

Samenwerking is te leren! Maar hoe?

A.G.A. Gerritsen, A.P. Nauta

Samenvatting

Samenwerking in de gezondheidszorg is van groot belang voor de optimale zorg voor de patiënt. Sinds kort is samenwerken dan ook één van de centrale competentiegebieden in het medische basiscurriculum en in de vervolgopleidingen. Er is zowel behoefte aan informatie met betrekking tot inzichten en theorieën over samenwerken als aan voorbeelden van didactische werkvormen om het samenwerken aan te leren. Dit artikel beschrijft zes theorieën en inzichten over processen die bij het samenwerken een rol spelen. Vervolgens passeren aan de hand van een competentiemodel enkele didactische werkvormen, die zich richten op kennis, vaardigheden, kwaliteiten, inspiratie en normen en waarden, de revue.

De conclusie luidt dat samenwerking wel degelijk is aan te leren en dat in het curriculum van de medische basis- en vervolgopleiding hiervoor structurele aandacht moet zijn. De arts van nu is per definitie een 'teamplayer'. (Gerritsen AGA, Nauta AP. Samenwerken is te leren! Maar hoe? Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2008;27(3):109-119).

Inleiding

In de zorg werken artsen, specialisten, verpleegkundigen, paramedici en andere zorgverleners veel en vaak intensief samen. Het doel daarbij is het leveren van optimale zorg aan de patiënt en zijn of haar omgeving. In de huidige zorgverlening is samenwerken eerder regel dan uitzondering. In de medische (vervolg)opleiding is tot nu toe echter relatief weinig aandacht voor het samenwerken. Studenten geven aan dat al te kunnen of het anders in de praktijk vanzelf wel te leren. De praktijk is inderdaad een krachtige leeromgeving, maar de schaduwzijde is dat ook minder wenselijke opvattingen en gewoonten ontwikkeld kunnen worden.¹ Helaas leidt dat soms tot slechte samenwerking en slechte zorg. Zomaar wat feiten:

- In 2002 overleed baby Charlotte Floor in een ziekenhuis in Utrecht. In de verslaglegging daarover bleek dat bij de dramatische afloop het niet samenwer-

ken door de cardiologen een belangrijke rol heeft gespeeld. De betreffende onervaren kindercardioloog meende dat hij zijn collega's had geraadpleegd; zijn collega's waren echter van mening dat hij zijn beslissing om te opereren geheel alleen heeft genomen.²

- Bij visitaties in ziekenhuizen wordt ook gekeken naar samenwerking: bij een derde van deze visitaties worden haperingen in de onderlinge samenwerking gesignaleerd.³ Onder de oppervlakte van deze zichtbare conflicten zijn er veel situaties waarin de samenwerking niet optimaal verloopt.
- Ruzies in ziekenhuizen blijken echter niet alleen schadelijk voor patiënten, ze zijn ook duur, zo becijferde een onderzoeker van het Instituut voor Beleid en Management van de Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum.⁴ Jaarlijks zou het gaan om tientallen miljoenen euro's die verloren gaan door verzuim, langdurige juridische

procedures en schadevergoedingen. Het gaat dan om alle conflicten bij elkaar, dus ook om conflicten tussen artsen en patiënten.

In bovenstaande voorbeelden loopt de samenwerking niet alleen op interprofessioneel gebied maar ook op organisatorisch, logistiek en financieel gebied niet goed. Samenwerking is een breed en complex terrein. In dit artikel beperken we ons tot het samenwerken tussen professionals in de zorg rond een patiënt, ook al is die competentie natuurlijk eveneens relevant in beleidsbesprekingen en in overleg over bijvoorbeeld financiën of kwaliteit.

Wij menen dat het wenselijk is beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg vaker gezamenlijk onderwijs en nascholingen te laten volgen: het zogeheten multiprofessionele opleiden. Binnen de faculteiten gezondheidszorg van HBO-instellingen wordt de laatste jaren druk geëxperimenteerd met allerlei vormen van multiprofessioneel onderwijs.⁵ Opvallend is dat daarbij nauwelijks aansluiting is tussen HBO-opleidingen en medische opleidingen. De belangrijkste reden hiervoor lijkt te zijn dat het nauwelijks te organiseren is. Alleen in Nijmegen is een project gaande.¹

Sinds kort behoort in de basis- en vervolgopleiding het samenwerken tot de zeven centrale competentiegebieden.⁶ Daarin wordt het omschreven als: “De specialist beseft de eigen beperkingen in kennis, vaardigheden en ervaring en demonstreert dit o.a. door de bereidheid tot overleg met collegae c.q. zorgt, in een blijvende sfeer van persoonlijke betrokkenheid en aanvaardbare verantwoordelijkheid, voor juiste consultatie of verwijzing. Hij of zij heeft inzicht in de consequenties van het eigen handelen voor andere betrokken professionals rond de zorg voor de patiënt en functioneert goed in team-

verband.” Binnen dit competentiegebied vallen competenties als doelmatig overleggen met collegae en andere zorgverleners, adequaat verwijzen, effectief intercollegiaal consult leveren en bijdragen aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.

