

Juist beroepsgrenzen bevorderen multidisciplinaire benadering

Beter samenwerken vanuit specialisme

Denise van der Klauw,
junior adviseur, Raad voor de
Volksgezondheid en Zorg

Marten Munneke,
universitair hoofddocent
zorginnovatie

Bastiaan R. Bloem,
hoogleraar neurologische
bewegingsstoornissen

beiden afdeling Neurologie,
Donders Institute for Brain,
Cognition and Behaviour,
Radboud Universitair Medisch
Centrum, Nijmegen

Correspondentieadres:
b.bloem@neuro.umcn.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Generalisten in de zorg worden beschouwd als de oplossing om noodzakelijke multidisciplinaire innovatie te bewerkstelligen. Onderzoek naar het multidisciplinaire ParkinsonNet laat echter zien dat juist specialisme een drijfveer is voor professionals om samen te werken met andere disciplines.

Chronische ongezondheid neemt de komende jaren sterk toe en overschrijdt bestaande specialistische disciplines.¹ Daarnaast groeit kennis over ziektebeelden en beperkingen en neemt het aantal specifieke behandelmethoden toe. Deze kennis gaat over de grenzen van bestaande domeinen in zorg en welzijn. Ongezondheid blijft niet beperkt tot één ziektebeeld of één orgaan. Multidisciplinaire, het liefst innovatieve, samenwerking is dus noodzakelijk en de meerwaarde is al in verschillende situaties aangetoond, zoals in de oncologie, de diabeteszorg en bij de ziekte van Parkinson.²⁻⁴ In dit kader klinkt vaak de roep om meer 'generalisten' in de zorg.⁵ Zij zouden als geen ander in staat zijn om over grenzen heen te kijken, en dus bij uitstek beschikken over de eigenschappen om aan de complexe en veranderende zorgvraag te voldoen. Specialistische disciplines zouden hiervoor te veel in 'hun eigen wereld' gekeerd zijn. Maar die roep is zeker niet altijd terecht. Juist specialisatie kan een functie hebben in het bereiken van kwalitatief hoogstaande en betaalbare zorg.

Beroepsgrenzen

Het is interessant om het dilemma tussen een generalistische en specialistische benadering van multidisciplinair werken te bekijken in het licht van *beroepsgrenzen*.⁶ Beroepsgrenzen

bakenen het domein van de professional af. Ze onderscheiden een specialisme. Een gespecialiseerde professional weet en kan iets wat een ander niet kan. Beroepsgrenzen verschaffen het domein daardoor 'exclusiviteit', en wel op drie manieren. Ten eerste gaat het om de specifieke kennis die een professional bezit. Daarnaast om vaardigheden en behandelmethoden die een discipline onderscheiden van een ander. Tot slot hebben beroepsgrenzen een sociale component. Ze bepalen de sociale omgangsnormen die binnen de beroepsgroep van kracht zijn. Vanwege beroepsgrenzen tussen specialistische, professionele domeinen lijken disciplines vaak onverenigbaar.⁷ Dit is een knelpunt voor het tot stand brengen van multidisciplinaire samenwerking, zoals voorstanders van een generalistisch perspectief benadrukken. Maar hoe onverenigbaar zijn disciplines eigenlijk? Verschillende onderzoeken laten zien dat de totstandkoming van multidisciplinaire samenwerking voor een groot deel afhankelijk is van gemotiveerde professionals.⁷⁻⁸ Met het oog op de toekomst is het interessant te kijken naar de motieven van professionals om deel te nemen aan multidisciplinaire innovatie. Zijn deze motieven generalistisch of specialistisch van aard? Welke rol spelen beroepsgrenzen hierbij?

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en Universiteit Utrecht hebben casusonderzoek uitgevoerd naar het ParkinsonNet, een succesvolle multidisciplinaire innovatie gericht op de organisatie van de behandeling van

Hoe onverenigbaar zijn disciplines eigenlijk?

De functie van specialisatie is om vanuit een afgebakende expertise bij te dragen aan een deel van de complexe hulpvraag van de patiënt.

beeld:Gettyimages



de ziekte van Parkinson (zie *kader* op blz. 814). Door middel van interviews met deelnemers uit drie ParkinsonNet-regio's, observaties en documentanalyse, is onderzocht hoe en waarom professionals beroepsgrenzen openstellen en overgaan.⁹ De uitkomsten van dit onderzoek zijn opvallend. Specialisatie blijkt bij ParkinsonNet geen belemmering, maar juist een *drijfveer* voor deelname aan deze multidisciplinaire innovatie te zijn.

