



Zorginstituut Nederland

Anders kijken, anders leren, anders doen

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

Anders kijken, anders leren, anders doen

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

Colofon

Auteurs

Dr. Katja van Vliet, Drs. Ans Grotendorst, Prof. dr. Petrie Roodbol

Met medewerking van

Team Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen,
Projectleiders broedplaatsen
De Argumentenfabriek
Dr. Hans Ossebaard
Prof dr. Gerda Croiset

Onder redactie van

De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

Eindredactie	Drs. Sabine Wildevuur
Omslag en opmaak	Rogier van der Haak, De Argumentenfabriek (<i>illustratie</i>)
Uitgebracht aan	De Minister van VWS, op 17 november 2016
Uitgebracht door	Zorginstituut Nederland, Diemen

Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

Mr. drs. Kete Kervezee, voorzitter
Dr. Ben Bottema, huisarts (tot 2013 directeur eerstelijnsopleidingen St. Radboud UMC)
Dr. Thea Heeren, psychiater, voorzitter Raad van Bestuur GGZ Centraal
Dr. Machteld Huber, arts, directeur Institute for Positive Health
Dr. Paetrick Netten, internist Jeroen Bosch Ziekenhuis
Prof. dr. Dirk Ruwaard, hoogleraar Public Health en Health Care Innovation Universiteit Maastricht
Prof. dr. Marieke Schuurmans, hoogleraar Verplegingswetenschap Universiteit Utrecht
Drs. Peter Holland, oud voorzitter van de KNMG, toehoorder vanuit de Adviescommissie Kwaliteit
Secretaris: Dr. Katja van Vliet, programmamanager Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

Team Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen

Drs. Joke van Alten
Iris Broerse
Dr. Astrid Chorus
Prof. dr. Gerda Croiset
Drs. Ans Grotendorst
Mr. drs. Kete Kervezee
Mary van der Linde
Sabina van der Veen MPH
Drs. Conny Veldhuizen
Dr. Katja van Vliet

Projectleiders broedplaatsen

Amsterdam-Amstelveen: Drs. Saskia Schalkwijk
Friesland: Drs. Klaus Boonstra
Heerlen: Dr. Erik van Rossum
Rotterdam: Drs. Marco van Alderwegen (tot 1-4-2016)
Rotterdam: Drs. Daphne Truijens en Drs. Hendrik Halbe

Ambassadeurs broedplaatsen

Amsterdam-Amstelveen: Prof. mr. Huib de Jong
Heerlen: Prof. dr. Luc de Witte
Rotterdam: Prof. dr. Huibert Pols

Inhoud

Aanbiedingsbrief	7
Dankwoord	9
Samenvatting	10
Inleiding	12
Werkwijze, opzet en vormgeving van het advies	17
Hoofdlijn 1. Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers staan centraal	18
Hoofdlijn 2. Burgers ontwikkelen van jongs af aan leer- en gezondheidsvaardigheden	23
Hoofdlijn 3. Functioneren, veerkracht en eigen regie als rode draad door leertrajecten	26
Hoofdlijn 4. De praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk	30
Hoofdlijn 5. Consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm	34
Hoofdlijn 6. Permanent leren in teams, organisaties en netwerken	38
Hoofdlijn 7. Leven, leren en werken met technologie	43
Hoofdlijn 8. Onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid verbinden	48
Bronnen	52
Bijlagen	
1 Werkwijze	55
2 Begrippenlijst	58
3 Lerend vermogen	62
4 Illustratieve praktijken	66

Aanbiedingsbrief

Excellentie,

In de vergadering van 17 oktober 2016 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland het advies *Anders kijken, anders leren, anders doen: grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk* besproken en vastgesteld.

In 2012 heeft u gevraagd een advies uit te brengen over een toekomstgerichte beroepenstructuur en een opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorg in Nederland. Het toenmalige College voor Zorgverzekeringen heeft daarvoor op 3 mei 2012 een voorlopige commissie ingesteld. Op 1 april 2014 is de definitieve commissie ingesteld, gelijktijdig met de oprichting van Zorginstituut Nederland.

De commissie presenteert in het eerste advies *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren* (april 2015) een dynamisch continuüm van bekwaamheden die gericht zijn op de zorgvraag vanuit het burgerperspectief. Centrale begrippen hierbij zijn functioneren, veerkracht en eigen regie.

In dit tweede advies wordt uitgewerkt wat dat betekent voor het leren en opleiden van (toekomstige) professionals. Professionaliteit zal zich steeds meer kenmerken door de samenhang tussen vakbekwaamheid, samenwerkend vermogen en lerend vermogen. De commissie presenteert in acht samenhangende hoofdlijnen wat de consequenties zijn van de veranderde visie op gezondheid voor het leren en opleiden in zorg en welzijn, in een continuüm van mbo, hbo, wo, initieel, post-initieel, en bij- en nascholing. Hierbij benadrukt de commissie de grote en toenemende rol van technologie, evenals het belang van permanent leren en kennis delen.

Dit advies sluit aan bij een beweging die al gaande is. Er zijn veel initiatieven in de goede richting, getuige ook de in dit advies opgenomen illustratieve praktijken die vragen om pluriformiteit. Tegelijkertijd constateert de commissie dat systematische en gecoördineerde actie en landelijke kaders nodig zijn om de vele vernieuwingen te bundelen, te verbreden en te verankeren.

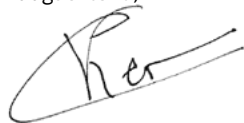
De commissie adviseert het instellen van een meerjarig Programma zorg, welzijn en opleidingen. Het programma richt zich op het scheppen van voorwaarden voor het tot stand brengen van de verbinding tussen opleidingen onderling (disciplines en niveaus) en tussen opleidingen en arbeidsmarkt. Zo nodig worden knelpunten geagendeerd.

Tegelijkertijd is het van groot belang aan te blijven sluiten bij vernieuwingen die al plaatsvinden in lokale en regionale praktijken en die te versterken. De commissie beveelt aan het aantal broedplaatsen uit te breiden en te vervlechten met het bestuurlijk proces in de regionale zorgpacten.

De commissie beschouwt haar werkzaamheden nu als afgerond, maar de ontwikkeling van grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn is dat allerm minst.

De commissie realiseert zich dat verandering de enige constante is. Voor het slagen van deze veranderingen hebben we de inzet van een ieder en de wil om te leren nodig.

Hoogachtend,



Mr. drs. Kete Kervezee
Voorzitter Commissie Innovatie
Zorgberoepen & Opleidingen



Drs. Arnold H.J. Moerkamp
Voorzitter Zorginstituut Nederland

Dankwoord

Alleen ga je sneller, samen komen we verder

In april 2015 werd het advies “Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren” aangeboden aan minister Edith Schippers van VWS en minister Jet Bussemaker van OCW door de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.

Het vormde een goede basis voor het tweede advies.

Dit vervolgadvis geeft antwoord op de vraag hoe het continuüm van bekwaamheden in opleidingsroutes vorm en richting kan geven aan permanent leren, tenminste tot ons zeventigste.

Wetend dat beroepstrots en autonomie sterke en risicovolle kanten van de doelgroep (professionals in onderwijs, zorg, welzijn in het huidige digitale tijdperk) zijn, heeft de commissie ingezet op een interactief, participatief proces om herkenning, draagvlak en eigenaarschap te maximaliseren.

In deze tweede fase hebben ook de broedplaatsen Amsterdam/Amstelveen, Rotterdam, Friesland en Heerlen weer als bron van innovatie en praktijkervaringen gefunctioneerd.

Hun permanente, kritische bijdragen hebben de commissie goed bij de les gehouden.

Graag dank ik alle professionals en bestuurders in zorg en welzijn, in het onderwijs en bij de lokale overheid die dit proces, met het advies als resultaat, mogelijk hebben gemaakt.

De commissie heeft door een goed evenwicht tussen nabijheid en gepaste afstand een belangrijke rol gespeeld in de koers en de resultaten van het advies.

Het team, tot 1 januari 2016 versterkt met Gerda Croiset, is nog steeds klein, maar de samenwerking zowel onderling als met de commissie, de broedplaatsen, de opleidingen, de zorg- en welzijnsorganisaties en de lokale overheid was groots.

Waardering en dank is er voor de auteurs die alle input hebben verwerkt tot een duidelijk, praktisch en leesbaar advies: Ans Grotendorst, Petrie Roodbol en Katja van Vliet. Uit de rijke bron van bijdragen hebben zij “less is more” gecreëerd.

Speciale dank gaat uit naar Katja Mur, het directeurenoverleg (VWS/OCW/Zorgpact) en hun collega's voor de bijdragen aan dit complexe proces.

Tot slot, zonder mijn “stille krachten” Mary van der Linde en Conny Veldhuizen was er veel minder tot stand gebracht.

Namens de commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen
Kete Kervezee

Samenvatting

Anders kijken, anders leren, anders doen Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk

Anders kijken

In 2015 bracht de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen het advies uit *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Hierin werd antwoord gegeven op de vraag hoe we in de toekomst kwalitatief hoogwaardige zorg en ondersteuning kunnen blijven bieden die toegankelijk en betaalbaar zijn voor iedereen. Het advies gaat uit van de veranderde zorgvraag in 2030 en een nieuwe visie op gezondheid. In die visie staan *het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers* centraal. Samenhangende zorg en welzijn worden geleverd in 'arrangementen' die ruimte bieden voor pluriformiteit. Arrangementen worden uitgevoerd door intersectorale en multidisciplinaire teams met een mix van bekwaamheden.

Anders leren

Het centraal stellen van het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers vraagt niet alleen om toerusting van professionals maar ook van burgers. *Burgers ontwikkelen van jongs af aan leer- en gezondheidsvaardigheden*. Ze worden zo nodig ondersteund bij de zorg voor zichzelf en voor elkaar, veelal in netwerken. Dit doet een sterk beroep op het primair en voortgezet onderwijs en het minimaliseren van laaggeletterdheid.

De toerusting van professionals kenmerkt zich steeds meer door samenhang tussen vakbekwaamheid, samenwerkend vermogen en lerend vermogen.

Vakbekwaamheid vormt de basis van het professionele handelen. Het is gericht op het bevorderen en zo nodig herstellen van gezondheid met als focus het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers. *Functioneren, veerkracht en eigen regie zijn het perspectief in zorg- en welzijnsopleidingen*, van mbo, hbo en wo tot en met post-initieel en bij- en nascholing. Het uitgangspunt hiervoor is een biopsychosociaal model. Hierdoor worden onder meer zorg en welzijn met elkaar verbonden.

Samenwerkend vermogen ontwikkelt zich in de praktijk en de opleidingen. Toekomstige professionals maken kennis met de praktijk waarin ze samen leren en werken. Dat gebeurt al vanaf het begin van de opleiding door *de praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk* te halen. Dat vindt ook plaats door het ontwikkelen van *consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm*, die uitgaan van kenmerkende praktijksituaties. Gemeenschappelijke kaders in een continuüm van mbo, hbo, wo, post-initieel onderwijs en bij- en nascholing leiden tot opleidingen met een bredere en sterkere kerninhoud en differentiatie in uitstroomprofielen (*t-shape*). Een sterk accent komt te liggen op post-initieel onderwijs en bij- en nascholing door de snelle veranderingen en de noodzaak om een leven lang vakbekwaam te blijven.

Lerend vermogen van professionals is essentieel. Kennis veroudert steeds sneller en *permanent samen leren in teams, organisaties en netwerken* draagt bij aan een betere aansluiting bij de veranderende hulp- en zorgvragen. Dit geldt in het bijzonder voor het *leven, leren en werken met technologie*, die zich spectaculair ontwikkelt. Permanente kennisdeling door *de verbinding tussen onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid* is noodzakelijk om de kennis en bekwaamheden te ontwikkelen die vernieuwingen stimuleren en versnellen. Persoonlijke ontwikkeling en het permanent delen van kennis kunnen alleen plaatsvinden in een omgeving die het leren met en van elkaar op de werkplek en in netwerken stimuleert en faciliteert. Dat vraagt om nieuwe vormen van leiderschap en toezicht, een transparant verantwoordingsproces en goede feedback.

Wat dit betekent voor de toerusting van burgers en professionals staat centraal in het tweede advies *Anders kijken, anders leren, anders doen: grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*.

Het advies is opgebouwd langs acht samenhangende hoofdlijnen.

1. Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers staan centraal
2. Burgers ontwikkelen van jongs af aan leer- en gezondheidsvaardigheden
3. Functioneren, veerkracht en eigen regie als rode draad door leertrajecten
4. De praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk
5. Consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm
6. Permanent leren in teams, organisaties en netwerken
7. Leven, leren en werken met technologie
8. Onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid verbinden

Gekoppeld aan deze hoofdlijnen zijn in dit advies twee voorbeelden uitgewerkt: **Leerpraktijken jeugd en ouderen**. Daarmee willen we opleiders en ontwikkelaars in zorg en welzijn inspireren leertrajecten te ontwerpen die uitgaan van de hoofdlijnen van het advies.

Anders doen

Met dit advies sluit de commissie aan bij een beweging die al gaande is. Er zijn veel initiatieven die in de goede richting gaan, getuige ook de in dit advies opgenomen illustratieve praktijken. Tegelijkertijd constateert de commissie dat systematische en gecoördineerde actie en landelijke kaders nodig zijn om de vele vernieuwingen te bundelen, te verbreden en te verankeren en om belemmeringen in wet- en regelgeving op te heffen.

De commissie adviseert een langlopend **Programma voor Zorg, welzijn en opleidingen** in te stellen. Daarin worden samenwerkingsafspraken opgesteld met beleid, uitvoering, opleiding, toezicht en financiers van zorg en welzijn. Hierbij is het van groot belang om te blijven uitgaan van vernieuwingen die al plaatsvinden in lokale en regionale praktijken en deze te versterken. Gezamenlijk eigenaarschap en beter bestuur en management zijn cruciaal in het ondersteunen van het interprofessioneel leren en opleiden van professionals in zorg en welzijn. Het programma richt zich op het scheppen van voorwaarden voor het tot stand brengen van de verbinding tussen opleidingen onderling (disciplines en niveaus) en tussen opleidingen en arbeidsmarkt.

De commissie adviseert het aantal **broedplaatsen uit te breiden en te vervlechten met het Zorgpact**

De regionale aanpak van de commissie heeft gestalte gekregen in vier broedplaatsen: Friesland, Amsterdam-Amstelveen, Rotterdam en Heerlen. De commissie werkt samen met het Zorgpact dat de regionale samenwerking tussen opleidingen, organisaties en overheid aanjaagt. De adviezen van de commissie leveren de inhoud voor die regionale samenwerking. De bottom-up werkwijze in de broedplaatsen sluit aan bij regionale verschillen en bij de gewenste pluriformiteit. Verbreding en verankering van al lopende initiatieven zijn noodzakelijk evenals vervlechting van de kennisontwikkeling en -deling met het bestuurlijk proces in de regionale zorgpacten.

Aangezien de benodigde veranderingen omvangrijk en verstrekkend zijn en niet alleen raken aan beroepen en opleidingen, doet de commissie ook enkele algemene aanbevelingen over de voorwaarden:

1. financiering is gericht op de kwaliteit en op de uitkomsten (van output naar outcome)
2. een integraal innovatieproces waarin de leefwereld en de toerusting van burgers centraal staan.

Inleiding

De zorgvraag is aan het veranderen. We worden steeds ouder, vaak met meerdere chronische aandoeningen. Dat legt een grote druk op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

We hebben in toenemende mate behoefte aan het voeren van eigen regie over ons leven. We kunnen daarbij gebruikmaken van allerlei technologische mogelijkheden. De exponentiële groei daarvan heeft een grote impact. Ze leiden tot nieuwe diagnostische en behandelmogelijkheden, ondersteunen het functioneren in de eigen leefomgeving en maken het mogelijk om kennis sneller en beter te delen. Technologische mogelijkheden worden in de zorg nog onvoldoende toegepast.

Hoewel we als samenleving steeds meer doordrongen raken van het belang van gezondheid en gedrag, ligt de nadruk toch vooral op ziekte en zorg. Onze gezondheidszorg is van een hoog niveau, maar we bereiken niet iedereen in dezelfde mate. Hoogopgeleide mensen leven gemiddeld ruim zes jaar langer dan laagopgeleiden en vijftien jaar langer zonder lichamelijke beperkingen (CBS Statline, 2016). De zorgkosten stijgen nog steeds, alhoewel minder dan voorheen.

Van burgers wordt gevraagd om meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en zorg, en voor de zorg voor elkaar. Veel mensen willen en kunnen dat, maar dat is niet voor iedereen haalbaar. Eenzaamheid, en daarmee het ontbreken van een sociaal netwerk, is een groot maatschappelijk vraagstuk. Bijna veertig procent van de volwassen bevolking is eenzaam (GGD Monitor, 2012). Twintig procent van de ouderen en mensen met een beperking kunnen geen beroep doen op mantelzorg (SCP, 2016). Eenzaamheid is geen ziekte, maar is wel van invloed op gezondheid, en vraagt om een oplossing in het sociale domein, dat nog onvoldoende wordt betrokken.

Kortom, het is van het grootste belang dat burgers, professionals, opleiders en beleidsmakers – in gezamenlijkheid – anders gaan kijken, leren en doen.

Anders kijken

In 2015 heeft de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen het advies [Naar nieuwe zorg en zorgberoepen, de contouren](#) uitgebracht. Daarin zijn drie uitgangspunten geformuleerd:

- De veranderende zorgvraag: wat is er nodig in 2030?
- Functioneren: niet de ziekte als vertrekpunt maar het functioneren
- Een nieuw concept van gezondheid: veerkracht en eigen regie staan centraal

De visie op gezondheid, vooral gericht op ziekte en zorg, biedt onvoldoende aanknopingspunten om te onderbouwen wat er nodig is aan zorg en welzijn en in het verlengde daarvan in beroepen en opleidingen. De focus op aandoeningen geeft onvoldoende inzicht in het dagelijks functioneren van individuen en groepen, en beperkingen daarin.

De commissie is uitgegaan van de zorg die in 2030 nodig is op basis van prognoses van de zorgvraag uitgaande van lokale en regionale demografische ontwikkelingen. Deze zijn beschreven in het eerste advies. De toenemende vergrijzing leidt onder meer tot een flinke toename van het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen en functioneringsproblemen. Het aantal volwassenen met psychosociale problemen en met psychische aandoeningen is omvangrijk en groeit eveneens. Ook de jeugd heeft chronische klachten en aandoeningen en psychosociale problemen.

De nieuwe visie op gezondheid is gericht op het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers. Die gaat uit van de mogelijkheden van individuen en hoe deze het beste kunnen worden ondersteund. Niet alleen vanuit het perspectief van zorg, maar juist vanuit en in samenhang met andere domeinen zoals welzijn, wonen, werken en sport. De commissie pleit voor een verschuiving van de nadruk op ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Ofwel, een verschuiving van een biomedisch model naar een bio-psychosociaal model. Dat betekent dat zorg en welzijn, geïntegreerd, bijdragen aan het stimuleren van

jongs af aan van gezond leven, zowel thuis, op school, op het werk en in de buurt. Samenhangende zorg en welzijn stellen mensen in staat optimaal te functioneren en dragen bij aan het versterken van de eigen regie en de veerkracht. Technologische ontwikkelingen nemen daarbij een steeds grotere plaats in.

Een belangrijke consequentie van de nieuwe visie op gezondheid, is dat zorg en welzijn worden geleverd in 'arrangementen' die ruimte bieden voor pluriformiteit. Arrangementen worden uitgevoerd door intersectorale en multidisciplinair samengestelde teams met een mix van bekwaamheden. Alleen op die manier kan de steeds complexer wordende zorg- en hulpvraag worden beantwoord. De benodigde zorg en ondersteuning bepalen wat nodig is: welke professionals in te zetten met welke bekwaamheden op welk moment.

Op dit nieuwe perspectief is de zorg niet ingericht. De zorg is veelal verkokerd georganiseerd en professionals worden in 'silo's' opgeleid: zorgberoepen en -opleidingen zijn sterk gefragmenteerd, met meer dan 2400 verschillende zorg- en zorgverwante beroepen en functies en ruim 1700 verschillende zorgopleidingen. Deze hebben veelal niet het functioneren, maar zorg en ziekte als uitgangspunt. Dat laat onverlet dat er vanuit de nieuwe visie op gezondheid al veel vernieuwende initiatieven plaatsvinden. De commissie bepleit wél om deze meer te bundelen en meer samenhang aan te brengen, belemmeringen weg te nemen en ervoor te zorgen dat initiatieven van elkaar leren. En wanneer ze succesvol blijken te zijn, ervoor te zorgen dat deze verankerd raken in praktijk, opleidingen en beleid.

Anders leren

Hoe zorgen we in de toekomst voor kwalitatief hoogwaardige zorg en ondersteuning die toegankelijk en betaalbaar is voor iedereen? Het verbeteren van de kwaliteit van zorg en welzijn is zowel een opgave van de menselijke maat als een macro-economische opgave. Dat wil zeggen: beter aansluiten bij de behoeften van burgers, rekening houdend met diversiteit en laaggeletterdheid én effectievere interventies tegen lagere kosten door een verschuiving van curatie naar preventie, dus van nazorg naar voorzorg. Wat betekent dat voor de toerusting van burgers, en van professionals? Wat zijn de gevolgen voor het leren en opleiden van professionals in zorg en welzijn? Deze vragen staan centraal in het tweede advies van de Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen: *Anders kijken, anders leren, anders doen: grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*.

In dit advies gaat de commissie in op de consequenties van de veranderde visie op gezondheid voor de opleidingen in zorg en welzijn van middelbaar beroeps onderwijs (mbo), hoger beroepsonderwijs (hbo) en wetenschappelijk onderwijs (wo), initieel en post-initieel, en bij- en nascholing in een continuüm. Hierbij wil de commissie de grote en toenemende rol van technologie in zorg, welzijn en opleidingen benadrukken, evenals het belang van permanent leren en kennis delen.

Dit alles heeft gevolgen voor de toerusting van (toekomstige) professionals. Professionaliteit kenmerkt zich steeds meer door samenhang tussen:

- Vakbekwaamheid
- Samenwerkend vermogen
- Lerend vermogen

Het uitgaan van het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers in relatie tot de vakbekwaamheid, het samenwerkend vermogen en het lerend vermogen van professionals heeft geleid tot de formulering van acht hoofdlijnen van dit advies.

- [Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers staan centraal](#)
- [Burgers ontwikkelen van jongs af aan leer- en gezondheidsvaardigheden](#)
- [Functioneren, veerkracht en eigen regie als rode draad door leertrajecten](#)
- [De praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk](#)
- [Consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm](#)
- [Permanent leren in teams, organisaties en netwerken](#)
- [Leven, leren en werken met technologie](#)
- [Onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid verbinden](#)



[Het centraal stellen van het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers \(1\)](#) vraagt niet alleen om toerusting van professionals maar ook van burgers, van jongs af aan. Dat laatste heeft betrekking op het [ontwikkelen van leer- en gezondheidsvaardigheden \(2\)](#). Het primair en voortgezet onderwijs spelen hierbij een belangrijke rol. Toerusting van burgers heeft ook betrekking op het faciliteren en ondersteunen van burgers bij de zorg voor zichzelf en voor elkaar. De scheiding tussen informele en formele zorg wordt meer fluide. Er ontstaan meer hybride en flexibele vormen van zorg, ondersteuning en hulpverlening. Dit vraagt om een aanbod met veel meer pluriformiteit. In de praktijk is er steeds meer samenwerking met mantelzorgers, vrijwilligers en collectieven zoals buurtcoöperaties.

Vakbekwaamheid vormt de basis van het professionele handelen dat is gericht op het bevorderen en zo nodig herstellen van gezondheid met als focus het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers. [Functioneren, veerkracht en eigen regie zijn het perspectief in zorg- en welzijnsopleidingen \(3\)](#), van mbo, hbo en wo tot en met post-initieel en bij- en nascholing. Het uitgangspunt hiervoor is een biopsychosociaal model. Hierdoor worden onder meer zorg en welzijn met elkaar verbonden. Om dat te bereiken leren (toekomstige) professionals samen te werken met burgers en hun netwerken en met andere professionals in multidisciplinaire en interprofessionele teams en daarbij gebruik te maken van elkaars kwaliteiten.

Samenwerkend vermogen ontwikkelt zich in de praktijk en de opleidingen. Toekomstige professionals maken kennis met de praktijk waarin ze samen leren en werken. Dat gebeurt al vanaf het begin van de opleiding door [de praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk te halen \(4\)](#). Dat vindt ook plaats door het ontwikkelen van [consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten \(5\)](#), die uitgaan van kenmerkende praktijk-situaties. Gemeenschappelijke kaders in een continuüm van mbo, hbo, wo, post-initieel onderwijs en bij- en nascholing leiden tot opleidingen met een bredere en sterkere kerninhoud en differentiatie in uitstroomprofielen (t-shape). Een sterk accent komt te liggen op post-initieel onderwijs en bij- en nascholing door de snelle veranderingen en de noodzaak om een leven lang vakbekwaam te blijven.

Lerend vermogen van professionals is essentieel. Kennis veroudert steeds sneller en [permanent samen leren in teams, organisaties en netwerken \(6\)](#) draagt bij aan een betere aansluiting bij de veranderende hulp- en zorgvragen. Dit geldt in het bijzonder voor het [leven, leren en werken met technologie \(7\)](#), die zich spectaculair ontwikkelt. Permanente kennisdeling door [de verbinding tussen onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid \(8\)](#) is noodzakelijk om de kennis en bekwaamheden te ontwikkelen die vernieuwingen stimuleren en versnellen. Toegepast onderzoek speelt hierbij een centrale rol. Dat maakt het mogelijk informele kennis op de

werkplek te expliciteren, te valideren en te verbinden met formele kennis in opleidingen en leertrajecten. Persoonlijke ontwikkeling en het permanent delen van kennis kunnen alleen plaatsvinden als professionals gemotiveerd zijn om te leren. Dat wordt bevorderd door een omgeving die het leren met en van elkaar op de werkplek en in netwerken stimuleert en faciliteert. Dat vereist nieuwe vormen van leiderschap en toezicht in een transparant verantwoordingsproces dat is gericht is op leren.

Gekoppeld aan de visie op leren en opleiden in dit advies zijn twee voorbeelden uitgewerkt: [Leerpraktijken jeugd en ouderen](#). Daarmee willen we opleiders en ontwikkelaars in zorg en welzijn inspireren leertrajecten te ontwerpen die uitgaan van de hoofdlijnen van het advies.