Het uitgangspunt van dit overzichtsartikel is dat samenwerken te leren is, zowel in het basiscurriculum als in de medische vervolgopleiding. In het eerste deel van het artikel laten we zien dat er bij samenwerken meer komt kijken dan doorgaans verondersteld wordt. Enkele sociaal-psychologische theorieën en inzichten die van belang zijn bij samenwerking passen de revue. In het tweede deel komen de didactische werkvormen waarin het samenwerken geleerd kan worden aan bod. Dit zijn werkvormen die recht doen aan zowel het leren in de praktijk op de werkplek, tijdens de stage, als aan het leren in de opleiding. En er is gezocht naar vormen waarin het competentiegericht opleiden centraal staat.

De opleiding kan een belangrijke rol vervullen in het leren samenwerken door voortdurend in de verschillende fasen van de opleiding:

- zinvolle praktijkopdrachten te formuleren,
- basisvaardigheden te laten oefenen,
- ervaringen en feedback te organiseren c.q. (self)assessmentlijsten aan te bieden,
- zelfstudiemateriaal aan te bieden,
- reflectiebijeenkomsten te organiseren.

Processen die van belang zijn bij het samenwerken

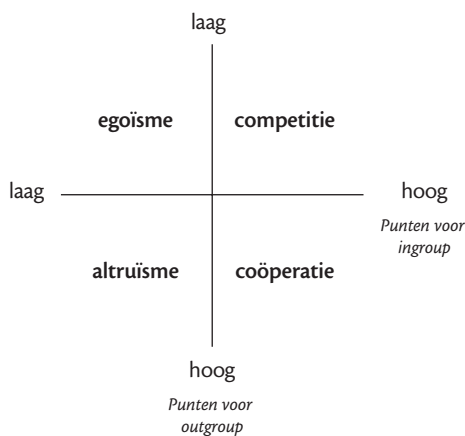
In de literatuur vonden wij verschillende theorieën en inzichten die gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van het samenwerken te begrijpen. Deze bevatten verschillende, elkaar aanvullende visies. De volgende theorieën en inzichten worden kort besproken:

- sociale oriëntaties
- sociale identiteitstheorie
- stereotypen
- vertrouwen
- teamrollen
- fysieke nabijheid.

Sociale oriëntaties

Mensen blijken te verschillen in sociale oriëntaties, in de manier waarop ze rekening houden met anderen. Dit is gebaseerd op experimenten in twee groepen, een zogenaamde *'ingroup'* waartoe men zelf behoort en een *'outgroup'*. Sociale oriëntaties zijn op twee assen in te delen: de ene as is de mate waarin men de eigen groep bevoordeelt, de andere is de mate waarin mensen de andere groep bevoordeelen. In experimenten gebeurt dit door middel van het geven van punten aan de eigen groep of aan de andere groep. In figuur 1 staan in een assenstelsel de vier sociale oriëntaties waarmee mensen te typeren zijn, bijvoorbeeld een competitief type of een altruïstisch type.⁷

Mensen die hoog scoren op de sociale oriëntatie 'coöperatie' zullen in het alge-



Figuur 1. Sociale oriëntaties, ingedeeld naar het toekennen van punten aan de *ingroup* en de *outgroup*.

meen het beste samenwerken, omdat ze de maximale opbrengst voor beide partijen beogen. Naast de persoonlijke voorkeuren is er ook gedrag dat men in groepen vertoont. Daarover gaat de volgende theorie.

Sociale identiteitstheorie

Mensen hebben een identiteit nodig voor hun zelfgevoel. Die identiteit ontleen ze bijvoorbeeld aan hun beroep of aan een andere groep. Het ontleen van een prettig gevoel aan de groep waartoe men behoort wordt positieve identiteit genoemd.⁸ Die positieve identiteit is te verwerven door zich af te zetten tegen een andere groep. Bijvoorbeeld door zichzelf en de eigen groep beter te vinden dan een andere groep met wie men zich vergelijkt: meer competent, meer ervaren, beter presterend. Het gevolg is dat men de eigen groep gaat voortrekken (*'ingroup favoritism'*). Men gaat zich conformeren aan de normen van de eigen groep (*'ingroup'*) en beschrijft vervolgens zowel zichzelf als de leden van de andere groep meer in termen van stereotypen (zie hierna). Daarbij hoeft geen materieel belang te zijn. Het streven naar een positieve identiteit is al voldoende om de eigen groep hoger te waarderen. Zo ontstaan concurrentie en vijandigheid in plaats van coöperatie en waardering.

