook een scherpe ‘domeinafbakening’, de professional is een autoriteit op dat gebied (denk aan specialisten in de geneeskunde) en ontleent hier ook status aan, onder collega’s (*peers*) en in de samenleving. Dit betekent dat de grenzen van zijn beroepsveld, zijn domein scherp zijn afgebakend (Abbott, 1995). Hoe enger de beroepsopvatting, hoe steviger de professionele grenzen en hoe minder groot de neiging tot samenwerking. In figuur 7.1 wordt het ‘gevolg’ van beroepsopvatting getoond door de onderbroken pijl. De manier waarop samenwerking tussen professionals plaatsvindt is in dit onderzoek een gevolg van de manier waarop beroepsopvatting ingevuld wordt.

Het antwoord op deze deelvraag zal opvallend genoeg met name interessant blijken vanuit het contrast met de empirische bevindingen. Theoretisch verstevigt een sterke aanwezigheid van de kenmerken van professionalisme de grenzen rondom het beroepsdomein, maar door kennisdeling (juist via professionele kanalen) en de juiste bestuurlijke omstandigheden blijkt beroepsopvatting, deels naar aanleiding van deze kenmerken, dynamisch te zijn en te ‘schuiven’.

7.3 Empirische deelvragen: beroepsopvatting in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord

7.3.1 Inleiding

De theoretische concepten die in hoofdstuk 3 zijn ingevuld en de theoretische deelvragen die op basis hiervan zijn beantwoord vormden de basis voor het empirische onderzoek. Naar aanleiding van het empirische onderzoek in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord is een beeld gevormd van hoe de omgeving van deze wijken er uit ziet, in welke omgeving de professionals dus werkzaam zijn (hoofdstuk 5). Ook is van een selectie professionals uit de eerstelijnszorg, waaronder huisartsen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers onderzocht ‘hoe professioneel’, zoals getypeerd in de beantwoording van deelvraag 1, zij zijn (zie hoofdstuk 6) en is besproken hoe zij naar samenwerking kijken (zie hoofdstuk 5). Naar aanleiding van het model van beroepsopvatting, figuur 7.1, is in hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6 de basis gelegd voor het beantwoorden van de empirische deelvragen. Net als de theoretische deelvragen vormen de empirische vragen de ‘bouwstenen’ voor het beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek.

In deze paragraaf ‘beantwoording van de empirische deelvragen’ wordt per deelvraag een antwoord geformuleerd. De concepten die in hoofdstuk 3 tot stand zijn gekomen zijn sturend geweest in het onderzoeken en beantwoorden van de empirische deelvragen.

7.3.2 Beantwoording van de empirische deelvragen

Deelvraag 1: “Hoe zijn professionals in de eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord te typeren?”

Het antwoord op de deelvraag ‘hoe zijn professionals in de eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord te typeren?’ wordt gebaseerd op de invulling van het concept ‘professionalisme’: wat professionalisme is en wie professionals zijn. In §3.2 is hier een theoretische invulling aan gegeven en in deelvraag 1 is hier een antwoord op geformuleerd. De plaatsing op de ‘schaal’ van professionalisme, in hoeverre de beroepsgroep en/of het individu zich professional mag noemen is afhankelijk van de mate waarin de kenmerken van *controlled content*, beroepsopvatting, opleiding, kennis, codes en regulering, aanwezig zijn. In §6.2.3 is voor

Overvecht in kaart gebracht in hoeverre de gesproken professionals aan deze kenmerken voldoen²¹. In §6.2.4 is voor Noord hetzelfde gedaan. Naar aanleiding van de (al dan niet) aanwezigheid van deze kenmerken onder de professionals in de wijken wordt een uitspraak gedaan over de ‘mate’ van (klassieke) professionaliteit. Uit een vergelijking tussen de wijken blijkt dat de kenmerken van klassiek professionalisme in Overvecht net iets meer gemanifesteerd zijn dan in Noord:

| Kenmerk van professionalisme | Constatering in de wijk |
|---|--|
| <p>✚ Het lid zijn van een beroepsvereniging (<i>occupational closure</i>);</p> | <p>Dit blijkt met name uit de deelname van de professionals aan een beroepsvereniging, in Overvecht zijn alle professionals aangesloten bij een beroepsvereniging, in Noord is dit minder dan de helft. De professionals uit Overvecht geven echter wel aan niet ‘actief’ te zijn binnen hun beroepsvereniging. Ze verbinden zich, door middel van hun lidmaatschap, dus wel, maar gaan niet in deze professionele <i>community</i> op.</p> |
| <p>✚ Het hanteren van een opleiding, bij voorkeur gestuurd vanuit de beroepsvereniging;</p> | <p>Met betrekking tot opleiding blijkt dat alle professionals uit Noord de opleiding hebben gevolgd voor het beroep dat ze nu uitoefenen, in Overvecht is dat iedereen op één professional na.</p> |
| <p>✚ Het uitwisselen en delen van kennis door de professionals onderling;</p> | <p>Als gevolg van de aansluiting bij de beroepsvereniging zijn de professionals in Overvecht relatief iets actiever in het delen van hun kennis dan de professionals in Noord. In dit onderzoek is ‘het delen van kennis’ geoperationaliseerd door te vragen naar congres- en symposiabezoek door professionals. Zowel in Overvecht als in Noord gaven de meeste professionals aan congressen en symposia te bezoeken. Daarbij gaven ze aan niet zo vaak te (kunnen) gaan als ze zouden willen. In Overvecht is congres- en of symposiabezoek vaak gerelateerd aan het halen van (bijscholings)punten als vereiste voor het lidmaatschap van de beroepsvereniging.</p> |
| <p>✚ Het reguleren (en sanctioneren) van de leden van de beroepsgroep om de beroepsgroep exclusief te houden en het werk van de professionals te reguleren.</p> | <p>Omdat regulering inhoudt dat de professional aan bepaalde richtlijnen (van de beroepsgroep) moet voldoen om zijn lidmaatschap te behouden en zich professional te kunnen blijven noemen. In dit onderzoek is dit geoperationaliseerd als het volgen van na- of bijscholing, als regulering (en anders sanctionering) van de beroepsgroep. Net als bij het derde punt wordt dit kenmerk gestuurd door al dan niet deelname aan een beroepsvereniging door de professional. Hoewel na- en bijscholing in beide wijken plaatsvindt, vindt het met name in Overvecht plaats als gevolg van regulering door de beroepsgroep, voor het behalen van ‘punten’ om volwaardig lid te mogen blijven.</p> |

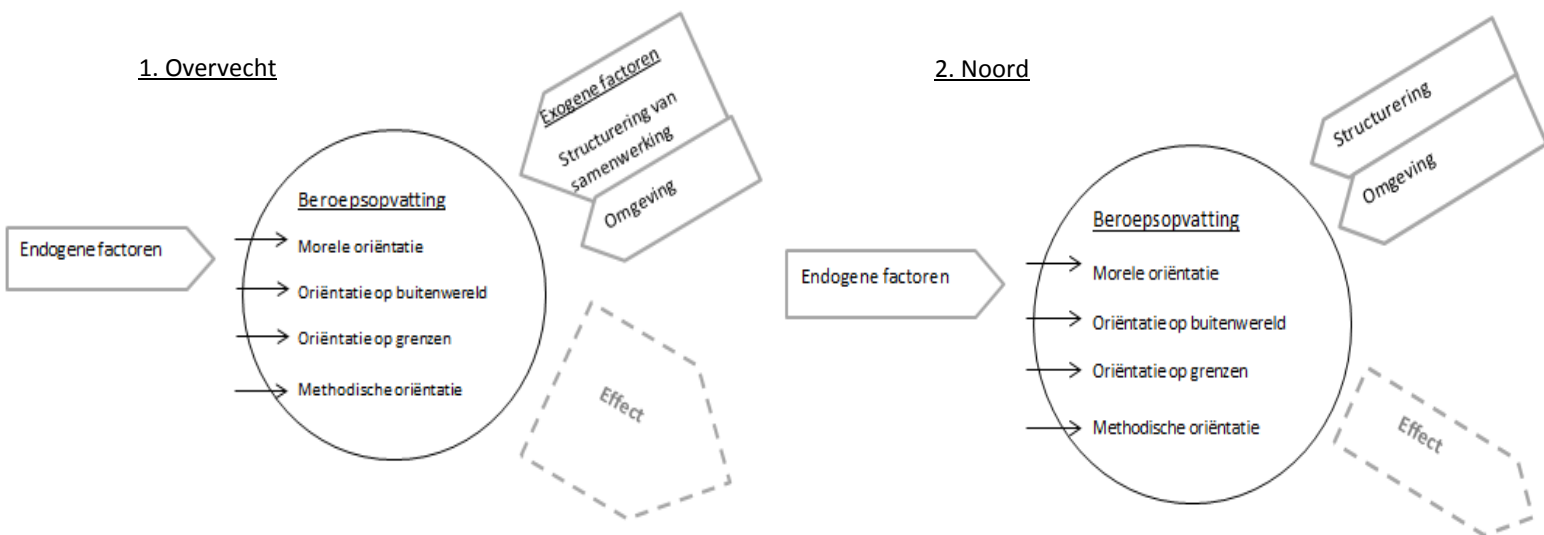
Met betrekking tot de beantwoording van de vraag ‘hoe zijn professionals in de eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord te typeren?’, waarbij professionalisme wordt uitgelegd zoals in §3.2 en de beantwoording van theoretische deelvraag 1, lijken de professionals in Overvecht vanuit een vergelijkend

²¹ Voor ‘codes’, de beroepsethos, is dit hier niet ingevuld omdat een ‘ja/nee’ antwoord hier geen zicht op geeft.

perspectief ‘professioneler’ te zijn dan de professionals in Noord. Dit volgt met name vanuit het lidmaatschap van een beroepsgroep van de professionals, wat gevolgen heeft voor het delen van de kennis en het reguleren van het handelen van de professionals. Bij nadere bestudering lijkt de mate van de aanwezigheid van de kenmerken echter niet alles te zeggen: zo geven de professionals in Overvecht onder andere aan wel lid te zijn van de beroepsvereniging maar dat dit geen actief lidmaatschap is. Ze gaan dus niet ‘op’ in deze vorm van professionele *community*. Wel zijn alle professionals in Overvecht en Noord bekend met de kenmerken van professionalisme en nemen ze er zonder uitzondering in meer of mindere mate deel aan. Er is dus wel een zekere nadruk op relaties aanwezig en wanneer deze verbonden raakt met bepaalde omgevingsdruk, zoals in Overvecht, kan dit ‘getriggered’ worden en ontstaat er een omslag naar samenwerking. Zoals uit het verschil tussen Overvecht en Noord blijkt zijn hier wel zekere voorwaarden voor nodig. Een duidelijke typering van klassiek en minder klassiek (of ‘hybride’) professionalisme lijkt in de wijken dus niet te maken zijn. Evetts constateerde in 2003 niet zozeer een strakke lijn tussen de ‘soorten’ professionalisme (zie §3.2.1) maar gaf er de voorkeur aan gemeenschappelijke kenmerken en processen te benadrukken. Deze typering van professionalisme lijkt meer passend voor Overvecht en Noord: van een duidelijk meer of minder klassiek professionalisme lijkt geen sprake, ondanks de aanwezigheid en deels ook naleving van het *controlled content* in de wijken.

Deelvraag 2: “Hoe vatten deze professionals hun beroep op?”

Voor de beantwoording van de deelvraag ‘hoe vatten deze professionals hun beroep op’ is de beroepsopvatting van de professionals in de eerstelijnszorg in Overvecht en Noord aan de hand van het model voor beroepsopvatting onderzocht. De invulling van deze beroepsopvatting wordt gegeven aan de hand van de zoals in §3.4 en in het antwoord van theoretische deelvraag 3 beschreven endogene en exogene factoren. De endogene factoren worden ingevuld vanuit de ‘mate van professionalisme’ van de professionals en de exogene factoren houden de invloed van en de wisselwerking van de professional met de omgeving in. In hoofdstuk 6 is een analyse gemaakt van de mate van professionaliteit van de respondenten uit Overvecht en Noord, waarvan empirische deelvraag 1 een typering geeft.



