

Anders kijken, anders leren, anders doen

Grensoverstijgend leren en
opleiden in zorg en welzijn in het
digitale tijdperk

HOOFDLIJN 3

Hoofdlijn 3. Functioneren, veerkracht en eigen regie als rode draad door leertrajecten

Kernboodschap

Het perspectief van burgers staat centraal in zorg- en welzijnsopleidingen, van middelbaar en hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs tot en met post-initieel en bij- en nascholing. Studenten leren hoe ze vanuit hun specifieke vakbekwaamheid kunnen bijdragen aan het functioneren van mensen in hun fysieke en sociale omgeving. Het uitgangspunt in alle opleidingen is een brede, bio-psycho sociale benadering in plaats van uitsluitend een biomedische. Het gaat om 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor', zoals op veel plaatsen al in gang is gezet. Om dat waar te kunnen maken is het nodig dat professionals dezelfde taal spreken. Dat kan bijvoorbeeld met behulp van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO en de pijlers van positieve gezondheid (Huber e.a. 2014). De diverse opleidingen maken gebruik van een gemeenschappelijk kader aan de hand waarvan zij hun eindkwalificaties vormgeven. Daarbij is het belangrijk dat we brede opleidingen aanbieden in een samenhangend continuüm, om het aantal opleidingen en beroepen te verminderen. De ervaringsdeskundigheid van burgers wordt daar waar mogelijk benut.

Wat betekent dit voor burgers, professionals, opleiders?

Voor ons als burgers betekent dit:

... dat wij onze ervaringsdeskundigheid beschikbaar kunnen stellen aan leertrajecten.

Voor ons als professionals in de praktijk betekent dit:

... dat wij ons richten op 'zorgen dat' in plaats van op 'zorgen voor'

... dat wij bijdragen aan dit uitgangspunt in leertrajecten en in de individuele begeleiding van studenten.

Voor ons als opleiders betekent dit:

... dat wij ervoor zorgen dat opleidingen niet meer verkokerd en gefragmenteerd zijn

... dat wij zoveel mogelijk vanuit een gemeenschappelijk kader leertrajecten vormgeven en op elkaar afstemmen (model, taal, ordening)

... dat wij studenten een brede basis meegeven die in post-initiële leertrajecten wordt aangevuld en verdiept.

Voor ons als beleidsmakers betekent dit:

... dat wij ruimte maken om dit vorm te geven en obstakels weghalen.

Hoe kan dit eruit zien? Illustratieve praktijken (zie bijlage 4)

- 3.1 Interprofessionele educatie: de ICF als gemeenschappelijke taal (broedplaats Amsterdam-Amstelveen)
- 3.2 Praktijkroute: permanent leren over functioneren van ouderen in de langdurige zorg (broedplaats Amsterdam-Amstelveen)
- 3.3 De Zeeuwse Huiskamer: zelfstandig thuis wonen staat centraal (Zeeland)
- 3.4 Leerpraktijken jeugd en ouderen (illustratie gemeenschappelijke taal en ordening) (*apart document*)

Onderbouwing

Professionals in zorg en welzijn werken vanuit een biopsychosociaal model en stemmen hun handelen hierop af. In de programma's van opleidingen en andere leertrajecten staan het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers centraal. Dit uitgangspunt vormt de rode draad door de formele en non-formele leertrajecten, van middelbaar beroepsonderwijs tot en met wetenschappelijk onderwijs, van initieel tot en met post-initieel en bij- en nascholing. Op een organische wijze zal zo het aantal opleidingen en beroepen kunnen verminderen.

Studenten maken vanaf het begin van de initiële opleiding kennis met de uitgangspunten van gezondheid gericht op functioneren en verwerven bekwaamheden op het gebied van ondersteunen van burgers (en hun netwerken) in relatie tot veerkracht en eigen regie, waaronder gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*).