Anders doen

Met dit advies sluit de commissie aan bij een beweging die al gaande is. Er zijn veel initiatieven die in de goede richting gaan, getuige ook de in dit advies opgenomen [illustratieve praktijken](#). Tegelijkertijd constateert de commissie dat systematische en gecoördineerde actie en landelijke kaders nodig zijn om de vele vernieuwingen te bundelen, te verbreden en te verankeren en om belemmeringen in wet- en regelgeving op te heffen. Signalen uit het werk- en opleidingsveld duiden erop dat die belemmeringen fundamenteel zijn en betrekking hebben op de huidige systemen van financiering en verantwoording. Elk van de acht hoofdlijnen vraagt om verdere inhoudelijke uitwerking en beleidsontwikkeling door degenen die daarvoor verantwoordelijk, dan wel voorwaardenscheppend kunnen zijn.

Om dit te realiseren zijn lange termijn investeringen en inzet vanuit verschillende beleidsterreinen noodzakelijk. Essentieel voor het slagen van deze fundamentele veranderingen is leiderschap, eigenaarschap en betekenis genereren voor alle partijen. Dit lukt alleen als de wisselwerking tussen beleid, uitvoering, opleiding, toezicht en financiering optimaal verloopt. Daarvoor doet de commissie de volgende aanbevelingen.

I. Programma Zorg, welzijn en opleidingen

De commissie adviseert de rijksoverheid het initiatief te nemen om een langlopend programma in te stellen onder aansturing van een programmaleider met statuur en gezag. De programmaleider heeft als opdracht om samenwerkingsafspraken op te stellen met beleid, uitvoering, opleiding, toezicht en financiers van zorg en welzijn. Hierbij is het van groot belang om te blijven uitgaan van vernieuwingen die al plaatsvinden in lokale en regionale praktijken en deze te versterken. Gezamenlijk eigenaarschap en beter bestuur en management zijn cruciaal in het ondersteunen van het interprofessioneel leren en opleiden van professionals in zorg en welzijn.

Het programma richt zich op het scheppen van voorwaarden voor het tot stand brengen van de verbinding tussen opleidingen onderling (disciplines en niveaus) en tussen opleidingen en arbeidsmarkt. Dit wordt bereikt door het verwezenlijken van een continuüm van opleidingen van mbo, hbo en wo, inclusief de vervolgopleidingen en een groot aanbod aan bij- en nascholing. Voor de verbinding tussen mbo, hbo en wo heeft de commissie reeds het initiatief genomen tot het vormen van twee te onderscheiden - maar niet te scheiden - koppels van bestuurders uit mbo-hbo en hbo-wo, die daarmee aan de slag gaan.

Inzetten op lerend vermogen van professionals en permanent leren vraagt om nieuwe vormen van leiderschap en toezicht. Een stimulans om van elkaar te leren, een transparant verantwoordingsproces en goede feedback. Zonder leren is het verbeteren van de kwaliteit van zorg- en hulpverlening onmogelijk.

II. Broedplaatsen als ontwikkelingsmodel

De commissie heeft gekozen voor een werkwijze met zowel lokale/regionale als landelijke betrokkenen uit de praktijk, de opleidingen en het beleid ([zie bijlage 1 Werkwijze](#)). De regionale aanpak heeft gestalte gekregen in vier broedplaatsen: Friesland, Amsterdam-Amstelveen, Rotterdam en Heerlen. De commissie werkt samen met het Zorgpact dat de regionale samenwerking tussen opleidingen, organisaties en overheid aanjaagt. De adviezen van de commissie leveren de inhoud voor die regionale samenwerking. De bottom-up werkwijze in de broedplaatsen sluit aan bij regionale verschillen en bij de gewenste pluri-formiteit.

Er is al veel vernieuwing gaande waar de goede praktijken in de broedplaatsen exemplarisch voor zijn. Innovatie ontstaat door de permanente wisselwerking tussen praktijk, onderwijs, onderzoek en beleid. In de bestaande vier broedplaatsen zijn experimenten in voorbereiding. Deze zijn voortgekomen uit goede praktijken en gericht op het op systematische wijze ontwikkelen, expliciteren, valideren en delen van kennis over nieuwe vormen van zorg en welzijn.

De aanpak in de broedplaatsen werkt. Er is een innovatief samenwerkingsklimaat tussen praktijk, onderwijs, onderzoek en beleid, en hier en daar financiers en toezicht. De commissie adviseert het ministerie van VWS de aanpak in de broedplaatsen te versterken en uit te breiden door aansluiting bij en verbreding en verankering van al lopende initiatieven zoals de goede praktijken in de broedplaatsen en de koplopers van het Zorgpact. Eveneens adviseert de commissie de kennisontwikkeling en -deling te vervlechten met het bestuurlijk proces in de regionale zorgpacten.

III. Voorwaarden

Het tweede advies *Anders kijken, anders leren, anders doen* benadrukt - evenals het eerste advies *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren* - dat de benodigde veranderingen omvangrijk en verstrekkend zijn, en niet alleen raken aan beroepen en opleidingen. De commissie neemt dan ook de vrijheid om een aantal algemene aanbevelingen te doen gezien de vele signalen uit de broedplaatsen en tijdens de consultaties.

Financiering en verantwoording

Vanuit een visie op gezondheid gericht op het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers is een andere wijze van financiering noodzakelijk. Financiering dient gebaseerd te zijn op de kwaliteit van het hulpverleningsproces en op de uitkomsten (van *output* naar *outcome*). Het bevorderen van integrale zorg en welzijn vraagt om innovatieve vormen van bekostiging zoals ketenafspraken, uitkomstfinanciering, populatiebekostiging of casemanagement. Een heldere informatievoorziening is noodzakelijk om de maatschappelijke opbrengsten zichtbaar te maken.

Een integraal innovatieproces

Tijdens de vele gesprekken en bijeenkomsten is het de commissie opgevallen dat parallelle ontwikkelingen onvoldoende afgestemd en vervlochten zijn. De leefwereld en de toerusting van burgers dienen centraal te staan.

In het licht van de transitie van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' zullen burgers van jongs af aan en continu vertrouwd moeten raken met de nieuwe visie op gezondheid en zorg en wat dat voor hen betekent. Het is duidelijk dat een investering in sociaal en cultureel kapitaal van burgers van groot belang is om te voorkomen dat sociaal economische gezondheidsverschillen toenemen, de kloof groter wordt en de solidariteit kleiner. Daarom is het van belang om ook in het primair en voortgezet onderwijs leer- en gezondheidsvaardigheden een belangrijke plaats te geven en een aanval te doen op laaggeletterdheid. Het organiseren van een achterwachtfunctie is noodzakelijk voor mensen die niet in staat zijn om aan deze visie te voldoen.

De commissie beveelt enerzijds aan om burgers beter te informeren over en te betrekken bij de veranderingen. Anderzijds beveelt de commissie aan dat de rijksoverheid het mogelijk maakt dat maatschappelijke voorzieningen op het gebied van onderwijs, werkgelegenheid, inkomen en de sociale en fysieke omgeving ander gedrag optimaal ondersteunen.

Tot slot

De commissie realiseert zich dat verandering de enige constante is. Vanuit deze optiek heeft de commissie dan ook geen blauwdruk voor toekomstig leren en opleiden geschreven, maar een advies dat richting geeft aan benodigde veranderingen. Voor het slagen van deze veranderingen hebben we de inzet van eenieder en de wil om te leren nodig.

Immers alleen ga je sneller, samen komen we verder!

Werkwijze, opzet en vormgeving van het advies

Het advies *Anders kijken, anders leren, anders doen* is evenals het eerste advies tot stand gekomen in intensieve interactie met betrokkenen bij zorg, welzijn en opleidingen (burgers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en opleiders) zowel landelijk als in de vier broedplaatsen (Friesland, Amsterdam-Amstellveen, Rotterdam en Heerlen). In [bijlage 1](#) is een verantwoording van de werkwijze opgenomen.

Het advies

Het advies is opgebouwd langs acht hoofdlijnen:

1. Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers staan centraal
2. Burgers ontwikkelen van jongs af aan leer- en gezondheidsvaardigheden
3. Functioneren, veerkracht en eigen regie als rode draad door leertrajecten
4. De praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk
5. Consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm
6. Permanent leren in teams, organisaties en netwerken
7. Leven, leren en werken met technologie
8. Onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid verbinden

Elke hoofdlijn is als volgt opgebouwd:

1. De kernboodschap
2. Wat betekent dit voor ons (burgers, professionals, opleiders, beleidsmakers)?
3. Hoe kan het eruit zien? Illustratieve praktijken

Elk hoofdstuk bevat een onderbouwing en uitwerking van de betreffende hoofdlijn. In bijlage 1 zijn centrale begrippen opgenomen.

De illustratieve praktijken in het overzicht bevatten een link naar een korte beschrijving van de betreffende praktijk met een link naar een uitgebreidere beschrijving.

Advieswebsite

Om de toegankelijkheid van het advies te vergroten is gekozen voor een digitale vorm die het mogelijk maakt om het advies op verschillende manieren te ontsluiten. De onderbouwing van elke hoofdlijn evenals het advies zelf zijn beschikbaar als te downloaden bestanden. Daarin is het mogelijk om door te klikken naar inhoud in het document zelf of naar achtergronddocumenten.

De advieswebsite opleidenvoor2030.nl is samen met de Argumentenfabriek ontwikkeld.

Leerpraktijken jeugd en ouderen

Gekoppeld aan de visie op leren en opleiden, beschreven in het tweede advies, zijn twee voorbeelden uitgewerkt: [Leerpraktijken jeugd en ouderen](#). Deze zijn ontworpen tijdens een brainstorm en een workshop samen met professionals uit zorg, welzijn en onderwijs die op elk van de gebieden goed thuis zijn, en daarna besproken in expertbijeenkomsten. Het doel van de leerpraktijken is om aan de hand van praktijksituaties ('kenmerkende' situaties) te ervaren hoe je kunt kijken door de bril van functioneren en leren. Daarmee willen we opleiders/ontwikkelaars in zorg en welzijn inspireren leertrajecten te ontwerpen die uitgaan van de hoofdlijnen van het advies. Het document is apart beschikbaar en te downloaden.

Hoofdpijn 1. Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers staan centraal

Kernboodschap

Wat voor de gezondheid van burgers belangrijk is, daar draait het om voor professionals in zorg, welzijn en in hun opleidingen. Niet langer is de ziekte of beperking leidend maar het functioneren van burgers in al hun verscheidenheid en in hun sociale netwerken. Hoe functioneert iemand in het dagelijks leven, hoe ziet zijn leefomgeving eruit, hoe neemt hij deel aan de samenleving en wat geeft zin aan zijn leven? Om de uitdagingen aan te gaan op lichamelijk, emotioneel of sociaal gebied, zijn veerkracht en eigen regie belangrijk. Wanneer deze al of niet tijdelijk ondersteund moeten worden, werken zorg- en welzijnsprofessionals samen in arrangementen. Het is van belang dat het zorg- en het sociale domein sterk zijn verbonden. Zorg- en welzijnsprofessionals verwerven de vakbekwaamheid om samen bij te dragen aan het bevorderen of herstel van het functioneren en het versterken en ondersteunen van veerkracht en eigen regie.

Wat betekent dit voor burgers, professionals, opleiders en beleidsmakers?

Voor ons als burgers betekent dit:

- ... dat wij zoveel mogelijk verantwoordelijkheid nemen voor onze gezondheid
- ... dat wij zoveel mogelijk een beroep kunnen doen op ons sociale netwerk en professionals

Voor ons als professionals in de praktijk betekent dit:

- ... dat wij uitgaan van het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers
- ... dat wij onze expertise ter beschikking stellen aan burgers om samen tot een besluit te komen
- ... dat wij bij ons handelen uitgaan van de diversiteit van burgers (zoals leeftijd, sociaal-culturele achtergrond, gender)
- ... dat wij bijdragen aan het verbeteren van de sociale en fysieke omgeving van burgers
- ... dat wij samenwerken in multidisciplinaire teams.

Voor ons als opleiders betekent dit:

- ... dat wij functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers als rode draad zien in opleidingen en leertrajecten

Voor ons als beleidsmakers betekent dit:

- ... dat wij streven naar kwalitatief hoogwaardige welzijn en zorg, beschikbaar en betaalbaar voor iedereen
- ... dat wij in wetgeving voorwaarden scheppen voor de verschuiving van zorg naar welzijn
- ... dat wij de bekostigingsstructuur van zorg en welzijn aanpassen
- ... dat wij bijdragen aan de verbetering van de sociale en fysieke omgeving van burgers
- ... dat wij er naar streven sociaal economische verschillen te verkleinen.

Wat is het verschil met de bestaande situatie?

- Gezondheid en gedrag staan centraal in plaats van ziekte en zorg
- Zorg en welzijn zijn vraaggericht en samenhangend in plaats van aanbodgericht en gefragmenteerd
- Opleidingen zijn vraaggericht en samenhangend in plaats van aanbodgericht en losstaand.

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

- [1.1 BigMove: mensen versterken in hun functioneren \(broedplaats Amsterdam-Amstelveen\)](#)
- [1.2 Sociale wijkteams Leeuwarden: samen doen wat nodig is \(broedplaats Friesland\)](#)
- [1.3 Digitaal wijkportaal: verbinding en ondersteuning \(broedplaats Heerlen\)](#)
- [1.4 Samen één in Feijenoord: de leefwereld van burgers centraal \(broedplaats Rotterdam\)](#)

Onderbouwing

1.1

Van biomedische naar biopsychosociale benadering

In het klassieke model wordt ziekte als een probleem gezien in biomedische processen. De arts heeft samen met andere hulpverleners de taak om deze te verhelpen. Ziekte en gezondheid zijn daarmee kwantificeerbare grootheden in een lineair proces; er is geen sprake van een continuüm. Mensen zijn of ziek of gezond. Persoonlijke en sociale aspecten zijn in het biomedische model van ondergeschikt belang. Echter, deze aspecten zijn wel degelijk van invloed op het functioneren van mensen en de interventies die worden ingezet. Volgens het klassieke model is het percentage chronisch zieke mensen 35% (5,3 miljoen). Zij kunnen door de term chronische ziekte worden gestigmatiseerd als 'niet inzetbaar', terwijl ze met ondersteuning van geneesmiddelen en/of hulpmiddelen niet beperkt hoeven te zijn in activiteiten en participatie.

Engel (1977) heeft het biomedische model verbreed tot een *biopsychosociaal* model. Daarin gaat de aandacht uit naar het functioneren van mensen in het dagelijks leven, de uitvoering van activiteiten en participatie in de maatschappij. De focus op functioneren in plaats van op ziekte wordt in toenemende mate als cruciaal gezien voor het bevorderen van gezondheid.

De definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO uit 1948 als '*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*' is anno 2016 en zeker in 2030 niet langer houdbaar. De commissie heeft daarom het concept van gezondheid van Huber (Huber et al., 2011) geadopteerd: 'Het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Dit nieuwe concept gaat uit van de bestaande en toekomstige werkelijkheid. Een groot deel van de burgers heeft chronische problemen of aandoeningen die zijn functioneren beïnvloeden en om een andere benadering vragen dan alleen een medische. Voor de samenleving is het een uitdaging om van de klassieke visie op gezondheid en het geloof in de medische mogelijkheden over te gaan op een eigentijds en realistischer concept. Een concept waarin burgers zelf zoveel mogelijk de regie voeren en veerkracht hebben wanneer zij te maken krijgen met lichamelijke, emotionele en sociale problemen. Dit heeft ook gevolgen voor de wijze van financieren van de zorg die momenteel is gebaseerd op ziekte via de Diagnose-Behandel Combinaties (DBC).

1.2

Implicaties voor de toerusting van burgers en professionals

De voorgestelde verandering in gezondheidszorg en welzijn naar een focus op functioneren, veerkracht en eigen regie zal leiden tot een grotere betrokkenheid bij en verantwoordelijkheid van burgers voor hun gezondheid. Dit kan worden bereikt door mensen te stimuleren om een actieve(re) rol in de zorg voor hun eigen gezondheid op zich te nemen doordat burgers en professionals samen op zoek gaan naar de manier waarop iemand zijn of haar gezondheidswinst kan en wil vergroten. En niet doordat professionals burgers vertellen wat de geboden en verboden zijn voor een gezond leven.

Professionals leren in hun opleiding hoe zij kunnen aansluiten bij de behoeften van een persoon in relatie tot het verminderen van de klachten. Inlevingsvermogen speelt daarbij een belangrijke rol. Behalve goede diagnostiek, behandeling, zorg en begeleiding is het van belang dat professionals kennismaken met methoden om te onderzoeken wat werkt in plaats van wat niet werkt, zoals de 'appreciative inquiry' (Lee, 2015). Dit stelt hen in staat om de vraag achter de vraag te ontdekken, vanuit een waardierend en positief perspectief.

Diversiteit

Door de pluriformiteit van de samenleving en de diversiteit aan etnische en culturele groepen leven burgers vanuit zeer verschillende kaders, zoals cultuur en religie. De nieuwe visie op gezondheid maakt het enerzijds mogelijk om beter aan te sluiten bij de leefwereld van mensen. Anderzijds kunnen concepten als veerkracht en eigen regie onbedoeld leiden tot het 'opleggen' van dominante culturele waarden of verschrallen naar 'zoek het zelf maar uit'.

Diversiteit is een veelomvattend begrip. Belangrijke diversiteitskenmerken of -factoren zijn sekse, etnische en culturele herkomst, inkomen en sociale status, opleiding en seksuele voorkeur en de interactie daartussen. Diversiteitsfactoren zijn van invloed op verschillen in gezondheid en op het gebruik van zorg. Het is belangrijk dat (toekomstige) professionals in onderwijs, zorg en welzijn sensitiviteit ontwikkelen voor en rekening houden met diversiteit. Daarom is het van belang dit in de verschillende curricula te integreren. Een biopsychosociale benadering gaat uit van doelen van burgers en biedt handvatten om aan te sluiten bij de individuele en collectieve beleving van en opvattingen over functioneren, veerkracht en eigen regie en wat daarvoor nodig is.

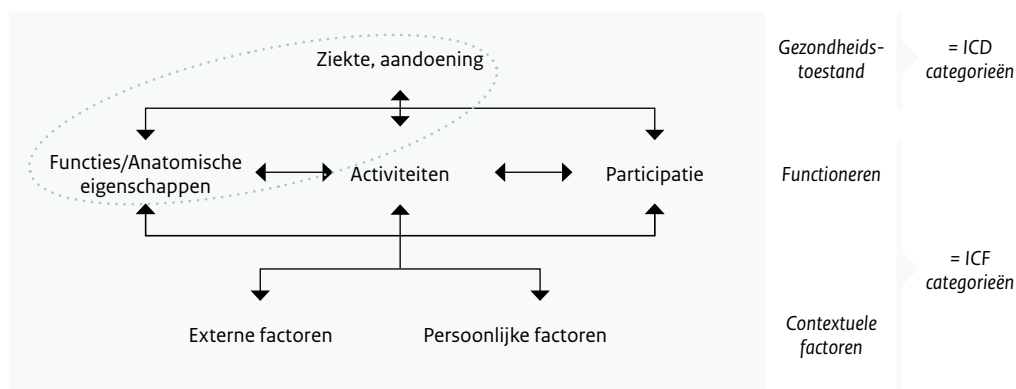
1.3

Centrale concepten en biopsychosociale modellen

Bij de centrale concepten functioneren, veerkracht en eigen regie horen biopsychosociale modellen als het gezondheidsmodel in de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en de pijlers van positieve gezondheid (Huber, 2014).

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

De WHO heeft de ICF gepubliceerd in 2001 als de internationale standaardterminologie voor het menselijk functioneren, samen met het conceptuele model van gezondheid. Het conceptuele model van gezondheid representeert gezondheid als een interactie tussen ziekte, functioneren en contextuele factoren. Niet alleen ziekte is van invloed op het functioneren, maar ook omgevings- en persoonlijke factoren, zowel in positieve als in negatieve zin. Preventie maakt onderdeel uit van dit gezondheidsmodel. De ICF beschrijft het functioneren vanuit drie perspectieven: het menselijk organisme, het menselijk handelen en de mens als deelnemer aan de maatschappij (zie figuur 1). De ICF is sinds het ontstaan in 2001 regelmatig geëvalueerd en aangepast.



Figuur 1: ICD en ICF

Het conceptuele model van gezondheid, waarin de interactie tussen de componenten (ziekte, functies/anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren) wordt weergegeven. Let op het perspectief van gezondheid gebaseerd op het biomedische model (ovaal) versus het biopsychosociale model (rechthoek). ICD = International Classification of Diseases, ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health (Stallinga, 2015).

Het doel van de ICF is om een basis te leggen voor een gemeenschappelijke standaardtaal door middel van het in kaart brengen van relevante begrippen. Aspecten van het menselijk functioneren, die gerelateerd kunnen zijn aan een gezondheidsprobleem, zijn in de ICF op systematische wijze geordend. In aanvulling op de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD) worden in de ICF naast gezondheidscomponenten een aantal met de gezondheid samenhangende factoren gedefinieerd, onder andere op het gebied van werk en onderwijs.

Met behulp van het ICF-model kan het functioneren en de waarde die iemand toekent aan bepaalde elementen van het functioneren in kaart worden gebracht. Burgers zoeken samen met professionals naar passende middelen, zorg, begeleiding en behandeling. Eigen regie waar mogelijk, escaleren indien nodig, en de-escaleren als het kan. Doel is steeds het versterken van het functioneren, waarbij het eigen oordeel leidend is, niet de maximale benutting van alle behandelmogelijkheden.

Veerkracht en eigen regie en de pijlers van positieve gezondheid

De concepten veerkracht en eigen regie zijn ontleend aan het nieuwe concept van gezondheid: gezondheid als het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011).

Veerkracht is het vermogen van (groepen) burgers om lichamelijk, psychisch en sociaal succesvol te anticiperen, te reageren op en te adapteren aan een voorspelbare of onvoorspelbare ingrijpende gebeurtenis of verandering in de context van de persoonlijke leefwereld¹. Hoewel veerkracht lang werd opgevat als een persoonlijke, relatief vaststaande eigenschap, wijst steeds meer onderzoek uit dat veerkracht een dynamisch en veranderbaar concept is, waarin ook de omgeving een rol speelt (Windle, Bennett & Noyes, 2011; Huber et al., 2011).

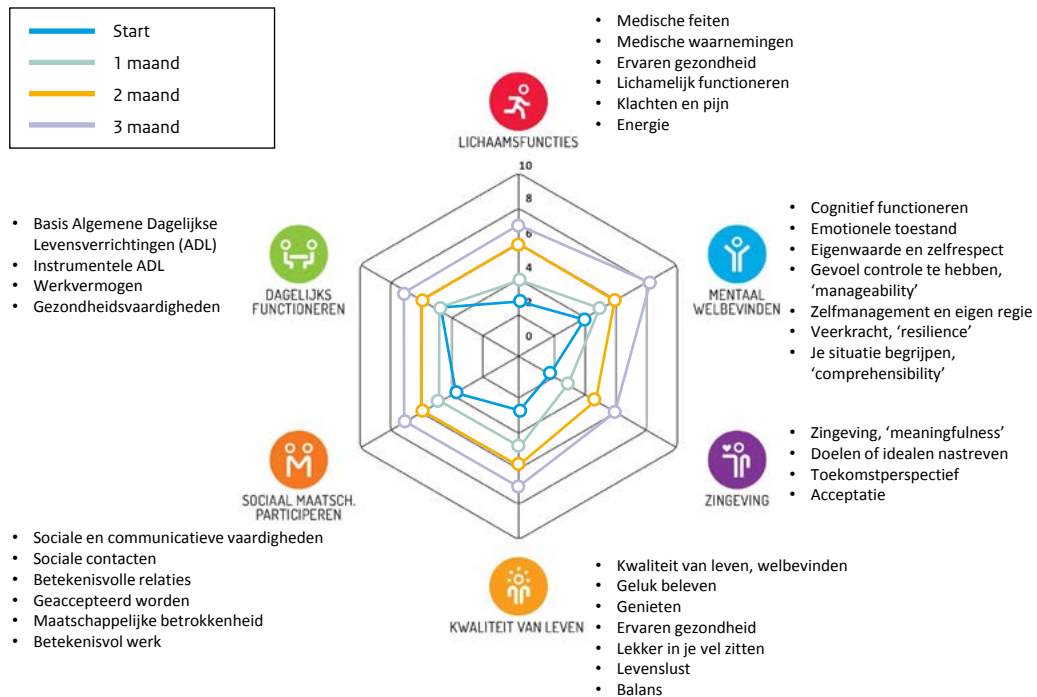
Eigen regie is het vermogen zelf sturing te geven aan het leven. Andere begrippen die veel gebruikt worden zijn 'zelfregie', 'autonomie' en 'zelfbeschikking'. De betekenis van deze begrippen verschillen niet wezenlijk van eigen regie, zij vinden hun grondslag in verschillende maatschappelijke en institutionele contexten.

Het nieuwe concept van gezondheid is in een onderzoek met verschillende stakeholders in het gezondheidsdomein geoperationaliseerd (Huber 2014, Huber et al., 2016). Dat leidde tot een identificatie van en ordening in zes pijlers die zijn gevisualiseerd in een spinnenwebmodel (figuur 2). Op basis van deze studie wordt deze brede kijk op gezondheid 'positieve gezondheid' genoemd. De zes pijlers zijn:

1. lichaamsfuncties
2. mentaal welbevinden (o.a. veerkracht en eigen regie)
3. zingeving
4. kwaliteit van leven
5. sociaal maatschappelijk participeren
6. dagelijks functioneren

In het nieuwe concept van gezondheid zijn veerkracht en eigen regie indicatoren van de dimensie mentaal welbevinden.

¹ Leefwereld: het totaal van de sociale, culturele en etnische achtergrond.



Figuur 2: Pijlers van positieve gezondheid (Huber, 2014).

Functioneren, veerkracht en eigen regie als dynamische concepten

Functioneren, veerkracht en eigen regie zijn geen statische kenmerken. *Empowerment* is een voorbeeld van een concept dat recht doet aan functioneren, veerkracht en eigen regie als dynamische en veranderbare concepten. Empowerment is een waardegedreven proces, dat gericht is op het vergroten van de bewustwording, op het maken van keuzes en op het vermogen van individuen, organisaties en gemeenschappen om deze keuzes om te zetten in gewenste acties en uitkomsten. Dit gebeurt via het verwerven van controle, het aanscherpen van het (kritisch) bewustzijn en het stimuleren van participatie, al dan niet met ondersteuning van anderen, inclusief deskundigheid van professionals (Van Regenmortel, 2002; Alsop, 2006).