Figuur 7.2 ‘Beroepsopvatting Overvecht en Noord vergeleken’

Naar aanleiding van de invulling van de referentiekaders (morele oriëntatie, oriëntatie op de buitenwereld, oriëntatie op grenzen en methodische oriëntatie) zoals beschreven in hoofdstuk 6 (§6.4) lijkt de beroepsopvatting van professionals in Noord vanuit een vergelijkend perspectief ‘enger’ dan de beroepsopvatting van professionals in Overvecht. Zoals uit de eerste empirische deelvraag blijkt lijken de

endogene factoren zich in Overvecht sterker te manifesteren dan in Noord, maar dit wordt genuanceerd door de actieve invulling en de waarde die de professionals in Overvecht aan deze kenmerken geven. In Noord lijken professionele grenzen wel steviger gemanifesteerd. Er is geen sprake van *turf battles* tussen de professionals maar de domeinoverschrijding gaat niet verder dan doorverwijzing naar een andere professional of een (sporadisch) gezamenlijk consult (met name bij de professionals die niet in multidisciplinaire centra werkzaam zijn). Ook de organisatie van zorg in de wijken speelt een rol in het verklaren van het verschil in beroepsopvatting. In Overvecht wordt er meer (samen)gewerkt in multidisciplinaire centra dan in Noord en is dankzij de inzet van enkele 'aanjagers', professionals die een bredere visie op zorg van groot belang vinden en naar aanleiding hiervan een collectieve benadering van zorg stimuleren (onder andere door het werken in multidisciplinaire centra te standaardiseren), een collectieve visie en behandeling van cliënten ontstaan. De omgeving, of context, waarin de professionals zich bevinden en werken vertoont anderzijds juist vergelijkbare kenmerken, beide wijken worden gekenmerkt door een veranderend ziektebeeld: multimorbiditeit en daarmee de bredere zorgvraag (gericht op meer dan medische aspecten alleen) nemen toe. In figuur 7.2 is deze vergelijking, aan de hand van het model van beroepsopvatting (zie §3.4), schematisch weergegeven. De impact van de endogene factoren, de kenmerken van professionalisme, lijkt voor beide wijken vergelijkbaar (zie linker pijl). De impact van de exogene factor 'omgeving' (rechter onderste pijl) lijkt ook vergelijkbaar. De structurering van de zorg, als tweede exogene factor is echter verschillend. Zoals in het linker model (Overvecht) is weergegeven is de impact van de structurering van zorg op beroepsopvatting in Overvecht groter dan in Noord. Groter in die zin dat die factor een duidelijke invloed en gevolg heeft voor de manier waarop professionals hun beroep opvatten, namelijk breder, en domeinoverschrijdend te werk gaan. Uit de morele oriëntatie van de professionals uit Overvecht blijkt een, naar eigen zeggen, holistische visie op gezondheid en cliënten. Dit uit zich (ook qua methode) in een brede benadering van de cliënten en lijkt een 'collectieve beroepsethos' teweeg te brengen, waarbij er gezamenlijk wordt nagedacht over de beste manier om de gezondheid van de populatie in de wijk te verbeteren. De beroepsopvatting is breder in die zin dat de focus op meer dan het eigen 'domein' alleen ligt en loskomt van enkel een methodische focus, ook de morele oriëntatie van de professional wordt aangesproken. De beroepsopvatting wordt hierdoor dynamischer. In Noord is de invloed van exogene factoren kleiner, professionals constateren de druk maar dit heeft beperkte tot geen impact op de manier waarop ze hun beroep invullen. De domeingrenzen zijn steviger gemanifesteerd.

In Overvecht krijgen de kenmerken van professionalisme dus als het ware een andere invulling door de nadruk op kennisdeling (samenwerking in multidisciplinaire centra, samenwerking in projecten en onder invloed van 'aanjagers') in de wijk. Hierdoor komt er een nadruk op relaties tussen professionals te liggen. Wanneer dit 'omgeven' wordt door de juiste bestuurlijke condities en organisatievormen (bijvoorbeeld de organisatie van zorg in multidisciplinaire centra in plaats van solopraktijken) kan de oriëntatie van de professional op enkel zijn eigen domein (alleen een methodische oriëntatie) verschuiven naar een 'meervoudige' oriëntatie, een breder perspectief op zorg. Hierdoor wordt de overbrugging van grenzen, domeinoverschrijding rondom samenwerking, zoals in Overvecht wordt getoond, bevordert. Beroepsopvatting is dus niet statisch maar kan dynamisch worden wanneer de juiste omstandigheden aanwezig zijn. In plaats van op zichzelf staande factoren lijkt beroepsopvatting dus een 'proces', waarbij de invloed van de structurering van zorg (de multidisciplinaire centra) en de stimulatie hiervan (door 'aanjagers', professionals in de wijk) een bepaalde beroepsopvatting mogelijk maken. Op 'zijn' beurt stimuleert de beroepsopvatting het bestaan van de multidisciplinaire centra en het dragen van die collectieve visie in zekere zin, de holistische visie op zorg in Overvecht werkt vanuit dat ideaal bevorderend voor het werken in multidisciplinaire centra.

De manier waarop professionals in Overvecht en Noord hun beroep opvatten wordt dus, zoals in figuur 7.1 geschetst, beïnvloed door endogene en exogene factoren die het referentiekader van de professional beïnvloeden. Uit het onderzoek in de wijken blijkt de beroepsopvatting in Overvecht 'breder' te zijn dan in Noord. In Overvecht wordt een meer holistische visie op gezondheidszorg gehanteerd dan in Noord, met als gevolg dat er in Overvecht vanuit een 'collectieve beroepsethos' nauwer wordt samengewerkt, zowel praktisch (methodisch) als vanuit een dieperliggende aanpak van de gezondheid van de populatie in de wijk. Deze

holistische visie in Overvecht bevordert de bredere invulling van beroepsopvatting doordat er vanuit de collectieve holistische visie meer wordt samengewerkt in bij voorkeur multidisciplinaire centra. Tegelijkertijd bevordert het bestaan van deze centra voor de professionals die er in werken de 'bredere kijk' op de zorg, ofwel de holistische visie. In Noord wordt er minder collectief samengewerkt en is het werken in multidisciplinaire centra (en zijn de disciplinaire centra op zichzelf) minder in de wijk aanwezig. De bredere beroepsopvatting komt dus niet alleen door de structurering die dit mogelijk maakt (in Overvecht stimuleert het werken in multidisciplinaire centra de morele oriëntatie van de professionals in de richting van een holistischer mensbeeld) maar bevordert deze structurering, en daarmee de beroepsopvatting, ook zelf weer.

Deelvraag 3: "Hoe wordt er door professionals in de eerstelijnszorg samengewerkt?"

Het antwoord op de deelvraag 'hoe wordt er door professionals in de eerstelijnszorg samengewerkt' heeft betrekking op de manier van samenwerking in de wijk, hoe werken de professionals samen in Overvecht en hoe werken zij samen in Noord? In hoofdstuk vijf is de manier en de structurering van de manier van samenwerking in de wijken weergegeven. In de tweede empirische deelvraag is weergegeven hoe de beroepsopvatting van de professionals in Overvecht en Noord tot stand komt. Een engere beroepsopvatting betekent een stevigere manifestatie van de grenzen van het 'domein' van de professional. Uit de vergelijking van de beroepsopvattingen in de tweede empirische deelvraag blijkt die van Noord relatief 'enger' dan die van Overvecht, in Noord wordt er vanuit de beroepsopvatting van de professionals minder samengewerkt dan in Overvecht. Praktisch krijgt dit in Overvecht vorm in de meer holistische, collectieve samenwerking en in Noord in de vorm van samenwerking die wordt gekenmerkt door doorverwijzingen. Ook wordt er door professionals in Overvecht meer (samen)gewerkt in multidisciplinaire centra dan in Noord. De professionals in Overvecht maken ook gebruik van doorverwijzing maar vaker binnen het eigen centrum, wat samenwerking makkelijker en laagdrempeliger maakt omdat zij elkaar beter kennen. Daarnaast wordt, zoals in §5.2 wordt beschreven, in beide wijken in toenemende mate samengewerkt in projecten rondom de verbetering van de gezondheid van de wijkbewoners (zoals Gezonde Wijk Overvecht, Beter Samen in Noord en project Zichtbare Schakel in beide wijken).

Deelvraag 4: "Hoe kan deze samenwerking worden verklaard vanuit de beroepsopvatting van de professionals?"

De beantwoording van de deelvraag 'hoe kan deze samenwerking worden verklaard vanuit de beroepsopvatting van de professionals?' komt tot stand op basis van de manier van samenwerken in de wijken (zoals in hoofdstuk 5 en de derde empirische deelvraag wordt beschreven) en de manier waarop beroepsopvatting in de wijken is ingevuld (zoals in de tweede empirische deelvraag is geschetst). Tijdens het onderzoek is met de professionals gesproken over de manier waarop zij samenwerken met hun collega's in de wijk en waarom dit zo gaat. In Overvecht wordt gewerkt in multidisciplinaire centra en in projecten. De professionals werken via een collectieve 'oriëntatie op methode' met hun cliënten, die voortkomt uit de holistische visie die ze op deze cliënt en gezondheidszorg hebben. In Noord wordt minder samengewerkt in multidisciplinaire centra maar wordt wel deelgenomen aan projecten. Er is in vergelijking met Overvecht minder tot geen sprake van een collectieve aanpak. In het model 'beroepsopvatting' dat in §3.4 is geschetst (figuur 3.1) is geconstrueerd hoe de manier waarop de professional zijn beroep opvat van invloed is op hoe hij naar samenwerking kijkt. Een engere beroepsopvatting betekent een stevigere manifestatie van en oriëntatie op de grenzen van het 'domein' van de professional, waardoor samenwerking minder vanzelfsprekend is. De tweede empirische deelvraag licht toe hoe de beroepsopvattingen in Overvecht en Noord 'eruitzien' (figuur 7.2). Als gevolg van de bredere beroepsopvatting in Overvecht is de samenwerking ook intensiever. In figuur 7.2 is dit weergegeven door de bredere onderbroken pijl rechts onder. In Noord is het gevolg voor samenwerking relatief kleiner. Daar is het referentiekader van de professionals minder gericht op elkaar en meer op het eigen domein. Zoals in de tweede empirische deelvraag ook bediscussieerd wordt is er echter meer sprake van 'mechanismen in een proces' dan dat samenwerking daadwerkelijk wordt *verklaard* vanuit beroepsopvatting. Uit het proces van Overvecht blijkt dat samenwerking ook pas tot stand komt als het gefaciliteerd wordt (in onder andere de multidisciplinaire centra), waardoor het effect ook weer groter is.

7.4 Conclusie

In dit hoofdstuk, 'Karakterisering en context van de wijken: Utrecht Overvecht & Amsterdam Noord' is een antwoord geformuleerd op de theoretische en empirische deelvragen. In de beantwoording van de theoretische deelvragen is theoretische invulling aan de begrippen 'professionalisme', 'omgeving' en 'beroepsopvatting' gegeven. Deze begrippen en met name het model voor beroepsopvatting zijn gebruikt om de bevindingen van het onderzoek in de wijken Overvecht en Noord te beschrijven en verklaren. Deze bevindingen komen, in combinatie met het theoretische begrip van de concepten, tot uiting in de empirische deelvragen.

Opvallend is hoe de beroepsopvattingen in de wijken Overvecht en Noord verschillen, ondanks de vergelijkbare maatschappelijke en (tot op bepaalde hoogte vergelijkbare) bestuurlijke overeenkomsten. Dit kan ten dele worden verklaard door de manier waarop de professionals in Overvecht invulling geven aan 'professionalisme', de grote nadruk die op kennisdeling die in de wijk bestaat, en, als voorwaarde hiervoor, de bestuurlijke condities in de wijk (de zorg is in grote mate georganiseerd in multidisciplinaire centra en projecten) waardoor deze kennisdeling gefaciliteerd wordt en professionals 'de ruimte' krijgen om een brede visie op gezondheid en gezondheidszorg te hanteren. In het volgende hoofdstuk, 'Conclusie, aanbevelingen en discussie' zal naar aanleiding van het antwoord op de theoretische en empirische deelvragen een antwoord op de hoofdvraag worden gegeven.

