

95% van de bevolking zeer of tamelijk tevreden over de gezondheidszorg, nu is dat nog 74%, aldus de auteurs. Wij namen een dergelijke sterke verandering in vertrouwen niet waar. Mogelijk is dit verschil te verklaren doordat 'tevredenheid over de gezondheidszorg' en 'vertrouwen in de gezondheidszorg', hoewel verwant, verschillende concepten zijn. Het verschil tussen beide studies geeft echter ook aanleiding om na te denken over het gebruik van één gemiddeld percentage als het gaat om het vertrouwen in de zorg. In het onderhavige onderzoek werd namelijk duidelijk dat het vertrouwen zeer uiteenloopt als specifiek gevraagd wordt naar verschillende hulpverleners en instellingen. Het vervolgens berekende gemiddelde zegt vrij weinig omdat de spreiding zo groot is.

Wanneer mensen wordt gevraagd naar hun vertrouwen in de zorg in het algemeen geldt dit in zekere mate ook. We kunnen ons echter voorstellen dat men dan (onbewust) zorg waarmee men vaker in aanraking komt, zwaarder laat meewegen. Als we er (zoals hiervoor beschreven) vanuit gaan dat onbekendheid leidt tot een lager vertrouwen, wordt zo het algemene vertrouwen minder gedrukt door onbekendheid met bepaalde zorgvormen. Ons inziens zou in toekomstig onderzoek naar vertrouwen in de zorg dan ook altijd gevraagd moeten worden naar het vertrouwen in de gezondheidszorg in het algemeen (dus middels één vraag) én naar het vertrouwen in verschillende hulpverleners en instellingen afzonderlijk.

Met deze studie hopen we een bijdrage te hebben geleverd aan het inzicht in het vertrouwen van Nederlanders in de gezondheidszorg. Tot slot doen we graag nog enkele aanbevelingen. Om altijd recente gegevens beschikbaar te hebben en om trends te kunnen achterhalen is het nodig vaker het vertrouwen in de gezondheidszorg te onderzoeken, bijvoorbeeld jaarlijks. Daarbij zou gelet moeten worden op het hiervoor aange-stipte onderscheid tussen tevredenheid en vertrouwen en op de grote verschillen tussen het vertrouwen in verschillende hulpverleners en instellingen. Daarnaast is nader empirisch onderzoek gewenst naar de factoren die samenhangen met vertrouwen in de zorg om het inzicht in de redenen voor weinig of juist veel vertrouwen in bepaalde instellingen of hulpverleners te vergroten. Deze kennis kan wellicht ook handvatten bieden om het vertrouwen te beïnvloeden.

#### Noot

a. Niet-Nederlandssprekende allochtonen zijn niet opgenomen in het panel.

## LITERATUUR

1. *Rolies J.* Vertrouwen in de gezondheidszorg. *ZM magazine* 2001;17(12):2-4.
2. *Friele R, Straten G, Groenewegen P, Andela M.* De consument spreekt: voldoende vertrouwen in de gezondheidszorg. *Zorgvisie* 1998;28(7):10-3.
3. *Anoniem.* Weinig vertrouwen in geestelijke

gezondheidszorg. *Consumentengids* 1998;46(6):28-9.

4. NIPO-enquete: veel vertrouwen in huisarts. *Huisarts Wet* 1986;(29):37.
5. Bongers IMB, Rodenburg G, Vis CM, Garretsen HFL, Das M. De mening van Nederlanders over kwaliteit en kwantiteit van de gezondheidszorg en over actuele beleidsvoornemens in de gezondheidszorg. Tilburg: Tranzo en Centerdata, UvT, 2004.
6. Schee E van der, Delnooi D. Onderzoek consumentenvertrouwen in de zorg: dokter geniet nog steeds aanzien. *Zorgvisie* 2005;35(8):28-9.
7. *Bongers IMB, van Weert CMC, Vis CM, Garretsen HFL, Das M.* Kwaliteit en kwantiteit van de gezondheidszorg en actuele beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg in 2005: Nederlanders aan het woord. Tilburg: Tranzo en Centerdata, UvT, 2005.
8. *Straten GFM, Friele RD, Groenewegen PP.* Public trust in Dutch health care. *Soc Sci Med* 2002;55:227-34.
9. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch Jaarboek 2004. Voorburg/Heerlen: CBS, 2004.*
10. *Putters K, Frissen PHA, Foekema H.* Zorg om vernieuwing. Tilburg: TNS NIPO / Universiteit van Tilburg, 2006.