Hoofdpijn 2. Burgers ontwikkelen van jongs af aan leer- en gezondheidsvaardigheden

Kernboodschap

Het centraal stellen van functioneren, veerkracht en eigen regie doet een beroep op burgers om van jongs af aan gezond te leven. Naast ouders en verzorgers en ondersteunende organisaties spelen het primair en voortgezet onderwijs een belangrijke rol in leren gezond te leven. Kennis en vaardigheden op het gebied van gezondheid horen geïntegreerd te zijn in het onderwijs. Naast aandacht voor voeding en bewegen is het ontwikkelen van psychosociale vaardigheden, zoals veerkracht, belangrijk. Het ontwikkelen van leervaardigheden is onmisbaar voor het opdoen van gezondheidsvaardigheden. Vanaf jongs af aan investeren in het trainen van gezondheidsvaardigheden kan bijdragen aan het verminderen van achterstanden en het bevorderen van gelijke kansen bij burgers. Ook het creëren van een gezonde omgeving is belangrijk.

Wat betekent dit voor burgers, professionals, opleiders en beleidsmakers?

Voor ons als burgers betekent dit:

... dat we weten wat gezond leven betekent, ook (voor) de jeugd.

Voor ons als professionals in de praktijk betekent dit:

... dat wij continu bezig zijn met het bevorderen van (volks)gezondheid en het stimuleren van gezond gedrag.

Voor ons als opleiders betekent dit:

... dat wij breed aandacht geven aan gezondheid en het verwerven van leer- en gezondheidsvaardigheden.

Voor ons als beleidsmakers betekent dit:

... dat wij gezond leven en (sociale) participatie centraal stellen
... dat wij met ons beleid gezond leven voor iedereen mogelijk maken
... dat wij streven naar een laagdrempelige toegang tot zorg en welzijn.

Wat is het verschil met de bestaande situatie?

- Onderwijs, sport en cultuur kunnen meer bijdragen aan gezond leven
- Er is continue aandacht voor gezondheid en een gezonde omgeving, in plaats van incidentele aandacht voor ziekte.

Hoe kan het eruit zien? Illustratieve praktijken

[2.1 Buurtcoöperatie: de kracht van het sociale netwerk \(broedplaats Amsterdam-Amstelveen\)](#)

[2.2 De School als Werkplaats: veerkrachtige studenten \(broedplaats Friesland\)](#)

[2.3 Begrijp je lichaam: gezondheidsvaardigheden versterken \(Landelijk\)](#)

[2.4 Gezonde taal: omgaan met laaggeletterdheid \(Utrecht\)](#)

[2.5 De Grootfamilieschool: de kracht van het collectief bij gezond opgroeien \(Amsterdam\)](#)

[2.6 Jongeren op gezond gewicht: een integrale aanpak \(Landelijk\)](#)

[2.7 sCoolsport Zeeland: gezonde en actieve leerlingen \(Zeeland\)](#)

Onderbouwing

2.1

Gezondheidsvaardigheden

De nadruk op functioneren, veerkracht en eigen regie in zorg en welzijn stelt niet alleen nieuwe eisen aan de bekwaamheid van zorg- en welzijnsprofessionals, maar ook aan die van burgers. Zijn de eigenschappen, kennis en vaardigheden die daarvoor nodig zijn te leren of te ontwikkelen? En wáár kun je die leren? Is dat voor iedereen weggelegd? De commissie ziet een belangrijke rol voor het primair en voortgezet onderwijs in samenwerking met ouders en gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Leervaardigheden zijn onder meer nodig om te kunnen reflecteren en veerkracht te ontwikkelen.

De Wereldgezondheidsorganisatie WHO definieert gezondheidsvaardigheden (*'health literacy'*) als cognitieve, psychische en sociale vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te vinden, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen om hun gezondheid te bevorderen of te handhaven. Drie op de tien Nederlanders hebben moeite met gezondheidsinformatie en iets minder dan de helft (48%) heeft moeite om zelf regie te voeren over gezondheid en ziekte en heeft daarbij ondersteuning nodig (Heijmans et al., 2016). Het nemen van een actieve rol in de eigen gezondheid en zorg hangt niet alleen af van kunnen lezen en schrijven (geletterdheid), maar ook of iemand de informatie werkelijk begrijpt en kan toepassen in de eigen situatie. Daarnaast gaat het om psychische en sociale vaardigheden zoals de motivatie om gezond te leven en om steun van anderen te vragen (Rademakers, 2016).

Geletterdheid ligt aan de basis van gezondheidsvaardigheden. Tweeënhalf miljoen Nederlanders hebben moeite met lezen, schrijven en/of rekenen (Algemene Rekenkamer, 2016). Mensen die laaggeletterd zijn hebben een verminderde (ervaren) fysieke en mentale gezondheid, een grotere kans om eerder te sterven, maken vaker gebruik van huisartsen- en ziekenhuiszorg en minder vaak van preventieve zorg en nazorg (Van der Heide en Rademakers, 2015). Het terugdringen van de gezondheidsverschillen vereist zowel initiatieven om laaggeletterdheid te reduceren als het toegankelijker en begrijpelijker maken van gezondheid- en zorg-gerelateerde informatie. Dit kan worden bereikt door het aanbieden van taalprogramma's en het betrekken van mensen met laaggeletterdheid bij de ontwikkeling van informatie (Van der Heide en Rademakers, 2015).

2.2

Aandacht voor gezondheid en gezondheidsvaardigheden in het beleid

Opleiding en sociaal-economische status hangen samen met gezondheidsvaardigheden. Daarnaast is de complexiteit van de zorgomgeving van invloed op de manier waarop informatie wordt aangeboden, taalgebruik en de manier waarop de zorg is georganiseerd (Heijmans et al., 2016). Investeren in het ontwikkelen van leer- en gezondheidsvaardigheden vanaf jonge leeftijd kan bijdragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden en gelijke kansen bevorderen. Ook het creëren van een gezonde omgeving is belangrijk. De leefomgeving kan bijdragen aan gezond leven door mobiliteit, natuur, groen en water, sport en spelen, veilige openbare ruimte, goede milieukwaliteit en gezond binnenmilieu.

Dat vraagt de komende jaren om investering van verschillende beleidsdomeinen in preventie van aandoeningen en problemen, bevorderen van gezond leven zoals voeding en bewegen, het verminderen van achterstandssituaties, het verbeteren van (de toegankelijkheid) van gezondheidsinformatie en het verminderen van de complexiteit en bureaucratische wijze waarop zorg en welzijn zijn georganiseerd. Blijvende aandacht is nodig voor mensen voor wie het moeilijk is hun weg door zorg en welzijn te vinden doordat ze laaggeletterd zijn. Laaggeletterdheid moet overigens niet worden verward met laagopgeleid zijn. Zo zijn veel vluchtelingen hoogopgeleid, maar laaggeletterd als zij de Nederlandse taal niet beheersen. Beheersing van de taal zal hen helpen sneller hun weg te vinden in zorg en welzijn en hun rol daarin.

2.3

Leer- en gezondheidsvaardigheden in het primair en voortgezet onderwijs

Het primair en voortgezet onderwijs kunnen een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden. Aandacht voor gezondheid en gezondheidsvaardigheden moeten breed in het onderwijs geïntegreerd zijn. Het gaat immers om kennis van gezondheid, ontwikkelen van veerkracht en eigen regie voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Zo kunnen we al vroeg de basisvoorwaarden scheppen voor een succesvolle deelname aan het onderwijs, de arbeidsmarkt en alle andere facetten van onze maatschappij.

21ste-eeuwse vaardigheden en gezondheidsvaardigheden

In juni 2015 bracht de Sociaal Economische Raad een briefadvies uit aan het Platform Onderwijs 2032. Om beter voorbereid te zijn op de toekomst, zo bepleitte de raad, moeten leerlingen al in het primair en voortgezet onderwijs de basis verwerven om om te gaan met de onzekere en snelle ontwikkelingen in de samenleving en op de arbeidsmarkt. Men wijst daarbij op het belang van de zogenaamde 21ste-eeuwse vaardigheden (*'21st Century Skills'*). Wat houden die vaardigheden? In Nederland voerde het Nationaal Expertisecentrum Leerplanontwikkeling SLO (Thijs et al., 2014) een verkenning uit en ontwikkelde een conceptueel kader, dat bestaat uit acht vaardigheden: creativiteit, kritisch denken, probleemoplossende vaardigheden, communiceren, samenwerken, digitale geletterdheid, sociale en culturele vaardigheden en zelfregulering.

Opmerkelijk is dat nergens expliciet aandacht wordt besteed aan leer- en gezondheidsvaardigheden. Wellicht worden deze ondergebracht onder de noemer zelfregulering, sociale en culturele vaardigheden of persoonlijke ontwikkeling. Echter, dat is onvoldoende om het belang te onderstrepen van de ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden.

2.4 Lerende burgers en hun netwerken

Investeren in gezondheidsvaardigheden strekt zich uit naar het sociale netwerk van burgers (familie, vrienden, buurtgenoten), zodat zij daadwerkelijk en blijvend sparringpartners kunnen zijn van mensen die moeite hebben om op een voor hen acceptabele manier te blijven functioneren.

In toenemende mate organiseren burgers zich in collectieven voor onderlinge zorg en hulp. Een voorbeeld is de inzet van Grootfamilie onder migranten om zorg en welzijn te organiseren en te verlenen (Steinmetz, 2015, zie achtergrondnotitie). Andere voorbeelden zijn de buurtcoöperatie, het stadsdorp en het ontstaan van collectieve woonvormen zoals de meergeneratiewoning (van Soomeren & Steinmetz, 2015).

Evaringsdeskundigen, mantelzorgers, vrijwilligers, intermediairs en sleutelfiguren in gemeenschappen van burgers spelen een grote rol in zorg en welzijn. Daarbij is het belangrijk om mantelzorgers te ondersteunen door bijvoorbeeld respijtzorg (vervangende zorg) te organiseren om overbelasting te voorkomen. Professionals kunnen hun vakkennis en expertise inbrengen om het ontwikkelen en delen van kennis te ondersteunen.

2.5 Gezondheidsvaardigheden ondersteund door technologie

Voor burgers zijn en komen veel nieuwe technologische toepassingen beschikbaar die hun gezondheidsvaardigheden kunnen ondersteunen. De kwaliteit van de toepassingen is vaak nog onduidelijk. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg² heeft aanbevelingen gedaan om mogelijkheden van 'consumenten-eHealth' te benutten en risico's te beperken (RVZ, 2015). De toepassingen worden gebruikt om fit te blijven en om ziekte te voorkomen, vroegtijdig vast te stellen of te 'managen'. Met eHealth kunnen burgers meer regie nemen over de zorg voor eigen gezondheid. Dat zal de relatie tussen de zorgprofessional en burger veranderen. eHealth zal met bestaande zorg worden vervlochten, de zorg aanvullen en deels vervangen. Hierdoor kunnen zorg en hulp meer tijd- en plaatsonafhankelijk worden. Het is van groot belang om burgers die minder goed in staat zijn om te gaan met de nieuwe technologische mogelijkheden extra te ondersteunen om te voorkomen dat zij achterblijven bij de ontwikkelingen.

² Met ingang van 1 januari 2015 de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Dit rapport is nog door de RVZ uitgebracht.

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, biopsychosociale 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

[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 \(illustratie van de toepassing van een gemeenschappelijke taal en ordening\)](#)

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 hsao: 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 verkenningscommissie hsao (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.

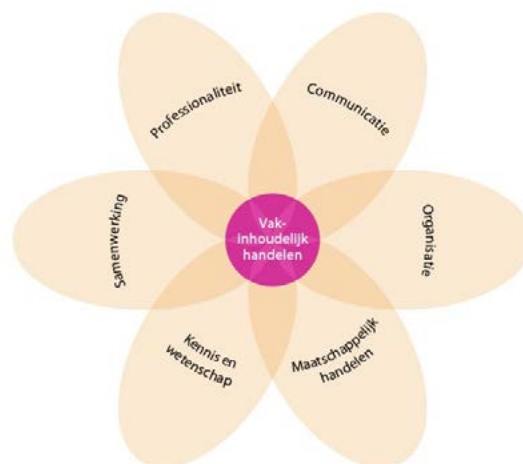
3.2

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 hoofdstuk 1](#)).

Ordening eindniveaus in rollen en bekwaamheden³

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 (EPAs).



Figuur 3: CanMEDS⁴

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 EPAs. 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

³ 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.

⁴ 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 vervolgopleidingen van geneeskunde en klinische psychologie is ruime aandacht voor competentiegericht leren. Een aantal organisaties heeft zich verenigd en een vierjarig project gestart getiteld [CanBetter](http://www.medischevervolgopleidingen.nl/rubrieken/algemene-competenties-canbetter/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.medischevervolgopleidingen.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.

Hoofdpijn 4. De praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk

Kernboodschap

Het centraal stellen van het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers heeft behalve gevolgen voor de inhoud van leertrajecten ook consequenties voor de wisselwerking tussen opleiding en praktijk. Onderwijsontwikkelaars nemen kenmerkende situaties in de praktijk als uitgangspunt, zodat studenten vanaf het begin aan de slag gaan met concrete vraagstukken en dilemma's waarvoor zij zelf naar antwoorden zoeken. Theorie, reflectie en leeractiviteiten zijn ondersteunend en verrijkend. Dit werkt motiverend, bevordert het leren van en met elkaar en de beroepsidentiteit. Hiernaast is werken, leren en reflecteren samen met andere disciplines van belang om te kunnen samenwerken in teams en netwerken. Dit interprofessioneel leren vindt plaats in een levensechte setting, in de praktijk, in leerwerkplaatsen of door virtuele simulaties die de werkelijkheid nabootsen. In deze verschillende settings ontmoeten studenten de professionals waarmee ze in de praktijk samenwerken en communiceren. Zo wordt het [lerend vermogen](#) versterkt en leren praktijk en onderwijs van elkaar. Steeds vaker maken burgers deel uit van teams en netwerken. Dat vereist dat studenten leren hoe ze in netwerken professioneel opereren. Aangezien de praktijk snel verandert, is het noodzakelijk dat docenten en begeleiders uit de praktijk samen optrekken om de onderwijsprogramma's actueel te houden.

Wat betekent dit voor burgers, studenten, professionals en opleiders?

Voor ons als burgers betekent dit:

- ... dat wij bereid zijn om te participeren in de ontwikkeling en uitvoering van onderwijs
- ... dat wij studenten steunen door onze ervaring onderdeel van het onderwijs te maken.

Voor ons als studenten betekent dit:

- ... dat ons leren start vanuit de praktijk en vanuit het perspectief van de burger
- ... dat wij vroeg in de opleiding leren hoe wij samenwerken met burgers
- ... dat wij vroeg in de opleiding leren hoe wij samenwerken met professionals uit andere disciplines.

Voor ons als professionals in de praktijk betekent dit:

- ... dat wij de werkplek inrichten als leeromgeving voor studenten en voor onszelf
- ... dat wij ervoor zorgen dat we de didactische vaardigheden hebben om studenten te begeleiden
- ... dat wij het leren op de werkplek uitvoeren samen met docenten
- ... dat we bereid zijn om van studenten te leren.

Voor ons als opleiders betekent dit:

- ... dat wij praktijksituaties en -ervaringen als uitgangspunt nemen in het onderwijs
- ... dat wij onze kennis en kunde van de werkpraktijk actueel houden door erin te werken
- ... dat wij samenwerken met professionals uit de werkpraktijk en het onderzoeksveld om innovatie te bevorderen
- ... dat wij studenten ruimte geven in het vormgeven van hun leertraject.

Voor beleidsmakers betekent dit:

- ... dat wij ruimte bieden en obstakels wegnemen.

Hoe kan het eruit zien? Illustratieve praktijken

- [4.1 Polifysiek: de verbinding tussen student en patiënt \(broedplaats Amsterdam-Amstelveen\)](#)
- [4.2 Praktijkroute mbo zorg en welzijn: integreren van onderwijs en praktijk \(broedplaats Friesland\)](#)
- [4.3 Interprofessionele community of practice: samenwerking mbo-hbo-wo \(broedplaats Heerlen\)](#)
- [4.4 Patiënt als partner in de geneeskundeopleiding \(Nijmegen\)](#)
- [4.5 Wijkleercentra: van en met elkaar leren \(Achterhoek en Liemers\)](#)
- [4.6 Zorg Innovatie Centra: zorg en welzijn integreren \(Leiden\)](#)
- [4.7 Leerpraktijken jeugd en ouderen \(illustratie van uitgaan van kenmerkende praktijksituaties\)](#)

Onderbouwing

Aan het begin van de opleiding maken studenten kennis met de beroepsuitoefening in de praktijk. Praktijkervaring en contact met andere professionals en ervaringsdeskundigen, ook ‘binnenschools’, geven meteen een beeld van het beroep en zorgen voor motivatie. Van belang is wederzijds leren tussen ‘school’ en praktijk. Voorwaarde voor praktijkleren is een goed werk- en leerklimaat, waarin de student autonomie ervaart in zijn leren, zich veilig voelt, verwachtingen helder zijn en hulp aanwezig is die op een didactisch verantwoorde manier kan begeleiden. Een andere voorwaarde is dat ervaringsdeskundigen en zorg- en welzijnsprofessionals in de ‘school’ komen.

4.1

Praktijkvraagstukken en kenmerkende praktijksituaties

Vroegtijdig kennismaken met (vraagstukken uit) de beroepspraktijk vraagt een andere inrichting van leertrajecten. In nog te veel initiële opleidingen worden in het eerste jaar *capita selecta* uit verschillende vakgebieden aangeboden, zonder dat de student al een beeld heeft van de beroepsuitoefening in de praktijk. Zij kunnen de geboden kennis dan onvoldoende relateren aan vraagstukken die spelen in de dagelijkse praktijk en nog geen beroepsidentiteit opbouwen. Ze weten nog niet waar ze in de praktijk voor komen te staan en wat hun rol is. Het is aan te bevelen om studenten aan het begin van hun studie zowel kennis te laten maken met hun eigen discipline als met de disciplines waarmee zij in de praktijk samenwerken. Ofwel: start van meet af aan met de ontwikkeling van een *T-shaped professional* (zie onder meer Bouwgroep PACT, 2014). Een T-shaped professional kijkt niet alleen vanuit het eigen referentiekader naar de situatie, maar doet dit mede vanuit het referentiekader van andere disciplines. De horizontale balk van de T staat voor generalistische competenties zoals communiceren, samenwerken, het versterken van eigen regie. De verticale balk van de T staat voor de vakspecifieke competenties van de professional.

Monodisciplinair: I Multidisciplinair: I I I I Interprofessioneel: T T T T T (T-shaped)
--

4.2

Interprofessioneel samenwerken en leren

Interprofessionele bekwaamheden ontwikkelen zich gaandeweg. In dit proces vormen zich de eigen beroepsidentiteit en vakdeskundigheid en leren studenten samenwerken met ander typen professionals, die een vergelijkbare ontwikkeling doormaken. Het is essentieel dat professionals leren samenwerken in inter- of multidisciplinaire teams. Interprofessioneel leren is gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie WHO (2010) als ‘twee of meer disciplines leren over, van en met elkaar, om een effectieve samenwerking mogelijk te maken om de gezondheidszorg te verbeteren.’

Ervaring en onderzoek tonen aan dat het succes van interprofessioneel leren afhangt van verschillende factoren. Belangrijk is dat leren in een levensechte context plaatsvindt, waarbij de student, onder supervisie, samen met andere aankomende professionals, verantwoordelijkheid heeft voor de behandeling of begeleiding van burgers. Daarbij kan simulatietechnologie worden ingezet, waarbij de praktijk wordt nagebootst.

Voor het ontwikkelen van interprofessionele bekwaamheden zoals samenwerken, organiseren, communiceren, technologische en digitale vaardigheden zijn leerwerkplaatsen geschikt. Een leerwerkplaats is een werkomgeving waarin een groep studenten de beroepsuitoefening leert door deze (onder supervisie) uit te voeren. Daar ontmoeten studenten de professionals met wie zij in de praktijk samenwerken en communiceren.

Mbo

In de mbo-opleidingen zorg en welzijn is er steeds meer aandacht voor interprofessioneel samenwerken. Dat vindt onder meer plaats op leerafdelingen, waar mbo-studenten afdelingen runnen - soms samen met hbo-studenten -, onder supervisie van gediplomeerde werkbegeleiders en docenten. De studenten op een leerafdeling komen vaak uit verschillende opleidingen en uit verschillende leerjaren en opleidingsniveaus. Een andere steeds meer voorkomende opleidingsroute binnen het mbo is het 'praktijkleren' waarin studenten in de praktijk werken waarin het leren en reflecteren zijn verweven. Zij komen dan al vroeg in de opleiding andere professionals tegen. Ook de keuzedelen in het mbo bieden de mogelijkheid om sectoroverstijgende *crossovers* samen te stellen zoals zorginnovaties, zorg en technologie en wijkgericht werken. Er zijn mbo-opleidingen waarbij de student in het eerste jaar een gecombineerde zorg- en welzijnsopleiding volgt, om pas later in de opleiding een keuze te maken.

Hbo

In de [Strategische Agenda Hoger Onderwijs en Onderzoek 2015-2025](#) (Ministerie van OCW, 2015) zijn de kernpunten: flexibilisering, differentiatie en maatwerk in het onderwijs. De vraag is hoe de voorgestelde flexibiliteit zich verhoudt tot de vorming van 'leergemeenschappen' en wat de samenhang is binnen opleidingen. Er bestaat een spanning tussen flexibiliteit en samenhang, keuzevrijheid en behoefte aan structuur, persoonsvorming en ontwikkeling van samenhangende kennis en vaardigheden. Dit behoeft nadere uitwerking.

Wo

In een aantal wetenschappelijke opleidingen wordt al in het begin van de opleiding aandacht gegeven aan vragen uit de praktijk. Dit gebeurt door te werken met casuïstiek en met echte patiënten tijdens patiëntcolleges in de bachelorfase en in de masterfase patiëntcontacten als onderdeel van het werkplekleren. Het nieuwe conceptplan van de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid is algemeen geformuleerd en bevat generieke thema's met Entrustable Professional Activities (EPA's).

De visie wordt breed gedeeld dat de aansluiting tussen praktijk en de academische wereld meer aandacht behoeft. Zoals bijvoorbeeld bij de academische werkplaatsen publieke gezondheid, transformatie jeugd, duurzame zorg en ouderenzorg, waarin men werkt aan een betere verbinding tussen praktijk en academie. Andere voorbeelden zijn het *Healthy Ageing* Netwerk Noord Nederland, de Medical Delta, en het *Centre of Care Technology Research*. Het verdient aandacht en uitwerking om de opgedane kennis en kunde - vastgelegd in wetenschappelijke tijdschriften en proefschriften - structureel in het onderwijs te brengen. Een van de nieuwe vereisten in de subsidieregeling van ZonMW, een belangrijke bron van financiering van academische netwerken, is dat opleiders betrokken zijn bij nieuwe projecten.

Er zijn ontwikkelingen gaande waarin de aandacht niet alleen is gevestigd op patiëntcontacten, maar ook op de relatie tussen wetenschap, de organisatie van de gezondheidszorg en beleid. Een voorbeeld hiervan is het Honoursprogramma van de Universiteit van Maastricht waarin tweede- en derdejaarsbachelorstudenten van verschillende opleidingen gezamenlijk een onderzoeksproject van anderhalf jaar uitvoeren. Zij doen onderzoek naar recente ontwikkelingen in de medische wetenschap, de gezondheidszorg en *life sciences*, waarbij biomedische, sociale, historische en filosofische disciplines betrokken zijn. Door deze interdisciplinaire benadering ontwikkelen studenten vaardigheden in het organiseren en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en competenties als kritisch reflecteren en analyseren, samenwerken met verschillende disciplines en het leiden van projecten.

Een voorbeeld op het gebied van beleidsontwikkeling is het project M200-burgertop over gezondheid en zorg: een democratisch experiment om creatieve ideeën van burgers over gezondheid en zorg te mobiliseren voor integraal beleid zie www.maastricht200.nl).

Post-initieel onderwijs en bij- en nascholing

Het belang van post-initieel onderwijs om te blijven leren en bekwaam te blijven in de werkomgeving neemt toe als gevolg van de snelle ontwikkelingen en veranderingen in de zorg. Recent waren initiële en post-initiële opleidingen nog gescheiden werelden. Sinds enkele jaren is integratie en afstemming van deze opleidingen zichtbaar.

Er is een responsief en flexibel opleidingscontinuüm nodig waarin de professional na een initiële opleiding in het mbo-hbo-wo-segment, zich verder kan ontwikkelen in de praktijk. De bestaande zorg- en welzijnsbranches zullen vervagen en plaatsmaken voor doelgroepspecifieke vervolgopleidingen, gericht op actuele en contextgebonden vragen. Goede afstemming en waar mogelijk integratie met initiële opleidingen zijn daarbij voorwaarden. Deze afstemming vraagt tevens borging op een bestuurlijk niveau en wetgeving.

Hoofdpijn 5. Consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm

Kernboodschap

Consistentie is bij het interprofessioneel vormgeven van leertrajecten cruciaal. Verschillende onderdelen binnen een programma moeten goed op elkaar aansluiten (interne consistentie). Kenmerkende praktijksituaties, rollen en bekwaamheden van de toekomstige professionals zijn het uitgangspunt van het ontwerp van leertrajecten, in een continuüm van post-initieel onderwijs na mbo-hbo-wo- en bij- en nascholing. Dit vraagt een nieuwe ontwerpbenadering en een gezamenlijk kader. Een voorbeeld van de ordening van rollen en bekwaamheden is de CanMEDS. Het is belangrijk om met betrokkenen bij elke opleiding steeds opnieuw overeenstemming te bereiken over de vraag: Wanneer hebben wij er voldoende vertrouwen in dat deze studenten bekwaam zijn en zelfstandig kunnen functioneren in de werkpraktijk (externe consistentie)?

Wat betekent dit voor opleiders?

Voor ons als opleiders betekent dit:

- ... dat wij opleiden vanuit kenmerkende praktijksituaties
- ... dat wij samen met mede-opleiders en professionals uit de praktijk leertrajecten ontwerpen
- ... dat wij mede-opleiders, burgers, studenten en professionals uit de praktijk betrekken bij het uitvoeren en evalueren van leerprocessen (formatief)
- ... dat wij onderling overeenstemming bereiken over het beoordelen van leerresultaten (summatief).

Hoe kan het eruit zien (illustratieve praktijken)?