Het verband met status is als volgt: groepen die hoger in de hiërarchie staan, willen deze status bevestigen. Groepen met een lagere plaats streven er naar minimaal gelijk of beter te zijn dan de hogere groep (*'upward drive'*). Passen we dit in de gezondheidszorg toe, dan zien we daar van oudsher al een sterke hiërarchie. In het Medische Profielenboek (interne uitgave KNMG, 1999) is dit zichtbaar als je kijkt naar de score die een beroepsgroep zichzelf geeft op het item status. De neurochirurgen staan bijvoorbeeld hoog en de

bedrijfsartsen laag. Bij de samenwerking tussen mensen uit groepen die verschillen in status, zoals beleefd wordt door de mensen zelf, kan dit leiden tot problemen; een gelijkwaardige samenwerking wordt hierdoor namelijk belemmerd.

Stereotypen

Hierboven is reeds de ‘outgroup’ genoemd, de groep waarvan we zelf geen deel uitmaken maar waarmee we onze eigen groep vergelijken. Vaak beschouwen we de leden van de outgroup als onderling meer gelijk dan de leden van onze eigen groep. Dit verschijnsel heet ‘*outgroup homogeniteit*’. Een bekend voorbeeld is de uitspraak die wel gehoord wordt onder paramedici: “artsen zijn arrogant”. Dat geldt echter alleen voor niet-artsen. Artsen zelf herkennen natuurlijk wel veel onderlinge verschillen. We hebben hier te maken met stereotypen. Stereotypen zijn op zichzelf niet slecht; ze maken het mogelijk efficiënt om te gaan met alle indrukken die we opdoen. We maken dus mentale categorieën, een soort prototypen. Het wordt pas negatief als aan die categorieën negatieve eigenschappen worden gekoppeld. Dat gebeurt bijvoorbeeld bij rassendiscriminatie. Nu blijkt uit onderzoek dat die negatieve invulling van stereotypen vaak te maken heeft met status: de relatieve status voorspelt in hoeverre men de andere groep als competent ziet.⁹

Vertrouwen

Vertrouwen is te definiëren als ‘een situatie waarin men positieve verwachtingen heeft over de motieven van de ander met betrekking tot zichzelf in risicovolle situaties’.¹⁰ Bij de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen ziet de huisarts bijvoorbeeld als gevaar dat de bedrijfsarts medische informatie doorgeeft aan de werkgever. Maar een bedrijfsarts ziet als

risico dat wanneer hij of zij een werknemer naar een huisarts verwijst, deze bij de behandeling en advisering onvoldoende rekening houdt met factoren op het werk. In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten vertrouwen. Voor het bestuderen van samenwerking zijn er in de organisatiekundige literatuur twee van belang: vertrouwen in het werk van de ander: ‘*knowledge-based trust*’ en vertrouwen in de communicatie van de ander. Dit laatste wordt ‘*identification-based trust*’ genoemd.¹¹⁻¹² ‘*Knowledge-based trust*’ is gebaseerd op het gedrag (de taken) van de ander. Als je dus voldoende weet van wat de ander doet, van het vak van de ander, dan kun je die ander vertrouwen. ‘*Identification-based trust*’ is gebaseerd op een meer persoonlijke band met de ander. Als je weet hoe de ander communiceert, hoe de ander met patiënten omgaat en bijvoorbeeld met het medisch beroepsgeheim, dan kun je zo iemand vertrouwen. Vertrouwen is niet af te dwingen en niet vast te leggen in conventanten. Vertrouwen moet groeien. En vertrouwen groeit weer, juist door met elkaar contact te hebben. In een groeiende relatie zal eerst de ‘*knowledge-based trust*’ ontstaan en later, als het goed gaat, de ‘*identification-based trust*’. In het contact tussen huisartsen en bedrijfsartsen blijken de twee soorten vertrouwen inderdaad voor te komen.¹³⁻¹⁴

Teamrollen

Naast bovengenoemde mechanismen spelen er bij het samenwerken in teams nog aanvullende processen. De effectiviteit van samenwerking in teams wordt bepaald door drie factoren.¹⁵⁻¹⁸

Variëteit van rollen binnen een team is van groot belang voor de effectiviteit. Spreiding en balans van rollen, een behoorlijke mix van introverte en extraverte, van taak- en procesgerichte persoonlijk-

heden, blijken betere voorspellers van succes te zijn dan bijvoorbeeld deskundigheid, creativiteit of intelligentie. Daarnaast is acceptatie van verschillen van groot belang. Spreiding van teamrollen werkt namelijk alleen als samenwerken erin slagen de overige rollen ook daadwerkelijk als aanvullend en waardevol te zien, ofwel waardering te hebben voor het feit dat een collega anders denkt en problemen anders aanpakt. Authenticiteit is tenslotte een belangrijke factor. Teamleden werken beter als ze werken vanuit hun kwaliteiten en voor rollen kiezen die daarbij passen, in plaats van te werken aan een rol die niet zo goed past bij hun karakter.

Fysieke nabijheid

De intensiteit van het samenwerken is afhankelijk van de mate van fysieke nabijheid. Dit versterkt of verzwakt sommige van de bovengenoemde sociaal-psychologische processen. We schetsen hieronder drie situaties die in de zorg veel voorkomen.