8

Hoofdstuk 8 Conclusie, aanbevelingen en discussie

Dit hoofdstuk ‘Conclusie, aanbevelingen en discussie’ vormt het einde van dit onderzoek. In dit hoofdstuk wordt, op basis van de contextuele en theoretische plaatsbepaling van dit onderzoek, een antwoord geformuleerd op de centrale vraag die in het begin gesteld is. Op basis van deze conclusies en de onderzoeksresultaten worden praktische aanbevelingen voor organisatie en onderzoek gedaan: de aanbevelingen zijn gericht op de partijen die een rol in het proces van de overbrugging van beroepsopvatting en samenwerking spelen. De aanbevelingen voor onderzoek zijn ‘theoretische implicaties’, suggesties voor vervolgonderzoek op basis van de uitkomsten van dit onderzoek. Ten slotte zal in de discussie gereflecteerd worden op de uitkomsten van dit onderzoek met betrekking tot de aanleiding, waar het allemaal mee is begonnen: veranderende gezondheid(szorg) en de vraag om een ‘nieuwe’ professional.

8.1 Inleiding

Om tot het doel van dit onderzoek te komen en de hoofdvraag te beantwoorden zijn verschillende zaken onderzocht. In hoofdstuk 2 is de contextuele plaatsbepaling van het onderzoek geschetst. Hierin wordt beschreven hoe gezondheid en gezondheidszorg aan het veranderen zijn en welke gevolgen dit heeft voor de manier waarop gezondheidszorg (in Nederland) is ingericht. In het bijzonder is gekeken naar de rol van de eerstelijnszorg hierin. Verandering in de gezondheidszorg vraagt ook om een verandering van het ‘type’ professional dat in deze zorg werkzaam is. Hoofdstuk 3 draait om deze professionals en in het bijzonder om de manier waarop (hun) beroepsopvatting tot stand komt. Aan de hand van de theoretische analyse van het begrip ‘professionalisme’ en een beschrijving van de gevolgen van een veranderende omgeving voor professionals is een model voor beroepsopvatting ontwikkeld. Op basis van de invulling van de theoretische concepten ‘professionalisme’, ‘omgeving’ en ‘beroepsopvatting’ is het onderzoek in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord uitgevoerd. De bevindingen en analyse die hier het resultaat van waren, hoofdstuk 5 en 6, weerspiegelen respectievelijk de context (van de veranderende gezondheidszorg) waar professionals mee geconfronteerd worden, de ‘mate’ van professionalisme en de manier waarop beroepsopvatting in de praktijk tot stand komt. In het belang van de verandering waar professionals in de zorg voor gesteld staan is aan de hand van (de mate van) samenwerking, als gevolg van beroepsopvatting, het begrip in de praktijk ingevuld en is het theoretisch model gebruikt om verschillen te beschrijven en te verklaren. In hoofdstuk 7 zijn de context, de (theoretische) concepten, de resultaten en de analyse bij elkaar gekomen in de beantwoording van de theoretische en empirische deelvragen. In dit hoofdstuk ‘Conclusie, aanbevelingen en discussie’ wordt ten slotte, aan de hand van de beantwoording van de deelvragen, in §8.2 een antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. Naar aanleiding van deze conclusie en de bevindingen van het onderzoek worden in §8.3 de implicaties voor organisatie en onderzoek beschreven in de vorm van praktische en theoretische aanbevelingen. In §8.4 wordt ten slotte in de discussie gereflecteerd op de betekenis van dit onderzoek voor de aanleiding en de belangrijkste discussies waar dit onderzoek op aansluit, het veranderende ‘landschap’ van gezondheid en gezondheidszorg en aansluitend de rol van professionalisme.

8.2 Conclusie

8.2.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn de theoretische en empirische deelvragen van dit onderzoek beantwoord. De antwoorden op deze vragen vormen, zoals gezegd, de 'bouwstenen' voor de beantwoording van de hoofdvraag van dit onderzoek. In deze paragraaf, 'conclusie', zal op basis van het onderzoek naar beroepsopvatting dat is uitgevoerd in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord een antwoord worden gegeven op de hoofdvraag:

“Op welke wijze beïnvloedt de beroepsopvatting van professionals domeinoverschrijdende samenwerking in de eerstelijnszorg?”

Om deze vraag volledig te beantwoorden en de beantwoording een plaats te geven binnen de belangrijkste discussies waar dit onderzoek op aansluit zal in §8.2.1 eerst de inbedding van het onderzoek in de context, de omgeving die noodzaakt tot verandering, worden beschreven. In §8.2.2 wordt een 'theoretisch model als basis' geschetst. In §8.2.3 zal ten slotte een antwoord op de hoofdvraag worden gegeven en in §8.2.4 wordt hier (kort) op gereflecteerd.

8.2.2 Omgeving onder druk, noodzaak tot verandering

Gezondheid en gezondheidszorg zijn aan het veranderen. De demografische en epidemiologische transitie van de gezondheid(szorg) kent vier verschillende fasen die wereldwijd onderscheiden kunnen worden en een vijfde die nu aan de gang is. Van 'hongersnood en pest' in de 16^e eeuw laat de epidemiologie zien hoe ziekte in de huidige welvaartsstaat inmiddels in sterke mate gedrags- en omgevingsgerelateerd is (multimorbiditeit). Veranderingen in gezondheid vragen ook om een zekere flexibiliteit van de gezondheidszorg. De toenemende specialisatie in de gezondheidszorg is niet meer van toepassing op het gedragsgerelateerde ziektebeeld, de 'vijfde fase', die ontstaat. Dit is ook van invloed op de discussie rondom gezondheidszorg die in Nederland gevoerd wordt. Net als in andere landen stijgen de kosten van het Nederlandse zorgsysteem, onder andere door de (toenemende) vergrijzing snel. Om kosten te besparen en tegemoet te komen aan het veranderende ziektebeeld is de herinrichting van, of heroriëntatie op zorg belangrijk en noodzakelijk geworden. Een focus op eerstelijnszorg, *community care*, biedt hier mogelijk een uitkomst. Professionals in de eerstelijnszorg zijn 'de eerste' die in contact komen met een cliënt of patiënt die zijn klachten presenteert. 'Welzijn' in plaats van enkel 'zorg', of de patiënt in de bredere context van zijn omgeving (en de invloed hiervan op zijn gesteldheid) zien, neemt ook een belangrijkere plek in en kan in de eerste lijn ook voldoende aandacht krijgen omdat hier vaak het eerste contact tussen patiënt en 'zorg' plaatsvindt. Extra aandacht vanuit de eerste lijn voor zowel ziekte als omgeving kan preventie van ziekte bevorderen, waardoor (onnodige) kosten voorkomen kunnen worden. Omdat de invloed van het bredere ziektebeeld (multimorbiditeit) systeemgebaseerd is (alle onderdelen van een probleem of ziekte staan in relatie met elkaar, 'binnen' en 'buiten' de patiënt) is het van belang om de patiënt ook in dit 'bredere perspectief' te zien en de omgeving, de context van de patiënt te betrekken bij de behandeling. Sturmberg (2007) typeert dit bredere patiëntbeeld als de *systemic holistic approach* (Sturmberg, 2007). In Nederland beschrijft de RVZ (2010) een vergelijkbare trend in de oriëntatie op zorg. In het rapport 'Zorg voor je gezondheid!' (2010) beschrijft de Raad de transitie van ziekte en zorg, 'zz', naar gezondheid en gedrag, 'gg' die in de samenleving moet plaatsvinden om preventie te bewerkstelligen en kosten te reduceren. Een sterke eerstelijnszorg en een goede samenwerking in deze eerste lijn wordt van toenemend belang omdat er meer hulpverleners rondom een patiënt betrokken raken naarmate zorg complexer wordt.

8.2.3 Theoretisch kader als basis: beroepsopvatting van professionals

De veranderende omgeving oefent druk uit op de manier van handelen van de professional, juist bij professionals die werkzaam zijn in de publieke sector, zoals professionals in de (eerstelijns) zorg zijn. Dit vraagt om een verandering in het aanbod van zorg (dus ook een verandering van de *zorgprofessional*) en een zekere

mate van flexibiliteit in het handelingsvermogen van de professional. Het is hierbij van belang een inschatting te kunnen maken van de manier waarop deze professionals naar hun beroep kijken en hoe deze beroepsopvatting beïnvloed wordt. Hoe 'puurder' het professionalisme, hoe 'enger' de beroepsopvatting (Noordegraaf, 2007). In dit onderzoek is de beroepsopvatting van professionals (deels) modelmatig onderzocht. Dit model is in figuur 7.1 weergegeven. Het laat zien hoe de beroepsopvatting van professionals tot stand komt onder invloed van 'endogene' en 'exogene' omstandigheden. 'Beroepsopvatting' is in deze het referentiekader van de professional, de manier waarop hij naar de wereld kijkt en waardoor zijn handelen wordt bepaald (Hochschild, 1979). Dit referentiekader verklaart de morele oriëntatie, de oriëntatie op de buitenwereld, de oriëntatie op grenzen (Hochschild, 1979) en de methodische oriëntatie van de professional.

De endogene factoren die hierop van invloed zijn worden gevormd 'van binnenuit', namelijk hoe stevig het professionalisme in de professional 'gemanifesteerd' is. De mate waarin een professie al dan niet klassiek is en hoe stevig de professie gemanifesteerd is, is afhankelijk van de mate waarin de kenmerken 'beroepsvereniging', 'opleiding', 'kennis', 'codes' en regulering in de professie aanwezig zijn (Noordegraaf & Schinkel, 2011). Deze kenmerken bepalen de mate van 'controle' die de beroepsgroep over het professionalisme heeft. *Professional control* is van groot belang voor professionals (Freidson, 2001). Noordegraaf (2007) conceptualiseert professionalisme naar aanleiding van deze kenmerken als *controlled content*, naarmate die meer aanwezig is in het professionalisme is het professionalisme 'puurder'. Hoe klassieker het professionalisme is, hoe enger de beroepsopvatting is en hoe steviger de grenzen van de professie gemanifesteerd zijn. Volgens Abbott moeten professionele grenzen niet als grenzen 'op zich' gezien worden maar als begrenzing van professionele domeinen. Omdat professionals (die hij beschrijft als *social entities*) in interactie met elkaar staan kunnen er conflicten over de grenzen van deze beroepsdomeinen ontstaan. Dit proces kan samenwerking bemoeilijken (Abbott, 1988; Abbott, 1995). 'Klassiek' professionalisme staat echter ter discussie. Evetts (2003) onderscheidt niet zozeer een scherpe scheiding tussen meer of minder klassieke professionalismes maar geeft de voorkeur aan het benadrukken van de gemeenschappelijke kenmerken die verschillende professionalismes delen (Evetts, 2003).

Naast de endogene factoren, die de mate waarin professionalisme gemanifesteerd is in de professional en de manier waarop *controlled content* geïnstitutionaliseerd is bepalen, zijn er ook exogene factoren van invloed op de beroepsopvatting. Zoals in §8.2.2 beschreven is, is de publieke professional niet los te zien van zijn omgeving en de wisselwerking hiermee. Toenemende individualisering en een toename van (de beschikbaarheid van) technologie en kennis zorgen voor een veranderende, meer kritische houding van de burger ten opzichte van de professional (Noordegraaf, 2004; Tonkens, 2008). De opkomst van de bureaucratische- en marktlogica zetten (klassiek) professionalisme onder druk, hij bevindt zich in een *double blind* (Tonkens, 2008) of interventiefuik; er moet veel maar er kan weinig (Noordegraaf, 2004). Ook de ontwikkelingen op het gebied van kennis en technologie kunnen door de professional als bedreiging worden ervaren, omdat dit de *control* die zij over de kennis op hun vakgebied nastreven onzekerder maakt. Als gevolg hiervan verzetten de professionals zich tegen de verandering (OECD, 2011).