Drijfveer

De redenen van professionals om mee te doen aan ParkinsonNet zijn gerelateerd aan hun beroepsgrenzen. Het onderzoek laat drie drijfveren zien om deel te nemen aan het multidisciplinaire ParkinsonNet. De deelnemers zoeken in ParkinsonNet: meer kennis, (standaard)vaardigheden en behandelmethoden, en sociale samenhang en omgangsnormen tussen behandelaars.

Terugdenkend aan de afbakeningen van het beroepsdomein, zien we dat de deelnemende

professionals juist een verlangen weerspiegelen om de drie componenten van beroepsgrenzen, en daarmee het beroepsdomein, te versterken. Dit is opvallend. Geen generalisme, maar juist een verlangen om een specialistisch domein af te bakenen ligt ten grondslag aan de totstandkoming van multidisciplinaire samenwerking. Dit beeld is verklaarbaar als we bedenken dat het in de huidige gezondheidszorg steeds belangrijker wordt voor professionals om zich te onderscheiden. Om hun grenzen duidelijk te maken en 'exclusiviteit' veilig te stellen. Hiervoor zijn drie redenen, blijkt uit het onderzoek. Allereerst komen er nieuwe beroepen bij, waarbij de werkgebieden deels kunnen overlappen. Ten tweede neemt de druk van buiten toe. Zorgverzekeraars en bestuurders van zorginstututen vragen van professionals dat ze hun specifieke bijdrage aan het zorgproces duidelijk maken. Ze eisen het aangeven van vakgebieden en specialismen. Zoals een therapeut verbonden aan ParkinsonNet aangeeft: 'Mijn motivatie om mee te doen aan ParkinsonNet is om

SAMENVATTING

- Vaak wordt gedacht dat generalisten beter dan specialisten uitgerust zijn voor multidisciplinaire samenwerking in de gezondheidszorg.
- Beroepsgrenzen van specialisten zouden namelijk professionele disciplines onverenigbaar maken.
- Uit onderzoek naar ParkinsonNet blijkt echter dat het verstevigen en verduidelijken van die beroepsgrenzen richting andere professionals, verzekeraars, bestuurders en patiënten, professionals juist motiveert voor die multidisciplinaire samenwerking.



De voetnoten en andere artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

mijn netwerk te verbreden. Maar je moet ook realistisch zijn. Als je de rol van zorgverzekeraars bekijkt, moet je hun de toegevoegde waarde van jouw aandeel in de behandeling kunnen laten zien.'

Tot slot komt in toenemende mate deze specialisatievraag ook van patiënten. Transparante zorg betekent ook afgebakende zorg. Patiënten willen (en moeten!) weten wat ze kunnen en mogen verwachten van een behandelaar. Dit maakt een volgende stap in vraagsturing mogelijk, namelijk om gericht te kiezen voor een zorgverlener met aangetoonde expertise in de aandoening waar jij als patiënt mee worstelt. ParkinsonNet speelt in op deze behoefte via de Zorgzoeker (www.parkinsonnet.nl), waar patiënten zelf een in Parkinson gespecialiseerde zorgverlener uit kunnen kiezen. Specialisatie, dus het verduidelijken en bijstellen van beroepsgrenzen, heeft derhalve een belangrijke functie. Deze functie is niet het verdedigen van grenzen, zoals nu bij bepaalde superspecialismen het geval is, maar het bijdragen vanuit een afgebakende expertise aan een deel van de complexe hulpvraag van een patiënt. Een gespecialiseerde professional weet wat zijn meerwaarde is en kan dit aan zijn patiënt duidelijk maken. Voor effectieve multidisciplinaire samenwerking in de toekomst lijkt het dus niet de generalist, maar de specialist die het verschil gaat maken. 