- *Men werkt zeer nauw samen en heeft een zichtbaar gemeenschappelijk doel.* Samenwerking verloopt in het algemeen beter als er een gemeenschappelijk doel is. Zeer zichtbaar is dit bijvoorbeeld op een afdeling SpoedEisende Hulp waar men sterk op elkaar moet kunnen vertrouwen. Het behandelteam is de 'ingroup' waarin diverse rollen noodzakelijk zijn. Er zijn duidelijke afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden. Acceptatie van verschillen is noodzakelijk om als team effectief te kunnen optreden.
- *Samenwerking in nabijheid.* Voor beroepsbeoefenaren die in een multidisciplinair behandelteam werken en regelmatig patiëntbesprekingen hebben, bijvoorbeeld in een revalidatieteam, zijn de randvoorwaarden gunstig. Als ze

willen, kunnen ze inzicht krijgen in elkaars deskundigheid ('knowledge based trust'). Door veel te communiceren kan men tevens een persoonlijker band ontwikkelen ('identification based trust') waardoor vertrouwen kan groeien. Bij fysieke aanwezigheid is de voedingsbodem aanwezig voor authentiek handelen, voor acceptatie van verschillen en voor het positief waarderen van roldiversiteit. Ook beroepsbeoefenaren in monodisciplinaire teams, bijvoorbeeld huisartsen in een groepspraktijk of cardiologen in een maatschap, zien elkaar vaak. Dan zijn de randvoorwaarden voor samenwerking gunstig. Het voorbeeld uit de inleiding maakt echter duidelijk dat elkaar frequent ontmoeten geen garantie is voor goede samenwerking. Ook binnen homogene groepen kunnen statusverschillen aanwezig zijn, bijvoorbeeld ten gevolge van anciënniteit, en kan vertrouwen ontbreken.

- *Samenwerking op afstand.* Het opbouwen van vertrouwen is lastiger in de gevallen dat samenwerkenden elkaar zelden zien en afhankelijk zijn van telefonische, schriftelijke of e-mail communicatie. De samenwerking is zakelijker en komt doorgaans neer op het elkaar informeren of consulteren. Deze vorm van samenwerking is behoorlijk geformaliseerd, bijvoorbeeld met samenwerkingsprotocollen. Authentiek handelen is dan eigenlijk geen item. Roldiversiteit en acceptatie van verschillen zijn uitgangspunten. Samenwerking op afstand kan beter verlopen naarmate het gemeenschappelijke doel voor de betrokkenen duidelijker is. In gevallen waarin dat doel minder duidelijk is, of als minder duidelijk ervaren wordt, zal men minder moeite doen elkaar te informeren of te consulteren.

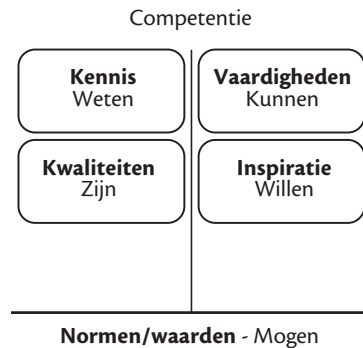
Voorlopige conclusie

We concluderen dat, onafhankelijk van de situatie waarin wordt samengewerkt, steeds dezelfde sociaal-psychologische processen een rol spelen. Duidelijk wordt ook dat iedere beroepsbeoefenaar in de zorg altijd met andere professionals te maken heeft rond dezelfde patiënt en in de instelling als geheel. Daarom is het van belang al in de opleiding structureel aandacht te besteden aan het aanleren van samenwerken.

Leren samenwerken in een competentiegerichte opleiding

Hoe kan het leren samenwerken nu vormgegeven worden in een competentiegerichte opleiding? Allereerst is het belangrijk te beseffen dat het leren zowel in de medische opleiding als op de werkplek plaatsvindt, waarbij het informele leren op de werkplek doorgaans krachtiger is: “Leerresultaten van de opleiding waarop geen beroep wordt gedaan in het werk hebben de neiging te vervagen, terwijl in het werk ook nieuwe houdingen, kennis en vaardigheden worden verworven.^{1 19} Leren in het werk is enerzijds verantwoordelijk voor het ontwikkelen van expertise, anderzijds kunnen ook minder wenselijke opvattingen en gewoonten worden ontwikkeld.”¹

Bij het leren samenwerken gebruiken we een model dat recht doet aan de complexiteit van competentiegericht leren (www.btsg.nl/infobulletin/werkenaancompetenties.html). Figuur 2 geeft een korte toelichting. Competent gedrag speelt zich af op het niveau van het handelen en kan gezien worden als een bloem. Is het handelen adequaat dan bloeit de bloem: er wordt goed samengewerkt. De competentie zal evenwichtig kunnen groeien als in de opleiding aan meer dan één aspect van de competentie aandacht wordt besteed en er na verloop van tijd integratie plaats-



Figuur 2. Competentie -bloem- model.

vindt. Van bewust onbekwaam zal de student zich ontwikkelen tot bewust bekwaam en later tot onbewust bekwaam.