3.1 Verbinding zorg- en welzijnsdomein

Vanuit een biopsychosociaal perspectief krijgen niet alleen biomedische maar ook sociale interventies aandacht. De onderliggende vraag is hoe het functioneren van burgers is te beïnvloeden, met name in de voorzorg. Versterken van het buurtgevoel bijvoorbeeld kan ertoe leiden dat burgers zich minder eenzaam voelen en (weer actief) worden. Veelal zijn zorg en welzijn nog gescheiden en versnipperde domeinen. Er zijn ontwikkelingen gaande die inzetten op het verbinden van domeinen en verbreding ervan. Bijvoorbeeld het Participatiewiel (Movisie, 2015) waarin de doelen van kwetsbare mensen worden gerelateerd aan formele en informele ondersteuningsactiviteiten en wetten.

Een aantal jaren geleden is in de zorg- en dienstverlening een transitie ingezet van zorgen voor naar zorgen dat voor mensen met een handicap. Het uitgangspunt hierbij is dat mensen met een beperking volwaardige burgers zijn in de maatschappij. Dat leidde tot een vervaging van de grenzen tussen beroepen en functies. Van zorgmedewerkers werd gevraagd meer oog te hebben voor het welbevinden en welzijn van de cliënten, van activiteitenbegeleiders werd verwacht meer aandacht te hebben voor de zorg aan de cliënt. Ook in het onderwijs is er aandacht voor de verbinding tussen zorg en het welzijnsdomein.

In het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) is in de welzijnsopleidingen aandacht gekomen voor verpleegkundige vaardigheden als observeren en het bieden van ADL-zorg. In de zorgopleidingen kwam aandacht voor het aanbieden van activiteiten als onderdeel van het dagelijkse werk. Zo ontstond de uitstroomrichting medewerker maatschappelijke zorg. Deze wordt nu steeds belangrijker in de ouderenzorg. Ook in andere mbo-opleidingen is de integratie van zorg en welzijn al zichtbaar, bijvoorbeeld bij de 'helpende zorg en welzijn' (mbo-niveau 2). Voorbeelden van integratie van zorg en welzijn met andere domeinen zijn zorg en ICT (technische verpleegkunde) en welzijn en sport (buurtsportcoach).

De hogescholen (hbo) hebben gezamenlijk een koers ontwikkeld voor de hogere sociale studies (voorheen hsa: hoger sociaal-agogisch onderwijs), in samenspraak met de brancheorganisaties en andere stakeholders zoals gemeenten en het mbo (Vereniging Hogescholen, 2015). Aanleiding was het advies 'Meer van waarde' van de verkenningcommissie hsa (Vereniging Hogescholen, 2014) en het advies 'Sociaal werk op solide basis' van de Gezondheidsraad (2014). Het belangrijkste element van de koers is het terugbrengen van sociale studies tot een brede gemeenschappelijke basis met een overzichtelijke ordening in drie uitstroomprofielen binnen het sociaal werk: sociaal werk in de wijk, sociaal werk in de zorg, sociaal werk in het jeugddomein. Meer verbinding tussen de sociale en gezondheidsstudies is wenselijk.

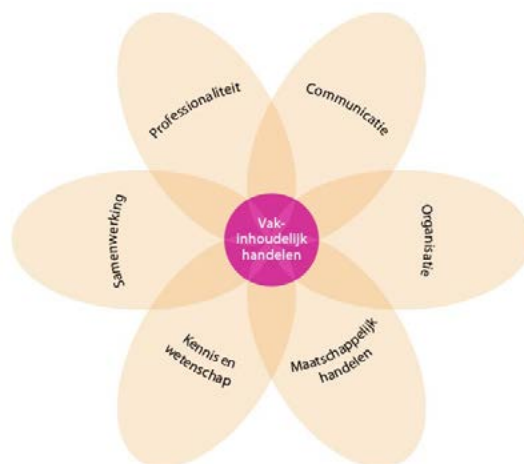
In het wetenschappelijk onderwijs (wo) is bij een aantal opleidingen in het domein van de gezondheidszorg het biomedische model verbreed naar een biopsychosociaal model. In de geneeskundeopleidingen komt dit vooral tot uiting in het verkennen van wat de impact is van ziekte en aandoeningen op het dagelijks functioneren van mensen. In de klinische psychologie en in de vervolgopleiding Arts Maatschappij en Gezondheid wordt het biopsychosociale model al sinds lange tijd erkend en is het de basis van het onderwijs. Hoe je als professional burgers en hun netwerken kunt ondersteunen bij het (her)nemen van de eigen regie en veerkracht vormt een actueel thema binnen deze vakgebieden. Revalidatieartsen gebruiken in hun handelen instrumenten en technologieën die binnen de ICF passen.