ParkinsonNet

ParkinsonNet is een regionaal samenwerkingsverband van zorgverleners met specifieke interesse in de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson. In 2004 werd een eerste ParkinsonNet opgezet in de regio Arnhem/Nijmegen rond het Parkinson Centrum Nijmegen (ParC) van het UMC St Radboud. Dit netwerk bestond voornamelijk uit eerstelijnsparamedici (zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten). Gezien de positieve ervaringen met dit regionale netwerk is een grootschalig clustergerandomiseerd onderzoek uitgevoerd waarbij zestien regio's at random werden verdeeld in acht regio's waar een netwerk werd geïnstalleerd en acht regio's waar dat niet gebeurde. In alle zestien regio's zijn patiënten gedurende een halfjaar gevolgd. Uit het onderzoek bleek dat het ParkinsonNet niet alleen de kwaliteit van zorg verbeterde, maar ook een sterk kostenbesparende functie had.⁵ Op jaarbasis zou de landelijke introductie van het ParkinsonNet-concept kunnen leiden tot een besparing van 73 miljoen euro.¹⁰ Gezien deze besparing en vanwege een grote vraag bij zorgverleners is ook in andere regio's een ParkinsonNet geïnstalleerd. Op dit moment is in iedere regio in Nederland een ParkinsonNet actief en worden de netwerken uitgebreid met andere zorgverleners die bij de zorg voor Parkinson betrokken kunnen zijn.



veldwerk

Foutenmonster

Met het klimmen der jaren – ik word dit jaar 50 – merk ik dat de diensten me zwaarder vallen. Ik kan minder goed tegen weinig slaap dan vroeger. Na een doorwaakte nacht ben ik de avond erna niet op mijn best. Het was 's avonds laat. Op de Spoedeisende Hulp was – alweer – een baby met bronchiolitis aangekomen. Matig benauwd, snuffe zuurstof nodig. De ouders vertelden met heel veel woorden allerlei medisch irrelevante details over hun kindje. Daar had ik niet zo'n zin in. Ik wilde naar bed en wilde het gewoon snel afhandelen. En dus keek ik het kind na, schreef de opdrachten op (voeding via maagsonde, zuurstof via neusbril, monitor, saturatiemeter) en belde de verpleging om het door te geven. Ik was al onderweg naar bed toen de verpleging me terugbelde. De moeder was *not amused* over de maagsonde; het kind dronk immers nog prima. Tot mijn schaamte realiseerde ik me dat ik het drinkgedrag van de baby onvolgende had uitgevraagd, en daardoor een medisch onnodige interventie had voorgeschreven. Het foutenmonster had op de loer gelegen, en toegeslagen toen ik moe en niet okselfris meer was.

Wel begrijpelijk dat dit kan gebeuren in de omstandigheden, maar het is natuurlijk niet goed. Een teken aan de wand bovendien. Hoe gaat dit verder als ik nog een paar jaar ouder ben? Ga ik dan minder onschuldige fouten maken? Of word ik zo'n triest geval waarvan iedereen hoopt dat ie gauw met diensten doen ophoudt? Ik hoop dat mijn collega's en omgeving de moed hebben om me er op te wijzen als dat gebeurt, en dat ik dan niet zo eigenwijs ben om het te ontkennen.

Paul Brand,
kinderarts

Voetnoten

1. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid; de nieuwe ordening. Den Haag, 2010.
2. Nationaal Programma Kankerbestrijding. De oncologie van de toekomst. Den Haag, 2010.
3. Struijs J, Westert GP, Baan CA. Effectevaluatie van transmurale diabeteszorg in Nederland. Rapportnr 260402001/2004. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.
4. Munneke M, Nijkrake MJ, Keus SH, Kwakkel G, Berendse HW, Roos RA, Borm GF, Adang EM, Overeem S, Bloem BR. Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*, 2010; 9: 46-54.
5. Levi M. De generalist in de moderne specialistische geneeskunde: Uitstervend ras of onmisbaar? *Ned Tijdschr Geneesk*, 2009; 153: B47.
6. Abbott A. The system of professions: An essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
7. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. The nonspread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 2005; 8(1): 117-34.
8. Denis JL, Hébert Y, Langley A, Lozeau D, & Trottier L-H 'Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations'. *Health Care Management Review*, 2002; 27(3): 60-73.
9. Klauw DM van der, Crossing Boundaries: Professional adoption of multidisciplinary innovations. Master-thesis Universiteit Utrecht/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.
10. Nijkrake MJ, Keus SH, Overeem S, Oostendorp RA, Vlieland TP, Mulleners W, Hoogerwaard EM, Bloem BR, Munneke M. The ParkinsonNet concept: development, implementation and initial experience. *Mov Disord*, 2010; 25: 823-9.