Vijf invalshoeken

De bloem bestaat uit vier blaadjes en een voedingsbodem die de kleur en bloei bepaalt. De bloem groeit vanuit een voedingsbodem van normen en waarden van de subcultuur waarbinnen de competentie geleerd wordt. De vier blaadjes van de bloem staan voor: kennis, vaardigheden, persoonlijke kwaliteiten van de lerende, en inspiratie van de lerende ten aanzien van de competentie.

Het model kan als volgt op het leren samenwerken toegepast worden:

- *Persoonlijke kwaliteiten.* Doel is het krijgen van inzicht in de eigen kwaliteiten en daarmee samenhangende valkuilen bij samenwerking. Welke rol ligt de arts in opleiding, wat is zijn of haar rol en sociale oriëntatie?
- *Kennis.* Dit behelst niet alleen inzicht in de beroepsgroepen (specifiek jargon en referentiekader) waarmee artsen samenwerken, maar ook het begrijpen van de sociaal-psychologische processen die van belang zijn bij het samenwerken.²⁰

- *Vaardigheden*. Om een gezamenlijk doel (verantwoorde zorg) te kunnen bereiken is het nodig basale communicatievaardigheden te oefenen, zoals vragen stellen, samenvatten, feedback geven, onderhandelen, expertise onder woorden brengen.
- *Inspiratie*. Inzicht hebben in de eigen motivatie als het gaat om samenwerking is een voorwaarde voor het kunnen uitvoeren van samenwerkingsgedragingen.
- *Normen/waarden*. Het gaat hierbij om het weet hebben van wat gebruikelijk is binnen de eigen werkcultuur en hoe de verschillende verantwoordelijkheden zich verhouden. Weten wat gezien kan worden als 'best practice' maar ook weten wat 'not done' is, helpt een eigen visie op samenwerking te ontwikkelen.

Onderwijs in het samenwerken vanuit vijf invalshoeken

Hieronder worden vanuit de vijf genoemde invalshoeken enkele didactische werkvormen besproken. Het is hierbij van belang te beseffen dat de competentie samenwerken beter geleerd zal worden wanneer verschillende aspecten van het bloemmodel tegelijk aan bod komen. Bij de bespreking van de didactische werkvormen wordt steeds een relatie gelegd tussen het leren in de praktijk en het leren in de opleiding.

Persoonlijke kwaliteiten

Een geschikte didactische werkvorm die studenten snel inzicht geeft in hun kwaliteiten is bijvoorbeeld het *Kwaliteitenspel* (www.kwaliteitenspel.nl).²¹ Aan de hand van casuïstiek worden kwaliteiten, valkuilen, allergieën en uitdagingen ten aanzien van het samenwerken in kaart gebracht. Studenten kunnen leerdoelen formuleren voor hun Persoonlijk Ontwikkelingsplan (POP), en op gezette tijden feedback vra-

gen van medestudenten, begeleiders en opleiders op de getoonde vaardigheden. Dergelijke leerdoelen, feedback en reflecties zijn uitstekende bewijsstukken voor in het portfolio.²²

Betreft het casuïstiek over werken in een team dan kan het *Teamrolspel* een goede ingang bieden voor bewustwording van eigen kwaliteiten en uitdagingen.¹⁵ Deze didactische werkvorm stimuleert het zelfbewustzijn en de authenticiteit van de lerende dokter. Dit is van belang bij het bevorderen van de transfer van samenwerkingsvaardigheden.

Kennis

Meer inzicht in andere beroepsgroepen is te verkrijgen door een dag mee te lopen in de praktijk met iemand uit een ander beroep, eventueel aangevuld met een interview. Besproken kan worden wat interessante kanten zijn van het beroep, de specifieke expertise en verantwoordelijkheden, de status en gebezigde stereotypen. Observaties en resultaten van het interview kunnen met 'peers' nabesproken worden in de opleiding. Conclusies die de lerende trekt en eventuele leerdoelen kunnen wederom verwerkt worden in het POP. Uit ervaringen met multidisciplinaire groepen in nascholingsverband blijkt dat het expliciteren van stereotypen van andere beroepsgroepen een goede ingang geeft om over elkaars beroep te praten en zo de randvoorwaarden voor samenwerking te verbeteren.

Een boeiende didactische werkvorm om bewuster te worden van de eigen identiteit en expertise is bijvoorbeeld het maken van een poster of advertentie waarmee de lerende zijn 'unique selling points' als vertegenwoordiger van zijn/haar beroepsgroep aanprijst. Het bespreken van individuele advertenties in een groep kan gewenste verdieping en verbreding geven. Desgewenst kan ter aanvulling de theorie over

sociale oriëntaties, sociale identiteit, stereotypen, vertrouwen en teamrollen worden bestudeerd en besproken. Het doel hiervan is dat studenten inzicht krijgen in sociaal-psychologische processen die van belang zijn bij de samenwerking en de rol die ze daarin zelf vervullen.