- [5.1 Centrum voor Innovatief Vakmanschap Healthy Ageing: innoveren in de ouderenzorg \(broedplaats Friesland\)](#)
- [5.2 Expertise voor innovatieve zorg en technologie: technologie als rode draad \(broedplaats Heerlen\)](#)
- [5.3 Nieuw in 010: een goede start \(broedplaats Rotterdam\)](#)
- [5.4 Extra Strong: uitdagende leeromgeving in de verbinding zorg en welzijn \(Den Haag\)](#)
- [5.5 Leerpraktijken jeugd en ouderen \(illustratie van de ontwerpbenadering\)](#)

Zie ook:

- [3.1 Interprofessionele educatie: de ICF als gemeenschappelijke taal \(broedplaats Amsterdam-Amstelveen\)](#)
- [4.3 Interprofessionele Community of Practice: samenwerking mbo - hbo - wo \(broedplaats Heerlen\)](#)

Onderbouwing

Een goed leertraject is intern consistent, dat wil zeggen dat de verschillende onderdelen van het traject logisch op elkaar aansluiten. Minstens zo belangrijk is externe consistentie. Dat houdt in: met betrokkenen bij elk leertraject overeenstemming bereiken over de vraag: wanneer hebben wij er voldoende vertrouwen in dat deze (aankomend) professionals bekwaam zijn? Het civiele effect wordt bereikt door diploma's. Opleidingen zijn om meerdere redenen vrij breed, mede om de inzetbaarheid te bevorderen.

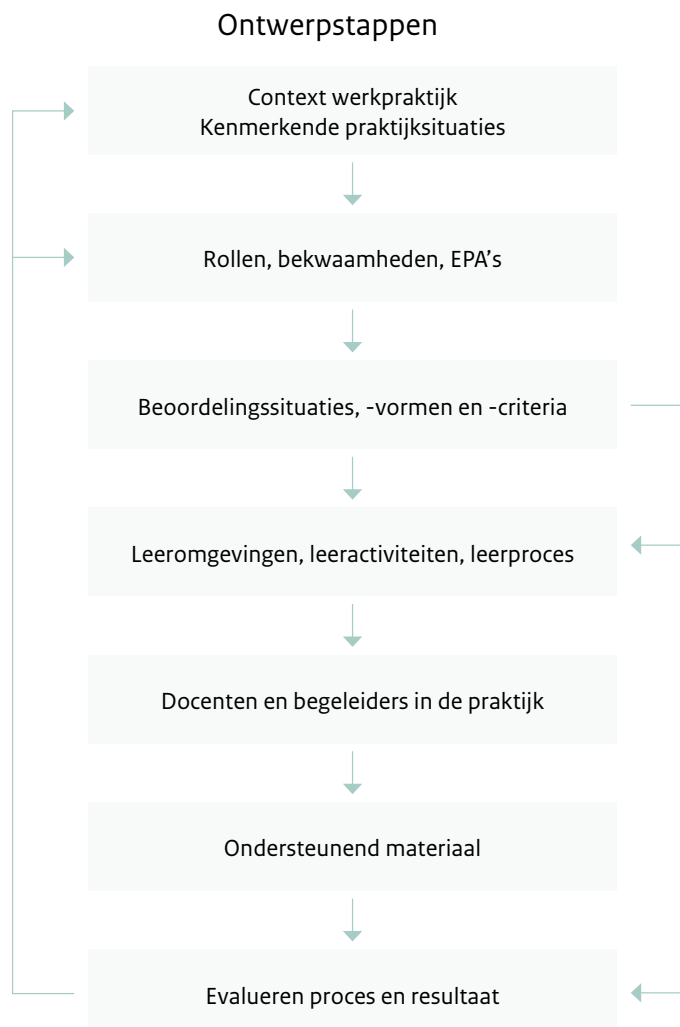
In een aantal initiële en post-initiële leertrajecten zien we vaak verschillende leer- en ontwerpopvattingen weerspiegeld. Deze staan soms op gespannen voet met elkaar, maar kunnen ook, mits goed doordacht, worden gecombineerd. In het conceptueel kader lerend vermogen ([zie bijlage 3](#)) zijn de visies op leren beschreven die passen bij de hoofdlijnen van dit advies:

- leren in de praktijk door concrete werkervaring op te doen en daarop te reflecteren;
- leren door samenwerken met anderen en in netwerken. Leren is een sociaal proces;
- leren in het digitale tijdperk met aandacht voor de effecten van technologie op het leren.

5.1

Ontwerpbenadering: stappen

Het ontwerp van een leertraject begint niet bij feitenkennis en begripsmatige kennis uit afzonderlijke vakken, maar bij kenmerkende situaties uit de praktijk en de daarvoor benodigde rollen en bekwaamheden van de toekomstige beroepsbeoefenaars. Het gaat om een *cyclisch* ontwerpproces dat niet eenmalig plaatsvindt maar in voortdurende interactie met degenen die bij het leertraject zijn betrokken.



5.2

De ontwerpstappen toegelicht

In het document [Ontwerpen door de bril van functioneren en leren: leerpraktijken ouders en jeugd](#) is deze ontwerpbenadering verder uitgewerkt en geïllustreerd met voorbeelden. Hier een beknopte toelichting.

Stap 1: context werkpraktijk, kenmerkende praktijksituaties⁵

Wanneer de praktijk als uitgangspunt wordt genomen, is het vanzelfsprekend, dat de ontwikkelingen die daarin plaatsvinden direct zichtbaar zijn in de leertrajecten. Zo worden studenten op de juiste wijze voorbereid. Naarmate de ontwikkelingen in de praktijk sneller gaan, zijn er vaker aanpassingen in het leertraject nodig. Nieuwe kennis wordt ontwikkeld in lectoraten, experimenten of praktijkonderzoek, die zo een bijdrage leveren aan innovatie van de praktijk en bekwaamheden van de professionals. Van groot belang is dat opleiders nauw samenwerken met mensen uit de praktijk. Succesvol vernieuwingen invoeren vraagt om een interactief proces met alle betrokkenen.

In kenmerkende praktijksituaties spelen burgers de hoofdrol en beroepsbeoefenaars zien zich gesteld voor professionele opgaven of dilemma's. In deze situaties moeten zij, vaak interprofessioneel, bewuste afwegingen maken omtrent de aanpak van de situatie. Hierbij wordt altijd een beroep gedaan op meerdere competenties.

Stap 2: rollen, bekwaamheden, EPA's

Elke professional vervult tijdens de beroepsuitoefening verschillende rollen met als centrale rol de vakspecifieke rol hulpverlener of zorgverlener. Reflectieve vaardigheden mogen daarbij niet ontbreken. Elke rol vraagt om bepaalde bekwaamheden.⁶ Om deze een context te geven kunnen ze gekoppeld worden aan kenmerkende praktijksituaties en/of aan *Entrustable Professional Activities*. Dit zijn de activiteiten die aankomend professionals zelfstandig kunnen uitvoeren, zonder begeleiding of supervisie. Beoordeling van de bekwaamheid leidt tot vertrouwen in het kunnen van de studenten. EPA's zijn gekoppeld aan meerdere competenties.

Stap 3: beoordelingssituaties, -vormen en -criteria

In de geschetste ontwerpstappen is de beoordeling het beginpunt en niet het slot. De beschrijving van rollen, bekwaamheden en kenmerkende situaties geeft een antwoord op de vraag: Wat moeten de studenten bereiken (leerproces)? De beoordeling geeft de tevredenheid weer met het leerresultaat. Het is van groot belang om met betrokkenen bij het leertraject overeenstemming te bereiken over de vraag: Wanneer is er voldoende vertrouwen dat de studenten in deze situaties en voor deze professionele activiteiten bekwaam zijn en zelfstandig kunnen handelen? Het is aan te bevelen om een duidelijk onderscheid aan te brengen tussen begeleiden en evalueren van het leerproces (formatief) en beoordeling van het leerresultaat (summatief).⁷

Stap 4: leeromgevingen, leeractiviteiten, leerproces

Klassieke leertrajecten kenmerken zich door een sterke scheiding tussen het formele, geplande leren (leerstofgericht) en het informele leren in de praktijk. Uitdrukkingen als 'de kloof tussen theorie en praktijk' of 'systeemscheiding school en praktijk' getuigen daarvan. In de geschetste ontwerpbenadering vervagen de grenzen tussen theorie en praktijk, en formeel en informeel leren. Vanaf het begin zijn leertaken van belang die een beroep doen op alle professionele bekwaamheden, zowel de vakspecifieke als de interprofessionele. Bij leeromgevingen valt te denken aan: de werkplek, een digitale leeromgeving (*e-learning, social media*), kleine groepen (zelfstandig of met coach), contacttijd c.q. *practica*, simulaties

⁵ Ook wel aangeduid als 'kritische' situaties. De term 'kritisch' wekt echter vaak verwarring, omdat deze opgevat kan worden als 'kritiek' of 'acuut'.

⁶ Competenties of bekwaamheden (hier steeds als synoniem gebruikt) zijn combinaties van kennis, vaardigheden en houding, die nodig zijn om adequaat te handelen in kenmerkende werksituaties.

⁷ Formatief evalueren is een doorlopend proces van informatie verzamelen over de leervorderingen, over sterke en zwakke punten, die docenten en begeleiders in de praktijk kunnen gebruiken voor feedback. Bij summatief evalueren wordt een oordeel gegeven over leerresultaten dat aan een norm is gebonden en meetelt voor de kwalificering.

(met coach) of zelfstudie (individueel, zelfstandig). Steeds vaker zullen MOOCs (*Massive Open Online Courses*) en *serious games* worden ingezet. Een keuze voor gevarieerde leeromgevingen en -activiteiten maakt zowel individueel als collectief leren mogelijk, en zowel plaats- en tijdgebonden als onafhankelijk van locatie en tijd. Geplande leertrajecten bestaan steeds vaker uit een combinatie van contactonderwijs en online leeractiviteiten (*blended learning*).

Stap 5: docenten en begeleiders in de praktijk

Docenten hebben idealiter een dubbelrol. De docent die opleidt tot het beroep waarin de student zich wil bekwamen is vaak afkomstig uit het werkveld waar de student naar toe wil. Dat vraagt van docenten dat zij hun praktijkervaring actueel houden. Docenten hebben dus verschillende rollen: professional zijn en blijven én ontwikkelaar en uitvoerder van leertrajecten, begeleiden van studenten tijdens de leerloopbaan, beoordelaar. Het verbindende element tussen beroepsonderwijs en werkveld is de didactiek van het beroep waartoe je opleidt (Nijboer, 2016). Dit geldt eveneens voor de begeleiders in de praktijk. Aalsma en Van Alten (2016) pleiten voor het ontwerpen en organiseren van 'grenspraktijken', waarin docenten en begeleiders in de praktijk elkaar ontmoeten en samenwerken. In leerwerkplaatsen zien we daar al goede voorbeelden van.

Stap 6 en 7: ondersteunend materiaal en evalueren van het proces

Deze laatste twee stappen van het ontwerpproces: ondersteunend materiaal en evalueren van het proces, zijn uitgewerkt in de leerpraktijken.

Hoofdstuk 6. Permanent leren in teams, organisaties en netwerken

Kernboodschap

De samenleving en de hulp- en zorgvragen van burgers veranderen en kennis verouderd daardoor. Daarom is het noodzaak dat professionals blijven leren tijdens hun werkende leven. Hoe en wanneer zij dat doen wordt mede bepaald door hun levensloofasen en persoonlijke omstandigheden. Dat vergt flexibiliteit in het aanbieden van mogelijkheden (tijd, plaats, vorm) om nieuwe kennis en vaardigheden te verwerven. Het traditionele onderwijs maakt plaats voor een mix van leervormen en –situaties met gebruik van technologie en online leren (blended learning). Naast formele en non-formele vormen van leren wint informeel leren op de werkplek steeds meer aan belang. Wanneer professionals, teams en leidinggevenden - maar ook burgers - voortdurend ervaringen en nieuwe inzichten delen, vergroten zij hun lerend vermogen.

Dat vraagt om nieuwe vormen van leiderschap en toezicht: stimulans om van elkaar te leren, een transparant verantwoordingsproces en goede feedback. Leren moet ingebed zijn in alle lagen van de organisatie. Dit betekent ruimte bieden aan het proces om van elkaar te leren. Zonder leren is verbeteren van de kwaliteit van zorg- en hulpverlening onmogelijk. Kennisdeling en -ontwikkeling is van vitaal belang voor organisaties. Professionals worden ondersteund in het bijhouden van hun verworven kennis en bekwaamheden, bijvoorbeeld in een digitaal portfolio.

Wat betekent dit voor burgers, professionals, opleiders, interne en externe toezichthouders en overheid?

Voor ons als burgers betekent dit:

- ... dat wij open zijn over onze ervaringen en deze delen met studenten en met professionals
- ... dat wij en onze belangenbehartigers structureel betrokken zijn bij ontwerp en uitvoering van onderwijs, zowel initieel als post-initieel.

Voor ons als (aankomend) professionals in de praktijk betekent dit:

- ... dat wij mede-verantwoordelijkheid nemen voor ons eigen leren, zowel op de werkplek als door het volgen van scholingen
- ... dat wij onze kennis en ervaring delen met mede-professionals, opleiders, onderzoekers en burgers (online)
- ... dat wij permanent kennis ontwikkelen op basis van reflectie om welzijn, zorg en onderwijs te vernieuwen
- ... dat wij de kennis en ervaringen van burgers gebruiken voor het verbeteren en vernieuwen van de praktijk.

Voor ons als opleiders betekent dit:

- ... dat wij binnen kaders studenten de ruimte bieden hun eigen leren vorm te geven
- ... dat wij onze kennis en ervaring delen met mede-opleiders, onderzoekers, professionals in de praktijk en burgers
- ... dat wij permanent kennis ontwikkelen om welzijn, zorg en onderwijs te vernieuwen
- ... dat wij de kennis en ervaringen van burgers gebruiken voor het verbeteren en vernieuwen van de opleiding
- ... dat wij post-initiële leertrajecten baseren op wat iemand al weet en kan (verworven competenties)
- ... dat we onze praktijkervaring actueel houden
- ... dat wij didactiek ontwikkelen die geschikt is voor elke leeftijd.

Voor ons als leidinggevend en werkgevers betekent dit:

- ... dat wij de leermogelijkheden van het werk ondersteunen
- ... dat wij hiërarchische en organisatorische leerblokkades uit de weg ruimen
- ... dat we permanent investeren in een uitnodigend werkklimaat en open leercultuur.

Voor ons als interne toezichthouders betekent dit:

- ... dat wij niet alleen achteraf resultaten controleren, maar ook het werkproces evalueren in het belang van kwaliteit en innovatie
- ... dat wij ruimte maken voor het leren van fouten in een transparant verantwoordingsproces.

Voor ons als externe toezichthouders betekent dit:

- ... dat wij ruimte maken voor het leren van fouten in een transparant verantwoordingsproces.

Voor ons als beleidsmakers betekent dit:

- ... dat faciliteiten worden gecreëerd voor permanent leren en ontwikkeling.

Hoe kan dit eruit zien? Illustratieve praktijken

[6.1 Formeel en informeel leren in het Huisartsenhospitaal \(broedplaats Friesland\)](#)

[6.2 Kennis- en leernetwerk Sociaal Wijkzorgteam: vernieuwingen stimuleren en versnellen \(Den Haag-Leiden\)](#)

[6.3 Leernetwerken docenten hbo-v en wijkverpleegkundigen: leren van en met elkaar \(landelijk\)](#)

[6.4 Reflectieve buurtteams: aansluiten bij de leefwereld van burgers \(Utrecht\)](#)

[6.5 Werkplaats Sociaal Domein: werken vanuit lerend perspectief \(Nijmegen\)](#)

Onderbouwing

Veranderingen in de samenleving, zorg en welzijn gaan zo snel dat werken zonder leren onmogelijk is. Voortdurend moeten professionals nieuwe kennis en vaardigheden verwerven. Dat lukt niet meer via alleen klassieke leertrajecten. Die maken plaats voor een mix van leervormen en –situaties met gebruik van technologie en online leren. Daarnaast wint informeel leren op de werkplek steeds meer aan belang. Leren en werken lopen steeds meer in elkaar over, zo constateert de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2013) in '[Naar een lerende economie](#)'. Het opbouwen, onderhouden en delen van kennis en vaardigheden is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van professionals en werkgevers, waarbij de overheid een ondersteunende rol vervult.

Wanneer professionals, teams en leidinggevenden ervaringen en nieuwe inzichten delen, bijvoorbeeld in (online) communities, vergroten zij hun lerend vermogen. Zonder [lerend vermogen](#) is verbeteren van de kwaliteit van zorg- en hulpverlening niet mogelijk.

6.1 Lerend vermogen van professionals

In dit advies spreken we van 'professionals' in zorg, welzijn en onderwijs en 'professionele identiteit' (of: beroepsidentiteit). Hierbij kan het gaan om een gereguleerd of beschermd beroep, waarbij het dragen van de titel beschermd is (bijvoorbeeld de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Maar professional is iedereen die vakkundig is op een bepaald gebied. Het begrip is in feite van toepassing op alle mbo-, hbo- en wo-opgeleiden.

Professionals zijn steeds meer 'kenniswerkers'. De organisaties of netwerken waarin zij werken zijn kennisintensief (Weggeman, 2008). Kenniswerkers beseffen dat de kennis op basis waarvan zij hun dagelijkse werk uitvoeren aan verandering onderhevig is. Kennis veroudert in hoog tempo. Vroeger kon je een hele tijd vooruit met wat je in de opleiding had geleerd en met af en toe een bijscholing. Die tijd is voorbij. Door onderzoek en praktijkervaring komt voortdurend nieuwe kennis beschikbaar, die van betekenis is voor het handelen. Een kenniswerker vraagt zich af: Zijn er nieuwe inzichten? Is er nieuwe kennis die van invloed is op de manier waarop ik situaties inschat en die mogelijk tot andere conclusies en interventies leidt? Heb ik zelf nieuwe inzichten om te delen of vraagstukken die ik wil voorleggen? Dit is niet alleen van toepassing op hoogopgeleiden, maar op iedereen die in zorg, welzijn of onderwijs werkt, ongeacht kwalificatieniveau. Vooral begrip van de context waarin de kennis moet worden toegepast is daarbij van belang.

6.2 Formeel, non-formeel en informeel leren

Er zijn verschillende manieren waarop en contexten waarin professionals leren. Coletta (1996) ordent en typeert de vormen van leren aan de hand van drie criteria. Zie schema 1.

	Formeel	Non-formeel	Informeel
Intentie	Sterk intentioneel	Meestal intentioneel	Meestal niet intentioneel
Organisatie	Sterk georganiseerd	Vaak georganiseerd	Minimaal georganiseerd
Kwalificatie	Altijd gekwalificeerd	Gekwalificeerd, maar niet eenduidig	Bijna nooit gekwalificeerd

Schema 1: Typering van drie vormen van leren (gebaseerd op Coletta, 1996)

Formeel leren vindt plaats in georganiseerde leertrajecten, die leiden tot een kwalificatie: een diploma of certificaat met civiel effect. Dit betreft initiële en post-initiële leertrajecten die onder de verantwoordelijkheid en het toezicht van de overheid vallen. Er zijn formele leertrajecten met civiel effect die niet onder de verantwoordelijkheid en het toezicht van de overheid vallen maar van een branche. Bijvoorbeeld het College Zorgopleidingen (CZO) en binnen de gehandicaptenzorg de Stichting Opleidings Erkenningen Care (SOEC).

Naarmate het opleidingsniveau stijgt, zijn er meer mogelijkheden voor formeel leren. Voor mbo 2 en 3 is na de opleiding vrijwel geen vervolgonderwijs beschikbaar. Wellicht is dit mede de oorzaak van de bestaande problemen om deze beroepsniveaus inzetbaar te houden.

Bij **non-formeel** leren gaat het om georganiseerde leertrajecten die zich in een ander verband dan het formele onderwijs afspelen. Bijvoorbeeld een functiegerichte training in een bedrijf of een bij- of nascholing georganiseerd door een beroepsvereniging. Congressen en symposia zijn te beschouwen als non-formele leertrajecten. De waardering van het doorlopen van dit soort leertrajecten is heel divers: Van certificaten tot accreditatiepunten, die vooral betekenis hebben in een bepaalde organisatie of beroepsgroep.

Informeel leren speelt zich vaak spontaan af in omgevingen die niet rond leren zijn georganiseerd, zoals leren dat plaatsvindt in de werkpraktijk. Informeel leren is meestal niet intentioneel, dat betekent dat het niet vooraf door iemand is gepland of vastgelegd. Informeel leren heeft een duidelijk sociaal aspect en is altijd verbonden met leren van anderen. Naarmate het informele leren meer onder de aandacht komt in team en organisaties, probeert men steeds vaker deze leerprocessen expliciet te maken en te ondersteunen.

De toenemende behoefte aan (bij)scholing, zowel diploma- als niet-diplomagericht, maakt het noodzakelijk dat het beroepsonderwijs werkt aan mogelijkheden om maatwerkonderwijs voor volwassenen te bieden. In het advies '[Flexibel hoger onderwijs voor werkenden](#)' van de Adviescommissie Rinnooy Kan (2014) zijn daarvoor goede suggesties opgenomen. Deze zijn primair gericht op het hoger beroepsonderwijs maar zijn evenzeer van toepassing op het mbo. In het advies wordt het belang onderstreept van het aansluiten bij de vragen en de praktijkervaring van de volwassen deelnemer. Dit door de bekwaamheden van de deelnemer te (h)erkennen, hoe en waar die ook zijn verworven en bij de leervragen die voortkomen uit de eigen ervaringspraktijk.

6.3

Lerend vermogen van teams, organisaties, netwerken

In de praktijk denkt men bij 'leren' nog steeds als eerste aan opleiding, cursus, bijscholing, training of klinische les. Het zijn vooral dit soort georganiseerde leeractiviteiten die als leren worden herkend en erkend. Veel cao's vermelden vooral budgetten voor onderwijsactiviteiten en trainingen. Deze vormen van leren blijven van belang. Echter, met de traditionele benadering van bijblijven in je vak door scholing komen ontwikkeling van organisaties, opleidingen en professionals op achterstand. Ontwikkeling vindt plaats in het werk; daar werkt men samen, leert men van en met elkaar. Innovatie komt tot stand daar waar professionals uitdaging en vrijheid ervaren, niet gehinderd door klassieke arbeidsverhoudingen en hiërarchie.

Voorwaarden om het lerend vermogen te vergroten

Om het lerend vermogen te vergroten van teams, organisaties en netwerken, is het nodig om te investeren in de mogelijkheden die het werk biedt om te leren. Kennis ontwikkelen en uitwisselen is voor teams, organisaties en netwerken van belang. Vooral het productief maken van die kennis voor de verbetering van zorg, welzijn en onderwijs. Dat vraagt van professionals, van teams en zelfs van de hele organisatie de bekwaamheid om kennis te ontwikkelen en te delen. Die bekwaamheid ontwikkelt zich vooral binnen een uitnodigende leercultuur.

Genoemde voorwaarden zijn verder uitgewerkt in het conceptueel kader 'lerend vermogen' ([zie bijlage 3](#)).

Teams en netwerken als lerende collectieven

Een team is meer dan een groep mensen waarin men onderling het werk verdeelt. Van belang is vooral dat het een lerend collectief is, met een mix aan talenten en bekwaamheden die op een bepaalde plek nodig is. De samenstelling van teams kan van locatie tot locatie verschillen, afhankelijk van de vragen die er spelen in de werkcontext. Steeds vaker participeren burgers, mantelzorgers en vrijwilligers in teams en netwerken. Een lerend team kenmerkt zich door een hoge mate van openheid en onderling vertrouwen. Men spreekt er op een lerende manier over het werk, overdenkt de manier van werken, is nieuwsgierig naar hoe het anders en beter kan, en leert van fouten en successen. Netwerken zijn meestal team- en organisatie-overstijgend. Deze zijn steeds vaker ondersteund door technologie, waardoor *online communities* ontstaan.

Leiderschap

Leiderschap is bepalend, maar niet alleen voorbehouden aan leidinggevers. Het gaat om het creëren van een lerende omgeving, ervoor zorgen dat mensen een plek krijgen in het team die past bij hun bekwaamheid en talenten, investeren in een uitnodigende leercultuur. Leidinggevers kunnen deze rol op zich nemen, maar in principe hebben alle professionals de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan de leercultuur en collectief leren. Professionals kunnen binnen teams gedeeld leiderschap ontwikkelen (Dijkstra, 2012). Hierbij gaat het om gezag vanuit visie en inhoudskennis en niet om een hiërarchische positie. Behalve leiderschap is ondernemerschap belangrijk.

Toezicht

Intern en extern toezicht is vooral gericht op het stimuleren van leerprocessen in teams en organisaties om transparante verantwoordingsprocessen en goede feedback te bevorderen. Net als in leertrajecten gaat het niet alleen om het achteraf toetsen van de resultaten (summatief), maar ook om het investeren in de kwaliteit van leerprocessen (formatief). Dus geen repressie en een 'afrekencultuur' die leerblokkades veroorzaken. Integendeel: alle ruimte voor het proces om van elkaar te leren. Op gezette tijden resultaten controleren blijft van belang, maar niet zonder het werkproces te evalueren op kwaliteit en innovatie. "Fouten maken mag, maar morgen niet meer dezelfde."

Beleidsorganen

Als systeemeigenaar is de overheid verantwoordelijk voor het creëren van een passend en responsief onderwijsstelsel. Nederland behoort qua onderwijsprestaties al jaren tot de toptanden. Om deze positie te handhaven is aanpassing aan de nieuwe werkelijkheid nodig. Het systeem richt zich nu nog sterk op het leren op jonge leeftijd en facilitering ervan door inrichting van het onderwijsstelsel, studiefinanciering etcetera. De verantwoordelijkheid voor het blijven en bijscholen berust grotendeels bij de werkgevers en individuele beroepsbeoefenaars. Door alle ontwikkelingen op maatschappelijk, technologisch en wetenschappelijk gebied zijn aanvullende regelingen en voorzieningen nodig. De hogere levensverwachting leidt tot langere werkperiodes, waarbij verandering van beroep of richting steeds vaker aan de orde zal zijn. Sommige beroepen en bekwaamheden zullen minder nodig zijn of door technologie worden overgenomen. Dat vraagt om herontwerp van het stelsel, waarbij mogelijkheden worden gecreëerd voor alle levensfasen en voor structurele bij- en omscholing. Voor de zorg is afstemming en herdefiniëring van verantwoordelijkheden nodig tussen overheid, beroepsorganisaties, burgerorganisaties en verzekeraars.