De endogene en exogene factoren zijn bepalend voor de manier waarop het referentiekader van de professional gevormd wordt en de manier van handelen van de professional. De manier waarop de professional samenwerkt is in deze een gevolg (in het model weergegeven als 'effect') van hoe de beroepsopvatting wordt ingevuld. Noordegraaf & Schinkel (2011) beschrijven dat hoe sterker de kenmerken van (klassiek) professionalisme zich in de professional manifesteren, hoe steviger de professionele grenzen aanwezig zijn (het professionele domein wordt smaller) en hoe enger de beroepsopvatting als resultaat daarvan is. De verwachting op basis hiervan met betrekking tot samenwerking is dat deze (neiging tot) samenwerking bij stevig professionalisme en een engere beroepsopvatting dus kleiner is. De exogene factoren, omgeving, spelen voordat 'beroepsopvatting' en de gevolgen voor samenwerking definitief tot stand komen echter (zoals in het model is weergegeven) ook nog een rol.

8.2.4 Conclusie. Het organiseren van grenzen: collectieve beroepsethos en domeinoverschrijdende samenwerking

In dit onderzoek is onderzocht hoe beroepsopvatting tot stand komt en wat de gevolgen van (de invulling van) beroepsopvatting op samenwerking zijn. De manier waarop een professional zijn beroep opvat is van invloed op de manier waarop hij naar samenwerking kijkt en hoe aan samenwerking invulling wordt gegeven. De beroepsopvatting wordt gevormd door het referentiekader van de professional, onder invloed van endogene en exogene factoren. Het theoretisch model van beroepsopvatting is gebruikt om in de wijken Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord verschillen in beroepsopvatting onder professionals in de eerstelijnszorg te beschrijven en verklaren. Op basis van het onderzoek zijn overeenkomsten, maar ook specifieke verschillen in de manier waarop beroepsopvatting en daardoor samenwerking beïnvloed worden gevonden.

Overeenkomsten..

In Utrecht Overvecht en Amsterdam Noord is sprake van vergelijkbare en deels ook vergelijkbare bestuurlijke omstandigheden (met betrekking tot de organisatie van zorg). De maatschappelijke omstandigheden laten een vergelijkbare verandering in de demografische en epidemiologische ontwikkeling van de wijken zien, de zorgvraag wordt complexer en heeft vaak of vaker een socio-maatschappelijke oorsprong. De bestuurlijke omstandigheden laten in beide wijken een gemeente en zorgverzekeraar zien die op de veranderende zorgvraag probeert in te spelen door voor professionals projecten rondom de verbetering van gezondheidszorg in de wijk te organiseren.

.. en verschillen

Hoewel de professionals in beide de wijken de veranderende zorgvraag van de populatie constateren en ook de noodzaak om hier iets 'mee te doen' sterk voelen, worden er in Overvecht en Noord verschillende gevolgen aan deze omgevingsdruk gegeven, in zowel visie als in behandeling. In Overvecht wordt er, naar aanleiding van de vraag uit de omgeving, *meer* en *breder* (*meer holistisch*) samengewerkt dan in Noord. Deze overtuiging uit zich niet alleen in nauwere (fysieke) samenwerking door professionals, maar ook in het bestaan van een 'collectieve beroepsethos' onder de professionals in Overvecht; zij hanteren een holistisch mensbeeld, een holistische visie op zorg van waaruit zij op een inherent integrale manier naar de cliënt kijken door zijn gezondheid als 'systeem', beïnvloed door zijn omgeving, te zien en de manier van behandelen hier (gezamenlijk) op af te stemmen. In Noord wordt, ondanks vergelijkbare omgevingsdruk, veel minder samengewerkt en is er ook van een collectieve beroepsethos (nog) geen sprake. Onder invloed van (grotendeels) dezelfde omgeving ontstaan dus verschillende beroepsopvattingen. Deze verschillen zijn vanuit een endoog en een exoog vlak te verklaren.

Eenzijds kan dit verschil in beroepsopvatting worden verklaard aan de hand van de *professionele kenmerken* van de professionals in Overvecht. Op basis van een inventarisatie lijken de kenmerken van professionalisme in Overvecht sterker gemanifesteerd te zijn dan in Noord. In eerste opzicht lijkt dit paradoxaal, een sterker professionalisme betekent stevigere grenzen en een nauwere beroepsopvatting, waardoor grenzen moeilijker te overbruggen zijn. Toch gebeurt dit in Overvecht (zeker in vergelijking met Noord) juist, en is er sprake van een 'collectieve beroepsethos' onder de professionals. Bij een nadere blik op de *invulling* van de professionele kenmerken lijkt deelname aan een beroepsvereniging, maar met name ook het bezoeken van symposia en/of congressen en persoonlijk contact en samenwerking in multidisciplinaire centra kennisdeling onder professionals te (kunnen) bevorderen. Symposia en congressen zijn (net als veel projecten in de wijk) vaak rondom overkoepelende zorgthema's georganiseerd. Deze manier van samenkomen en kennisdeling geeft de gelegenheid om *over* de grenzen van het eigen domein heen te kijken en aansluiting en inbedding van het eigen domein te vinden binnen een bredere visie (een collectieve beroepsethos) of een overkoepelend 'hoger doel', bijvoorbeeld een holistische kijk op de mens of gezondheidszorg, zoals in Overvecht gebeurt. Het gaat er dus niet alleen om dat de professionals aan de kenmerken voldoen, maar ook om welke inhoud, welke invulling dit heeft. In Noord, waar de kenmerken van professionalisme minder stevig gemanifesteerd zijn is de neiging tot samenwerking juist minder, wordt er meer 'solo' gewerkt.

Anderzijds kan het verschil in beroepsopvatting worden verklaard vanuit de (bestuurlijke) *omgeving*, de organisatie van zorg in de wijk. De bestuurlijke omgeving speelt een belangrijke rol in de 'vorming' van beroepsopvatting: de tijd en middelen (en aandacht) die in Overvecht door gemeente en zorgverzekeraar worden ingezet, bijvoorbeeld door middel van subsidies, om een bredere visie op zorg te organiseren geven professionals de kans en de ruimte om gezamenlijk aan een bredere visie op gezondheidszorg te werken. Zo is er 'ruimte' om een collectieve beroepsethos tot stand te brengen. Naast subsidies, en naar aanleiding daarvan de projecten die in zowel Overvecht als Noord rondom de verbetering van gezondheid in de wijk lopen, wordt Overvecht ook getypeerd door de organisatie van zorg in de vorm van multidisciplinaire centra. Ook krijgen de 'aanjagers' in de wijk, professionals die overtuigd zijn van het belang van een meer holistische en systeemgebaseerde benadering van de problematiek in de wijk, de ruimte (door middel van het werken in multidisciplinaire centra en de subsidie die voor projecten wordt uitgeschreven) om hun kennis met anderen te delen en zo samenwerking te bevorderen. Deze kennisdeling kan weer plaatsvinden binnen de beroepsgroep of op symposia die bijvoorbeeld in de wijk georganiseerd kunnen worden.

Zoals de verklaring vanuit deze twee verschillen tussen Overvecht en Noord laat zien kan dus bij de juiste omstandigheden (maatschappelijk en bestuurlijk) een beroepsopvatting 'georganiseerd' worden die samenwerking stimuleert. In Overvecht blijkt dit heel duidelijk uit de collectieve beroepsethos, de holistische benadering van gezondheid en gezondheidszorg die in de wijk aanwezig is. Naar aanleiding van het onderzoek in Overvecht en Noord blijkt beroepsopvatting domeinoverschrijdende samenwerking te bevorderen wanneer de exogene factoren omgevingsdruk laten zien, de juiste omstandigheden, maar kan dit pas 'gevolg' voor de professionals krijgen wanneer de organisatie van zorg, de structurering van samenwerking, domeinoverschrijding ook faciliteert. De endogene factoren laten bovendien zien dat kenmerken van professionalisme, zoals met name kennisdeling maar ook de andere kenmerken die kennisdeling mogelijk maken (zoals het lidmaatschap van een beroepsgroep) het overbruggen van grenzen wel degelijk kunnen bevorderen. Dit betekent niet dat de professional buiten zijn eigen domein moet gaan werken, 'methodische grenzen' kunnen (en moeten) blijven bestaan, maar een bredere oriëntatie op (de inrichting van) gezondheidszorg, de collectieve beroepsethos en kennisdeling komen meer tegemoet aan de veranderende (maatschappelijke) omstandigheden waar de professional voor staat. Beroepsopvatting en domeinoverschrijdende samenwerking zijn ook niet als 'oorzaak-gevolg' te zien, maar als een dynamisch proces waarbij de 'collectieve beroepsethos', die (onder andere) ontstaat door kennisdeling en samenwerking domeinoverschrijding bevordert en de beroepsopvatting (door deze 'verandering') weer beïnvloedt.

8.2.5 Reflectie

Samenwerking, een collectieve beroepsethos, en het overbruggen van grenzen door professionals kan dus georganiseerd worden. De belangrijkste voorwaarden hierbij zijn dat de juiste omstandigheden er voor zijn en dat er structuur aanwezig is. Qua juiste omstandigheden zijn de juiste maatschappelijke (de veranderende zorgvraag) en bestuurlijke (een zorgverzekeraar en gemeente die op deze verandering in willen spelen en die (financiële) ondersteuning bieden in de organisatie hiervan) omgeving nodig. Qua structuur is een bepaalde mate van organisatie van samenwerking noodzakelijk, bijvoorbeeld zoals in Overvecht in multidisciplinaire centra en projecten. Wanneer dit zich ontwikkelt doordat er kennisdeling onder professionals plaatsvindt, bijvoorbeeld gestimuleerd vanuit beroepsgroepen, kunnen professionals hun ethos en 'outlook' op zorg delen en is er ruimte voor een collectieve beroepsethos om te ontstaan. Wanneer er, zoals in Overvecht, 'aanjagers' aanwezig zijn en zij 'de ruimte' krijgen kan dit proces sneller op gang gebracht of gestimuleerd worden omdat zij er voor kunnen zorgen dat de kennisdeling eerder plaatsvindt.

Zoals in §8.2.1 is beschreven zijn gezondheid en gezondheidszorg, naar aanleiding van de beschreven epidemiologische transitie, aan het veranderen. Een veranderende zorgvraag noodzaakt een 'zorgprofessional' die hierop ingespeeld is. Omdat de zorgvraag breder wordt (gekenmerkt door een toename van multimorbiditeit en chroniciteit) is een 'breder' ingestelde professional nodig. Breder ingesteld in die zin, dat hij qua methode op zijn eigen 'domein' gericht is maar qua morele oriëntatie en qua oriëntatie op grenzen

en buitenwereld gericht op samenwerking met anderen en gericht op een meer holistische visie op gezondheidszorg, die in de behandeling kan worden meegenomen. Deze 'collectieve beroepsethos' betekent een nieuwe 'kijk' op domeingrenzen. Hoewel grenzen qua methode natuurlijk blijven bestaan (een maatschappelijk werker kan niet ineens het werk van een arts doen) worden domeingrenzen onder invloed van de systeemgebaseerde oorzaken van ziekte ook 'vager'; de collectieve beroepsethos, de holistische visie op gezondheid komt tegemoet aan de bredere zorgvraag en aan het belang om de patiënt in zijn omgeving zien, in zijn context. Hiervoor is het nodig niet alleen binnen de mogelijkheden van het eigen domein te denken maar ook hoe de interactie tussen verschillende domeinen de patiënt in zijn zorgvraag kunnen helpen. De holistische visie op gezondheidszorg betekent dat de professional in staat is deze domeingrenzen als minder scherp te zien en in de 'oplossing van het probleem' te kunnen betrekken. Een brede beroepsopvatting is hiervoor dus een voorwaarde. Deze brede beroepsopvatting, de collectieve beroepsethos, kan georganiseerd worden, mits aan de juiste omstandigheden en structurering van zorg voldaan wordt. Wanneer professional binnen deze kaders actief kennis delen en de ruimte krijgen om deze 'ontwikkeling' door te maken kan een 'breder' ingestelde professional 'ontstaan' en kan tegemoet worden gekomen aan de veranderingen in de omgeving.