Vaardigheden

Oefenen van vaardigheden zal zowel binnen de opleiding als in de praktijk voorkomen. Voor de lerende is het zeer informatief feedback te krijgen over sterke en minder sterke samenwerkingsvaardigheden. De feedback kan afkomstig zijn van medestudenten, 'peers' met wie wordt samengewerkt in onderwijsgroepen, maar ook van docenten uit de opleiding of van begeleiders uit de praktijk. Indien gewenst kan gewerkt worden met observatiescorelijsten die zinvolle feedback genereren.²³ Ook het werken met videoregistraties en het nabespreken daarvan in de opleiding is een belangrijke bron van informatie. Ook nu weer kan de lerende leerdoelen formuleren voor zijn of haar POP en daar regelmatig feedback op vragen. Door op gezette tijden te reflecteren op de voortgang werkt de student gericht aan de ontwikkeling van deze competentie.

Inspiratie

In een groepsgesprek kunnen studenten uitwisselen wat zij interessant of boeiend vinden aan het samenwerken. Ook kan ingegaan worden op wat samenwerken oplevert, zowel professioneel als persoonlijk. Hierbij valt te denken aan informatie, zodat de aankomend arts beter zijn of haar werk kan doen, en aan plezierige contacten. Ook de vraag wat samenwerking kost aan tijd, inspanning en frustratie is relevant om tot een genuanceerd standpunt te komen. Ter ondersteuning van dit groepsgesprek kan het *Inspiratiespel* gespeeld worden, waarmee studenten

hun visie op samenwerken verdiepen (www.kwaliteitenspel.nl).

Wanneer eenmaal duidelijk wordt wat inspirerend aan samenwerking is, kunnen studenten gaan nadenken over hoe zij de samenwerking optimaal willen vormgeven en in hoeverre ze de randvoorwaarden waarbinnen de samenwerking plaatsvindt, kunnen beïnvloeden.

Ter verruiming van het blikveld is het informatief dat zij met begeleiders uit de praktijk bespreken wat hun visie op samenwerking is en wat zij daar boeiend aan vinden.

Normen/waarden

De (sub)cultuur waarbinnen samengewerkt wordt heeft grote invloed op het samenwerken. Wat is gebruikelijk, wat is passend en nog belangrijker, wat is 'not done'? Het is leerzaam voor de student zijn of haar eigen normen en waarden hier naast te zetten.

Om de eigen norm expliciet te maken kan een groep studenten aan de hand van een eigen casus brainstormen over aanvullende vragen als: 'goede samenwerking betekent voor mij ...', 'ik vind samenwerking slecht als ...', 'belangrijk voor mij bij samenwerking is ...'. Een ander deel van de groep kan voorbeelden uit de praktijk verzamelen van goede (of slechte) samenwerking. Een handig didactisch hulpmiddel hierbij kan het *Normen en Waarden-spel* zijn (www.kwaliteitenspel.nl).

Een ander hulpmiddel kan een in te vullen attitudevragenlijst zijn over perceptie van multiprofessioneel leren.²⁴⁻²⁵ Vervolgens kan bediscussieerd worden in hoeverre de lerende bereid is zijn of haar normen aan te passen (welke wel en welke niet). Ook relevant is het bespreken van de vraag in hoeverre de normen omtrent samenwerking in bestaande praktijken bespreekbaar gemaakt kunnen worden met de praktijkopleider. Indien gewenst

kan het bespreekbaar maken in rollenspe-
len geoefend worden.

Ook de eerder genoemde werkvorm 'inter-
view' kan gebruikt worden om informatie
te verzamelen over regels en normen om-
trent samenwerken in de praktijk om ver-
volgens de eigen visie hiernaast te leggen.

Discussie en nabeschuiving

Met bovenstaande uitwerking hebben we
geprobeerd handen en voeten te geven
aan het leren samenwerken zowel in de
opleiding als in de praktijk. Duidelijk is
dat beide leeromgevingen van belang zijn
om tot competentieontwikkeling te komen.
Wij hebben ons hier beperkt tot een globale
beschrijving van de didactische werkvor-
men. Docenten die behoefte hebben aan
een meer concrete uitwerking van didacti-
sche werkvormen verwijzen we graag
naar de literatuurlijst.²⁶⁻²⁹

Naar onze mening is het belangrijk sa-
menwerking vanuit meer dan één invalshoek te bespreken en te oefenen in de ver-
schillende fasen van de opleiding. Het
item samenwerken kan op gezette tijden
geprogrammeerd worden, voorkeur voor
vorm of invalshoek kan per groep erg ver-
schillen, zo is onze ervaring. Na verschil-
lende ervaringen en oefenmomenten zal
de student steeds bewuster worden van
eigen visie, kwaliteiten en te ontwikkelen
vaardigheden. Dit betekent dat het be-
spreken van samenwerken uitstekend kan
plaatsvinden in leerlijnen als reflectieron-
des, supervisie of intervisie. De groei in de
competentie samenwerken kan zichtbaar
worden gemaakt in een portfolio. Dat kan
door bewijsstukken of resultaten van het
onderwijs in het leren samenwerken op te
nemen en daar in voortgangsgesprekken
bij stil te staan. Voor begeleiders en oplei-
ders is het portfolio informatief om zich
een beeld van de lerende en zijn of haar
ontwikkeling te vormen.