6.4 Portfolio en eerder verworven competenties (EVC)

Professionals kunnen hun bekwaamheid systematisch bijhouden, bijvoorbeeld in een portfolio. Het gaat daarbij om kennis en vaardigheden die verworven zijn tijdens formeel, non-formeel en informeel leren. Bijhouden van verworven competenties in een digitaal portfolio kan veel voordelen bieden, voor alle beroepsbeoefenaars. EVC brengt in kaart wat iemand aan kennis en vaardigheden in huis heeft. Het gaat om gepersonaliseerd leren, het waarderen daarvan en desgewenst leerwegaafhankelijk beoordelen. Dat kan tot een diploma leiden, maar dat hoeft niet per se. Het diploma staat voor de traditionele, top-down geregisseerde manier van leren. Het portfolio is een meer bottom-up, mede door de lerende aangestuurd leerproces (Duvekot, 2016).

Mbo

In het mbo wordt EVC nieuw leven ingeblazen. Het bestaande EVC-stelsel wordt vervangen door een systeem van validering via twee routes (Kenniscentrum EVC, 2015). Bij route 1, de arbeidsmarktroute waarbij het doel is te weten wat de waarde van iemand is ten opzichte van landelijke of branchestandaarden, zijn arbeidsmarktpartijen aan zet. Bij route 2, de onderwijsroute, zijn onderwijsinstellingen en OCW aan zet. Hierbij is het doel een diploma te verkrijgen.

Hbo en wo

De nieuwe routes lijken vooral uitgewerkt te zijn voor het mbo. Het is de moeite waard om te onderzoeken in hoeverre deze twee wegen opengesteld dan wel gestimuleerd kunnen worden voor het hbo-niveau. In 2016 start een aantal pilots rond flexibel hoger onderwijs, voortkomend uit het adviesrapport van Rinnooij Kan (2014).

Hoofdpijn 7. Leven, leren en werken met technologie

Kernboodschap

De groei van technologische mogelijkheden heeft een enorme impact op zorg, welzijn en onderwijs. E-health kan burgers helpen bij de zorg voor hun eigen gezondheid, hun functioneren ondersteunen en hun sociale netwerken versterken. Dobotica en robotica helpen mensen bij het zo lang mogelijk zelfstandig functioneren. Gepersonaliseerde zorg met behulp van technologie zal gemeengoed worden bij het behandelen van aandoeningen. Voorwaarde is dat iedereen goed kan omgaan met de technologische mogelijkheden. Voor sommige groepen kan dat problematisch zijn, bijvoorbeeld voor de tweeënhalf miljoen Nederlanders die laaggeletterd zijn. Professionals moeten daarom beschikken over uitgebreide digitale vaardigheden om burgers te kunnen ondersteunen. Zij verwerven die in initiële en post-initiële leertrajecten en houden deze vaardigheden up-to-date. Zij zijn zich bewust van risico's die verbonden zijn aan het gebruik van de nieuwe technologieën op het gebied van privacy en opslag van (medische) data.

Wat betekent dit voor burgers, professionals, opleiders, technologie-ontwikkelaars en beleidsmakers?

Voor ons als burgers betekent dit:

- ... dat wij digitaal bekwaam zijn
- ... dat wij sociale media en e-health gebruiken bij de zorg voor onze eigen gezondheid.

Voor ons als (aankomend) professionals in de praktijk betekent dit:

- ... dat wij technologie als integraal onderdeel van de zorg- en hulpverlening gebruiken
- ... dat wij ons bijscholen bij digitale kennis- en ervaringsachterstanden
- ... dat wij ervoor zorgen dat de technologie die wij inzetten gebruiksvriendelijk is
- ... dat wij ons bewust zijn van de privacy-gevoeligheid van databestanden en sociale media
- ... dat wij burgers en mede-professionals kunnen adviseren over het gebruik van technologie
- ... dat wij onze kennis en ervaring actief inzetten bij onderhoud en gebruik van technologie
- ... dat wij gesprekspartners zijn van technologie-ontwikkelaars.

Voor ons als opleiders betekent dit:

- ... dat wij zorgen dat onze studenten de benodigde digitale vaardigheden hebben of ontwikkelen
- ... dat wij onderwijsprogramma's ontwikkelen voor professionals met een kennisachterstand
- ... dat wij technologie als vanzelfsprekend gebruiken in onze opleidingen
- ... dat wij ervoor zorgen dat de technologie die wij inzetten gebruiksvriendelijk is
- ... dat wij ons bewust zijn van de privacy-gevoeligheid van databestanden en sociale media
- ... dat wij studenten en mede-opleiders kunnen adviseren over het gebruik van technologie
- ... dat wij gesprekspartners zijn van (internationale) technologie-ontwikkelaars.

Voor ons als technologie-ontwikkelaars betekent dit:

- ... dat wij in interactie met professionals, opleiders, studenten en burgers onze producten ontwerpen
- ... dat wij ervoor zorgen dat de technologie die wij ontwikkelen gebruiksvriendelijk en veilig is.

Voor ons als beleidsmakers betekent dit:

- ... dat wij passende en actuele wettelijke kaders bepalen voor digitaal verkeer en de veiligheid ervan.

Hoe kan het eruit zien? Illustratieve praktijken

[7.1 MakeHealth: zorgoplossingen op maat \(broedplaats Amsterdam-Amstelveen\)](#)

[7.2 Huis van het Heden: burgers ondersteunen met woontechnologie \(broedplaats Friesland\)](#)

[7.3 Leren en werken met techniek in de zorg \(broedplaats Heerlen\)](#)

[7.4 Samen Slim Zorgen Thuis \(Eindhoven\)](#)

Onderbouwing

7.1

Exponentiële ontwikkelingen

De enorme groei van technologie gaat ongeveer gelijk op in zorg, welzijn en onderwijs. Bovendien is de impact vergelijkbaar: de sociale, interactieve mogelijkheden en de beschikbaarheid van steeds meer en betere gegevens leiden nu al tot veranderingen in professioneel gedrag en ethiek en tot aanpassingen van de leer- en werkomgeving. De ontwikkelingen in de technologie gaan zo snel dat ze wel met 'exponentieel' worden aangeduid (Ismail et al., 2014). Een gewone smartphone bevat technologie die dertig jaar geleden miljoenen euro's waard zou zijn geweest. Door de snelle ontwikkelingen is moeilijk te voorspellen hoe de situatie in zorg, welzijn en onderwijs er over twintig jaar uitziet. Van belang is vooral wat deze ontwikkelingen betekenen voor burgers en professionals en hoe deze beter ondersteund kunnen worden om hiermee om te gaan en productief in te zetten.

7.2

Technologie verbindt formele en informele zorg voor gezondheid

In zorg en welzijn krijgen burgers een steeds actievare rol. Technologie maakt mobiele, decentrale, participatieve vormen van zorg en welzijn mogelijk. De technologie versnelt bestaande ontwikkelingen en biedt mogelijkheden voor vernieuwing die nodig zijn om de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid te behouden (Ossebaard & Van Gemert, 2016). De digitale mogelijkheden worden wel aangeduid met *telemedicine*, *eHealth*, *blended care* of *Health 2.0*. Het gebruik ervan is tijd- en plaatsafhankelijk. Veel preciezer dan nu kunnen we voorspellen welke gepersonaliseerde aanpak succesvol is voor een individuele burger op basis van data uit het Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD). Zo ontstaat een veel betere aansluiting van het zorg- en welzijnsaanbod op de behoefte.

Zelfmanagement, self health

Daarnaast nemen het belang, de aantrekkingskracht en de waarde van *self health* toe. Zorg en welzijn verplaatsen zich steeds meer naar de thuisomgeving. Via portals bieden professionals digitale niet-therapeutische technologieën aan, waaronder telemonitoring, screeningsprogramma's, zelfmetingen, zelfzorg en diagnostische tests. Gemeenten stimuleren online wijkgerichte of thematische communities, waarmee ze communiceren bij het oplossen van problemen en het beantwoorden van vragen van burgers. Kennis en vaardigheden zullen eerder en beter worden gedeeld door instituten, burgers, ervaringsdeskundigen en door professionals onderling. Voor veel vragen op het gebied van zorg en welzijn en bescherming van privacy zijn *health tutorials* online beschikbaar, zonder tussenkomst van een kennisinstelling. De tutorials instrueren mensen hoe ze de 'CEO van hun eigen gezondheid' kunnen worden. Ze maken duidelijk welke digitale vaardigheden daarvoor nodig zijn en hoe iemand het beste kan omgaan met zijn specifieke (chronische) ziekte. Zo schuiven informele en formele zorg steeds meer ineen.

Self health is gepersonaliseerde hulp en zorg met behulp van technologie. Die maakt het mogelijk dat burgers beter voor hun eigen gezondheid kunnen zorgen, op het moment en op de plek waar dat nodig is. Gedacht kan worden aan (draagbare) sensoren en mobiele apps die gegevens van het lichaam en de omgeving registreren. Die gegevens worden opgeslagen en kunnen (later) uitgelezen worden en vergeleken met eerdere prestaties van jezelf of van anderen. In de toekomst zal het mogelijk zijn deze zelfmetingen in te voeren in het persoonlijk gezondheidsdossier waaraan momenteel wordt gewerkt (www.meerregie-overgezondheid.nl).

Domotica spelen een steeds grotere rol: elektronica die in de thuisomgeving worden gebruikt om het leven te vergemakkelijken, maar ook om het functioneren te ondersteunen zonder dat er van onaanvaardbare risico's sprake is voor veiligheid en gezondheid. In zogenaamde *smart homes* kan via smartphone of tablet allerlei apparatuur op afstand worden bediend of uitgelezen. Het gaat daarbij om sanitair en om keuken- en badkamerapparatuur, om klimaatbeheersing en energie, om verlichting, veiligheid, communicatie en informatie, mobiliteit en om zelfzorg. In een draadloze netwerkomgeving kunnen dergelijke apparaten aan elkaar verbonden worden en op elkaar reageren. De automatisering van de woonomgeving kan helpen bij het behoud van zelfmanagement en de kwaliteit van leven.

Zorgen voor je eigen gezondheid is een levenslang proces waarin niet alleen lichamelijke, maar eveneens sociale, psychologische en culturele variabelen een rol spelen. Zorgprofessionals zullen juist dat proces moeten onderzoeken, in samenwerking met burgers. Zij bevorderen bijvoorbeeld *eHealth literacy*: met behulp van informatie- en communicatietechnologie kan de burger betrouwbare medische en gezondheidsinformatie vinden en gebruiken. De nieuwe professional in zorg en welzijn faciliteert en ondersteunt waar nodig *self health*: Welke methoden, technieken, tips en trucs zijn passend? De overheid dient te zorgen voor passende en actuele wettelijke kaders voor de veiligheid ervan. Het gaat hier om de verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en welzijn van de toekomst.

P4-medicine

De verbinding van informele en formele zorg en de beweging van een reparerende nazorg naar activeren- de voorzorg hangen sterk samen. Dat is zichtbaar in het concept van P4-medicine (Hood & Flores, 2012). P4 staat voor '*predictive, personalized, preventive, participatory*'. In die persoonsgerichte zorg participeren patiënten om hun eigen gezondheid en zorg te verbeteren. Daarbij worden zij ondersteund door nieuwe inzichten uit de systeembioïologie die een preciezere preventie, diagnostiek en behandeling mogelijk maken, en door digitale technologie. In 2015 startte in de Verenigde Staten het *precision medicine*-initiatief dat hier op voortbouwt en dat streeft naar het uitroeien van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte.

Big data

De betekenis van *big data* voor de transitie naar gepersonaliseerde zorg is groot. Enorme hoeveelheden gegevens, afkomstig uit verschillende domeinen en bronnen, worden gerelateerd om te zoeken naar patronen en correlaties (Ottes, 2016). Dat voedt de hoop en de verwachting dat we daarmee het gebrek aan betrouwbare informatie kunnen aanvullen. Daarmee komen we tot een beter begrip van de oorzaken van ziekten, tot betere voorspellingen, exacte diagnostiek en effectieve behandeling en tot een betere voorzorg. Daarvan bestaan al voorbeelden die het belang van big data voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg illustreren. Toch zijn er nog wel serieuze risico's en technische beperkingen aan het gebruik verbonden die in de hype rond big data op de achtergrond raken. De mens is nu eenmaal geen algoritme. Zorggegevens zijn privacy-gevoelig, denk aan werkgevers en verzekeraars. In de opleidingen leren (toekomstige) professionals continu de voor- en de nadelen van big data voor hun werk te evalueren.

Robotica

De kruisbestuiving tussen *big data*, *cloud computing*, internetplatforms, robotica en kunstmatige intelligentie heeft geleid tot de opkomst van de zorgrobot. Deze wordt nu nog op kleine schaal ingezet in de ouderenzorg, de zorg voor meervoudig gehandicapten, voor kinderen met pijnklachten of gedragsproblemen en voor patiënten in de laatste levensfase.

In een recente rapportage van de WRR (2015) wordt gesteld dat machines in de nabije toekomst wellicht kennistaken kunnen overnemen. Davenport & Kirby (2015) spreken over de 21ste eeuw als het tijdperk van de 'automatisering van beslissingen'. Als dat het geval zal zijn, zullen deze menselijke vaardigheden door technologische en organisatorische veranderingen belangrijker worden in het arbeidsproces (Deming, 2015). De belangrijkste vraag is wat de taken en activiteiten zijn die alleen mensen kunnen doen - creativiteit, interpersoonlijke vaardigheden, fysieke behendigheid - en welke taken we willen dat een mens ze verricht en niet een robot, zelfs als die dat zou kunnen (Colvin, 2015). Het onderwijs zal de toekomstige zorg- en welzijnsprofessionals hierop moeten voorbereiden.

7.2 Technologie verbindt formeel en informeel leren

In het onderwijs krijgt de lerende een steeds actievere rol. Permanent leren is voor alle beroepen in 2030 onmisbaar. De werkomgeving is tevens een leer- en ontwikkelomgeving (zie hoofdstuk 5 en 6). Dat geldt zeker voor beroepen in zorg, welzijn en onderwijs. Docenten hebben andere vaardigheden nodig dan vroeger. Digitale onderwijstechnologie maakt mobiele, decentrale, participatieve vormen van leren en opleiden mogelijk. Ze worden wel aangeduid met afstandsonderwijs, *e-learning* of *Technology Enhanced Learning*, die tijd- en plaatsafhankelijk zijn. Van *blended learning* spreken we wanneer online leren wordt gecombineerd met contactonderwijs. Zo ontstaat een betere aansluiting van het onderwijsaanbod op de onderwijsbehoefte. Dat komt de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van het onderwijs ten goede.

Zelfeducatie

Het belang, de aantrekkingskracht en de waarde van zelfeducatie nemen toe. Dit is onder meer mogelijk via *virtual learning communities* en *Massive Open Online Courses* (MOOCs). Deze zijn flexibel: je kunt beginnen wanneer je wilt, waar je wilt, in eigen tempo, gecombineerd met werk. Dat geldt in principe voor iedereen, ook voor ouderen en mensen uit andere landen en culturen. MOOCs zijn echter niet de innovatie zelf, ze zijn eerder een trigger voor 'de vierde industriële revolutie', zoals de stoommachine de eerste industriële revolutie inluidde (Schwab, 2016).

Zelfeducatie is goedkoop. Dat is weer van belang omdat leren een levenslang, non-lineair proces is. In beginsel kan iedereen zich zelfeducatie veroorloven, zonder enorme studieschulden op te bouwen. Er zijn steeds nieuwe bronnen van kennis en inzicht in vrijwel alle domeinen. Werken is leren. Zonder leren geen vernieuwing. De overheid ondersteunt en faciliteert zelfeducatie. Want het gaat hier om de verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in het onderwijs van de toekomst.

7.3 Technologie daagt uit tot ander gedrag

Technologie verbindt en versnelt de ontwikkelingen. De voorspelbaarheid neemt toe, de benadering wordt sterk gepersonaliseerd en van alle betrokkenen wordt actieve participatie verwacht (Gorini & Pravettoni, 2011). De context van zorg, welzijn en onderwijs verandert onder invloed van deze tendens. Daarom is technologie niet slechts een middel ter ondersteuning of een instrument om gewenste veranderingen door te voeren. Omgang met technologie daagt ons uit tot andere gedragingen, gedachten en gevoelens, als persoon, als burger en als professional in de praktijk.

Uiteindelijk gaat het niet om de technologie. De enorme mogelijkheden ervan maken een andere manier van denken mogelijk over hoe (bijvoorbeeld in 2030) zorg kan worden geleverd.

Implementatie van technologie kan beter

Veelal is de vaak nog matige adoptie van technologie toe te schrijven aan geringe bekendheid onder professionals, weinig 'e-awareness', gebrek aan training, onduidelijkheid over veiligheid van systemen, onzekerheid over juridische en ethische issues en bekostiging/vergoeding. Dat is in menig buitenland niet anders. eHealth-modellen worden nog nauwelijks onderwezen. Er is bovendien nog te weinig gedeelde ervaring met implementatie van verschillende technologieën. Pas recent neemt de *evidence* voor eHealth-interventies toe. Lang werd er meer gepubliceerd over de potentie van eHealth-technologie dan over de resultaten en uitkomsten van evaluaties. Dat had te maken met het gegeven dat voor complexe sociale interventies in de digitale zorg de conventionele onderzoeksmethodologie vaak te kort schoot. Zo stegen de verwachtingen terwijl in de praktijk het gebruik daarbij achterbleef.

7.4 Digitale vaardigheden van burgers en (aankomend) professionals

De professionals van 2030 hebben anno 2016 hun intrede gedaan in het mbo, hbo en wo – of hebben de 'schoolbanken' recentelijk verlaten en hun weg gevonden in het beroepenveld. Het is de generatie die is geboren in de laatste decennia van de 20ste eeuw en rond de eeuwwisseling. Ze worden wel getypeerd als 'millennials', 'generation next' en 'net generation'. Vaak veronderstelt men dat zij *digital natives* zijn: opgegroeid met internet en social media, dus digitaal vaardig. Dat is waar, maar het beeld verdient enige nuancering.

Uit recent onderzoek (Kloosterman & Van Beuningen, 2015; Schols, 2015) blijkt dat vrijwel alle jongeren sociale media gebruiken als Facebook, YouTube, Instagram, SnapChat, WhatsApp, Tinder en in mindere mate: LinkedIn. De meerderheid (51 procent) gebruikt sociale media tot drie uur per dag, acht procent zelfs vijf uur of langer. Dat de jonge generaties hun weg op Internet en in sociale media weten te vinden, wil niet zeggen dat zij dat ook in de context van werkveld en een beroep kunnen. Gebruik van technologie in het werk en eHealth vraagt een ander soort kennis en vaardigheden, denk aan verificatie van bronnen, systeemanalyse, kritische en analytische vaardigheden.

Er is daarnaast sprake van een grote groep professionals voor wie digitaal werken nog geen gemeengoed is. Voor deze groep is in de komende tijd specifieke aandacht nodig.

Welke vaardigheden zijn voor professionals in zorg en welzijn belangrijk om te (gaan) beheersen? Onder meer Zorgalliantie heeft dit onderzocht, samen met het Lectoraat Innovatie in de Publieke Sector en het

Platform voor de Informatiesamenleving (De Vries & Gielen, 2014). Zij beschrijven de in het onderzoek door respondenten meest genoemde vaardigheden:

- Inzicht hebben in de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van informatiebronnen;
- Gegevens kunnen opslaan en deze eenduidig kunnen vastleggen;
- Kunnen beoordelen van informatie die burgers zelf toevoegen aan hun gezondheidsdossier en de interpretatie van zelfmetingen;
- Inzicht hebben in de werking van ICT-systemen zoals EPD's in relatie tot zorg- en organisatieprocessen;
- Kunnen afwegen of voor behandeling eHealth kan worden ingezet of dat face-to-face-zorg of begeleiding noodzakelijk is;
- Verantwoordelijk, veilig en nauwkeurig kunnen omgaan met (digitale) gegevens met respect voor privacy;
- Kennis hebben van de gedragsregels voor het digitaal verwerken van gegevens.

Een goed opgeleide en digitaal vaardige professional is echter niet genoeg. Het digitaal vaardig maken en blijven van burgers vergt een grote inspanning en is mogelijk onder te brengen als nieuw prestatieveld in bijvoorbeeld de Wmo.

Hoofdstuk 8. Onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid verbinden

Kernboodschap

Door onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid te verbinden ontstaat de interactie die nodig is om kennis en bekwaamheden te ontwikkelen die vernieuwingen stimuleren en versnellen. Door een voortdurende wisselwerking tussen onderzoek en praktijk krijgen nieuwe inzichten direct een plek in het onderwijs. Door onderzoek te doen naar vragen uit de praktijk ontstaat bijvoorbeeld inzicht in wat burgers nodig hebben voor het bevorderen en herstellen van hun functioneren en hoe hun veerkracht en eigen regie versterkt kunnen worden. De uitwisseling van kennis kan ook via lerende netwerken waar kennis uit onderzoek, vakkennis en persoonlijke kennis bij elkaar komen. Dubbelrollen dragen daaraan bij: onderzoekers die tevens in de praktijk werken, studenten en docenten die onderzoek doen en uitvoerders die beleid maken.

Wat betekent dit voor burgers, onderzoekers, professionals en opleiders?

Voor ons als burgers betekent dit:

... dat wij individueel en in groepen in toenemende mate participeren in onderzoek, als mede-opdrachtgever, deelnemer, evaluator.

Voor ons als onderzoekers betekent dit:

... dat wij participeren in de praktijk en in het onderwijs
... dat wij bekwaamheid verwerven om meerdere rollen te vervullen in de praktijk en onderwijs
... dat wij ons bij elk onderzoek afvragen wat het bijdraagt aan het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers
... dat wij samen met burgers, professionals, opleiders en beleidsmakers onderzoek ontwikkelen en uitvoeren.

Voor ons als professionals in de praktijk betekent dit:

... dat wij participeren in onderzoek
... dat wij bekwaamheid verwerven om meerdere rollen te vervullen in onderzoek en onderwijs
... dat wij de resultaten van onderzoek integreren in de praktijk.

Voor ons als opleiders betekent dit:

... dat wij participeren in onderzoek
... dat wij de resultaten van onderzoek integreren in het onderwijs
... dat wij bekwaamheid verwerven om meerdere rollen te vervullen in onderzoek en praktijk.

Hoe kan het eruit zien? Illustratieve praktijken

[8.1 Beter Samen in Noord: samenhangende zorg en welzijn op maat \(broedplaats Amsterdam-Amstelveen\)](#)

[8.2 Seker en Sûn: werken aan gezondheid in arrangementen \(broedplaats Friesland\)](#)

[8.3 Kennisagenda Gender en Gezondheid: samenhangende kennis ontwikkelen \(landelijk\)](#)

[8.4 Netwerk Effectief Jeugdstelsel Amsterdam: samen kennis ontwikkelen en uitwisselen \(Amsterdam\)](#)

[8.5 NetwerkZON2020: gezond ouder worden stimuleren \(Noord-Nederland\)](#)

[8.6 Sparkcentres: gezondheidscentra als leerwerkplaats \(Nijmegen\)](#)

[8.7 Tranzo: samenwerking wetenschap en praktijk voor zorg en welzijn \(Tilburg\)](#)

[8.8 Urban Vitality: interdisciplinair werken aan stedelijke vitaliteit \(Amsterdam\)](#)

Onderbouwing

Het nieuwe denken over gezondheid vraagt om integraal, multidisciplinair, praktijkgericht onderzoek. Dergelijk onderzoek levert inzicht op in de factoren die van invloed zijn op het functioneren, de veerkracht en eigen regie. En het onderbouwt het professioneel handelen dat daarop is gericht. Voor het productief maken van kennis voor permanente vernieuwing en verbetering van de beroepspraktijk en opleidingen zijn andere modellen en vormen van kennisontwikkeling en kennisdeling tussen de beroepspraktijk, het onderwijs, het onderzoek en het beleid nodig. Permanente interactieve kennisontwikkeling, ook wel 'co-productie' of 'co-creatie' van kennis genoemd, kan bijdragen aan de versterking van de positie en de participatie van alle betrokkenen, ook (groepen) burgers.

8.1 Integraal, multidisciplinair, praktijkgericht onderzoek

Om de transitie in het professioneel handelen maximaal te ondersteunen, is integraal multidisciplinair praktijkgericht onderzoek nodig op het niveau van burgers en hun netwerken, professionals en het beleid. Belangrijke pijlers van dergelijk onderzoek zijn:

1. functioneren, veerkracht en eigen regie centraal
2. co-creatie
3. benutten en verbinden van bestaande kennis en data (big data en lerende systemen)
4. ontwikkelen van nieuwe indicatoren
5. ontwikkelen van interventies
6. benutten van technologische innovaties
7. bekwaamheden van (toekomstige) professionals
8. op de praktijk gebaseerde evidentie en andere bruikbare methoden

Op het niveau van burgers met (risico op) functioneringsproblemen is meer inzicht nodig in beïnvloedbare niet-ziektegebonden factoren als persoonlijke factoren (behoeften, wensen en motivatie), fysieke (woonomgeving) en sociale omgevingsfactoren (gezinssituatie, sociale netwerk) en de interactie daartussen. Op het niveau van professionals is meer inzicht nodig in rollen, kerntaken en bekwaamheden van (toekomstige) professionals vanuit het nieuwe denken over gezondheid. Die vormen de basis voor de ontwikkeling van eindtermen/-kwalificaties voor opleidingen en kwaliteitsindicatoren voor het professioneel handelen. Op het niveau van zowel landelijk als regionaal/lokaal beleid is het belangrijk om uniforme indicatoren te ontwikkelen voor functioneren, veerkracht en eigen regie die inzicht verschaffen in de behoeften van (groepen) burgers. Big data kunnen worden ingezet om gezondheidsinformatie te verzamelen en patronen te herkennen. Belangrijk is dat de informatie relevant en toegesneden is op de verschillende doelgroepen zoals burgers, professionals en beleidsmakers. Lerende systemen ontstaan door toevoeging van steeds nieuwe data. Zo kunnen relaties gelegd worden tussen bijvoorbeeld profielen, beïnvloedende factoren en werkzame interventies.

8.2 Interactie tussen competentie- en kennisontwikkeling

Om in te kunnen spelen op snelle en complexe maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en een leven lang leren mogelijk te maken, is interactie tussen competentie- en kennisontwikkeling noodzakelijk (Van Vliet, 2009). Kennisontwikkeling heeft betrekking op de 'body of knowledge' van een vakgebied en van het professionele handelen. Het productief maken van kennis voor permanente vernieuwing van zorg, welzijn en onderwijs vraagt om vormen van kennisontwikkeling en kennisdeling die het leerproces kunnen voeden en ondersteunen.