Voor het bevorderen van een collectieve beroepsethos lijkt de eerstelijnszorg, naar aanleiding van dit onderzoek, erg geschikt. Ten eerste omdat niet alle professionals in de eerstelijnszorg als sterk 'klassiek' getypeerd kunnen worden (naar de kenmerken van Noordegraaf, 2007). Dit betekent dat bij een deel van de professionals de professionele grenzen van het beroepsdomein niet heel stevig gemanifesteerd zijn, waardoor zij hun beroep 'breder' op vatten en samenwerking vergemakkelijkt wordt. Daarnaast is voor de holistische visie die van belang is om de patiënt 'breder' te zien, in zijn context te zien en zo tegemoet komt aan de epidemiologische transitie, van belang dat er breed naar zorg gekeken wordt. Omdat de eerstelijnszorg multidisciplinair van aard is maakt dit 'dit niveau' van zorg uitermate geschikt om aan de veranderende, breder wordende zorgvraag tegemoet te komen.

8.3 Implicaties voor organisatie en onderzoek

8.3.1 Inleiding

In dit onderzoek is de invloed van beroepsopvatting op domeinoverschrijdende samenwerking onder professionals in de eerstelijnszorg onderzocht. Aan de hand van een *best practice* scenario uit Overvecht is beschreven aan welke voorwaarden voldaan moet worden om een domeinoverschrijdende beroepsopvatting tot stand te brengen. Dit *best practice* scenario laat zien hoe zorg, van binnenuit én van buitenaf georganiseerd, aan de veranderende zorgvraag kan voldoen. In dit proces spelen verschillende partijen een rol en heeft ieder van deze partijen ook een verantwoordelijkheid voor het slagen hiervan en het tot stand brengen van de (noodzakelijke) voorwaarden. In §8.3.2 worden praktische aanbevelingen met betrekking tot (de organisatie van) dit proces aan elk van deze partijen gedaan. In §8.3.3 worden in de vorm van theoretische implicaties suggesties met betrekking tot verder onderzoek gedaan, die voortbouwen of voortkomen uit de bevindingen van dit onderzoek.

8.3.2 Praktische aanbevelingen

In het organiseren van domeinoverschrijdende samenwerking in de zorg en de 'inrichting' van een collectieve beroepsethos hebben, zoals uit het onderzoek in Overvecht en in Noord blijkt, verschillende partijen een verantwoordelijkheid (en belangen). Om tot een brede beroepsopvatting te komen en domeinoverschrijdende samenwerking mogelijk te maken moet, zoals uit het *best practice* scenario uit Overvecht blijkt, aan verschillende voorwaarden worden voldaan. De betrokken (en belanghebbenden) zijn onder meer professionals, de bestuurlijke omgeving (inclusief gemeente en verzekeraars) en politici en beleidsmakers. Aan elk van deze partijen zullen, met betrekking tot het proces van het 'organiseren van beroepsopvatting' enkele aanbevelingen worden gedaan.

Professionals

Eén van de belangrijkste voorwaarden voor een brede beroepsopvatting die een collectieve beroepsethos 'omvat' en domeinoverschrijdende samenwerking bevordert is kennisdeling door professionals. In feite begint en eindigt het 'proces' van samenwerking bij het delen van kennis door professionals. Oriëntatie op samenwerking en 'buiten het eigen domein kijken' komen pas tot stand wanneer de professional op zoals genoemd bijvoorbeeld een congres of symposium in contact komt met andere domeinen die wel dezelfde doelen nastreven of een meerwaarde hebben voor het eigen vak (bijvoorbeeld door toenemende druk vanuit epidemiologische omstandigheden, die vragen om een bredere oriëntatie op zorg). Wanneer de professional zich deze kennis, of het nut of de inbedding van deze kennis in het eigen domein heeft 'eigen gemaakt' en het inherent aan zijn beroepsopvatting is om vanuit dit aangenomen bredere perspectief te kijken, kan hij, op zijn beurt, deze kennis weer actief delen met anderen om zo de visie 'door te geven'. Een systeemgebaseerd perspectief is het meest nuttig wanneer het breed en multidisciplinair gedragen wordt.

De bestuurlijke omgeving

Om een collectieve beroepsethos te creëren onder professionals, een brede beroepsopvatting tot stand te brengen blijkt het op basis van dit onderzoek van belang om zorg en samenwerking in de eerste lijn te 'organiseren'. Samenwerking onder professionals bevordert de collectieve beroepsethos doordat wanneer men elkaar beter leert kennen, samenwerking laagdrempeliger wordt. Samenwerking kan georganiseerd worden. Uit het onderzoek in Overvecht blijken multidisciplinaire centra en projecten een sleutel tot het tot stand komen van een bredere beroepsopvatting te zijn. Professionals leren elkaar kennen, leren ook elkaars beroepsdomein kennen, samenwerking wordt laagdrempeliger en ook kan er een collectieve manier van behandelen besproken worden. Ook de organisatie van projecten bevordert samenwerking, door professionals rondom het thema gezondheidszorg bijeen te brengen en hen gezamenlijk over de 'bredere doelen' van zorg en welzijn na te laten denken.

Uit het onderzoek blijkt dat 'goede' bestuurlijke condities één van de belangrijkste voorwaarden voor het tot stand komen van deze samenwerking is. Geld, middelen en aandacht zijn van essentieel belang in de organisatie van zorg en samenwerking, concreter bijvoorbeeld in het tot stand komen van multidisciplinaire centra om professionals samen te brengen. De gemeente kan in samenwerking met de GG & GD proberen zorg zoveel mogelijk in multidisciplinaire centra te organiseren. Ook kunnen zij projecten starten om professionals kennis te laten maken en om ze samen te brengen rondom het gemeenschappelijke doel van de verbetering van de gezondheid van de wijkpopulatie. Zorgverzekeraars spelen ook een belangrijke rol in dit veld. Met hetzelfde doel als gemeente en de professionals, namelijk het verbeteren van gezondheid, kunnen zij een bijdrage leveren door, net als in Overvecht, projecten te subsidiëren. Door professionals in de wijk zelf projecten te laten starten, gesubsidieerd door zorgverzekeraar en gemeente start de samenwerking en kennisdeling van professionals al in een 'vroeg' stadium. Hieruit blijkt ook dat de bestuurlijke omgeving een belangrijke taak in het faciliteren en stimuleren van kennisdeling heeft, om zo een brede beroepsopvatting en grensoverschrijdende samenwerking te bevorderen.

Politici en beleidsmakers

Politici en beleidsmakers staan verder van de 'werkvloer' van de eerstelijnszorg vandaan dan de bestuurlijke omgeving en de professionals zelf. Toch kunnen zij ook een belangrijke rol in met name de (financiering van en de behartiging van de belangen van) de organisatie van beroepsopvatting en samenwerking spelen. In lijn met het RVZ rapport 'Zorg voor je gezondheid!' (2010) kunnen politici en beleidsmakers een grotere rol voor het 'voorportaal' van de zorg, de eerstelijnszorg, organiseren. De RVZ beschrijft hoe dit de toenemende chroniciteit en complexiteit in de zorg kan verlichten, hoe preventie bevordert wordt en stijgende kosten worden tegengegaan. Het BMC rapport 'De 'Zichtbare Schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder' (2012) maakt dit concreter door te laten zien hoe het vrij invullen van het werk door wijkverpleegkundigen niet alleen (substantieel) kosten bespaart maar ook het welzijn en de gezondheid van cliënten verbetert. Politici en beleidsmakers kunnen op basis van het succes van deze pilots lessen trekken voor het maken van beleid

rondom eerstelijnszorg, kostenbesparing in de zorg, de omgang met het veranderende ziektebeeld en de herinrichting van het zorgstelsel waar ook Nederland in uitgedaagd wordt. Ook uit de *best practice* uit Overvecht blijkt dat een complexe zorgvraag eerder 'opgelost' kan worden wanneer er in de eerste lijn vanuit een 'breder' perspectief naar de zorgvraag en achterliggende oorzaken van de zorgvraag gekeken wordt. Hieruit blijkt ook dat het belang van het 'voorportaal' van zorg niet op zichzelf staat, maar met name nuttig is wanneer er in de wijk vanuit een domeinoverschrijdend perspectief naar de complexe zorgvraag wordt gekeken, waarmee het belang van de eigen verantwoordelijkheid van professionals weer wordt benadrukt.

8.3.3 Theoretische implicaties: suggesties voor volgend onderzoek

Op basis van de bevindingen van dit onderzoek zijn in de vorige paragraaf praktische aanbevelingen voor de organisatie van samenwerking aan verschillende partijen gedaan. De omgeving in Overvecht en in Noord is, zoals in hoofdstuk 2 over de veranderende gezondheid(szorg) wordt geschreven echter nog volop in beweging. De organisatie van zorg in Overvecht en in Noord maakt, in reactie op haar omgeving, een duidelijke ontwikkeling door. Dat maakt dit onderzoek als het ware een 'momentopname' van dit proces. Hetzelfde onderzoek zou eigenlijk over enkele jaren nogmaals uitgevoerd moeten worden, om in kaart te brengen hoe de processen zijn verlopen. Het zou met name interessant zijn om te onderzoeken of de gevolgen die in Noord aan de omgevingsdruk worden gegeven inmiddels 'veranderd' zijn. Onderzoek is dus eigenlijk nooit 'af'. In deze paragraaf worden op basis van de bevindingen van dit onderzoek, dit proces, suggesties gedaan voor verder onderzoek.

Verdieping: het belang van kennisdeling

Vanuit een vergelijkend perspectief tussen Overvecht en Noord is gebleken dat kennisdeling, het elkaar actief opzoeken en het actief uitwisselen van kennis door professionals, een grote rol in het mogelijk maken van samenwerking en het overbruggen van grenzen speelt. Dat kennisdeling belangrijk is, is in dit onderzoek als resultaat duidelijk geworden. *Hoe* dit echter (optimaal) gebeurt en om *welke* kennis het gaat heeft hier nog geen plaats in genomen. Om te ontdekken hoe kennisdeling 'optimaal' kan plaatsvinden en om welke kennisdeling het dan gaat is verdiepend onderzoek naar kennisdeling via professionele kanalen nodig. In dit onderzoek is hiervoor een aanzet gegeven op het niveau van de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld kennisdeling via symposia of congressen) maar ook op andere niveaus vindt kennisdeling plaats (denk aan kennisdeling in ziekenhuizen). Ook kennisdeling met betrekking tot de professionele kenmerken is interessant: beroepsgroepen lijken, als 'verzameling' van professionals, een logische functie in kennisdeling te hebben. Kennisdeling vormt in dit onderzoek een *voorwaarde* voor het tot stand komen van een collectieve beroepsethos en neemt dus een belangrijke plek in. Een verdieping in de mechanismen en optimalisering van de werking van deze voorwaarde is voor de juiste 'implementatie' haast cruciaal.

Kennis van context, proces en effect

Uit het onderzoek naar beroepsopvatting in Overvecht en in Noord komt naar voren dat de context waarin professionals werken van cruciaal belang voor hun beroepsopvatting en de mogelijkheid tot het overbruggen van grenzen is. In beide wijken heeft dit een ander proces en daaruit volgend een ander 'effect' tot gevolg. Om te begrijpen *hoe* proces en effect tot stand komen is het noodzakelijk geweest de wisselwerking tussen professional en omgeving in kaart te brengen. Hoewel in Overvecht en Noord vergelijkbare (maatschappelijke en bestuurlijke) omstandigheden in de omgeving kenmerkend waren is iedere omgeving natuurlijk uniek. Ieder proces (rondom beroepsopvatting) in elke wijk is dus in zekere zin uniek. Om te werken aan de bevordering van gezondheidszorg in andere wijken is, vóór de inzet van de 'voorwaarden' die in dit onderzoek voor samenwerking beschreven zijn, meer kennis rondom de context, het proces en het effect van beroepsopvatting in de wijken nodig.