## CORRESPONDENTIEADRES

**Drs. Caroline van Weert, Tranzo, Universiteit van Tilburg, e-mail: c.m.c.vanweert@uvt.nl**

# Polyvalente professionals

Paul Baart, Tamara Raaijmakers\*

*Dit is een opiniërend artikel over samenwerking tussen professionals. Samenwerken wordt veelal gezien als echt samen aan iets werken, elkaar daadwerkelijk treffen. Dit streven leidt nogal eens tot praktische problemen en verschil van inzicht. Daarom wordt samenwerking vaak als opgelegd en lastig ervaren. Tegenover*

*\*Baart en Raaijmakers, Amersfoort*

*dit 'moeizaam samenwerken' plaatsen we het perspectief van de polyvalente professional. Afstemming van zorg vanuit professioneel zelfvertrouwen, kennis en inzicht in andere disciplines en het vermogen om over disciplinegrenzen heen te kijken. Dat is polyvalent werken. Doel is de verrijking van het eigen vakgebied, de bevordering van de kwaliteit van handelen, en – niet onbelangrijk – meer plezier in eigen werk.*

#### Samenwerken moet

De laatste jaren is veel geschreven in TSG over samenwerking in de zorg, met name over arbocuratieve samenwerking.<sup>1-5</sup> Om samenwerking te bevorderen zijn projecten uitgevoerd en worden hulpmiddelen aangereikt zoals protocollen en communicatieformulieren. Ook zijn door verschillende beroepsgroepen richtlijnen en afspraken opgesteld.

In publicaties over samenwerking komen veelal problemen naar voren die samenwerking met zich meebrengen. Het wordt als verzwarend en belastend voor het eigen werk ervaren: de 'samenwerkingspartners' zijn slecht te bereiken en als je contact hebt, is de kans groot dat hun visie en aanpak verschilt en je moet strijden voor jouw inbreng. Samenwerking als onderdeel van richtlijnen en protocollen wordt daarom vaak als 'moeten' en 'opgelegd' ervaren.

### Professionaliteit en verantwoordelijkheid

In dit artikel wordt de uitdaging gezocht in de professionaliteit en in de eigen verantwoordelijkheid van zorgverleners. Een professionele discipline schrijft haast per definitie voor dat je jezelf als professional centraal stelt en accent legt op jouw kennis en kunde.<sup>6</sup> Professionalisering zet dit proces in gang. Op macroniveau doordat steeds meer maatschappelijke activiteiten aan een bepaalde beroepsgroep worden toevertrouwd. Op mesoniveau door de ontwikkeling van een beroep tot 'professie' (dat wil zeggen: een bepaald beroep met bijzondere kenmerken). En op microniveau door de toenemende oriëntatie van individuele professionals op de kennis, waarden en normen van hun beroep (in plaats van op de organisatie of functie waarin zij werken). Dit brengt domeindemarcatie en -strijd met zich mee, op alle drie de niveaus: 'dit is mijn of ons terrein'.

Een professionele houding brengt een ander gevaar met zich mee: het overnemen van de verantwoordelijkheid van degene die jou als professional inschakelt. Want 'ik weet wat van belang is voor mijn cliënt of mijn klant', daarvoor word ik tenslotte ingeschakeld.

### Historisch perspectief

De visie van polyvalente professional past binnen het historisch perspectief van de ontwikkeling van professionals. Fosse<sup>6</sup> heeft hiervan een overzicht gemaakt. Zie figuur 1.

De periode voor de tweede wereldoor-

periode	taken	professie	ideaal
< 1945	single cases	rechten	neutraal geformuleerde regels
1945-1990	planning	economie, sociale wetenschap	overlap beleid / strategie en formele regels
> 1990	samenwerking	polyvalente professionals	overlap beleid en ondernemerschap

**Figuur 1** Historische perspectief van professionele ontwikkeling

log stond sterk in het teken van de rechten van individuele werknemers en werkgevers. Idealiter worden deze vastgelegd in neutraal geformuleerde regels. Dit betrof ook de invulling van de professies.