Kennisontwikkeling in de praktijk voltrekt zich vaak niet lineair. Evenmin is er sprake van kennisaccumulatie die leidt tot een steeds betere onderbouwing van het handelen. Wat wel en niet werkt is, zeker in sociale en zorgpraktijken, contextafhankelijk. Wat werkt in de ene praktijk, bij bepaalde personen of situaties hoeft niet te werken in een andere praktijk. Inzichten uit de ene context moeten voortdurend worden getoetst en aangepast in andere contexten.

Inspelen op een veranderende context en op nieuwe ontwikkelingen vergt innovatief vermogen dat leidt tot de ontwikkeling van nieuwe werkwijzen in de praktijk. Deze kunnen verder uitgewerkt en onderzocht worden op effectiviteit (*'practice based evidence'*). Onderzoek draagt bij door het expliciteren van de impliciete kennis en van onderliggende denk- en besluitvormingsprocessen. Voor meer op de praktijk gebaseerde evidentie is ruimte nodig voor andere bruikbare methoden van onderzoek en evaluatie (Tavecchio, 2014).

8.3 Interactieve kennisontwikkeling

Interactieve kennisontwikkeling draagt bij aan de versterking van de positie en de participatie van (groepen) burgers. Het uitgangspunt en het doel van het handelen is het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers. Niet alleen professionals, maar ook burgers dienen daar beter voor toegerust te worden. Dat vraagt om een nieuwe visie op kennisontwikkeling die niet lineair of circulair is, maar interactief vorm krijgt in een samenspel tussen burgers en professionals in beleid, praktijk, opleiding en onderzoek. In een dynamisch model van interactieve kennisontwikkeling en kennisdeling tussen alle actoren vervagen grenzen en wordt gezamenlijk gewerkt aan vernieuwing en verbetering.

Dit vraagt om methoden van onderzoek als actieonderzoek en participatief onderzoek, die mede aanzetten tot gewenste veranderingen. Ontwerpgericht onderzoek kan worden ingezet als innovatiestrategie (Verdonschot & Kessels, 2011).

8.4 Grensoverstijgend werken, leren, opleiden en onderzoeken

Het productief maken van kennis voor permanente vernieuwing en verbetering van de beroepspraktijk en opleidingen vraagt om een andere rol van de beroepspraktijk, het onderwijs, het onderzoek en het beleid. Onderwijs en onderzoek worden ingezet voor en met de beroepspraktijk om duurzame professionalisering van de (eigen) beroepspraktijk te bereiken (Toby en Van Heist, 2008). De klassieke scheiding tussen fundamenteel en toegepast onderzoek gaat niet altijd op. Onderzoek kan tegelijkertijd fundamenteel en toegepast zijn: zowel gericht op begrip als op gebruik (Van der Vos e.a., 2007). In 'lerende communities' worden bijvoorbeeld drie verschillende vormen van kennis samengebracht: resultaten uit wetenschappelijk onderzoek, vakken, persoonlijke kennis (Hoogerduijn et al., 2007).

Interprofessioneel werken, leren, opleiden en onderzoeken vraagt zowel om onderzoekend als om transdisciplinair vermogen (Van den Berg, 2016). Van den Berg noemt dit 'grensoverstijgende kwaliteiten' van opleiders en onderzoekers.

- *Onderzoekend vermogen*: in staat zijn om met een onderzoekende houding te werken, gebruik te maken van bestaand onderzoek en zelf onderzoek te doen, plus om anderen te ondersteunen bij het ontwikkelen van onderzoekend vermogen.
- *Transdisciplinair vermogen*: in staat zijn om over grenzen van theorie en praktijk heen samen te werken en wederzijds van elkaar te leren. Het gaat hierbij om 'gewoon' goed onderzoek doen (valide en betrouwbaar), interactief samenwerken aan onderzoek en onderwijs geven over onderzoek.

Deze grensoverstijgende kwaliteiten zijn van belang voor professionals in de praktijk en het beleid bij interactieve kennisontwikkeling. Lerend vermogen is onderzoekend vermogen en omgekeerd. Dat kan vorm krijgen door dubbelrollen: onderzoekers werken bijvoorbeeld ook in de praktijk, opleiders doen onderzoek, uitvoerders maken beleid.

8.5 Kennisnetwerken en gezamenlijke kennisagenda's

De verbinding van praktijk, opleiding, onderzoek en beleid kan bijdragen aan de permanente interactie tussen competentie- en kennisontwikkeling. Dat kan in de praktijk gestalte krijgen in multidisciplinaire en interprofessionele kennisnetwerken waarin de verschillende domeinen en opleidingsniveaus vertegenwoordigd zijn. Burgers, professionals, opleiders, onderzoekers, beleidsmakers, bestuurders en ondernemers, maken deel uit van deze kennisnetwerken.

De permanente gezamenlijke kennisontwikkeling en kennisdeling leidt tot de ontwikkeling en geregelde aanpassing van een samenhangend opleidings- en onderzoekscontinuüm. In het afgelopen decennium zijn al kennisnetwerken gevormd zoals de Werkplaatsen sociaal domein (voorheen Wmo-werkplaatsen)

en de Academische werkplaatsen publieke gezondheid, en regionale expertisecentra zoals het [Expertise-centrum Innovatieve Zorg en Technologie](#) (EIZT) in Heerlen en het [Healthy Ageing Network Noord Nederland](#) (HANNN). De Wmo-werkplaatsen gekoppeld aan lectoraten op de hogescholen en de academische werkplaatsen, die een deel van het opleidings- en onderzoekscontinuüm bestrijken, bieden een goede basis en experimenteerruimte voor verbreding en verdieping. Gezamenlijk ontwikkelde integrale multidisciplinaire kennisagenda's voor de langere termijn geven richting en invulling aan de kennisontwikkeling. Een mooi voorbeeld is de multidisciplinair ontwikkelde [kennisagenda Gender en Gezondheid](#) (ZonMw, 2016).

Bronnen

Inleiding

Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015.

Hoofdlijn 1

- Alsop R, Frost Bertelsen M, Holland J. Empowerment in Practice: from Analysis to implementation. The international Bank for Reconstruction and Development/The World bank; 2006.
- Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science; 1977: 196, Issue: 4286, 129-136.
- Huber M, Knottnerus J, Green L, Horst H van der, et al. How should we define health? BMJ; 2011: 343: d4163.
- Huber M. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2014.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, Knottnerus JA. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study - BMJ Open; 2016; 5: e010091. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091.
- Lee T. An Epidemic of Empathy in Healthcare: How to Deliver Compassionate, Connected Patient Care That Creates a Competitive Advantage (McGraw Hill Professional); 2015.
- Regenmortel T van. Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede. Leuven: Acco; 2002.
- Stallinga HA. Human Functioning in Health Care. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [proefschrift]. Groningen: RU Groningen; 2015.

Hoofdlijn 2

- Algemene Rekenkamer. Aanpak Laaggeletterdheid. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2016
- Heijmans M, Zwikker, H, Rademakers J. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? NIVEL; 2016.
- Platform Onderwijs2032. Ons Onderwijs2032. Eindadvies. Den Haag: Platform Onderwijs2032; 2016.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Consumenten e-Health. Den Haag: RVZ; 2015.
- Rademakers J. De actieve patiënt als utopie. Oratie Faculteit Health, Medicine and Life Sciences Maastricht University; 2016.
- Sociaal Economische Raad. Leren in het funderend onderwijs van de toekomst. Briefadvies uitgebracht aan Platform 2032, cc. de minister en staatssecretaris van OCW. Den Haag: SER, 2015.
- Soomeren P van, Steinmetz CHD. Collectieve solidariteit: samen voor ons eigen. Tijdschrift voor de Volkshuisvesting, september 2015, 3, 15-19.
- Steinmetz CHD. Erkenning van psychische problemen onder Afghanen in Nederland. Kansen voor netwerk gericht werken. In Maatwerk, 2015; 1, 26-28.
- Thijs A, Fisser P, Hoeven M van der. 21e eeuwse vaardigheden in het curriculum van het funderend onderwijs. Enschede: SLO; 2014.

Hoofdlijn 3

- Gezondheidsraad. Sociaal werk op solide basis. Over de kwaliteit van de beroepsuitoefening van sociaal werkers in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Advies. Den Haag: Gezondheidsraad; 2014.
- Movisie. Het participatiewiel, 2015. <https://www.movisie.nl/publicaties/participatiewiel> (met download)
- Vereniging Hogescholen. Inspiratiebrief voor alle hoger gezondheidszorgopleidingen. Den Haag: Vereniging Hogescholen; 2015.
- Verkenningcommissie hsa. Meer van waarde. Kwaliteitsimpuls en ontwikkelrichting voor het hoger sociaal agogisch onderwijs. Advies. Den Haag: Vereniging Hogescholen; 2014.

- Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging. Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling. 2015.

Hoofdlijn 4

- Bouwgroep PACT. De pedagogische professional van de toekomst; 2014.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. De waarde(n) van weten. Strategische Agenda Hoger Onderwijs en Onderzoek. Den Haag: Ministerie van OCW; 2015.
- WHO. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice; 2010.

Hoofdlijn 5

- Aalsma E, Alten J van. De rol van begeleiders op het snijvlak van school en beroepspraktijk. In: Bakker A, Zitter I, Beusaert S, Bruijn E de, redactie. Tussen opleiding en beroepspraktijk. Het potentieel van boundary crossing. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2016.
- Nijboer A, 2016. <http://www.lerenverbinden.nl/auteur/ageeth-nijboer>

Hoofdlijn 6

- Colletta NJ. Formal, nonformal and informal education. In: Tuijnman AC, redacteur. International Encyclopedia of Adult Education and Training. Londen: Pergamon; 1996.
- Commissie Rinnooy Kan. Flexibel hoger onderwijs voor volwassenen. Den Haag: Ministerie van OCW; 2014.
- Dijkstra J, Feld P. Gedeeld leiderschap. Veerkracht door nieuwe vormen van samenwerken, organiseren, leren en leiderschap. Koninklijke van Gorcum, 3e druk; 2012.
- Duvekot R. Leren waarderen. Een studie van EVC en gepersonaliseerd leren [proefschrift]. Utrecht: Universiteit van Utrecht; 2016
- Kenniscentrum EVC. Validering: de arbeidsmarktroute en de onderwijsroute, o-meting. 's-Hertogenbosch: Kenniscentrum EVC; 2015.
- Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid. Naar een lerende economie. Investeren in het verdienvermogen van Nederland. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2013.
- Weggeman M. Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie. Scriptum, 3e druk; 2008.

Hoofdlijn 7

- Colvin G. Humans are underrated: What high achievers know that brilliant machines never will. New York: Portfolio/Penguin; 2015.
- Davenport T, Kirby J. 'Beyond automation', Harvard Business Review, juni 2015 <https://hbr.org/2015/06/beyond-automation>
- Deming D. The growing importance of social skills in the labor market, augustus 2015 http://scholar.harvard.edu/files/ddeming/files/deming_socialskills_august2015.pdf
- EU; 2016, http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_en.htm
- Frey C, Osborne M. The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation? 2013 www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf
- Gorini A, Pravettoni G. P5 medicine: a plus for a personalized approach to oncology. Nature Reviews Clinical Oncology doi:10.1038/nrclinonc.2010.227-c1; 2011.
- Hood L, Flores M. A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory. N Biotechnol.; 2012;29:613-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nbt.2012.03.004>.
- Ismail I, Malone MS, Geest Y van. Exponential organizations. Why new organizations are ten times better, faster, and cheaper than yours (and what to do about it). New York: Diversion Books; 2014.
- Kemenade MAM van, Konijn EA, Hoorn JF. Robots humanize care: Moral concerns versus witnessed benefits for the elderly. In CVerdier C, Bienkiewicz M, Fred A, Gamboa H, Elias D, editors, Health Informatics; 2015, pp. 648-653. Lisbon, PT: SCITEPRESS.
- Kloosterman R, Beuning J van. Jongeren over sociale media. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2015.

- Ossebaard HC, Gemert-Pijnen L van. eHealth and Quality in Health Care: Implementation Time. Int J Quality in Health Care; 2016 [IN PRESS]
- Ottes, L. Big Data in de zorg. Working Paper nr. 19 Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2016.
- Schwab K. The fourth industrial revolution. Geneva: World Economic Forum; 2016.
- Vries E, Gielen M. E-skills voor zorgprofessionals. Nijmegen: Kenniscentrum Publieke Zaak, Hogeschool van Arnhem/Nijmegen; 2014.
- <http://www.han.nl/onderzoek/kennismaken/publieke-zaak/>
- WRR Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De robot de baas. De toekomst van werk in het tweede machinetijdperk. Den Haag/Amsterdam: WRR/Amsterdam University Press; 2015.

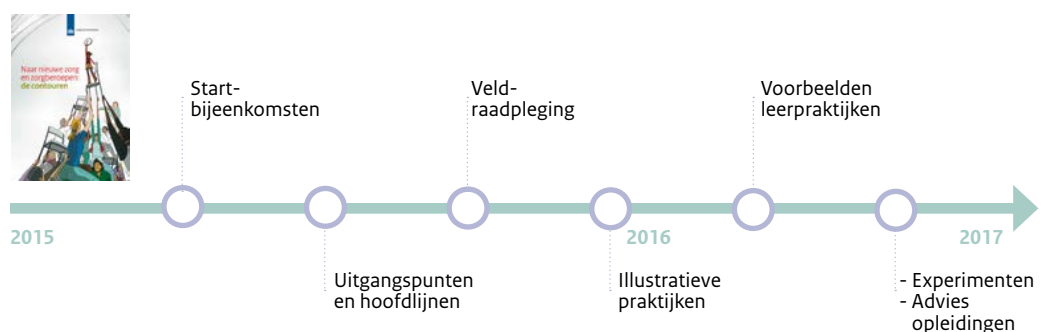
Hoofdlijn 8

- Berg N van den. Grenspraktijken. Opleiders en onderzoekers in ontwikkeling. STOAS Wageningen / Videntum Hogeschool; 2016.
- Hoogerduijn J, Weldam S, Schuurmans M. Inspirerend leren. Waar onderwijs, onderzoek en beroepspraktijk elkaar ontmoeten. In: Passie en precisie 02. Lerend innoveren. Over de eenheid van onderwijs en onderzoek. Hogeschool Utrecht; 2008, 49-59.
- Tavecchio, L. Effectiviteit in praktijkgericht onderzoek: op zoek naar alternatieven voor de randomized controlled trial (RCT). Kwaliteit in de zorg; 2014, 2: 16-20.
- Toby S, Heijst P van. De kracht van onderzoek in de beroepspraktijk. In: Lerend innoveren. Over de eenheid van onderwijs en onderzoek. Passie en precisie 02. Hogeschool Utrecht; 2008, 31-44.
- Verdonschot, S.G.M., Kessels, J.W.M. (2011). Ontwerpgericht onderzoek als innovatiestrategie. In: Aken, J. van, Andriessen, D, redactie. Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek: Wetenschap met effect. Den Haag: Boom Lemma, 2011, 377-398.
- Vliet K van. Nieuwe eisen aan sociale professionals. De relatie tussen competentieontwikkeling en kennisontwikkeling. Wmo essay 1. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2009.
- Vos J van der, Borgdorff H, Staa A van. Kennis in context. Onderzoek aan hogescholen; 2007 <http://www.scienceguide.nl/pdf/KennisinContext.pdf>
- ZonMw Kennisagenda Gender en gezondheid, 2015 http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/ZonMw_Kennisagenda_Gender_En_Gezondheid.pdf

Bijlage 1: Werkwijze

In april 2015 heeft de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen het eerste advies *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren* uitgebracht. Dat vormt het fundament voor dit tweede advies dat eveneens tot stand is gekomen in intensieve interactie met betrokkenen bij zorg, welzijn en opleidingen (zorgvragers, professionals, bestuurders, beleidsmakers, onderzoekers en opleiders) en zowel landelijk als in de vier broedplaatsen (Friesland, Amsterdam-Amstelveen, Rotterdam en Heerlen).

Route 2015-2016



Broedplaatsen

De commissie heeft gekozen voor een werkwijze zowel met lokale/regionale als landelijke betrokkenen uit de praktijk, de opleidingen en het beleid. De regionale aanpak heeft gestalte gekregen in vier broedplaatsen: Friesland, Amsterdam-Amstelveen, Rotterdam en Heerlen. In deze broedplaatsen is met lokale partijen in meerdere bijeenkomsten gezamenlijk gereflecteerd op de benodigde en gewenste vernieuwingen in zorg, welzijn en opleidingen op weg naar 2030. Startpunt waren de prognoses van de zorgvraag (zie: [Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren](#)). In vervolgbijeenkomsten in de broedplaatsen zijn de uitgangspunten en hoofdlijnen van de adviezen uitgewerkt en getoetst. Het Verwey-Jonker Instituut heeft een procesanalyse verricht naar de werkwijze in de broedplaatsen. De ervaringen en geleerde lessen zijn beschreven in een [rapportage](#).⁸

Illustratieve praktijken

De projectleiders van de vier broedplaatsen hebben vernieuwende praktijkgerichte initiatieven ('illustratieve praktijken') in hun broedplaats geïdentificeerd en stimuleren deze door lokaal en regionaal kennis te delen en te ontwikkelen. Het Verwey-Jonker instituut heeft deze praktijken geanalyseerd en beschreven op de website [zorgin2030.nl](#). In het voorjaar van 2016 zijn de praktijken geactualiseerd en getoetst aan de hoofdlijnen van het tweede advies. Daarnaast zijn nieuwe illustratieve praktijken in de broedplaatsen geïdentificeerd en toegevoegd aan de website.

De commissie werkt nauw samen met het [Zorgpact](#), een initiatief van het Kabinet. Het Zorgpact is aanjager van de samenwerking tussen zorgaanbieders, onderwijsinstellingen en lokale overheden op regionaal niveau. Binnen de kopgroep van het Zorgpact zijn in oktober 2016 44 koplopers beschreven. Koplopers zijn voorbeelden van een hechte samenwerking tussen zorg en welzijn en opleidingen. Enkele van deze voorbeelden (koplopers) zijn als illustratieve praktijk opgenomen bij het tweede advies.

Naast de illustratieve praktijken van de broedplaatsen en de koplopers van het Zorgpact zijn er in het land nog vele andere vernieuwende initiatieven. Daaruit een aantal sprekende voorbeelden opgenomen bij het advies.

⁸ Staveniuter M, Nederland T, Chorus A. Toekomstgerichte vernieuwing in zorg en welzijn. Samenwerken in een gebiedsgerichte aanpak. Geleerde lessen 1.0. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut; 2016.

De beschreven illustratieve praktijken bevatten één of meer van de volgende kenmerken:

- In de praktijken staan het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers centraal.
- Er wordt verbinding gelegd tussen zorg en welzijn en met andere domeinen (bijvoorbeeld wonen en werken) en partijen (bijvoorbeeld gemeente en zorgverzekeraar).
- De praktijken zijn gericht op nieuwe vormen van (samen) werken, leren en opleiden.
- In de praktijken wordt technologie ingezet en/of ontwikkeld ten behoeve van vernieuwende vormen van zorg, welzijn en onderwijs.
- Er wordt gewerkt aan of er is reeds gebouwd aan een duurzame, brede inbedding van de praktijk.

Naast de inhoudelijke kenmerken is bij de selectie van de goede praktijken ook rekening gehouden met spreiding over domeinen en opleidingen en complementariteit. Het was niet de bedoeling om zoveel mogelijk praktijken te identificeren, maar om een aantal sprekende voorbeelden te laten zien.

Hoofddijnen tweede advies

Kort na het uitbrengen van het eerste advies is met opleiders, die betrokken waren bij de totstandkoming ervan, een onderwijsbijeenkomst georganiseerd. Daar zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- Mbo, hbo en wo (initieel en post-initieel) buigen zich gezamenlijk over de contouren van de opleidingen die in 2030 nodig zijn op basis van het eerste advies.
- Onderwijs is gecentreerd rond de zorg- en begeleidingsvragen van burgers.
- Onderwijs wordt multidisciplinair en interprofessioneel ontwikkeld en uitgevoerd in één opleidingscontinuüm; de leerlijnen lopen door de opleidingslagen en beroepskolommen heen.
- Ook het primair en voortgezet onderwijs spelen een rol in het bevorderen van gezond leven van burgers.

In augustus 2015 is een brainstormsessie gehouden met betrokkenen bij zorg, welzijn en opleidingen. In september 2015 zijn bijeenkomsten in de broedplaatsen (Friesland, Amsterdam-Amstelveen, Rotterdam en Heerlen) georganiseerd. De resultaten uit deze bijeenkomsten hebben geleid tot de formulering van de uitgangspunten en hoofddijnen, die zijn voorgelegd in drie regionale bijeenkomsten in november 2015, respectievelijk in Zwolle, Den Bosch en Amsterdam en aan een gezamenlijke landelijke werkdag met het Zorgpact op 2 december 2015. De resultaten uit de verschillende bijeenkomsten zijn verwerkt en de hoofddijnen zijn uitgewerkt in het voorliggende advies.

Advieswebsite www.opleidenvoor2030.nl

Om de toegankelijkheid van het advies en de achtergronddocumenten te vergroten heeft de commissie gekozen voor een digitale vorm en opbouw die het mogelijk maakt om het advies op verschillende manieren te ontsluiten en te kunnen doorklikken. De website opleidenvoor2030.nl is samen met de Argumentenfabriek ontwikkeld. In vier werksessies zijn de kernboodschappen geformuleerd en de vraag beantwoord wat dat betekent en voor wie.

Elke hoofdlijn is als volgt opgebouwd:

- De kernboodschap
- Wat betekent dit voor ons (burgers, professionals, etc.)
- Hoe kan het eruit zien (illustratieve praktijken en voorbeelden van toepassingen)?

Bij hoofdlijn 1 en 2 is ook de vraag beantwoord wat het verschil is met de bestaande situatie.

Leerpraktijken jeugd en ouderen

Gekoppeld aan de visie op leren en opleiden, beschreven in het tweede advies, zijn twee voorbeelden uitgewerkt: [leerpraktijken voor jeugd en voor de ouderen](#). Deze zijn ontworpen tijdens een brainstorm en een workshop samen met professionals uit zorg, welzijn en onderwijs die op elk van de gebieden goed thuis zijn, en daarna besproken in expertbijeenkomsten. Deze interactieve werkwijze leverde behalve draagvlak veel nieuwe inzichten en discussies op, die ook weer zijn verwerkt in de tekst van de leerpraktijken. Het doel van de leerpraktijken is om aan de hand van praktijksituaties ('kenmerkende' situaties) te ervaren hoe je kunt kijken door de bril van functioneren en leren. Daarmee willen we opleiders/ontwikkelaars in zorg en welzijn inspireren leertrajecten te ontwerpen die uitgaan van de hoofddijnen van het advies.

Overzicht Bijeenkomsten

- 15-04-2016 Onderwijsbijeenkomst (moderator: M. Kaljouw)
- 25-08-2016 Brainstormbijeenkomst (moderator H. de Jong)
- 01-09-2015 Broedplaats bijeenkomst Amsterdam (moderator S. Schalkwijk)
- 02-09-2015 Broedplaats bijeenkomst Friesland (moderator K. Boonstra)
- 10-09-2015 Broedplaats bijeenkomst Rotterdam (moderator M. van Alderwegen)
- 06-11-2015 Regiobijeenkomst Zwolle (moderator K. Boonstra)
- 09-11-2015 Regiobijeenkomst Den Bosch (moderator E. van Rossum)
- 11-11-2015 Regiobijeenkomst Amsterdam (moderator G. Croiset)
- 08-12-2015 Landelijke werkdag samen met het Zorgpact
- 15-02-2016 Ontwerpsessie Leerpraktijken ouderen (moderator A. Grotendorst)
- 05-04-2016 Expertbijeenkomst Leerpraktijken ouderen (moderator P. Roodbol)
- 18-04-2016 Brainstormbijeenkomst Jeugd/ggz (moderator C. Veldhuizen)
- 24-05-2016 Ontwerpsessie Jeugd/ggz (moderator J. van Alten)
- 21-06-2016 Expertbijeenkomst Jeugd/ggz (moderatoren A. Grotendorst en J. van Alten)

Bijlage 2: Begrippenlijst

Appreciative inquiry

Waarderend onderzoek. Een methode om samen te onderzoeken wat werkt in plaats van wat niet goed gaat, gericht op (organisatie) ontwikkeling en het creëren van positieve betrokkenheid.

Arrangementen

Een samenhangend aanbod, gebaseerd op de zorg- of hulpvraag, met als inzet het bevorderen van het functioneren, de veerkracht en eigen regie van een burger en diens netwerk.

Bekwaamheid

Zie competentie.

Blended care

Zorg en hulp, zowel via direct, persoonlijk contact, als tijd- en plaatsonafhankelijk via internet of mobiele technologie (bijvoorbeeld eHealth).

Blended learning

Een combinatie van contactonderwijs en online leren. Dus zowel plaats- en tijdgebonden als plaats- en tijdonafhankelijk.

Burgers

Zowel individuele als groepen van burgers en zowel gebruikers van zorg als mantelzorgers, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen.

Chronische aandoeningen

Aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lang beloop.

Civiel effect

Wanneer een diploma voldoet aan de daarvoor in wet of regeling gestelde eisen.

Co-creatie

Vorm van samenwerking, waarbij deelnemers een evenredige invloed hebben op een proces en het resultaat daarvan.

Competentie

Combinatie van kennis, vaardigheden en houding, die een beroepsbeoefenaar nodig heeft om adequaat te kunnen handelen in kenmerkende praktijksituaties.

Continuüm van bekwaamheden

Een samenhangend en doorlopend geheel van bekwaamheden die gericht zijn op de zorg- en hulpvraag.

Digitale geletterdheid

Een combinatie van computational thinking, mediawijsheid en informatievaardigheden.

- Computational thinking: creatief denken over het inzetten van digitale instrumenten om een probleem op te lossen.
- Mediawijsheid: het bewust, kritisch en actief inzetten van alle beschikbare media – digitaal en analoog – om optimaal te kunnen deelnemen aan de wereld om ons heen.
- Informatievaardigheden: vaardigheden die helpen bij het zoeken, vinden, beoordelen, selecteren en op een ethische wijze verwerken van informatie.