'Grensoverbruggers': de rol (en het belang) van aanjagers

Als voorwaarde voor het tot stand komen van een collectieve beroepsethos lijken in dit onderzoek (zeker vanuit een vergelijkend perspectief tussen Overvecht en Noord) 'aanjagers' een (zeer) belangrijke rol te spelen. De aanjagers zijn, in Overvecht, professionals die, vanuit hun opleiding, vanuit persoonlijke interesse of vanuit

een andere motivatie overtuigd zijn van het cruciale belang om vanuit een holistisch perspectief naar gezondheidszorg en cliënten te kijken. Zij hanteren een systeemgebaseerd perspectief op ziekte in die zin dat ze de cliënt als onlosmakelijk verbonden met zijn omgeving zien en zijn (eventuele) problematiek dus ook. In Overvecht uiten zij dit actief als ‘aanjagers’ van onder andere projecten (waar zij initiatiefnemer van zijn) en het werken in multidisciplinaire centra. De aanjagers dragen hun visie op een actieve manier uit naar andere professionals en hebben dus een belangrijke rol in het (starten van) kennisdeling. Zij krijgen hiervoor ook de ruimte vanuit de bestuurlijke omgeving (bijvoorbeeld door de subsidiering van projecten door zorgverzekeraar en gemeente). De rol van aanjagers, voortrekkers van een bepaalde ideologie of ethos, is in dit onderzoek (onder andere) cruciaal voor het tot stand komen van een collectieve beroepsethos gebleken. Zeker vanuit een vergelijkend perspectief met Noord, waar dergelijke aanjagers niet (of nog niet) aanwezig waren of tot hun recht kwamen. Dit valt deels te verklaren vanuit verschillende (bestuurlijke) omstandigheden (zij ‘*krijgen de ruimte*’), maar niet volledig. Verder onderzoek naar de rol of het ‘profiel’ van aanjagers biedt een (belangrijke) mogelijkheid om het proces van samenwerking en overbrugging van grenzen te optimaliseren en het *best practice* scenario van Overvecht beter te begrijpen en ‘delen’. Verder onderzoek is belangrijk om het profiel en de motivatie (liggen er bijvoorbeeld kansen in opleiding?) van deze ‘bruggenbouwer’ te begrijpen.

8.4 Discussie, reflectie op de bevindingen

8.4.1 Inleiding

In dit onderzoek naar de invloed van de beroepsopvatting van professionals in de eerstelijnszorg op domeinoverschrijdende samenwerking is een onderdeel van de veranderende gezondheid(zorg) beschreven. De focus lag hierbij met name op de epidemiologische transitie die gaande zijn. De eerste vier fasen van epidemiologische transitie (Mackenbach & Van der Maas, 2008; OECD, 2011) zijn beschreven, evenals de vijfde fase (de fase van multimorbiditeit) die nu aan de gang is. Deze veranderingen in gezondheid vragen ook om een verandering in de gezondheidszorg. De professionals die nu in de gezondheidszorg werkzaam zijn worden uitgedaagd om het zorgaanbod aan de veranderende zorgvraag aan te passen. Herinrichting van de gezondheidszorg en aanvullend de aanpassing van professionals in de zorg hieraan vraagt om kennis over de manier waarop professionals werken. In aanvulling op de discussie over ‘wat’ professionalisme is (hoofdstuk 3) is het in dit kader belangrijk om te weten hoe ‘beroepsopvatting’ tot stand komt. Door in dit onderzoek in kaart te brengen welke factoren van belang zijn in het vormen van beroepsopvatting, kan begrepen worden hoe professionals in wisselwerking staan met hun omgeving en hoe de manier waarop zij naar hun beroep kijken van invloed is (en beïnvloed kan worden).

De belangrijkste theoretische concepten in dit onderzoek zijn ‘professionalisme’, ‘omgeving’ en ‘beroepsopvatting’. Beroepsopvatting is tot stand gekomen door de theoretische verkenning van de concepten professionalisme en omgeving. In deze paragraaf ‘Discussie, reflectie op de bevindingen’ wordt, op basis van deze bevindingen gereflecteerd, ‘teruggekeken’, op deze concepten en de theoretische discussies rondom deze concepten. De bevindingen richten zich vooral op de *invulling* van het begrip professionalisme en zijn vooral *beschrijvend* over het begrip omgeving. Daarom wordt in deze paragraaf allereerst ingegaan op professionalisme in relatie tot de veranderende omgeving, en vervolgens (deels naar aanleiding hiervan) op de discussie ‘wat professionalisme nu eigenlijk is’, door op basis van dit onderzoek een ‘nieuw’ soort professionalisme voor te stellen.

8.4.2 Veranderende zorgvraag: nieuwe professional (????)

Zoals Plochg et al. weergeven in hun OECD artikel (2011) noodzaakt een verandering in het ziektebeeld (de epidemiologische transitie, Mackenbach & Van der Maas, 2008) een verandering in het ‘type’ *health professional* dat de maatschappij nodig heeft (zie ‘*analytical framework*’, figuur 2.1). Waar tot ‘voor kort’ in de 20^e eeuw behoefte was aan specialistisch opgeleide professionals om ‘*man-made diseases*’ aan te pakken vraagt een meer systeemgebaseerd ziektebeeld van de 21^e eeuw om een breder ingestelde *health professional*.

Professionals in de gezondheidszorg, artsen in het bijzonder, zijn een voorbeeld van een klassiek professionalisme (Wilensky, 1964; Freidson, 2001; Noordegraaf, 2007). Deze professie wordt in hoge mate gekenmerkt door *professional control* (Freidson, 2001) en de manifestatie van *controlled content* (Noordegraaf, 2007). Artsen, als klassieke professionals, kennen een hoge mate van autonomie over hun beroepsdomein (bijvoorbeeld een specialisatie), gelegitimeerd door de intensieve en langdurige opleiding die zij hebben gevolgd (Freidson, 2001). Zij hebben autonomie over het eigen beroepsdomein en er bestaat een scherpe afbakening van onderlinge grenzen tussen de verschillende beroepsdomeinen (Witman, 2007). Deze 'klassieke' professional had een logische aansluiting bij de reductionistische gezondheidsvraag van de 20^e eeuw, de '*single-cause disease*'. Met een veranderend ziektebeeld en een veranderende zorgvraag in de praktijk lijkt de specialistisch opgeleide professional echter niet altijd meer volledig aan de vraag tegemoet te kunnen komen. De noodzaak voor specialistische professionals blijft bestaan (OECD, 2011) maar professionals met een bredere focus worden ook van groter belang. In figuur 2.1, *Analytical framework*, blijft de invulling van de professional die in de vijfde epidemiologische fase van belang is 'open'. Naar aanleiding van dit onderzoek zal een aanbeveling worden gegeven over hoe dit 'vraagteken' kan worden ingevuld, hoe een nieuw type professional er uit moet komen te zien, op basis van de resultaten van dit onderzoek.

Allereerst moet opgemerkt worden dat de invulling van dit type *health professional* niet eenduidig te benoemen is. Het heeft betrekking op alle *health professionals*, waaronder artsen en specialisten maar ook professionals in bijvoorbeeld de eerstelijnszorg. Omdat dit onderzoek een focus op de professional in de eerstelijnszorg heeft, wordt de invulling van het type *health professional* van het *analytical framework* daarom ook op professionals in de eerste lijn betrokken. Dit is mogelijk juist heel erg van belang, omdat de eerstelijnszorg, waar ook welzijn in betrokken is, juist breder naar de patiënt en breder naar gezondheidszorg kan kijken. De RVZ benadrukt het belang en de kansen hiervan in haar rapport 'Zorg voor je gezondheid!' (2010). In figuur 2.3 staat weergegeven hoe de RVZ aanbeveelt dat er meer zorg naar het 'voorportaal' moet worden verplaatst om zorg betaalbaar te houden en preventie te bewerkstelligen. De RVZ dicht hier juist de eerstelijnszorg een belangrijke rol in toe omdat hier vaak het eerste contact tussen patiënt en zorg plaatsvindt, of dit nu in het maatschappelijk werk, jeugdzorg of bij de huisarts is. Omdat medische klachten steeds vaker omgevingsgerelateerd zijn is het van toenemend belang dat deze instanties nauw samenwerken, bijvoorbeeld, zoals de RVZ voorstelt, in een inloopcentrum. De resultaten van dit onderzoek met betrekking tot de professionals in de eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht sluiten hier op aan en versterken dit. In Overvecht werken de professionals uit de eerstelijnszorg, zoals in het onderzoek beschreven, nauw samen. Zij hanteren een collectieve beroepsethos die ze inzetten om de bredere en veranderende zorgvraag van de patiënten in de wijk aan te pakken. Ze werken veel samen, in zowel projecten als multidisciplinaire centra, hebben veel en direct contact met elkaar, hanteren naar aanleiding van de 'collectieve beroepsethos' die zij delen een inherent holistische visie op hun patiënten en behandelen hen ook dusdanig. In dit onderzoek is de collectieve beroepsethos een gevolg van de beroepsopvatting die de professionals in Overvecht hanteren. 'Beroepsopvatting' is in dit onderzoek geconceptualiseerd als het referentiekader van waaruit de professional handelt. Dit wordt gevormd door zijn morele oriëntatie, zijn oriëntatie op de buitenwereld, zijn oriëntatie op grenzen en zijn methodische oriëntatie. Op dit referentiekader, de beroepsopvatting, kunnen endogene en exogene factoren van invloed zijn (zie figuur 3.1). Uit het onderzoek in Overvecht bleek dat de mate van samenwerking en de collectieve beroepsethos die ontstond met name beïnvloed werden door de manier waarop zorg in Overvecht georganiseerd was. Dit lag met name aan de structurering van zorg in multidisciplinaire centra en de actieve kennisdeling tussen professionals. Terug naar de vraag welk type professional geschikt is om, zoals in het *analytical framework* geschetst wordt, tegemoet te komen aan de veranderende zorgvraag kan naar aanleiding van het '*best practice*' scenario uit Overvecht een typering van deze professional gegeven worden. Door 'invulling' van de beroepsopvatting van dit type professional, aan de hand van de *framing rules* die in figuur 3.1 gehanteerd worden (Hochschild, 1979), wordt weergegeven hoe deze professional en/of het referentiekader van deze professional 'er uit ziet':

✚ Morele oriëntatie

De morele oriëntatie van de professional zou gericht moeten zijn op gezondheid als 'hoger doel'. Dat wil zeggen dat zijn oriëntatie niet alleen ligt bij het probleem dat direct aan hem gepresenteerd wordt door de patiënt, maar dat hij zich breder op dit probleem en de onderliggende oorzaken oriënteert om de patiënt zo in zijn gehele welzijn 'vooruit te helpen'. De professional ziet gezondheid niet alleen als 'zorg' maar ook als 'welzijn', een breder plaatje van de patiënt in zijn context.

✚ Oriëntatie op de buitenwereld

De oriëntatie op de buitenwereld van de professional zou, onder andere naar aanleiding van de morele oriëntatie, gedeeltelijk buiten het eigen beroepsdomein gericht moeten zijn. Het bredere ziektebeeld vraagt om een oriëntatie van de professional buiten zijn eigen domein, om in te kunnen spelen op wat de patiënt nodig heeft. Uit het onderzoek in Overvecht blijken medische klachten vaak een omgevingsgerelateerde oorzaak te hebben. Daarom is het van belang dat de professional zich buiten de grenzen van zijn eigen domein oriënteert, om adequaat op de problemen van de patiënt in te kunnen spelen door middel van bijvoorbeeld doorverwijzing.

✚ Oriëntatie op grenzen

De oriëntatie op grenzen van de professional heeft betrekking op wat hij als zijn verantwoordelijkheid ervaart. Voor het 'nieuwe' type professionals is van belang dat de grenzen, ingegeven door de morele oriëntatie op het 'welzijn' van de patiënt gericht zijn, niet alleen op het stukje dat binnen het domein van de professional ligt maar een bredere oriëntatie. Qua behandeling blijven de grenzen bestaan omdat de professional niet is opgeleid datgene te behandelen dat buiten zijn domein ligt, maar de oriëntatie van de professional moet breder zijn om in te spelen op de oorzaak van het probleem.

