

# Woord vooraf

Ongeveer twintig jaar geleden stelde ik laatstejaarsstudenten van verschillende afstudeerrichtingen gezondheidszorg voor de uitdaging om (in een concreet beschreven casus) samen zorgdoelen te formuleren voor een chronisch zieke patiënt in een plotseling verslechterde toestand. Ik kreeg antwoorden in de aard van “ziekenhuisopname” of “bloedafname en scans regelen”. Toen ik in de stijl van een klassiek leergesprek de vraag stelde wat men hiermee dan kon bereiken, kreeg ik vervolgantwoorden zoals “gezondheidsparameters goed meten” of “grondige diagnose stellen”. Gelukkig merkte ik dat sommige studenten al snel zelf inzagen dat dit mogelijk wel een werkwijze of middel kon zijn in het handelen als gezondheidswerker op korte termijn, maar zeker geen zorgdoelen voor een patiënt of cliënt. De constatacie dat toch veel studenten die reflectie niet hadden, alarmeerde mij. In de praktijk komt de verwarring tussen doelen en middelen eigenlijk ook regelmatig voor.

In de afgelopen jaren zijn er acties geweest in het kader van doelgerichte zorg en zijn er ook tools ontworpen om de doel- en cliëntgerichtheid van zorg te optimaliseren. Soms kunnen deze ook te ver overhellen naar een té brede en té verstrekkende aanpak. De trend om in zorg systematisch te peilen naar levensdoelen van cliënten kan heel nuttig zijn in een aantal situaties, waarbij korte- en langetermijnplanning van zorg van belang is. In vele situaties is het echter gewoon een zaak van zo snel en zo goed mogelijk geholpen worden voor de zorg- of hulpvraag die zich aandient. Zorg- en hulpverlening moet dan niet zo breed en verstrekkend mogelijk worden ingericht, maar wel doelgericht, efficiënt en goed afgestemd. Op dergelijke kwaliteitsaspecten wordt ingegaan in mijn ander boek *Samen werken aan kwaliteit in zorg en welzijn* (Vyt, 2023).

Als verschillende gezondheidswerkers voor de taak staan om samen zorgdoelen te bepalen, wordt het voor hen vaak moeilijker dan wanneer ze dat monoprofessioneel doen. Ze vervallen dan vaak in doelen die heel algemeen zijn of die eigenlijk voor de hand liggende acties of middelen zijn. Veelal heeft dit te maken met een gebrek aan een bruikbaar gezamenlijk kader voor het redeneren en het stellen van doelen waaraan verschillende gezondheidswerkers kunnen samenwerken. Voorstellen van doelbepaling zijn vaak gebaseerd op methoden die binnen de eigen beroepsdiscipline zijn aangeleerd in de vorm van concrete handelingsplannen of interventies. Hoewel overkoepelende raamwerken voor methodisch werken in de gezondheidszorg beschikbaar zijn (zie Coussens e.a., 2011), wordt in de studiegebieden gezondheidszorg en welzijn toch vooral vanuit specifieke werkwijzen opgeleid, eigen aan een beroep. Historische en politieke redenen zijn aan te wijzen die te maken kunnen hebben met identiteitskwesies en profileringsdrang van beroepsverenigingen.

In de gezondheidszorg is er nood aan het overstijgen van verschillen en het doorbreken van schotten tussen opleidingen of beroepsprofielen. Specificiteit blijft belangrijk maar dient geplaatst te zijn in een kader dat zorgt voor coherentie, verstaanbaarheid en samenwerking tussen gezondheids- en welzijnswerkers van verschillende disciplines of beroepen.

Gedurende dertig jaar heb ik het genoeg gehad om interprofessionele leertrajecten te ontwerpen, eerst in de Arteveldehogeschool en nadien aan de Universiteit Gent. Enkele andere instellingen hebben zich hierdoor laten inspireren. Al bijna vijftien jaar zorgt het European Interprofessional Practice and Education Network (EIPEN) voor verspreiding van goede interprofessionele onderwijspraktijken (zie Vyt, Pahor & Tervaskanto-Maentausta, 2015).