Domotica

Toepassingen van technologie in en om huis.

eHealth

Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, met name internet, om de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of verbeteren.

Eigen regie

Het fysieke, psychische en sociale vermogen zelf sturing te geven aan het leven. Andere veelgebruikte termen zijn: zelfregie, zelfmanagement, autonomie en zelfbeschikking.

Eigen verantwoordelijkheid

Hetgeen burgers zelf moeten en mogen doen.

Empowerment

Een proces gericht op het vergroten van de bewustwording, op het maken van keuzes en op het vermogen van individuen, organisaties en gemeenschappen om deze keuzes om te zetten in gewenste acties en uitkomsten.

Employability

Bekwaamheid van een individu om haar of zijn eigen weg te zoeken op de arbeidsmarkt (ook: inzetbaarheid).

Entrustable Professional Activities (EPA's)

EPA's zijn de activiteiten die aankomend professionals zelfstandig kunnen uitvoeren, zonder begeleiding of supervisie. Beoordeling van de bekwaamheid heeft geleid tot vertrouwen (trust) in het kunnen van de lerende. EPA's zijn ieder gekoppeld aan meerdere competenties.

Erkenning van verworven competenties (EVC)

Een systeem om kennis en kunde die hoe en waar dan ook is opgedaan (op het werk of in de vrije tijd) te erkennen.

Externe consistentie

Een voldoende mate van overeenstemming tussen opleiders onderling en tussen opleiding, professionals en leidinggevendenden over inhoud en vorm van leertrajecten in de zorg- of welzijnsorganisaties.

Formatief

Begeleiden en evalueren van het leerproces.

Formeel leren

Leren in georganiseerde leertrajecten, die leiden tot een kwalificatie: een diploma of certificaat met civiel effect.

Functioneren

In staat zijn om, zelf of met hulp van het sociaal netwerk, hulpmiddelen zoals technologie, activiteiten te verrichten die van betekenis zijn voor de persoon, in zijn of haar leefomgeving.

Gezondheidsvaardigheden

Cognitieve, psychische en sociale vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te vinden, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen.

Health tutorial

Digitaal zelfstudieprogramma of –video op het gebied van gezondheid.

Informeel leren

Leren dat zich min of meer spontaan afspeelt in omgevingen die niet rond leren zijn georganiseerd, zoals in de werkpraktijk, met een duidelijk sociaal aspect en altijd verbonden met leren van anderen.

Integraal

Allesomvattend of volledig. In een integrale benadering staat de persoon in relatie tot zijn directe leef-omgeving centraal.

Interne consistentie

Een logische samenhang tussen de verschillende onderdelen van een leertraject of curriculum.

Interprofessioneel leren

Twee of meer disciplines leren over, van en met elkaar, om een effectieve samenwerking mogelijk te maken om gezondheidszorg en welzijn te verbeteren.

Kenmerkende praktijksituaties

Situaties waarin beroepsbeoefenaars zich gesteld zien voor professionele opgaven of dilemma's, gebruikmakend van hun specifieke kennisbasis en die van andere professionals om bewuste afwegingen te maken omtrent de aanpak van de situatie.

Ook wel aangeduid als 'kritische' situaties. Echter de term 'kritisch' wordt vaak verward met 'kritiek' of 'acuut'.

Kennisproductiviteit

De vaardigheden (ook wel 'leerfuncties') om te leren, kennis te ontwikkelen en te delen in teams en organisaties, noodzakelijk voor de continue verbetering van de kwaliteit van de dienst-, hulp- en zorgverlening.

Leefwereld

De sociale, culturele en etnische achtergrond van burgers.

Leervaardigheden

Algemene vaardigheden om wendbaar en weerbaar om te gaan met onzekere en snelle ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en in de samenleving.

Leercultuur

Opvattingen over werken, leren en daarmee samenhangende waarden en normen in een team of een organisatie.

Lerend vermogen

In staat zijn te leren van kennis, ervaringen en reflectie daarop en het geleerde kunnen toepassen in nieuwe situaties. Anticiperen op toekomstige ontwikkelingen. Betreft zowel het leren van individuen, teams als organisaties.

Massive Open Online Courses (MOOC)

Een cursus, ingericht op massale deelname, waarbij het cursusmateriaal gratis wordt verspreid over het web en de deelnemers dus niet aan een locatie gebonden zijn.

Multidisciplinaire samenwerking

Samenwerking tussen professionals met verschillende bekwaamheden in een team waarbij men in samenspraak en met gedeelde verantwoordelijkheid een gemeenschappelijke visie en een doelgerichte aanpak ontwikkelt.

Multimorbiditeit

Het optreden van meer dan één (chronische) aandoening in één individu tijdens een bepaalde periode.

Non-formeel leren

Georganiseerde leertrajecten die zich in een ander verband dan het formele onderwijs afspelen (bijvoorbeeld een incompany functiegerichte training, of een bijscholing georganiseerd door een beroepsvereniging).

Opleidingscontinuüm

Een op het beroepencontinuüm aansluitend en op elkaar afgestemd doorlopend continuüm van opleidingen voor zorg en welzijn: mbo – hbo – wo, postinitieel.

Participeren

In staat zijn tot deelname aan het maatschappelijk leven.

Positieve gezondheid

Het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.

Psychische aandoening

Een beperking in functioneren of participeren als gevolg van een stoornis in denken, voelen, willen, oordelen en/of doelgericht handelen.

Psychosociale problemen

Psychische problemen die samenhangen met participatie in het dagelijks functioneren; eenzaamheid, angst en somberheid.

Robotica

Praktische toepassingen van robots ter ondersteuning van het dagelijks handelen.

Self Health

Gepersonaliseerde hulp en zorg met behulp van technologie.

Serious gaming

Spelvorm, bedoeld om te leren, het bewerkstelligen van gedragsveranderingen of het versterken van samenwerking.

Summatief

Beoordeling van het leerresultaat.

Telemedicine

Het leveren van medische zorg op afstand door gebruik te maken van communicatietechnologieën om zorgaanbieders en patiënten die zich op verschillende locaties bevinden met elkaar te verbinden

Veerkracht

Het vermogen van (groepen) burgers om lichamelijk, psychisch en sociaal te anticiperen, te reageren op en zich aan te passen aan een voorspelbare of onvoorspelbare gebeurtenis of verandering in de context van de persoonlijke leefwereld.

Virtual learning community

Een online leernetwerk van individuen met gedeelde interesses en gemeenschappelijke doelen.

Zelfmanagement

In de context van zorg zodanig kunnen omgaan met een chronische aandoening dat deze optimaal wordt ingepast in het leven.

Zelfredzaamheid

Het vermogen van (groepen) burgers om zichzelf te redden op alle levensterreinen, met zo min mogelijk professionele ondersteuning.

Zelfregulering

Het vermogen om actief aandacht te reguleren om de gewenste doelen goed en effectief te kunnen bereiken.

Bijlage 3: Lerend vermogen

Inleiding

Kennis veroudert steeds sneller en permanent samen leren in teams, organisaties en netwerken draagt bij aan een betere aansluiting bij de veranderende hulp- en zorgvragen. Dit geldt in het bijzonder voor het leren en werken met technologie die zich spectaculair ontwikkelt. Dit vraagt om permanent te leren, zodat vernieuwingen snel worden opgepakt en ingevoerd. Lerend vermogen staat hierbij centraal. In het tweede advies speelt het concept 'lerend vermogen' een centrale rol bij het opleiden van (toekomstige) professionals. In deze bijlage wordt het concept 'lerend vermogen' besproken in relatie tot het werk: leren van professionals, teams, organisaties en netwerken.

Lerend vermogen van professionals

Passend bij de hoofdlijnen van dit advies is een visie op leren en lerend vermogen die vooral gevoed wordt door het pragmatisme, het sociaalconstructivisme en het connectivisme (Sauquet, 2004).

Leren door doen en van ervaringen: pragmatisme

In deze visie leren mensen door in het werk concrete ervaringen op te doen en daarop te reflecteren. Het pragmatisme is een reactie op de 'verschoolsing' van het leren en brengt het leren (weer) naar de werkplek. Daar leren studenten en professionals door te doen en door antwoorden te vinden op vragen die aan het werk zijn gerelateerd. Kolb (1984) is met zijn ervaringsleren een representant van deze stroming, die niet meer weg te denken is uit het onderwijs. De beroepspraktijk en leren op de werkplek neemt in vrijwel alle beroepsopleidingen een belangrijke plaats in. Hoe kleiner de afstand tussen opleiding en praktijk, hoe kleiner de scheiding tussen doen en denken, wat een positieve invloed heeft op het lerend vermogen.

Leren door samenwerken, in verbinding: gesitueerd leren, sociaalconstructivisme

Leren is een sociaal en situationeel proces. Kennis en bekwaamheid zijn het resultaat van interactie tussen personen en ontstaat als mensen bereid zijn kennis te delen, te expliciteren en samen verder te ontwikkelen. De kwaliteit van de interactie is bepalend voor de kwaliteit van leren. Zowel voor formeel, non-formeel als informeel leren is deze benadering van belang.

Werk krijgt steeds meer het karakter van kenniswerk. Professionals werken enerzijds autonoom, anderzijds juist veel meer in netwerken, community's (Wenger, 2002). Het leren komt dicht bij of in het primaire werkproces te liggen.

Leren door netwerken en het leggen van verbindingen: connectivisme

Het connectivisme bouwt voort op het sociaalconstructivisme, met aandacht voor de effecten van de technologie op het leren in het digitale tijdperk. Mensen leren het beste door onderlinge verbanden te zien. Dit wordt steeds belangrijker, omdat er een overdaad aan informatie en kennis beschikbaar is, vooral via internet en social media. Om die informatie te kunnen filteren en te kunnen selecteren wat van belang is, is het nodig om netwerken te kunnen bouwen tussen bronnen van kennis (Siemens, 2004). Interprofessionele communicatie en communicatie met burgers verloopt steeds vaker via internet en sociale media, lokaal en globaal. Kennis verandert en veroudert snel. Niet alleen wát je kent is van belang maar ook wíe je kent – weten waar en bij wie je de kennis kunt halen.

Lerend vermogen van teams, organisaties en netwerken

Het is noodzakelijk om permanent te investeren in het lerend vermogen van teams en organisaties en om professionals te verleiden tot leren in het werk (Grotendorst et al., 2007). Dat kan door het leerpotentieel van het werk te versterken, dat wil zeggen: vergroten van de mogelijkheden die het werk biedt om te leren. Hoe meer mogelijkheden, hoe groter de kans dat er tijdens het werk wordt geleerd, met als resultaat: bevordering van de kwaliteit en innovatie van het werk. Leren in en van het werk gaat niet vanzelf. Het is belangrijk dat (leidinggevend van) teams zich realiseren dat kennisontwikkeling niet statisch is maar dynamisch en dat een leerklimaat van continu leren daarom noodzakelijk is.

Kennis ontwikkelen en uitwisselen is voor professionals, teams en organisaties van levensbelang – en vooral het productief maken van die kennis voor verbetering van zorg, welzijn en onderwijs. Dat vraagt van professionals, van teams, van leidinggevend en zelfs van de hele organisatie de bekwaamheid om kennis te ontwikkelen en te delen. Die bekwaamheid kan zich alleen maar ontwikkelen en tot bloei komen in een uitnodigende leercultuur.

Genoemde elementen van lerend vermogen: leerpotentieel, kennisproductiviteit en leercultuur zijn hieronder uitgewerkt.

Leerpotentieel van arbeidssituaties

Onstenk (2011) spreekt over het 'leerpotentieel' van het werk, dat wil zeggen: de kans dat er in een arbeidssituatie leerprocessen optreden. Deze kans wordt bepaald door:

- De vakbekwaamheid (door opleiding en ervaring verworven) en het leervermogen van de professional
- De leermotivatie en –bereidheid van de professional
- Het leeraanbod (informeel): brede inhoud, vakmatige uitdaging, nieuwe problemen en methoden, egelmogelijkheden en beslissingsruimte, rijke informatie, feedback en stimulans van collega's en leidinggevende
- Het opleidingsaanbod (formeel en non-formeel): opleiden op de werkplek, participatie in innovatieprocessen, coaching en begeleiding.

Volgens Onstenk bestaat er geen strikte scheidslijn tussen het leer- en het opleidingsaanbod, er is eerder spraken van een continuüm van formeel en informeel leren.

Vaardigheden om samen te leren en kennis productief te maken

De bekwaamheid om te leren, kennis te ontwikkelen en te delen noemt Kessels (2012) 'kennisproductiviteit'. Hij onderscheidt zeven vaardigheden (ook wel: 'leerfuncties') die daarvoor van belang zijn. We lichten ze kort toe door bij elke vaardigheid enkele illustratieve vragen te stellen.

Verwerven van materiedeskundigheid en vakkennis

Is de materiedeskundigheid die we nu en in de nabije toekomst nodig hebben aanwezig in ons team en in onze organisatie? Hoe kunnen we de expertise die we nodig hebben tot ontwikkeling brengen, delen en verspreiden in de organisatie?

Leren oplossen van problemen met behulp van de verworven vakkennis

Welke nieuwe problemen en vraagstukken zullen de komende tijd in ons team en in onze organisatie spelen? Hoe kunnen we de professionals stimuleren om te experimenteren met nieuwe aanpakken en benaderingen om een antwoord te vinden voor de vraagstukken?

Ontwikkelen van reflectieve vaardigheden en metacognities die helpen bij het vinden van wegen om nieuwe kennis op het spoor te komen

Waar in het team, in de organisatie, zit slimheid en leervermogen? Voor welke manier van kennisontwikkeling en –deling hebben we een voorkeur? Hoe kunnen we ons repertoire op dit gebied uitbreiden?

Verwerven van communicatieve en sociale vaardigheden die toegang verschaffen tot het kennisnetwerk van anderen en die het leerklimaat van een werkomgeving veraangenamen

Hoe kunnen we de communicatie met collega's en andere professionals zo inrichten dat wij kennis uitwisselen en samen verder ontwikkelen?

Verwerven van vaardigheden voor het reguleren van motivatie, drijfveren en emoties en affecties rond werken en leren

Wat is voor elke professional, voor ieder teamlid betekenisvol werk, waar lopen zij warm voor? Hoe kunnen we daarvoor ruimte bieden in het dagelijks werk? Hoe kunnen wij gemotiveerd blijven, ook als het tegenzit? Uit onderzoek van Verdonschot (2009) blijkt dat persoonlijke gedrevenheid een cruciale factor is voor succesvolle innovatieprojecten.

Bevorderen van rust en stabiliteit, zodat reflectie, verdieping, cohesie en synergie mogelijk zijn

Hoe kunnen we momenten van rust creëren om te reflecteren en leerervaringen te delen? Hoe kunnen we nieuw ontwikkelde kennis integreren in onze manier van werken?

Veroorzaken van creatieve onrust die aanzet tot innovatie

Wat zijn voor ons team en onze organisatie de cruciale vraagstukken waarvoor we nieuwe benaderingen en werkwijzen nodig hebben? Wie lopen er warm voor deze vraagstukken en hoe kunnen we hen ondersteunen bij het ontwikkelen van nieuwe kennis en het vinden van nieuwe wegen?

Deze vaardigheden zijn niet alleen van belang voor hoogopgeleide professionals maar voor alle medewerkers in een organisatie. Het gaat om het versterken van het lerend vermogen op alle niveaus.

Een uitnodigende leercultuur

Professionals die veel met elkaar te maken hebben bouwen iets met elkaar op. Vanuit bepaalde waarden en normen benaderen ze de dagelijkse werkpraktijk. Opvattingen over werken, leren en daarmee samenhangende waarden en normen vormen samen de leercultuur in een team of een organisatie. Professionals die zich verbonden voelen met de organisatie en met collega's zijn eerder bereid zich in te zetten bij veranderingen en voor innovatie van het werk. Als het uiten van emoties is geaccepteerd, is het makkelijker om in gesprek te gaan over problemen in het werk. En wie zich gesteund weet door collega's en leidinggevenden zal eerder met nieuwe ideeën komen.

Volgens Sprenger (2001) gaat het bij leercultuur om vier aspecten:

- De mate waarin professionals zich kunnen identificeren met de organisatie (vertrouwen, verbondenheid, respect, op de hoogte van wat er speelt)
- De wijze waarop men omgaat met verschillen tussen mensen (fouten en successen bespreekbaar, ruimte voor emoties, openheid voor reacties en feedback)
- De ruimte die professionals hebben om de eigen invloed te vergroten (inbreng, zeggenschap en betrokkenheid, contact met veel verschillende professionals)
- De mate waarin men openstaat voor nieuwe ideeën en experimenten (ruimte voor uitproberen, interesse in ideeën en suggesties).

De leercultuur is niet altijd makkelijk boven water te krijgen. Het is de diepste laag in een team of een organisatie waarin de waarden, normen, emoties en overtuigingen zich bevinden – vaak impliciet en onuitgesproken en tegelijk van grote invloed. Hoe opener hierover gesproken kan worden, hoe beter de voorwaarden zijn om te leren en kennis te ontwikkelen.

Hoe groter het leerpotentieel van het werk, de vaardigheden om kennis productief te maken en hoe uitnodigender de leercultuur – hoe groter het lerend vermogen van teams en organisaties

Bronnen

- Grotendorst A, Aken I van, Sino C, Veldhuizen B van, redactie. Verleiden tot leren in het werk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2007.
 - Kessels JWM. Het Corporate Curriculum. In: Ruijters M, Simons PRJ, redacteurs. Canon van het leren. 50 concepten en hun grondleggers. Deventer: Kluwer; 2012.
 - Kolb DA. Experiential learning. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
 - Onstenk J. Ontwikkelen van bekwaamheden tijdens het werk. Handboek human resource development. Organiseren van het leren. In: Kessels JWM, Poell R, redactie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2011.
 - Ruijters M, Simons RJ, redactie. Canon van het leren. 50 concepten en hun grondleggers. Vakmedianet Management B.V. Wolters Kluwer business; 2012
 - Sauquet A. Learning in organizations. Schools of thought and current challenges. In: Boonstra JJ, editor. Dynamics of Organizational Change and Learning. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.
- Siemens G. A learning theory for the digital age, 2004. <http://www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm>

- Sprenger CC. Leerpraktijken. Lerend werken aan organisatieverandering. Alphen aan den Rijn: Samsom; 2001.
- The Theory Into Practice Database: <http://www.instructionaldesign.org/theories/>
- Verdonschot SGM. Learning to innovate: a series of studies to explore and enable learning in innovation practices [proefschrift]. Universiteit van Twente; 2009.
- Wenger E. Communities of practice. Learning, meaning and identity. Cambridge University Press; 2002.

Bijlage 4: Illustratieve praktijken

Hoofdpijn 1 Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers centraal

Broedplaats Amsterdam – Amstelveen

1.1

BigMove: mensen versterken in hun functioneren

BigMove Institute is een kennis- en zorginstituut dat opleiding, advies en interventies aanbiedt om mensen te versterken in hun functioneren, uitgaande van het eigen oordeel over het functioneren.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

BigMove is in 2003 ontstaan in Gezondheidscentrum Venserpolder Amsterdam.

Doel(en)

BigMove is bedenker en ontwikkelaar van de visie 'Van Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag (GG)'. BigMove biedt een GGZ-programma en een GG-methodiek voor wijk en eerstelijns teams. In de aanpak wordt gebruik gemaakt van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Er is een ICF-app ontwikkeld die deelnemers inzicht geeft in het eigen functioneren en ruimte biedt om de voor hen relevante doelen te stellen.

Bron

[Big Move \(Amsterdam\)](#)

Broedplaats Friesland

1.2

Sociale wijkteams: samen doen wat nodig is

Amaryllis ondersteunt mensen die achterop zijn geraakt of dreigen te raken en daardoor niet (meer) volledig mee kunnen doen in de maatschappij. Het doel: 'Iedereen een stap vooruit'.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Sinds 1 januari 2015 is Amaryllis werkgever van 150 sociaal werkers die in de gemeente Leeuwarden werken in negen sociale wijkteams.

Doel(en)

Amaryllis biedt studenten een uitdagende leeromgeving, met veel eigen verantwoordelijkheid binnen de diverse sociale wijkteams. Studenten worden bewust niet geïntegreerd in de bestaande teams om ze zo onbevangen mogelijk te laten werken. De studententeams vormen een soort living lab, waarbij leermomenten uit deze teams door de hogescholen worden vertaald in het curriculum. Op deze manier wordt het curriculum rechtstreeks ontwikkeld vanuit de praktijk.

Bron

[Amaryllis \(Friesland\)](#)

Broedplaats Heerlen

1.3

Digitaal wijkportaal: verbinding en ondersteuning

In twee wijken in Heerlen is een digitaal wijkportaal geïntroduceerd om wijkbewoners met elkaar en aan ondersteunende zorg- en welzijnsdiensten te verbinden.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

De gemeente Heerlen, enkele zorgorganisaties (Zuyderland MC, Sevagram en Mondriaan), Expertisecentrum voor innovatieve zorg en technologie (EIZT) en ROC Arcus College hebben het initiatief genomen voor dit wijkportaal. Er is een groot aantal andere partijen betrokken zoals (buurtcomités, verenigingen, ouderenbonden, andere zorgorganisaties).

Doel(en)

Het portaal bevat onder andere informatie over wijkactiviteiten, aanbod van professionele en vrijwilligersdiensten en een marktplaats voor vraag en aanbod van informele zorg (WeHelpen). Ook zijn er diverse zorg- en zelfmanagement hulpmiddelen opgenomen, onder andere voor medicatiebeheer. De centrale regie over het portaal ligt bij de wijkbewoners. Met het portaal wordt beoogd om wijkbewoners meer met elkaar te verbinden en kwetsbare groepen te ondersteunen in hun zelfredzaamheid en participatie. Zo wordt ondermeer gevolgd wat de impact van het platform is op thuiswonende ouderen.

Bron

[Digitaal wijkportaal \(Heerlen\)](#)

Broedplaats Rotterdam

1.4

Samen één in Feijenoord: de leefwereld van burgers centraal

Organisaties in de wijk versterken de gezondheid en kwaliteit van leven van de wijkbewoners binnen het eigen netwerk en de eigen leefomgeving.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Samen één in Feijenoord is sinds 2007 een actief netwerk van 35 organisaties in de sectoren zorg, welzijn, wonen en onderwijs in het gebied Feijenoord in Rotterdam-Zuid.

Doel(en)

Door de samenwerking van deze organisaties worden zorg en ondersteuning op een zodanige manier georganiseerd dat de leefwereld van burgers centraal staat. Daarnaast worden er verbindingen gelegd tussen zorg, welzijn, wonen en participatie. Deze samenwerking heeft onder andere geleid tot de oprichting van het praktijkhuis t Slag. Dit is een initiatief van Samen één in Feijenoord, Pameijer, het Albeda College en alle huurders van t Slag. Vanaf september 2014 zijn cliënten van Pameijer actief in het Praktijkhuis. De cliënten worden in hun werkzaamheden begeleid door leerlingen van het Albeda College. Studenten van de opleiding Pedagogisch Werk en Medewerker Maatschappelijke Zorg leren zowel op school als in de praktijk hoe zij ondersteuning kunnen bieden aan kwetsbare doelgroepen.

Bron

[Samen één in Feijenoord \(Rotterdam\)](#)

Hoofdpijn 2 Burgers ontwikkelen van jongs af aan leer- en gezondheidsvaardigheden

Broedplaats Amsterdam – Amstelveen

2.1 Buurtcoöperatie: de kracht van het sociale netwerk

Het functioneren van burgers in eigen sociale netwerken staat centraal bij de Buurtcoöperatie Oostelijk Havengebied te Amsterdam.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

De Buurtcoöperatie Oostelijk Havengebied, opgericht op 1 april 2015, is een initiatief van een groep buurtbewoners. De Buurtcoöperatie OHG wil zoveel mogelijk subsidieonafhankelijk zijn, maar zonder de startsubsidie van stadsdeel Amsterdam Oost zou dit initiatief niet mogelijk zijn.

Doel(en)

De Buurtcoöperatie OHG stimuleert en ondersteunt initiatieven vanuit de buurt en faciliteert activiteitenruimtes. Bij de gezamenlijke maaltijden, de zogenaamde Eettafels, ontstaan ideeën en worden plannen gemaakt. Als wonen, werken, ontspanning en zorg bij elkaar aansluiten, kan burenhulp daar op een natuurlijk manier inpassen. Bewoners nemen zelf regie over hoe zij wonen, werken en leven in de buurt. Sinds januari 2016 beheert de buurtcoöperatie ook een ruimte voor de buurt, de Eester. Een plek waar bewoners elkaar kunnen ontmoeten en waar bewoners en zzp'ers uit de buurt activiteiten kunnen ontplooiën.

Ander initiatief is de BuurtBel, waarbij het gaat om verbinding van informele en formele zorg en dan met name zorg op afroep. De BuurtBel is gericht op het creëren van netwerken rondom een bewoner met een hulpvraag waarbij de eigen regie centraal staat.

Bron

[Buurtcoöperatie Oostelijk Havengebied \(Amsterdam\)](#)

Broedplaats Friesland

2.2 De School als Werkplaats: veerkrachtige studenten

De School als Werkplaats is ontwikkeld om studenten te versterken in hun functioneren zodat schooluitval wordt voorkomen.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

De School als Werkplaats is een initiatief van het Friesland College, in de gemeente Leeuwarden. Tevens is er een nauwe samenwerking met diverse instellingen in de regio.

Doel(en)

De School als Werkplaats is een werkwijze binnen het ROC Friesland College en biedt studenten laagdrempelige toegang tot hulpverleners als preventief middel voor schooluitval. Hulpverleners hanteren een integrale benadering en stellen de student en diens behoeften centraal. Een team van hulpverleners uit diverse disciplines zijn dagelijks aanwezig op school en in de klas om studenten en docenten te ondersteunen. De School als Werkplaats voorkomt niet alleen schooluitval onder leerlingen, maar zorgt ook voor de de-escalatie van zorg-, welzijns- en woonproblemen door voegsignalering en via informele gesprekken met en adviezen voor de student.

Bron

[De school als werkplaats \(Friesland\)](#)

Elders

2.3 Begrijp je Lichaam: gezondheidsvaardigheden versterken

Met Begrijp je Lichaam zijn professionals beter in staat hun voorlichting af te stemmen op patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en/of patiënten die onvoldoende kunnen lezen en schrijven.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Begrijp je Lichaam is ontwikkeld door het voormalige Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO), Pharos, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Oefenen.nl en Stichting Lezen & Schrijven, in samenwerking met laaggeletterde patiënten, huisartsen en praktijkondersteuners. Samen met leerlingen van het ROC Mondriaan is het materiaal uitgetest.