Vanaf de tweede wereldoorlog kwamen daarbij het profijitbeginsel en de sociale relaties. Professionalisering stond centraal en de vraag voor welke problemen en vraagstukken welke professionals ingeschakeld konden of moesten worden. De sociale wetenschap komt om de hoek kijken. In de sociologie is de omschrijving van professie een beroepsgroep met een eigen opleiding, eigen professionele regels, aangesloten bij een beroepsorganisatie die toeziet op de leden door eigen beroepscode en rechtsregels en met een eigen onderlinge rechtspraak.<sup>7</sup> Dit heeft geresulteerd in groeperingen van professionals, waarvan een aantal sterk in het aanzien staan zoals de medisch specialist.

Vanaf 1990 kwam er naast aandacht voor professionalisering en individuele rechten, ook meer aandacht voor samenwerking. Om het eerder genoemde probleem van domeindemarcatie en -strijd tegen te gaan, is het wenselijk het beeld van een aantal sterk geprofessionaliseerde beroepsgroepen die onafhankelijk handelen te vervangen door dat van beroepsgroepen die veelal complementair en overlappend aan elkaar werken. Dit wordt door Fosse<sup>6</sup> onder de noemer 'polyvalente professional' gebracht.

### Polyvante professional

Het begrip polyvalentie is afkomstig uit de chemie.<sup>6</sup> Polyvalente stoffen zijn specifieke stoffen die zich kunnen verbinden aan andere stoffen. Vertaald naar professionals, betekent werken in een polyvalente context dat men de grenzen van het eigen vakgebied kent en het vermogen en de bereidheid heeft om de eigen kennis aan een andere beroepsgroep over te brengen.<sup>8</sup> Polyvalent is niet hetzelfde als generalist. Een polyvalente professional ziet zichzelf als expert in het eigen vakgebied, die afstemming tussen de discipli-

nes stimuleert en beschikt over de vaardigheden om in teamverband te werken. Een generalist gaat uit van een interdisciplinair karakter van kennis en de wens te komen tot een brede kennis vanuit verschillende wetenschapsgebieden.

### Maatschappelijke ontwikkelingen

De ontwikkelingen vragen ook om meer polyvalente professionals. Uit het afnemen van audits bij bedrijfsartsen op het gebruik van NVAB richtlijnen en uit gezondheidsbeleid audits binnen bedrijven<sup>9</sup> blijkt dat we niet zonder elkaar kunnen op de werkvloer en daarbuiten. Ook wordt het werken in teams en het elkaar professioneel ondersteunen gezien als een hulpbron voor negatieve effecten van zware emotionele belasting, zoals bij verzorgenden het geval is.<sup>10</sup>

We onderstrepen het belang van elkaar vanuit verschillende perspectieven aanvullen, maar meer vanuit het standpunt dat professionals de waarde van andere typen expertise leren kennen (poly-valent) dan echt samenwerken.

Opleidingen waarin aandacht wordt besteed aan de meerwaarde van andere vakgebieden en de competentie om daarvan gebruik te kunnen maken dragen hieraan bij. Een voorbeeld hiervan is de nieuw ontwikkelde opleiding Gezondheid en Maatschappij aan de Wageningen Universiteit en Sport Gezondheid en Management aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen waarin gezondheidsprofessionals breder worden opgeleid.

### Aan de praktijk geïllustreerd

Uit de praktijk volgen aanwijzingen dat een dergelijk polyvalente houding haalbaar is, gunstig is voor de werknemer/cliënt/klant en ook het werkplezier vergroot. Dat laatste aspect is vaak onderbelicht bij samenwerken.

Een goed voorbeeld van polyvalente professionals is een zorgcoördinatieproject in Groningen,<sup>11</sup> kortweg aangeduid met 'bemoeizorg'. Zonder de verantwoordelijkheid over te nemen van anderen, hadden verpleegkundigen afstemming met politie, justitie, woningbouwverenigingen en familie van psychiatrische cliënten. Dit project resulteerde in minder crisisopnames, uit huis zettingen en een team van mensen die gemotiveerd en enthousiast samenwerkten en de nodige tegenslagen konden opvangen.