Druppelgewijze regionale uitbreiding is mooi, maar is onvoldoende om de nood aan interdisciplinaire praktijk in het werkveld tot stand te brengen. Stagiairs en afgestudeerden worden vaak geconfronteerd met vastgeroeste disciplinaire werkwijzen. Hoewel vanuit verschillende hoeken en organisaties (waaronder het RIZIV, beroepsverenigingen, zorginstellingen en koepelorganisaties) wordt aangedrongen op de realisatie van interdisciplinaire competenties bij afgestudeerden in gezondheidszorg, blijft het aandeel hiervan in een totaal studieprogramma vaak beperkt tot niet meer dan 1 tot 2% van het totale studievolume. Er blijft dus nog werk aan de winkel. Het is mijn hoop dat opleidingen in de toekomst meer actief samenwerken aan opleidingsonderdelen waarin studenten niet alleen samen onderwijssessies volgen maar ook samen overleggen en werken aan gezondheidsproblemen of beleidskwesties inzake zorg en welzijn. In Vlaanderen worden studenten verplicht om bij instroom in het hoger onderwijs onmiddellijk te kiezen voor een specifiek beroep. Dat geldt zowel voor opleidingen aan universiteiten als aan hogescholen. Logopedisten, artsen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, audiologen, verpleegkundigen, apothekers, vroedvrouwen, diëtisten, mondhygiënisten, podologen en maatschappelijk werkers worden eerst in gescheiden kanalen opgeleid, en worden vaak pas op stage geconfronteerd met de nood aan interdisciplinair overleg. Meestal resteert dan te weinig tijd om interdisciplinaire competenties aan te scherpen.

Het samen bespreken van gezondheidsproblemen in opleidingsonderdelen aan het begin van een basisopleiding leidt tot meer effectieve samenwerking en een bredere kijk, maar ook tot een hogere efficiëntie in het hoger onderwijs. In bepaalde landen wordt een gezamenlijk voortraject geplaatst bij het begin van opleidingen gezondheidszorg, zodat studenten op basis hiervan nog een betere studiekeuze kunnen maken. Opleidingsonderdelen zoals Gezondheidsleer en Gezondheidszorgorganisatie kunnen ook rijker worden indien studenten hierbij op een praktische manier samen kunnen redeneren en werken. Dit zou niet alleen een oplossing kunnen zijn voor het creëren van een brede interdisciplinaire kijk, maar zou ook het onderwijs nog interessanter kunnen maken.

De uitdaging zal zijn om ook onmiddellijk in het werkveld verandering teweeg te brengen, zodat wat we in de basisopleiding aanbrengen ook in de dagelijkse praktijk kan gedijen en zodat afstuderenden hun competenties kunnen toepassen zoals het hoort. De bestaande structuren en mechanismen zijn nog niet echt afgestemd op de interdisciplinaire praktijk of bevorderen het nog onvoldoende. Een drogredenering als zou interdisciplinaire samenwerking te veel tijd en geld in beslag nemen, hoort in de kiem gesmoord te worden. Verandering botst op weerstand, maar er is nu al genoeg wetenschappelijke onderbouwing en gezond verstand voorhanden om die weerstand te overwinnen.

Een verandering in de praktijk wordt door de overheid mee geïnitieerd. In 2016 heeft de Belgische overheid het initiatief genomen om de wettelijke bepalingen inzake gezondheidszorgberoepen (het Koninklijk Besluit 78 dat al vijftig jaar oud is) te moderniseren in de richting van meer samenwerking. Twee jaar eerder was in Nederland de discussie ingezet in een breder perspectief en op langere termijn: niet alleen de vraag welke wijzigingen in zorgberoepen we nodig hebben maar ook de vraag hoe de zorgnoden er in 2030 zullen uitzien op basis van demografische, technologische en epidemiologische evoluties en welke vorm van gezondheidszorg hieraan het beste aangepast zal zijn. In Nederland was daarvoor een commissie geïnstalleerd, met als voorzitter een verpleegkundige. Dat feit alleen al is opmerkelijk te noemen en getuigt van durf in een wereld die traditioneel toch door medici werd beheerst. De wereld is in evolutie. Vlaanderen neemt verdere stappen in de richting van interprofessionele zorg. De recente hertekening van de eerstelijnszorg kan dit mee verwezenlijken. De toename van interdisciplinaire groepspraktijken is te zien in het zorglandschap.