Samenwerken is geen doel op zich. Steeds
gaat het om het leveren van optimale zorg
aan de patiënt en zijn of haar omgeving.
Maar samenwerking is ingewikkelder dan
doorgaans verondersteld wordt. De arts
van de toekomst is een 'teampayer' in
plaats van een solist en dat pleit voor
structurele aandacht in het curriculum
van de basis- en vervolgopleiding in de ge-
zondheidszorg.

Literatuur

1. Bolhuis S. Multiprofessioneel samenwerken in de
gezondheidszorg. Onderzoek naar educatieve in-
terventies. Nijmegen: Onderwijsinstituut UMC St
Radboud. Afdeling Onderwijsontwikkeling en
Onderzoek; 2002. [Multiprofessional cooperation
in health care. A study into educational interven-
tions. Nijmegen: Institute of Medical Educa-
tion, University Medical Centre St Radboud. De-
partment of Educational Development; 2002].
2. Bouma J. Cascade van fouten leidde tot dood baby.
De Volkskrant: 16-11-2004. [Cascade of errors
leads to death of baby. De Volkskrant: 16-11-2004].
3. Knape JTA. Verdachtmakingen frustreren medi-
sche stand. De Volkskrant [Forum]: 6-1-2002. [Al-
legations frustrate medical profession. De Volks-
krant (Forum): 6-1-2002].
4. S.N. Ruzies in ziekenhuizen zijn duur. Trouw: 11-
5-2004. [Hospital rows are expensive. Trouw: 11-
5-2004].
5. Verboon EM, Heine-van Oosterum BAMJ ter,
Kinkhorst GF (red.) Nieuwe praktijken. Innova-
ties in paramedisch onderwijs. Maarsen: Elsevier
gezondheidszorg; 2005. [New practices. Innova-
tions in allied health professions education.
Maarsen: Elsevier Health Care; 2005].
6. Bleker OP, Cate ThJ ten, Holdrinet RSG. De alge-
mene competenties van de medisch specialist in
de toekomst. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs,
2004;23(1):4-14. [General competencies of the fu-
ture medical specialist. Dutch Journal of Medical
Education 2004;23(1):4-14].
7. Bourhis RY, Gagnon A. Social Orientations in the
Minimal Group Paradigm. in: Brown R, Gaertner
SL (Eds) Blackwell Handbook of Social Psycho-
logy: Intergroup Processes. Oxford: Blackwell Pu-
blishers; 2001.
8. Ellemers, N, Spears, R, Doosje, B. Social identity:
context, commitment, content. Oxford: Black-
well; 1999.
9. Operario D, Fiske ST. Stereotypes: Content,
Structures, Processes and Context. in: Brown R,
Gaertner SL (Eds) Blackwell Handbook of Social
Psychology: Intergroup Processes. Oxford: Black-
well Publishers; 2001, p. 22-4.