3.2 Gemeenschappelijke taal en ordening

Om interprofessioneel te kunnen werken is een gemeenschappelijke taal van groot belang. Die kan bijvoorbeeld ontleend worden aan de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Zowel beroepsbeoefenaars in de zorg als in welzijn kunnen zich daarin herkennen. Verdere ontwikkeling en operationalisering van persoonlijke factoren van de ICF, vooral wat betreft aspecten als weerbaarheid en zingeving (Heerkens & Huber, 2013) kan voor brede en diverse groepen professionals in zorg en welzijn meer herkenning en aanknopingspunten bieden. De pijlers van positieve gezondheid bieden hiervoor handreikingen (zie hoofdlijn 1).

Ordening eindniveaus in rollen en bekwaamheden¹

Elke zorg- en welzijnsprofessional heeft verschillende rollen ten dienste van de vakinhoudelijke rol als hulp- of zorgverlener. Om de inhoud van onderwijsprogramma's beter vergelijkbaar te maken, is het wenselijk dat elke opleiding kiest voor een ordening in rollen en bekwaamheden. Dat faciliteert de interprofessionele ontwikkeling van programma's, versterkt doorlopende leerlijnen en maakt de doorstroming tussen opleidingen sneller en efficiënter. Voorbeeld van ordeningen zijn de Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS) (zie figuur 3) en Entrustable Professional Activities (EPA's).



Figuur 3: CanMEDS²

De ordening van de CanMEDS is voortgekomen uit de medische professie maar is voor veel beroepen toepasbaar. De rollen zijn apart beschreven, maar onlosmakelijk met elkaar verbonden. Centraal staat de rol van zorg- of hulpverlener als kern van de beroepsuitoefening. De andere rollen zijn gekoppeld aan de centrale rol, maar overstijgen die tegelijkertijd. Rollen als samenwerker, communicator, organisator en (praktijk)onderzoeker zijn evenzeer van belang en maken interprofessionele samenwerking mogelijk. Elke rol vraagt specifieke bekwaamheden. In de eindtermen / eindkwalificaties van initiële en post-initiële opleidingen zijn deze beschreven, als richtinggevend kader. Voor ontwikkelaars van opleidingen en leertrajecten bieden de beschreven bekwaamheden vaak onvoldoende handvatten voor de vormgeving van programma's. De beschrijvingen zijn te algemeen, te abstract, te vaag of juist te gedetailleerd en voorschrijvend.

De eerste manier is de competenties een duidelijke context te geven door ze te koppelen aan kenmerkende praktijksituaties. De tweede manier is de competenties te koppelen aan EPA's. Dit zijn de activiteiten die aankomend professionals zelfstandig kunnen uitvoeren, zonder begeleiding of supervisie, zoals visite lopen of een overdracht verzorgen van een patiënt. Beoordeling van de bekwaamheid heeft geleid

¹ In het advies gebruiken we de begrippen competenties en bekwaamheden als synoniem. Competenties zijn combinaties van kennis, vaardigheden en houding, die nodig zijn om adequaat te handelen in kenmerkende praktijksituaties.