Een ander voorbeeld is een recent ontwikkelde richtlijn over werk en psychische klachten voor psychologen.<sup>12,13</sup> Hierin staat een activerende en oplossingsgerichte ondersteuning centraal, waarin de regierol bij de cliënt/werknemer ligt. Ook wat betreft de afstemming met het werksysteem en met andere professionals. Nadrukkelijk wordt met de cliënt/werknemer doorgenomen wat deze al zelf heeft gedaan. Als de psycholoog anderen raadpleegt is het doel en de inhoud van deze afstemming met de cliënt/werknemer vastgesteld.

Ter illustratie van de richtlijn, zijn ook vier praktijken beschreven met een dergelijke werkwijze.<sup>14</sup> Een van deze praktijken, In Balans, heeft de arbeidsgerichte werkwijze letterlijk gekoppeld aan samenwerking: in de praktijk wordt nauw samengewerkt tussen psychologen, fysiotherapeuten en bedrijfsartsen. Omdat men 'weet' wat de ander doet en kan, wordt vaak niet *vis a vis* samengewerkt en toch is het aanvullend werken positief voor de cliënt en de professional. Dit resulteert niet alleen in een verhoogde klanttevredenheid,<sup>15</sup> maar ook in meer werkplezier. Op deze manier 'samen' werken wordt gezien als een verrijking van het eigen vakgebied.

Ook op bedrijfsniveau kan een polyvalente werkwijze goed uitpakken. Uit goede praktijkvoorbeelden van het werk van Arbeids- en Organisatiedeskundigen,<sup>16,17</sup> blijkt dat A&O'ers toegevoegde waarde hebben vanuit hun expertise, maar dat deze bijdrage niet meer expliciet in de bedrijfsresultaten te achterhalen is: de aanpak is door het bedrijf geadopteerd en wordt zelfstandig voortgezet. De intentie van deze A&O'ers is ook dat hun inzet omgezet wordt naar bedrijfseigen beleid. Op deze manier is specialistische kennis van arbeid- en organisatieprocessen door een professional overgedragen aan een ander. Zowel de A&O'ers als de klanten waren te spreken over deze manier van werken.

#### Een eerste test

In een workshop op de KINA conferentie 'De zorg voor de oudere werknemer', is het begrip 'polyvalente professional' geïntroduceerd.<sup>18</sup> Aan deze workshop namen verzekeringartsen, bedrijfartsen, A&O'ers en andere professioneel geïnteresseerden deel. Het concept werd door

een groot deel van de circa 20 aanwezigen aansprekend gevonden. Zij zijn op zoek naar nieuwe uitdagingen in hun werk en 'polyvalentie' zou daarin kunnen bijdragen, zonder dat het gelijk leidt tot een verzwaring en sterke (inhouds)verandering van het werk. Wat wellicht bijdraagt aan het langer gemotiveerd werken in het eigen werk.

Nu was dit een multidisciplinaire conferentie, zodat de veronderstelling gerechtvaardigd is dat de deelnemers de uitwisseling met anderen gemakkelijker opzoeken dan gebruikelijk is. De uitdaging is om met zijn allen een andere kijk op professioneel 'samenwerken' te krijgen, waarin afstemming en het kennis nemen van andere vakgebieden worden gezien als een verrijking van het eigen werk en als bijdrage aan het eigen werkplezier.

#### Tot slot

Zoals eerder aangegeven, kunnen opleidingen bijdragen aan de ontwikkeling van studenten tot polyvalente professionals. Aanbieden van een bredere kennis over andere vakgebieden is daarbij van belang. Zo ook aandacht voor het gegeven dat samenwerken samenhangt met competenties. Zoals Nauta<sup>4</sup> aangeeft: niet iedereen kan evengoed samenwerken.

Eenmaal afgestudeerd dienen professionals hiertoe verder ondersteund te worden door de organisaties waarin ze werkzaam zijn. Deze dienen ruimte te bieden voor bij- en nascholing in de vorm van multidisciplinaire trainingen, (werk)conferenties en bijeenkomsten waarbij de kennis en mogelijkheden van andere professionals aan de orde komen. Polyvalentie zou een functie eis kunnen vormen in de toekomst. In België is de term 'polyvalente medewerkers' al een gebruikelijke.