De evolutie op dit vlak gaat echter traag en gaat ook gepaard met achterkamergesprekken en overleg achter gesloten deuren. Bovendien is er de typische Belgische situatie dat overheidsbevoegdheden inzake onderwijs en welzijn geregionaliseerd zijn, terwijl gezondheidszorg nog federale materie is. Dit zorgt voor complexe en soms gekke toestanden. Binnen opleidingen en werkwijzen in eenzelfde beroepsgroep of discipline bestaan er soms opmerkelijke verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië. Maar ook op Europees niveau is een grote diversiteit te zien. In Vlaanderen is er voor kinesitherapie een academische vijfjarige masteropleiding aan universiteiten, terwijl de rechtstreekse consulteerbaarheid van kinesitherapeuten meer beperkt is dan bijvoorbeeld in Nederland, waar kinesitherapeuten (daar fysiotherapeuten genoemd) vier jaar studeren aan de hogeschool. Mondzorg is een nieuwe opleiding die in Vlaanderen in 2016 is opgestart, maar afgestudeerde mondhygiënisten werden nog lang geconfronteerd met discussies inzake de beroepsprofilering en hun bevoegdheden, afhankelijk van de visie en de invloed van tandartsen. Hopelijk worden dergelijke anomalieën in de toekomst meteen op Europees niveau rechtgetrokken. Hoewel dat niet direct voor morgen zal zijn, moeten we er wel nu al aan werken, o.a. via Europese beroepsverenigingen en netwerken zoals EIPEN.

In de loop van twintig jaren hebben veel collega's een actieve rol opgenomen in het begeleiden van interdisciplinaire studententeams en ook meegewerkt aan het conceptualiseren van interprofessionele leertrajecten. Enkele jaren geleden heb ik het genoegen gehad om samen met enkele collega's een interprofessionele postgraduaatopleiding in neuro-revalidatie te conceptualiseren ([www.ipnr.be](http://www.ipnr.be)). Doordat in basisopleidingen onvoldoende ruimte wordt gecreëerd voor interprofessionele competenties, en ook doordat stagiairs van basisopleidingen onvoldoende gelegenheid hebben om deze competenties op een effectieve manier toe te passen, zijn postgraduaatopleidingen en intensieve bijscholingen voor praktijkwerkers de uitgelezen werkwijze om effectieve verandering te brengen in de praktijk en de interprofessionele praktijk te realiseren.

Ik heb altijd deugd beleefd aan discussies met hen, en het is door het over en weer gaan van ideeën en voorstellen dat ik zelf tot de beste creativiteit kom. Als auteur van dit werk dank ik hen dan ook voor de jarenlange aangename samenwerking, en dank ik beleidsverantwoordelijken voor de kansen die ze mee hebben gecreëerd om interdisciplinair onderwijs concrete gestalte te geven. Ik hoop dat in de toekomst beroepsverenigingen, zorginstellingen en netwerken ook mee de interprofessionele praktijk op de kaart zetten door dit op te nemen in hun portfolio van deskundigheidsbevordering en bijscholing. Recent is daarvoor VLIPS opgericht: het Vlaams Interprofessioneel Platform voor Samenwerking ([www.vlips.be](http://www.vlips.be)). Bepaalde agentschappen en netwerken kunnen ook ingeschakeld worden voor training op de werkvloer (bv. [www.aqarto.agency.be](http://www.aqarto.agency.be)).

In Angelsaksische landen en in Nederland spreekt men over interprofessioneel werken; in Franstalige landen heeft men het eerder over interdisciplinariteit. Vlaanderen zit er net middenin en gebruikt de beide. De essentie is dat men vanuit verschillende disciplines en/of beroepen samenwerkt. In dit boek worden beide begrippen gebruikt, met een licht overwicht voor interprofessionaliteit. In de titel is daarom ook voor deze internationale benaming gekozen.

Andre Vyt