10. Boon SD, Holmes JG. The dynamics of interpersonal trust: resolving uncertainty in the ace of risk. In: Hinde RA, Groebel J (eds.). *Cooperation and prosocial behaviour* Cambridge: Cambridge University Press; 1991. p. 190-211.
11. Kramer RM, Tyler TR (eds.). *Trust in organizations*. London: Sage; 1996.
12. Lewicki RJ, Bunker BB. Developing and maintaining trust in work relationships. in: Kramer RM, Tyler TR (eds.) *Trust in organizations*. London: Sage; 1996. p. 114-39.
13. Nauta AP, Grumbkow J von. Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen: de invloed van positie, verantwoordelijkheid, afhankelijkheid en vertrouwen. *Tijdschr Gezondheidswet* 2002;80:107-13. [Cooperation of general practitioners and occupational physicians: the effects of position, responsibility, dependence and trust. *Journal of Health Sciences* 2002;80:107-13].
14. Nauta AP, Grumbkow J von. Factors predicting trust between GPs and OPs. *Int J of Integrated Care* 2000;1. [<http://www.ijic.org/index2.html>; visited 7-5-08].
15. Gerritsen AGA, Gerritsen JM. Het Teamrol-spel: een leuke werkvorm om samenwerking in medische opleidingen bespreekbaar te maken. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 2005; 24 (4):175-83. [The team role game: an exciting and effective method to learn to talk about collaboration in medical education. *Dutch Journal of Medical Education* 2005;24(4):175-83].
16. Belbin RM. *Management Teams*. Over succes- en faalfactoren voor teams. Schoonhoven: Academic Service; 1998. [Factors determining success and failure in teams. Schoonhoven: Academic Service; 1998].
17. Belbin RM. *Teamrollen op het werk*. Schoonhoven: Academic Service; 1999. [Team roles at work. Schoonhoven: Academic Service; 1999].
18. Groen, R. Authenticiteit. De sleutel tot effectief samenwerken in een team. *Psychologie* 1998,15-9. [Authenticity. The key to effective teamwork. *Psychology* (1998);15-9].
19. Bolhuis S. *Leren en veranderen bij volwassenen. Een nieuwe benadering*. Bussum: Coutinho; 2001. [Adult learning and change. A new approach. Bussum: Coutinho; 2001].
20. Bolhuis S. Samenwerken in de gezondheidszorg. *Leren in de opleiding en/of in de praktijk? Opleiding & Ontwikkeling* 2005;3:13-6. [Cooperation in health care. Formal education and/or workplace-based learning. *Education & Development* 2005;3:13-6].
21. Ofman DD. Hoofdstuk 2: Kernkwaliteiten. *Uit: Bezieling en kwaliteiten in organisaties*. Cothen: Servire; 1992. [Core characteristics. In: *Inspiration and characteristics in organisations*. Cothen: Servire; 1992].
22. Driessen E, Ter Braak EWMT, Dekker H, Scheele F, van Tartwijk J. Een rijker beeld, bij juist gebruik is het portfolio een effectief onderwijsinstrument. *Med Contact* 2005 (60)27/28, 1172-4. [A richer picture, when used appropriately the portfolio is an effective educational tool. *Medical Contact* 2005;60(27/28):1172-4].
23. Berkel A van, Hofman K, Kinkhorst G, Lintelo L te. *Competentie-assessment. De ontwikkeling en toepassing van self-, peer- en expert-assessments in het hbo: een praktijkvoorbeeld*. Utrecht: Lemma; 2003. [Assessing competence. The development and implementation of self-, peer and expert assessment in higher vocational education: an example form practice. Utrecht: Lemma, 2003].
24. Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning. *Medical Education* 1999;33:95-100.
25. Luecht RM, Madsen MK, Taugher MP, Petterson BJ. *Assessing Professional Perceptions: Design and validation of an interdisciplinary Education Perception Scale*. *Journal of Allied Health* 1990;19:181-91.
26. Hoogeveen P, Winkels J *Het didactische werkvormenboek: variatie en differentiatie in de praktijk*. Assen: Van Gorcum; 2005. [Textbook of didactic formats: variation and differentiation in practice. Assen: Van Gorcum; 2005].
27. Bijkerk L, Heide W van der: *Het gaat steeds beter! Activerende werkvormen voor de opleidingspraktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2006. [It is getting better all the time! Activation methods for educational practice. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2006].
28. Dirkse-Hulscher S, Talen A. *Het groot werkvormenboek. De inspiratiebron voor resultaatgerichte trainingen, vergaderingen en andere bijeenkomsten*. Den Haag: Academic Service; 2007. [A source of inspiration for outcomes-based training, meetings and other sessions. Den Haag: Academic Service; 2007].
29. Hampsink M, Hagedoorn N. *Beweging in je brein. Zestig werkvormen voor inspirerende trainingen, workshops*. Den Haag: Academic Service; 2007. [Movement in your brain. Sixty formats for inspirational training sessions and workshops. Den Haag: Academic Service; 2007].

De auteurs:

Drs. A.G.A. (Allard) Gerritsen werkt als docent, coach en ontwikkelaar bij de Docentenopleiding HGZO, Opleidings- en adviescentrum voor hoger gezondheidszorgonderwijs, Faculteit der Bewegingswetenschappen, VU Amsterdam.

Mw. dr. A.P. (Noks) Nauta is bedrijfsarts en psycholoog. Zij is onder andere werkzaam als freelance adviseur en trainer van multidisciplinaire groepen in het verbeteren van voorwaarden voor samenwerking.

Correspondentieadressen:

Drs. A.G.A. Gerritsen, Docentenopleiding HGZO, Faculteit der Bewegingswetenschappen, VU, Van der Boechorststraat 7-9, 1081 BT Amsterdam. Tel.: 020-5988605; e-mail: A.Gerritsen@fbw.vu.nl; I: www.docentenopleiding.nl

Mw. dr. A.P. Nauta, Timorstraat 31, 2612 EH Delft. Tel.: 015-2125034; e-mail: info@noksnauta.nl; I: www.noksnauta.nl

Belangenconflict: geen gemeld.

Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Summary

Collaboration is a prerequisite for the optimal delivery of health care. Recently, collaboration was named as one of the key competencies in both undergraduate and postgraduate medical education. There is a need for information on insights, theories and didactic methods relating to collaboration competencies. This article describes six theories and insights that are helpful in understanding the processes involved in collaboration. Several didactic methods for competence-based education in knowledge, skills, personal strengths, inspiration and values are presented.

It is concluded that collaborating can be learned and should be incorporated in the undergraduate and postgraduate medical curricula. Today's doctors are by definition team players. Gerritsen AGA, Nauta AP. Collaborating can be learnt! But how? Dutch Journal of Medical Education 2008;27(3)109-119.)