Polyvalentie draagt ook bij aan de eigen duurzame inzetbaarheid. Hoe langer men in een specialistisch vak werkzaam is, hoe moeilijker de stap wordt naar een ander beroep. Een polyvalente oriëntatie bevordert flexibiliteit.

Op beroepsgroepniveau zou meer afstemming nodig zijn op een aantal belangrijke uitgangspunten zónder fysieke samenwerking tussen professionals op te willen leggen.

Deze punten betreffen activering en de regierol van de cliënt/werknemer/klant. Maatschappelijke ontwikkelingen waarin

een ieder aangesproken wordt op de eigen verantwoordelijkheid, ook waar het de gezondheid en duurzame inzetbaarheid betreft, onderstrepen dit belang. Multidisciplinaire richtlijnen voor arbocuratieve zorg dienen uit te gaan van dit standpunt en zodanig te zijn dat werknemers bij verschillende professionals die hun ondersteunen een eenduidig verhaal te horen krijgen: ondersteunend, activerend en oplossingsgericht waarbij het initiatief bij de werknemer ligt, ook in de afstemming tussen de diverse professionals die hem of haar ondersteunen.

## LITERATUUR

1. Rouppe van der Voort CBM, Senden Th F, Crul BJP. Arbocuratieve samenwerking in de praktijk. Verslag van een project. Tijdschr Gezondheidswet 2005;83:35-42.
2. Bakker RH, Krol B, Gulden JWJ van der, Groothoff JW. Arbocuratieve samenwerking: verslag van drie regionale projecten. Tijdschr Gezondheidswet 2003;81:265-73.
3. Engels JA, Tigchelaar AP, Gulden JWJ van der. Arbocuratieve samenwerking: procesevaluatie van vijf regionale samenwerkingsprojecten. Tijdschr Gezondheidswet 2003;81:148-54.
4. Nauta AP. Samenwerken als proces bekeken. Tijdschr Gezondheidswet 2003;81:159-62.
5. Gulden JWJ van der. Kunnen artsen wel samenwerken als het om ziekteverzuim gaat? Tijdschr Gezondheidswet 2003;81:213-5.
6. Fosse, E. Obstacles and opportunities in cross-sector collaboration. Best Practice for better health. Stockholm, june 2005. [www.fhi.se/templates/bestpracticepage](http://www.fhi.se/templates/bestpracticepage).
7. Jager H de, Mok A. Grondbeginselen der Sociologie. Groningen, Wolters-Noordhoff, 2004.
8. Baart P. Routeplanner of doolhof? Tijdschr Gezondheidswet 2005;83:470-2.
9. iHMQ. Auditering van bedrijven tot Model of Good Practice gezondheidsmanagement. [www.ihmq.org](http://www.ihmq.org).
10. Raaijmakers T, Sjollem S. Expertmeeting kwaliteit en arbeidsmotivatie in de ouderenzorg. 27 januari 2006. [www.nsvp.nl/](http://www.nsvp.nl/) [www.baart-raaijmakers.nl](http://www.baart-raaijmakers.nl).
11. Polstra L, Baart P. Zorg en coördinatie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1994.
12. NIP/LVE. Werk en Psychische Klachten, richtlijn voor psychologen (Baart P, Raaijmakers T, red). januari 2006. [www.psynip.nl/](http://www.psynip.nl/)

- www.baart-raaijmakers.nl.
13. NIP/LVE. Werk en Psychische Klachten, toelichting op de richtlijn voor psychologen (Baart P, Raaijmakers T, red). januari 2006. www.psynip.nl / www.baart-raaijmakers.nl.
  14. NIP/LVE. Werk en Psychische Klachten, Praktijkvoorbeelden als illustratie van het werken volgens de richtlijn (Baart P, Raaijmakers T, red). januari 2006. www.psynip.nl / www.baart-raaijmakers.nl.
  15. Peters S. Onderzoeksrapportage In balans. Evaluatie onder cliënten Nijmegen: In Balans, 2005. www.inbalans.info.
  16. Baart P, Engelen C, Raaijmakers T. Succesvol organiseren van werk en gezondheid. De balans van 10 jaar A&O. Eindhoven/Amsterdam: BA&O / SKB, 2004.
  17. Baart P, Engelen C, Raaijmakers T. Van 10 jaar A&O bestaan tot verdere profilering. Van idee tot project. Beschrijving van het project Kwaliteit en Toekomst van Arbeids- en Organisatiedeskundigen. Eindhoven/Amsterdam: BA&O / SKB, 2005. (Tekst beschikbaar bij Baart en Raaijmakers.)
  18. Orbon K. Zorg voor oudere werknemers. Tijdschr Gezondheidswet 2006;84:250-1.