² De geneeskundeopleidingen hebben eind 2015 de rol 'organisator' vervangen door 'leider'.

tot vertrouwen in het kunnen van de lerende. EPA's zijn ieder gekoppeld aan meerdere competenties en worden op dit moment vooral gebruikt in de opleidingen tot arts en physician assistant. Een combinatie van beide manieren (kenmerkende praktijksituaties en EPA's) is goed mogelijk. Het kan de onderlinge vergelijking tussen leertrajecten sterk bevorderen door herkenbare ordening en herkenbare taal.

Mbo

Het mbo beschrijft het gewenste eindniveau van de opleidingen in zorg en welzijn in kwalificatiedossiers, die bestaan uit een basisdeel, een profieldeel en een keuzedeel. De gekozen ordening is: kerntaken, werkprocessen en bekwaamheden. Ook voor deze opleidingen is een ordening noodzakelijk in rollen en bekwaamheden, zodat ze onderling én met het hbo beter vergelijkbaar zijn én de doorstroming wordt vergemakkelijkt. Voor het profiel van de mbo-verpleegkundige is in 2015 gekozen voor een ordening in rollen en competenties gebaseerd op de CanMEDS (V&VN, 2015).

Hbo

In de inspiratiebrief voor alle hoger gezondheidszorgopleidingen bepleit de Vereniging Hogescholen (2015) het gebruik van de CanMEDS als een gemeenschappelijke ordening en taal die leidt tot een beter onderling begrip en betere inzet van de verschillende professionals. De inspiratiebrief noemt de ICF als een model dat de gemeenschappelijke taal ondersteunt. Verschillende hbo's gebruiken deze ordening al, zoals de opleiding tot fysiotherapeut en de opleiding tot verpleegkundige (Bachelor Nursing, 2020).

Het hoger sociaal-agogisch onderwijs hanteert modellen, die zijn gericht op de beroepsuitoefening in het sociale domein en niet op zorg. Het vraagt een zorgvuldige verkenning om een ordening zó te kiezen of aan te passen, dat zowel zorg- als welzijnsopleidingen zich erin herkennen.

Wo

In de geneeskundeopleiding is er sprake van een profiel waarin de rol van onderzoek en evidence based medicine groot is. Daarin gaat het om de wetenschappelijke onderbouwing van de medische behandeling en een bijdrage leveren aan nieuwe inzichten in de geneeskunde. De opleidingen gebruiken de CanMEDS als ordening van de gewenste eindkwalificaties in combinatie met EPA's.

In de vervolgoopleidingen van geneeskunde en klinische psychologie is ruime aandacht voor competentiegericht leren. Een aantal organisaties heeft zich verenigd en een vierjarig project gestart getiteld *CanBetter* om meer structurele aandacht te geven in het werkplekleren aan het opleiden in 'algemene', interprofessionele competenties behorende bij de CanMEDS-rollen. Het doel van dit project is competenties als communicatie, samenwerking en maatschappelijk handelen onder de aandacht te brengen van opleiders en aios, zodat helder wordt hoe deze binnen opleiding en zorg optimaal ingezet kunnen worden. (<http://www.medischevervolgoopleidingen.nl/rubrieken/algemene-competenties-canbetter/canbetter/>).

Post-initieel onderwijs

Initieel en post-initieel onderwijs moeten voortdurend goed op elkaar worden afgestemd. In het verpleegkundig vervolgonderwijs voor specialistische zorgpraktijken als intensive care, dialyse en spoedeisende hulp worden de eindtermen volgens de CanMEDS geformuleerd. De toekenning van studiepunten en erkenning van leerresultaten is echter niet afgestemd op het systeem van mbo en hbo; een betere aansluiting is gewenst. Bovendien: het vervolgonderwijs wordt gekenmerkt door elkaar overlappende opleidingen. Om versnippering tegen te gaan is het wenselijk grotere eenheden te vormen met een mogelijkheid tot differentiatie.