✚ Methodische oriëntatie

De behandeling moet worden gestuurd door de omgeving waarmee de professional wordt 'geconfronteerd', namelijk het veranderende ziektebeeld. Dit resulteert in een nauwere samenwerking met andere professionals en een 'doorwerking' van de morele oriëntatie en de collectieve beroepsethos door afstemming van de behandeling met andere professionals (ook op multidisciplinair niveau). Denk hierbij bijvoorbeeld aan de *systemic holistic approach* van Sturmberg (2007).

Van groot belang lijkt dus een *meervoudige* beroepsopvatting: een met andere professionals gedeelde, collectieve beroepsethos die een holistische visie op de patiënt en een brede visie op gezondheidszorg omvat en domeingrenzen die, ook al blijven die qua methodische oriëntatie stevig, rekening houden met de holistische visie op de patiënt en hier in de behandeling recht aan doen. Op die manier wordt er recht gedaan aan het veranderende ziektebeeld. Een professional met een bredere oriëntatie en minder stevig gemanifesteerde domeingrenzen is flexibeler en past zich makkelijker aan.

Het is hierbij echter wel van groot belang dat de juiste '*voorwaarden*' aanwezig zijn om deze beroepsopvatting en de collectieve beroepsethos die hierbij hoort tot stand te brengen. Dit heeft onder andere te maken met voldoende ruimte aan de professional geven, kennisdeling mogelijk maken, de zorg in de wijk op een juiste manier structureren en bestuurlijke omstandigheden.

8.4.3 Geen onderscheid maar gemeenschappelijkheid: nieuw professionalisme, 'breder professionalisme'

Uit het invullen van een 'nieuw' type professional dat aansluit op de veranderende omgeving van de gezondheidszorg in de vorige paragraaf kwam het belang en de 'opkomst' van *meervoudige* beroepsopvatting al naar voren. In dit onderzoek is 'professionalisme' geconceptualiseerd aan de hand van de kenmerken van *controlled content* (Noordegraaf, 2003) (hoofdstuk 3). Deze kenmerken zijn toegepast en 'ingevuld' voor

professionals in de eerstelijnszorg in Utrecht Overvecht en in Amsterdam Noord. Aan de hand van de invulling van deze kenmerken en het handelen van de professionals leken de 'klassieke' kenmerken echter een 'nieuwe' invulling te krijgen. In plaats van een stevige manifestatie van grenzen 'om het professionele domein' resulteerde de 'nieuwe' invulling van de kenmerken bij professionals juist in de capaciteit en competentie om dwarsverbanden aan te gaan. In een omgeving waarin zich een complexe en brede zorgvraag presenteert is dit een goede *'fit'*, het is misschien ook wel juist deze omgeving die deze *fit* noodzaakt, en (daarom) de 'inzet' hiervan mogelijk maakt. Waar de 'klassieke' opvatting van het kenmerk 'codes' (zie tabel 6.1, p.58) de beroepsethos van de professional (die hij deelde met zijn beroepsgroep) betekende, lijkt deze onder de professionals in de eerstelijnszorg in Overvecht vervangen door een 'collectieve beroepsethos'. In plaats van het delen van codes met de beroepsgroep worden de codes nu als het ware met een nieuwe, multidisciplinaire 'groep' gedeeld. Professionele (beroeps)domeinen en de (professionele) grenzen rondom deze domeinen zijn, in tegenstelling tot bij 'klassieke' professionals (Abbott, 1988; 1995) geen issue meer. Het beroepsdomein van de professional is nu ingebed in een breder, multidisciplinair systeem van diverse beroepsgroepen die zich centreren rondom een collectief doel waarin ieder zijn 'steentje bij kan dragen', zoals in Overvecht de verbetering van gezondheidszorg door middel van een holistisch, systeemgebaseerd perspectief op gezondheid en gezondheidszorg het collectieve doel is.

Evetts (2003) stelde voor om (naar aanleiding van toenemende professionalisering onder diverse beroepsgroepen) in plaats van professionalisme te 'categoriseren' of te 'onderscheiden', aan de hand van kenmerken, juist deze kenmerken te gebruiken om het gemeenschappelijke in professionals te benadrukken (Evetts, 2003). Op basis van dit onderzoek is bevonden dat de omgeving waarin professionals zich in de eerstelijnszorg bevinden hen dwingt om anders met (de grenzen van) hun beroep om te gaan. Onder bepaalde voorwaarden (zoals in dit onderzoek beschreven) resulteert dit in het 'ervagen' van de grenzen van hun beroepsdomein en het tot stand komen van een collectieve beroepsethos en kennisdeling rondom een gemeenschappelijk (collectief) doel. In plaats van kenmerken die hen onderscheiden, vinden zij elkaar rondom de kenmerken en kennis die hen verenigt. Zoals in de gezondheidszorg duidelijk wordt vraagt de veranderende omgeving ook om een verandering in het aanbod van zorg en misschien wel om een herinterpretatie van professionals en professionaliteit. Een systeemgebaseerd ziektebeeld vraagt om een meervoudig beroepsmatige professional die zijn 'domein' een plek kan en wil geven binnen een 'systeem van domeinen', een *multidisciplinair* veld. Het benadrukken van gemeenschappelijke kenmerken en kennis zoals Evetts (2003) aanbeveelt, in plaats van het onderscheiden en categoriseren aan de hand hiervan, blijkt in ieder geval in Overvecht (waar dit onder specifieke voorwaarden tot stand is gekomen) een passende en functionele oplossing en biedt perspectief voor 'de toekomst'.

Bronnenlijst

Literatuur

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of labor*. Chicago: The University of Chicago Press Books
- Abbott, A. (1995). Things of boundaries. *Social Research Vol.62, No.4, 857-882*
- Beckmann, S. (1990). Professionalization: borderline authority and autonomy in work. In M. & Burrage, *Professions in theory and history: rethinking the study of the professions*. London: SAGE Publications Ltd.
- BMC. (2012). *De 'zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMw*. Amersfoort
- De Bruijn, H. (2007). *Managing performance in the public sector*. Londen, Routledge
- Boeije, H. (2005). *'Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen'*, Boom Onderwijs
- Campbell-Scherer, D. (2010). Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine. *Evidence-Based Medicine Vol.15, No.6, 165-166*
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism. Occupational change in the modern world. *International Sociology Vol.18, No.2, 395-415*
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity.
- Gemeente Utrecht. (2012). *Utrecht monitor 2012*. Utrecht
- Gemeente Utrecht. (2010). *Utrechtse bevolking 2010*. Bestuursinformatie, gemeente Utrecht
- Groenewegen, e. a. (2007). *Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. Leusden: Springer.
- 't Hart, H. (Van Dijk, J., De Goede, M., Jansen, W. & Teunissen, J.). (1998). *'Onderzoeksmethoden'* Amsterdam, Meppel: Boom
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology Vol.85, No.3 551-575*
- Mackenbach, J., P. & Van der Maas, P. J., (2008). *'Volksgezondheid en gezondheidszorg'*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg
- Noordegraaf, M. (2004). *Management in het publieke domein. Issues, instituties en instrumenten*. Bussum: Coutinho.
- Noordegraaf, M. (2007). From "pure" to "hybrid" professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society Vol. 39 No.6, 761-785*.
- Noordegraaf, M. (2011). Remaking professionals? How associations and professional education connect professionalism and organizations. *Current Sociology Vol.59, No.4, 465-488*

- Noordegraaf, M. & Van der Klauw, D. (2011). Professional boundary work: theorization of change and boundaries in multidisciplinary health care practices. Paper gepresenteerd op EGOS, mei 2011, Gothenburg
- Noordegraaf, M. & Schinkel, W. (2011). Professional capital contested: a Bourdieusian analysis of conflicts between professionals and managers. *Comparative sociology Vol.10, 97-125*
- Martin, C. M. & Sturmberg, J. P. (2005). General practice – chaos, complexity and innovation. *MJA Vol.183, No.2 106-109*
- OECD (2011), *Health reform: meeting the challenge of ageing and multiple morbidities*, OECD publishing
- Plochg, T. & Klazinga, N. (2002). Community-based integrated care: myth or must? *International Journal for quality in Health Care Vol.14, No. 2, 91-101.*
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2011). *Ziekenhuislandschap 20/20: niemandsland of droomland? Achtergrondstudie*. Den Haag
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2012). *Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*. Den Haag
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet Vol.344 1129-1133*
- Starfield, B. (1998). *Primary care. Balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford: Oxford University press
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly Vol.83, No.3 457-502*
- Sturmberg, J. P. (2007). Systems and complexity thinking in general practice. *Australian Family Physician Vol.36, No.3, 170-173*
- Van Thiel, S. (2010). *'Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding'*, Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Tijmstra, J. & Boeije, H. (2011). *'Wetenschapsfilosofie in de context van de sociale wetenschappen'* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers
- Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals: marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Gennep
- Tonkens, E., van den Broeke, J., & Hoijtink, M (2009). *Op zoek naar weerkaatst plezier; samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Amsterdam: Pallas Publications - Amsterdam University Press.
- Trappenburg, M. (2011). *Professionals en managers*. In Noordegraaf, M., Geuijen, K., Meijer, A., *Handboek Publiek Management* (pp. 165-190). Den Haag: Boom Lemma
- Uijen, A. A. & Van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice Vol.14, 28-32*
- Valders, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C. & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of family medicine Vol.7, No.4, 357-363*

Wijngaarden, J. H. (2006). Cooperation in care, integration of care in networks by steering, coordination and learning. *Thesis*. Rotterdam.

Wilensky, H. (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology Vol.70, No.2, 137-158*

Witman, J. (2007). *De medicus maatgevend: over leiderschap en habitus*. Assen: Van Gorcum.

Overige bronnen

Bedrijfsblad Cordaan (september 2010). 'De Zichtbare Schakel: de verpleegkundige is terug in de wijk', *Cordaan*, geraadpleegd via http://www.cordaan.nl/10833/14347/22634/CC_no4_web.pdf, op 11-06-2012

Big Move (datum onbekend) 'Projectverslag Happinez', *Big Move*, geraadpleegd via <http://www.bigmove-overvecht.nl/node/38>

Gemeente Utrecht (2011). 'Aanpak Gezonde Wijk Overvecht succesvol!' *Gemeente Utrecht*, geraadpleegd via <http://www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=12564&persberichtID=360486&type=pers>, op 22-05-2012

Jennifer van den Broeke 'Onderzoeksvraag 5' (2011)

Landelijke Huisartsen Vereniging (maart 2012). 'Zo kan het ook: 'We worden allemaal blij van ons Happinezteam'', *LHV*, geraadpleegd via www.lhv.artsennet.nl/actueel/De-Dokter-6, op 04-06-2012

Nieuwsbrief 'Beter Samen in Noord' (2009)

Nieuwsbrief 'Gezonde Wijk Overvecht' (2011)

NRC Handelsblad (07-10-2011). 'Onderzoek naar inkomen huisartsen', *NRC Handelsblad*

NRC Handelsblad (08-10-2011). 'Minister: artsen houden onvoldoende rekening met patiëntent', *NRC Handelsblad*

Project Zichtbare Schakel, project Utrecht (2011). 'De wijkzuster in Utrecht', *De Zichtbare Schakel*, geraadpleegd via <http://www.wijkzusterutrecht.nl/>, op 04-06-2012

Rijksoverheid (08-03-2012). 'Gezonde wijk loont', *Rijksoverheid*, geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/03/08/gezonde-wijk-loont.html>, op 04-06-2012

Rijksoverheid (2012). 'Speerpunt: grotere rol voor eerstelijnszorg', *Rijksoverheid*, geraadpleegd via <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/grotere-rol-voor-eerstelijnszorg>, op 30-05-2012