## CORRESPONDENTIEADRES

Drs. P.C. Baart, Baart en Raaijmakers,  
Zonnehof 25, 3811 ND Amersfoort, tel:  
033-4654235, e-mail:  
p.baart@baart-raaijmakers.nl

Forum

# Lacune tussen wetgeving in Nederland en Verenigde Staten op het gebied van medisch-ethische toetsing

Cécile R.L. Boot, Frans J. Meijman\*

## Casusbeschrijving

Onlangs ontwikkelden we een vragenlijst om ervaren gezondheid van studenten aan de hogeschool en universiteit van Amsterdam in kaart te brengen. Dit ontwikkelingsproces bestond uit een systematisch literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Dit praktijkonderzoek hield in dat een aantal studentenartsen, doktersassistenten en studenten de vragenlijst hebben bekeken. Tevens hebben we ze allemaal kort geïnterviewd over hun eigen ideeën over indicatoren van ervaren gezondheid bij studenten.

Vervolgens hebben we deze resultaten verwerkt tot een manuscript over het ontwikkelen van een vragenlijst en dit aangeboden bij een Amerikaans tijdschrift. We kregen al na enkele dagen een reactie. Ons manuscript voldeed niet aan de eisen van het tijdschrift omdat er in de methodeparagraaf niet was vermeld dat het project goed was gekeurd door een Medisch-ethische toetsingscommissie. Zodra we deze zin hadden toegevoegd, zou ons manuscript verder worden beoordeeld door referenten.

\*Bureau Studentenartsen, Universiteit van Amsterdam

In de richtlijnen voor auteurs van het tijdschrift stond inderdaad dat een dergelijke toestemming vermeld moest worden. Echter, medisch-ethische toetsing was niet mogelijk in Nederland, omdat ons onderzoeksproject niet voldeed aan de voorwaarden voor medisch-ethische toetsing in Nederland.

## Wat zegt de wet?

Op de website van de Commissie Mensgebonden Onderzoek (www.ccmo.nl) staat te lezen dat een onderzoek alleen dan aan een medisch-ethische toetsing kan worden onderworpen wanneer het onder de Wet Mensgebonden Onderzoek (WMO) valt. Om onder deze wet te vallen, moet onderzoek voldoen aan de volgende twee eisen:

1. er is sprake van medisch-wetenschappelijk onderzoek, en
2. personen worden aan handelingen onderworpen of hen worden gedragsregels opgelegd

Het mag duidelijk zijn dat aan de eerste voorwaarde wordt voldaan, maar de tweede voorwaarde levert problemen op. In de uitleg op de website valt te lezen dat onderzoek met mensen alleen onder de WMO valt wanneer “er op de één of

andere manier inbreuk wordt gemaakt op de integriteit van de proefpersoon”. Als extra uitleg staat er bovendien: “Het invullen van een vragenlijst valt in het algemeen niet onder de wet. Gaat het echter om ingrijpende/belastende/intieme vragen? Of is de proefpersoon veel tijd kwijt met invullen? In die gevallen valt zo'n onderzoek weer wel onder de WMO.”

Overleg met een geregistreerde medisch-ethische toetsingscommissie (METC) in Amsterdam wees uit dat ons project inderdaad niet onder de WMO viel, het invullen van de vragenlijst duurde slechts 7 minuten, mensen konden deze via internet invullen wanneer en waar ze maar wilden, en onze vragen over gezondheid zijn niet zo ingrijpend, belastend of intiem dat ze getoetst moeten worden. Formeel kan een METC ons project niet goedkeuren omdat het niet binnen hun taken valt. Eventuele beperkingen die zij opleggen wanneer ze het project toch keuren, zijn niet rechtsgeldig. In de Verenigde Staten blijkt dit anders te liggen. Daar moeten alle projecten goedgekeurd worden door een medisch-ethische toetsingscommissie.