Bijlage I Respondentenlijst

Utrecht Overvecht

Maandag 7 mei 2012, 10 tot 11 uur
Huisarts

Maandag 21 mei 2012, 10 tot 11 uur
Sociaal-psycholoog

Donderdag 24 mei 2012, 10 tot 11 uur
Fysiotherapeut

Donderdag 24 mei 2012, 13.30 tot 14.30 uur
Wijkverpleegkundige

Donderdag 24 mei 2012, 12 tot 13 uur
Huisarts

Maandag 4 juni, 11 tot 12 uur
Maatschappelijk werker

Amsterdam Noord

Dinsdag 17 april 2012, 13 tot 14 uur
Fysiotherapeut

Dinsdag 17 april 2012, 16 tot 17 uur
Praktijkondersteuner huisarts

Maandag 23 april 2012, 11.30 tot 12.30 uur
Fysiotherapeut

Woensdag 25 april 2012, 10 tot 11 uur
Huisarts












Maandag 21 mei 2012, 13.30 tot 14.30 uur
Maatschappelijk werker





Donderdag 24 mei 2012, 16 tot 17 uur
Huisarts

Dinsdag 5 juni 2012, 15 tot 16 uur
Thuiszorgmedewerker

Donderdag 7 mei 2012, 14 tot 15 uur
Praktijkondersteuner huisarts

Bijlage II Operationalisatie

| Concept | Operationalisatie | |
|------------------|---|---|
| Professionalisme | <ul style="list-style-type: none">  Lidmaatschap beroepsvereniging  Opleiding  Kennis  Codes (beroepsethos)  Regulering | <p>Is de professional aangesloten bij een beroepsvereniging?</p> <p>Welke opleiding heeft de professional gevolgd en waar?</p> <p>Is de professional (actief) bezig met kennisdeling? Bijvoorbeeld door congressen en/of symposia te bezoeken.</p> <p>Hanteert de professional een zekere beroepsethos; een bepaald cliëntbeeld, behandelmethode, een 'hoger doel'?</p> <p>Is er sprake van regulering in het werk en handelen van de professional? Bijvoorbeeld door de beroepsvereniging?</p> |
| Omgeving | <ul style="list-style-type: none">  Veranderende omgeving  Invloed van centrum | <p>Is de omgeving waarin de professional werkzaam is in de loop der tijd dat hij er werkt verandert? (Denk aan demografische of epidemiologische veranderingen).</p> <p>Als de professional is aangesloten bij een (multidisciplinair) centrum, wat merkt hij hier al dan niet van in zijn werkzaamheden?</p> |
| Beroepsopvatting | <ul style="list-style-type: none">  Morele oriëntatie  Oriëntatie op de buitenwereld  Oriëntatie op grenzen  Methodische oriëntatie | <p>Dat wat de professional ziet als plicht met betrekking tot zichzelf of in relatie met anderen, zijn ethische oriëntatie.</p> <p>Dat wat betrekking heeft op de geschiedenis van de professional, de invloed en oriëntatie op de omgeving.</p> <p>Dat wat de professional ziet als de grenzen van zijn verantwoordelijkheid en zijn werk.</p> <p>De manier waarop de professional naar de behandeling die hij toepast kijkt, de manier waarop hij behandelt, ook in</p> |

| | | relatie tot anderen. |
|--------------|---|--|
| Samenwerking |  Hoe wordt er samengewerkt | <p>Wat is de manier waarop de professional samenwerkt, hoe kijkt hij naar samenwerking? Is dit met collega's, denkt hij hierbij aan doorverwijzen, werkt hij in een centrum samen of bijvoorbeeld via netwerken?</p> |
| |  Aansluiting bij (multidisciplinair centrum) | <p>Is de professional aangesloten bij een (multidisciplinair) centrum en wat merkt hij hiervan in zijn werkzaamheden?</p> |
| |  Holistische attitude | <p>Welke visie hanteert de professional op gezondheid en op gezondheid in betrekking tot zijn cliënten?</p> |
| |  Projecten in de wijk | <p>Neemt de professional deel aan projecten die in de wijk lopen en vindt hij dit een meerwaarde hebben?</p> |

Bijlage III Topiclijst interviews

| Topic/thema | Vragen | Doorvragen |
|------------------------------|--|--|
| Introductie | <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoekers voorstellen - Onderzoek introduceren/toelichten | |
| Achtergrond (max. 5 min.) | <ul style="list-style-type: none"> - Wat voor opleiding heeft u gevolgd? - Hoe lang werkt u al in Overvecht? - Heeft u hiervoor op andere plekken gewerkt/ dit werk uitgevoerd? - Bent u aangesloten bij een beroepsvereniging? En/of bij een organisatie? (Bijvoorbeeld bij de SAG én een huisartsenmaatschap) - Bezoekt u ook congressen? - Houdt u ook vakliteratuur bij? | <ul style="list-style-type: none"> - Waar heeft u deze gevolgd? - In dezelfde functie of ook andere functies? - Staat u hier regelmatig mee in contact? (Zo ja; hoe dan?) |
| Cliënten | <ul style="list-style-type: none"> - Bespreken typische cliënt uit Overvecht - Bespreken aanpak respondent | <ul style="list-style-type: none"> - Karakteristieken, ziektes, omstandigheden? |
| Problematiek | <ul style="list-style-type: none"> - Noemen dat het project 'Gezonde wijk Overvecht' zich richt op cliënten met meervoudige problematiek. Als niet al door respondent benoemd: Herkenbaar? - Bespreken (aan de hand van een of meer voorbeelden) wat respondent doet als een cliënt met meervoudige problematiek in de praktijk komt | <ul style="list-style-type: none"> - Vindt u het belangrijke dat er aandacht is voor deze doelgroep? - Grensoverschrijdend werken. |
| Samenwerking | <ul style="list-style-type: none"> - Bespreken stelling: 'Wie zelf in de problemen raakt, kan er ook zelf weer uit komen' | |
| Eigen regie | <ul style="list-style-type: none"> - Open vraag/wensvraag - Samenvatting van het gesprek - Zijn er naar uw mening nog zaken die relevant zijn voor dit onderzoek niet aan bod gekomen/ heeft u nog toevoegingen? | |
| Slot | <ul style="list-style-type: none"> - Over 2 weken zal Rosanne nog eens terugbellen om interview kort 'samen te vatten' en eventuele vragen nog te beantwoorden | |

Bijlage IV Codeboom Rosanne Meulenbeld

| | |
|---|---|
| <p>Code Professional</p> <p>Subcode</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Associaties ✚ Opleiding ✚ Kennis ✚ Codes (SE) ✚ Regulering ✚ Vereiste voor professionaliteit? ✚ Solistisch werkend ✚ Aangesloten bij centrum? | |
| <p>Code Beroepsopvatting</p> <p>Subcode</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Methodische oriëntatie (manier van behandelen) (ook: preventiegericht?) ✚ Morele oriëntatie (wat vind je daarvan?) ✚ Oriëntatie op de buitenwereld: <ul style="list-style-type: none"> – Bureaucratische logica – Marktlogica – Beleidsinvloed (centrum/gemeente/rijksoverheid) ✚ Oriëntatie op grenzen (verantwoordelijkheid) | <p>Subcode Verklarende factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Persoonlijkheid ✚ Geslacht ✚ Na- en/of bijscholing ✚ Aangesloten bij centrum of solistisch werkend? <p>Ervaring, incidenten</p> |
| <p>Code Samenwerking (gevolg?)</p> <p>Subcode</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Holistische attitude (<u>attitude</u>) ✚ Integraal werkend? (<u>samenwerkingsgedrag</u>) ✚ Solistische benadering | |

Bijlage V Codeboom Jennifer van den Broeke

| Code | Uitleg |
|---|--|
| Competentie 1 | <p>De integraal werkende professional houdt er rekening mee dat een bewoner/cliënt/patiënt zowel sociaal-maatschappelijke als medische problemen kan hebben, en dat deze problemen onderling op elkaar kunnen inspelen,</p> <p>probeert waar mogelijk de bewoner/cliënt/patiënt bij al de sociaal-maatschappelijke en medische problemen te helpen,</p> <p>weet wanneer het voor de bewoner/cliënt/patiënt nodig is andere professionals (evt. uit andere domeinen) te betrekken, en</p> <p>kan op zo'n manier samenwerken met andere professionals, dat de bewoner/cliënt/patiënt het geheel aan ondersteuning en zorg ervaart als één allesomvattend geheel.</p> |
| Systeemgerichte / holistische kennis | <p>- systeemgerichte kennis</p> <p>(Meer expliciet de kennis dat een menselijk lichaam reageert op:</p> <p>*interne verandering:</p> <p>een medische oplossing voor één lichamelijk probleem kan een voor- of nadelig effect hebben op een ánder lichamelijk probleem</p> <p>*externe verandering:</p> <p>lichamelijke klachten kunnen veroorzaakt worden door sociaal-maatschappelijke problematiek / gedrag van de bewoner/cliënt/patiënt</p> <p>* interne en externe verandering:</p> <p>zowel medisch- als sociaal-maatschappelijke problemen kunnen elkaar onderling versterken)</p> <p>- holistisch: persoonsgericht is ipv ziektegericht</p> |
| Brede kennis en vaardigheden | waar mogelijk zelf de diagnostiek en behandeling in eigen hand houden |
| Samenwerken met professionals andere domeinen | Samenwerken in de breedste zin van het woord: van het sturen van een brief met informatie over de cliënt, tot consulteren, tot samen een plan maken |
| allesomvattend geheel | wanneer de zorg/ondersteuning/behandelplan/etc. gericht is op het aanpakken van de verschillende problemen in iemands leven en daarbij rekening wordt gehouden met het feit dat dit alles in een iemands leven plaatsvindt |
| Competentie 2 | De integraal werkende professional houdt rekening met de (sociale) context |

| | |
|----------------------------------|---|
| | van de bewoner/cliënt/patiënt. |
| In sociale context interveniëren | - niet de diensten beperkt tot de bewoner/cliënt/patiënt, maar waar nodig en mogelijk (en met toestemming van de bewoner/cliënt/patiënt) ook kan interveniëren in het inkomen van de bewoner/cliënt/patiënt, het wel of niet hebben van werk, het niveau van wat de bewoner/cliënt/patiënt aankan, de woonsituatie van de bewoner/cliënt/patiënt, en in de mogelijkheden van het sociale netwerk van de bewoner/cliënt/patiënt. |
| Competentie 3 | De integraal werkende professional vergroot de eigen regie van de bewoner/cliënt/patiënt. NB Er zijn veel termen in omloop die allemaal verschillende connotaties hebben en in verschillende domeinen verschillend gebruikt worden. Dit zijn termen als zelfredzaamheid, zelfmanagement, en eigen kracht. Met 'eigen regie' wordt bedoeld dat de bewoner/cliënt/patiënt 'zelf de baas is over het eigen leven'. |
| Therapietrouw stimuleren | Therapietrouw wil zeggen dat de bewoner/cliënt/patiënt gemaakte afspraken nakomt, medicijnen inneemt volgens de afgesproken wijze, een behandeling geheel afmaakt, en / of een interventie geheel doorloopt/ een cursus / kuur geheel afmaakt |
| Gezonde leefstijl stimuleren | nagaat welk gedrag de bewoner/cliënt/patiënt vertoont, dat niet bijdraagt aan welzijn en/of gezondheid, of deze zelfs tegenwerkt, en waar dit voor de professional zelf mogelijk is en binnen de eigen werkzaamheden past, de bewoner/cliënt/patiënt weet te motiveren dit gedrag te veranderen, of eventueel bij het motiveren tot gedragsverandering van de bewoner/cliënt/patiënt, diens sociale omgeving daarbij betreft |
| Eigen regie stimuleren | - de mogelijkheden tot eigen regie van de bewoner/cliënt/patiënt en van de sociale omgeving van de bewoner/cliënt/patiënt, in de communicatie en in de therapie (afspraken, medicijnname, behandeling, interventie, kuur, cursus, etc.) - kennis heeft hoe de eigen regie van den bewoner/cliënt/patiënt te vergroten - de bewoner/cliënt/patiënt een stem kan laten hebben in het eigen leefactieplan/behandelplan |
| Competentie 4 | De integraalwerkende professional draagt er aan bij de wijk- of praktijkpopulatie gezond te houden. |
| wijkkennis | - op de hoogte is hoe gezond of ongezond de wijkpopulatie en / of praktijkpopulatie is |
| Wijk gezond krijgen | - zich er verantwoordelijk voor voelt de gezondheid van de wijk- of praktijkpopulatie te verbeteren cq te managen. |