Doel(en)

Begrijp je Lichaam is een website met eenvoudige afbeeldingen en teksten over het menselijk lichaam en veelvoorkomende klachten. De website is een digitale voorlichtingsmap, bestemd voor gebruik in de zorg en preventie. Voorlichting kan zo beter worden afgestemd op patiënten met lage gezondheids-, lees- en schrijfvaardigheden. Deze patiënten missen vaak basiskennis over hun eigen lichaam, over veelvoorkomende klachten en over behandelmethoden. Hierdoor begrijpen zij niet wat de huisarts zegt en waarom er bepaalde adviezen worden gegeven.

Bron

[Begrijp je Lichaam](#)

2.4 Gezonde taal: omgaan met laaggeletterdheid

Project Gezonde Taal is erop gericht om enerzijds de begeleiding van patiënten die laaggeletterd zijn of lage gezondheidsvaardigheden hebben, te verbeteren en anderzijds geletterdheid bij medewerkers te bevorderen.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

UMC Utrecht, afdeling zorgcommunicatie

Doel(en)

Bij het project Gezonde Taal kiest het UMC Utrecht voor een tweesporenbeleid. Voor medewerkers 'Taal op de werkvloer' en voor patiënten 'Vertel het ons'. Beiden met een verschillende aanpak, maar met hetzelfde doel: mensen kansen bieden om mee te doen en zich te blijven ontwikkelen. Medewerkers die moeite hebben met lezen of schrijven krijgen een taaltraining op maat. Daarnaast krijgen alle medewerkers trainingen 'Schrijven in begrijpelijk Nederlands' aangeboden.

Uitgangspunt van het traject is laaggeletterde patiënten meer grip te geven op (de gevolgen van) hun ziekte en daarmee kansen op verbetering van de gezondheid te vergroten. In de aanpak 'vertel het ons' worden middelen ontwikkeld om laaggeletterde en laag gezondheidsvaardige patiënten te begeleiden. Daarnaast wordt de organisatie van zorg zodanig aangepast dat deze ook voor deze groep mensen toegankelijk is. Om de communicatie tussen de medewerkers en patiënten en hun naasten te bevorderen, is een toolkit ontwikkeld, waarmee in eerste plaats wordt ingezet op bewustwording bij medewerkers. Daarnaast krijgen medewerkers concrete handvatten om laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden te herkennen en bespreekbaar te maken.

Bron

[UMC Utrecht \(Utrecht\)](#)

2.5

De Grootfamilieschool: de kracht van het collectief bij gezond opgroeien

De Grootfamilieschool richt zich vooral op het verbeteren van kansen en resultaten van kinderen en jongeren in het onderwijs, de arbeidsmarkt en het maatschappelijk geluk. Een Grootfamilie is een vierde generatie familie met familieleden in moeder- en vaderland aangevuld met 'Hollandse'9 en ander etnische burenen.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

De Grootfamilieschool is in september 2016 als pilot geopend door de Stichting Westelijke Tuinsteden (totaal 15 basisscholen) in Amsterdam Nieuw-West.

Doel

Op de Grootfamilieschool leren leden van de Grootfamilie, hun 'Hollandse' en etnische burenen te werken met de Stap voor Stap methode (Steinmetz en Van den Berg, 2015). De deelnemers op deze Grootfamilieschool worden competentiegericht opgeleid tot Grootfamiliecoach. Zij begeleiden kinderen en jongeren samen met leerkrachten van basisscholen en professionals uit wijkteams, zoals het Ouder- en Kind team en buurtorganisaties. De Grootfamilieschool besteedt ook aandacht aan het ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden om ervoor te zorgen dat leden van de Grootfamilie, hun 'Hollandse' en etnische burenen een betere aansluiting vinden bij welzijn en zorg.

Bron

[Achtergrondnotitie bij het advies Grootfamilieschool "De Grootfamilieschool te Amsterdam Nieuw-West: een welzijn- en zorgopleiding voor Grootfamilie coaches"](#)

2.6

Jongeren op gezond gewicht: een integrale aanpak

JOGG is een integrale en effectieve aanpak binnen een gemeente om jongeren op gezond gewicht te houden of te brengen.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Het Convenant Gezond Gewicht is een samenwerkingsverband van in totaal 27 partijen afkomstig van (rijks- en lokale) overheden, het bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. JOGG is een deelprogramma van het Convenant Gezond Gewicht. Sinds 2010 wordt de JOGG aanpak in meer dan 109 gemeenten toegepast.

Doel(en)

De organisaties die betrokken zijn bij de JOGG-aanpak zetten zich binnen een gemeente gezamenlijk in om de stijgende trend van overgewicht en obesitas om te zetten in een daling. De aanpak richt zich naast de jongeren (nul tot negentien jaar) ook op hun omgeving (ouders, school, fysieke omgeving etcetera). Het bijzondere aan de JOGG-aanpak is dat publieke en private partijen zowel op landelijk niveau als in de gemeenten samenwerken. Een gemeente betreft in haar aanpak alle aspecten die bijdragen aan het voorkomen van overgewicht en obesitas: educatie, werken, wonen, sociale omgeving, fysieke activiteit, veiligheid van de woon/speelomgeving, gezondheidszorg, sportaanbod en levensmiddelenaanbod. Met de aanpak wordt gezonder eten en meer bewegen gemakkelijker en leuker gemaakt.

Bron

[Jongeren Op Gezond Gewicht](#)

9 De Tweede Kamer heeft de motie 125 van Harabulut en Marcouch aangenomen. In deze motie wordt de regering opgeroepen de woorden allochtoon en autochtoon te schrappen in beleids- en onderzoeksdocumenten. In deze tekst wordt het woord 'Hollandse' gebruikt voor burgers waarvan hun wortels vier of meer generaties lang in Nederland liggen.

2.7 sCOOLsport: gezonde en actieve leerlingen

sCOOLsport is een aanpak van SportZeeland voor basisscholen die structureel werkt aan een gezonde en actieve leefstijl voor leerlingen.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

sCOOLsport is een initiatief van SportZeeland en CIOS Goes.

Doel(en)

sCOOLsport is een door Lokaal Gezond Leven erkende aanpak, waarbij activiteiten en interventies binnen de school structureel beter op elkaar afgestemd worden. sCOOLsport richt zich op vier thema's: elke dag bewegen, gezond gewicht, fysiek-mentale weerbaarheid en motorisch vaardigheden. Binnen de school wordt een sCOOLsport-coördinator aangewezen en een beweegteam samengesteld; zij zijn de karktrekkers binnen de school. Binnen twee jaar is sCOOLsport volledig geïmplementeerd in het schoolbeleid en heeft het een logische plek gekregen binnen de school. Door de stap-voor-stap aanpak kan elke school een eigen aanpak ontwikkelen, waarbij wordt gewerkt aan een gezonde en actieve leerling. Dit alles doet de school in samenwerking met de gemeente en partners en met begeleiding van een consulent sCOOLsport.

Bron

[sCOOLsport \(Zeeland\)](#)

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

Broedplaats Amsterdam – Amstelveen

3.1 Interprofessionele educatie: de ICF als gemeenschappelijke taal

Het Interprofessionele educatie (IPE) programma voorziet interprofessioneel onderwijs in bachelor zorgopleidingen en bachelor en master geneeskunde. Het is een antwoord op de vraag naar interprofessioneel opgeleide professionals en sluit aan bij de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

De Hogeschool van Amsterdam Faculteit Gezondheid en de Universiteit van Amsterdam Faculteit Geneeskunde.

Doel(en)

Het IPE programma heeft als doel zorgprofessionals van de toekomst op te leiden die in teamverband met gedeelde verantwoordelijkheid hun beroepsvaardigheden geïntegreerd inzetten om te komen tot de beste, meest veilige en kostenbewuste zorg voor de patiënt (Triple AIM). Het IPE programma is opgebouwd uit de IK, WIJ en SAMEN fasen waarin de student vanaf de start van zijn opleiding leert hoe zijn professionele rol en verantwoordelijkheden zich verhouden tot andere zorgprofessionals. Daarnaast is er ruime aandacht voor teamfunctioneren. Interprofessionele communicatie vormt een integraal onderdeel van alle fasen. Het International Classification of Functioning (ICF) model wordt gebruikt voor het leren van een gemeenschappelijke interprofessionele taal. De leerdoelen van de verschillende onderwijsmodules zijn gebaseerd op het Canadese raamwerk voor interprofessionele samenwerking (CIHC). De interinstitutionele stuurgroep IPE is verantwoordelijk voor het initiëren, ontwikkelen, proefdraaien en implementeren van dit onderwijs in beide instellingen.

Bron

[Interprofessionele educatie \(Amsterdam\)](#)

3.2

Praktijkroute: permanent leren over functioneren van ouderen in de langdurige zorg.

Zonnehuisgroep Amstelland biedt ouderenzorg in de vorm van begeleiding, ondersteuning en behandeling, waarbij kwaliteit van leven en het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie leidend zijn. De inzet van mantelzorgers bij de zorg voor hun cliënten is een belangrijk onderwerp.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Er is een nauwe samenwerking met het Nova College. Zonnehuisgroep Amstelland onderhoudt daarnaast een nauwe samenwerkingsrelatie met huisartsen, huisartsenposten, andere zorgaanbieders in de regio en ziekenhuizen.

Doel(en)

Zonnehuisgroep Amstelland is een van de praktijkleerroutes van het Nova College. Leerlingen van het Nova College krijgen op een centrale locatie van Zonnehuisgroep Amstelland les van docenten van het Nova College en van docenten van Zonnehuis Amstelland. Bij de praktijkroute volgen studenten vanaf de eerste dag hun opleiding, de lessen en de stage, binnen de organisatie. Door deze vervlechting tussen onderwijs en zorg staat ook in het leren functioneren en eigen regie van de cliënten centraal.

Daarnaast versterken medewerkers elkaars competenties rondom de eigen regierol van hun cliënten door bijscholing te organiseren waarbij groepen divers worden samengesteld (extramuraal werkende medewerkers, intramuraal werkende medewerkers en studenten).

Bron

[Zonnehuisgroep Amstelland \(Amsterdam\)](#)

Elders

3.3

De Zeeuwse Huiskamer: zelfstandig thuis wonen staat centraal

In 'De Zeeuwse Huiskamer' worden huiskamers ingericht waarbij het zelfstandig thuis wonen in meerdere vormen centraal staat.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

De Zeeuwse Huiskamer is een initiatief van Economische Impuls Zeeland, IZZ (zorgverzekeraar) en DELTA (energie en digitale diensten). Diverse bedrijven, overheden en welzijns, zorg-, en kennisinstellingen, welzijnsopleidingen en technische opleidingen in Zeeland zijn bij het project betrokken.

Doel(en)

De Zeeuwse Huiskamer is een project waarbij bewoners en ervaringsdeskundigen behoeften in beeld brengen op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Bedrijven, overheden en zorg-, welzijns- en kennisinstellingen ontwikkelen op hun beurt innovatieve oplossingen voor die behoeften. Binnen het project zijn onder andere enkele fysieke huiskamers waar de partijen samenkomen, bijvoorbeeld in Terneuzen en Goes. Inmiddels worden ook dorpen en wijken als 'huiskamers' gezien en wordt er samengewerkt op diverse themalijnen rondom langer zelfstandig wonen.

Bron

[De Zeeuwse huiskamer \(Zeeland\)](#)

Hoofdlijn 4 De praktijk in het onderwijs en onderwijs in de praktijk

Broedplaats Amsterdam – Amstelveen

4.1

Polifysiek: de verbinding tussen student en patiënt

Polifysiek is de academische werkplaats waar onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg samengaan. Patiënten van het Academisch Medisch Centrum (AMC) ontvangen hier zorg op het gebied van revalidatie en cardiologie.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Het AMC en kenniscentrum ACHIEVE van de Faculteit Gezondheid van de Hogeschool van Amsterdam werken samen in Polifysiek.

Doel(en)

Zorgprofessionals, onderzoekers en studenten werken samen om de zorg zo optimaal mogelijk te laten verlopen, zodat er steeds meer AMC-patiënten kunnen worden behandeld. Het streven is om deze samenwerking uit te breiden.

De Polifysiek is een polikliniek, maar dan anders: een ziekenhuis en de faculteit Gezondheid van de Hogeschool van Amsterdam werken hier intensief samen. In de kliniek behandelen docenten en praktijkbeoefenaars de patiënten. Studenten fysiotherapie, verpleegkunde en oefen- en ergotherapie zijn bij de diagnostiek en behandeling betrokken

Bron

[Polifysiek \(Amsterdam\)](#)

Broedplaats Friesland

4.2

Praktijkroute mbo zorg en welzijn: integreren van onderwijs en praktijk

Het uitgangspunt van de Praktijkroute van het Friesland College is dat studenten gemotiveerder en effectiever leren wanneer ze dit doen vanuit eigen ervaring en in de praktijk.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Het Friesland College ontwikkelt praktijkroutes met bedrijven en instellingen die partners willen zijn en willen samenwerken, leren en innoveren en die onderwijs en praktijk willen integreren.

Doel

Het doel is om leren en werken in de praktijk te integreren. Daarom gaan studenten vanaf de eerste dag van de opleiding aan de slag op de werkvloer bij een van de deelnemende bedrijven. Daar wordt ook het grootste gedeelte van de lessen gevolgd, vaak in de vorm van workshops, colleges en/of zelfstudies. Werknemers van het bedrijf of de instelling en docenten van het Friesland College verzorgen de begeleiding ter plekke. In de loop van de opleiding gaan studenten naar andere bedrijven die een praktijkroute hebben om de kennis en vaardigheden die zij tijdens de opleiding verwerven in verschillende situaties toe te passen en up to date te houden.

Bron

[Praktijkroute Friesland College \(Friesland\)](#)

Broedplaats Heerlen

4.3

Interprofessionele Community of Practice: samenwerking mbo-hbo-wo

In de proeftuin Heerlen is gestart met een 'Interprofessionele Community of Practice' (ICoP), met de focus op ouderenzorg in de wijk.

Initiatienemer(s) en betrokkenen

Op initiatief van de faculteit Gezondheidszorg van Zuyd Hogeschool nemen docenten en studenten van vrijwel alle faculteiten deel aan activiteiten in deze ICoP.

Doel(en)

Om toekomstige (zorg)professionals optimaal te laten functioneren in de sterk veranderende gezondheidszorg is het van belang hen hierop voor te bereiden door interprofessioneel op te leiden. Binnen de faculteit Gezondheidszorg volgen studenten van alle betrokken opleidingen een binnenschools programma. Buitenschoolse (praktijk)opdrachten worden in een Interprofessionele Community of Practice (ICoP) uitgevoerd, in het gebied van de proeftuin Heerlen. De opdrachten worden ingebracht door zorg- en welzijnsorganisaties en andere partners en worden steeds uitgevoerd door studenten van verschillende studiejaar en faculteiten. Naast deze ICoP in de wijk worden vanuit de faculteit Gezondheidszorg twee andere interprofessionele communities ingericht: in een revalidatiekliniek en in een eerstelijns gezondheidscentrum. Deze leeromgevingen bieden tevens de mogelijkheid om de samenwerking tussen studenten en docenten in de mbo-hbo-wo beroepskolom te stimuleren. Inmiddels is dit initiatief structureel ingebed in de curricula.

Bron

[Interprofessioneel opleiden en samenwerken \(Heerlen\)](#)

Elders

4.4

Patiënt als partner in de geneeskundeopleiding

De geneeskundeopleiding van het Radboudumc heeft een koers ingezet voor een curriculum waarbij 'de patiënt als partner' het leidende principe is.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Radboudumc en patiënten

Doel(en)

De patiënt - al dan niet verbonden aan online communities - schuift naar de voorgrond als persoon, maar ook als partner in het zorgproces, onderwijs en onderzoek. Studenten in het nieuwe curriculum worden zo opgeleid dat zij patiënten als partners in de zorg zien, als lid van een team. Bij de ontwikkeling van het curriculum is nadrukkelijk contact gezocht met patiënten om mee te denken en te participeren in het onderwijs. Vanaf het begin van de opleiding worden studenten al in contact gebracht met patiënten, onder andere in de wijk. Daarnaast volgt een student één patiënt voor een langere periode. De docenten zijn verantwoordelijk voor de voorwaarden van deze contacten.

Bron

[Geneeskundeopleiding Radboudumc \(Nijmegen\)](#)

4.5

Wijkleercentra Achterhoek: van en met elkaar leren

Wijkleercentra Achterhoek heeft de ambitie om met school en werkveld nieuwe werkvormen en innovaties te ontwikkelen om studenten te laten kennismaken met de beroepspraktijk.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Wijkleercentra Achterhoek is een samenwerkingsinitiatief tussen het Graafschap College en diverse zorginstellingen en gemeenten uit de Achterhoek en Liemers.

Doel(en)

De werkwijze kenmerkt zich door 'gewoon doen, goed monitoren en zo nodig bijtijds bijstellen'. Er wordt gebruik gemaakt van een hybride leeromgeving waarin studenten in een netwerk van en met elkaar leren. Daarnaast zijn er wijkdocenten aangesteld binnen de wijkleercentra. De wijkdocent is één of meer dagdelen aanwezig bij de instelling, begeleidt de student en zorgt voor de verbinding met andere organisaties in de wijk.

Bron

[Wijkleercentra \(Achterhoek\)](#)

4.6

Zorg Innovatie Centra: zorg en welzijn integreren

In de Zorg Innovatie Centra (ZIC) wordt een leer-werkomgeving gecreëerd die een duidelijke meerwaarde biedt voor het opleiden van studenten in de praktijk en voor het bij- en nascholen van huidige professionals en het ontwikkelen van een lerende organisatie.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Hogeschool Leiden heeft met ziekenhuizen (Alrijne Zorggroep Leiden, Haga ziekenhuis, Amstelland Ziekenhuis), thuiszorg (Zorgbalans, Amstelring) en ouderenzorg (Topaz en WZH) in de regio Zorg Innovatie Centra (ZIC's) opgericht.

Doel(en)

Een ZIC biedt een plek waarin studenten zorg-, management- en onderzoeksvaardigheden op een in de praktijk geïntegreerde manier kunnen oefenen. Daarnaast leidt een ZIC tot betere samenwerking en integratie van medewerkers en studenten binnen een klimaat dat uitnodigt tot innovatie.

Binnen een ZIC kunnen specifieke thema's verder worden uitgewerkt in samenwerking met lectoraten van Faculteit Gezondheidszorg van Hogeschool Leiden. Zo kunnen de ZIC's in de thuiszorg zich specifiek bezighouden met samenwerking tussen mbo- en hbo-professionals binnen zelfsturende teams. Daarnaast is integratie van zorg en welzijn, en samenwerking met andere zorgverleners in de wijk een belangrijk thema. Door de nadrukkelijke verbinding met sociale wijkteams, krijgt samenwerking met gemeenten en afstemming op de wmo-werkplaats vorm.

Bron

[Zorg Innovatie Centra Hogeschool Leiden](#)

Hoofdstuk 5 Consistente en op elkaar aansluitende leertrajecten in een continuüm

Broedplaats Friesland

5.1

Centrum voor Innovatief Vakmanschap Healthy Ageing: innoveren in de ouderenzorg

In het Centrum Innovatief Vakmanschap (CIV) Healthy Ageing werken diverse partijen samen aan sociale innovatie in de ouderenzorg.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

ROC Friese Poort en het Friesland College werken samen met partners in hbo, zorg en bedrijfsleven, met name aan de toepassing van technologie en Informatie en Communicatietechnologie (ICT) in het CIV.

Doel(en)

De zorg staat voor enorme uitdagingen, zoals het toenemend aantal ouderen en het feit dat ouderen langer thuis blijven wonen. Anders werken met nieuwe technologische mogelijkheden en communicatiemiddelen gaan hierbij een belangrijke rol spelen. In diverse zorginnovatie labs wordt gezocht naar slimme toepassingen van techniek en ICT, afgestemd op die toekomstige zorg. Zo gaat men aan de slag met

domotica, nieuwe communicatiemiddelen en games om een 'cross-over' te maken tussen zorg, techniek en ICT. Daarnaast zijn er leerwerkplaatsen waarin studenten en medewerkers van zorginstellingen in hun eigen innovatieve werksituatie ervaring opdoen met de nieuwe manier van werken. 'Learning by doing' is hierbij het nieuwe motto, wat aansluit bij het omgekeerd ontwerpen: beginnen bij de praktijk in plaats van bij feitelijke kennis.

Bron

[Centrum Innovatief Vakmanschap Healthy Ageing \(Friesland\)](#)

Broedplaats Heerlen

5.2

Expertisecentrum voor Innovatieve Zorg en Technologie: technologie als rode draad

Het Expertisecentrum voor Innovatieve Zorg en Technologie (EIZT) wil middels onderzoek, scholing en training bijdragen aan de realisatie van toekomstbestendige (langdurige) zorg, een gezonde zorg economie en het bevorderen van nieuwe bedrijvigheid.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Het expertisecentrum is een initiatief van Zuyd Hogeschool en Fontys Hogescholen. Het centrum werkt nauw samen met ZorgTechniek Limburg (ZTL), de mbo variant van EIZT. ZTL is een initiatief en samenwerkingsverband van drie Limburgse ROCs: Arcus College, Leeuwenborgh Opleidingen en Gilde Opleidingen.

Doel(en)

EIZT wil het aantal professionals vergroten dat in staat is nieuwe zorgconcepten te ontwikkelen en uit te voeren. Ze richt zich daarbij op zowel zorginstellingen als bedrijven. Daarnaast heeft EIZT als doel om met onderzoek een bijdrage te leveren aan een toekomstbestendige zorgpraktijk. Tenslotte wil het centrum het aantal geslaagde, geïmplementeerde vernieuwingen in de zorg verhogen. Technologie loopt als een rode draad door deze doelstellingen.

Bron

[Expertisecentrum voor Innovatieve Zorg en Technologie \(Heerlen\)](#)

Broedplaats Rotterdam

5.3

Nieuw in 010: een goede start

Tweedejaarsstudenten Verloskunde, Pedagogiek en Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (Bachelor Social Work) van Hogeschool Rotterdam worden als buddy-duo ingezet om zwangeren lichte ondersteuning te bieden. Bij dit project staat de zwangere vrouw centraal.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Hogeschool Rotterdam (Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie en Kenniscentrum Zorginnovatie)

Doel(en)

Het project Nieuw in 010 is gericht op Rotterdam-Zuid. Hogeschool Rotterdam zoekt samen met Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie aansluiting bij maatschappelijke thema's op Zuid en werkt aan het oplossen van complexe maatschappelijke vraagstukken, 'wicked problems', op het gebied van wonen, werken, zorg en welzijn, en onderwijs.

Deze 'wicked problems' zijn van invloed op de zwangere vrouw en de ontwikkeling van de baby. Nieuw in 010 is opgericht met als doel het gevoel van welbevinden van de aankomende ouders – als ook het gevoel van capabel ouderschap – te verbeteren. Verder is het uitbreiden van het sociale netwerk van de zwangeren een belangrijk aandachtspunt. Studenten gaan tweewekelijks op bezoek bij de zwangere en verkennen samen met haar de wijk.

Studenten krijgen de kans om te leren samenwerken met een andere beroepsgroep, krijgen meer inzicht in grootstedelijke vraagstukken, zij leren in de rol van buddy echt contact te maken met de zwangere en de waarde van het kennen van de sociale kaart en/of wijknetwerk.

Bron

[Nieuw in 010 \(Rotterdam\)](#)

Elders

5.4

Extra Strong: uitdagende leeromgeving in de verbinding zorg en welzijn

Extra Strong richt zich op de verbetering van de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt. Het veranderende zorg- en welzijnslandschap vraagt andere competenties van toekomstige medewerkers.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

STRONG is een samenwerkingsverband in de Haagse regio. Betrokken zijn : Rotterdam Academy, pen-voerder ROC Mondriaan, gemeente Den Haag, De Haagse Hogeschool, Hogeschool Leiden en diverse zorg- en welzijn organisaties.

Doel(en)

Er wordt een innovatieve opleiding medewerker zorg en welzijn ontwikkeld, die meer ondernemende, preventief werkende en wijkgerichte medewerkers opleidt. Ook wordt een nieuwe leerlijn ontwikkeld en wordt de doorstroom van verpleegkundigen mbo naar hbo bevorderd. Thema's die centraal staan zijn: het bevorderen van de doorstroom, het creëren van een uitdagender leeromgeving in de (langdurige) zorg en de inzet van (zorg)technologie. Tot slot wordt gewerkt aan Online Learning for Life, waarin leren in de praktijk en onderwijs met technologische innovaties centraal staat. Voorbeelden hiervan zijn online coachen en begeleiden van (GGZ) cliënten of de virtual classroom, waarin studenten op school real time lessen volgen vanuit het ziekenhuis.

Bron

[ROC Mondriaan \(Den Haag\)](#)

Zie ook

[3.1 Interprofessionele educatie: de ICF als gemeenschappelijke taal \(broedplaats Amsterdam-Amstelveen\)](#)

[4.3 Interprofessionele Community of Practice: samenwerking mbo-hbo-wo \(broedplaats Heerlen\)](#)

Hoofdlijn 6 Permanent leren in teams, organisaties en netwerken

Broedplaats Friesland

6.1

Formeel en informeel leren in het Huisartsenhospitaal

Het doel van het HuisartsenHospitaal is de cliënt zolang mogelijk thuis te laten wonen. Het Huisartsenhospitaal is erop gericht zorg en behandeling te bieden om de cliënt in een zo goed mogelijke conditie te brengen, zodat men weer spoedig naar huis kan. Functioneren en eigen regie van de cliënt zijn leidend.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Het Huisartsenhospitaal is een initiatief van huisartsen in samenwerking met ZuidOostZorg en valt onder de 1.5-lijnszorg. Wanneer de cliënt wordt opgenomen in het HuisartsenHospitaal blijft de huisarts verantwoordelijk voor de behandeling of het inschakelen van andere specialisten.

Doel(en)

In het Huisartsenhospitaal kunnen cliënten 24 uur per dag worden opgenomen onder regie van de huisarts. De huisarts is verantwoordelijk voor behandeling en ondersteuning van de cliënt. Om de zorg te

ondersteunen heeft ZuidOostZorg een online learning-management systeem opgezet met zorgleerpaden, bestemd voor alle medewerkers. De leerpaden bestaan uit digitale modules waarbij medewerkers zelf de regie hebben over hun leerproces en praktijktoetsen. Naast formeel leren (in georganiseerde, gestructureerde leertrajecten) is er veel aandacht voor informeel leren. Zo worden de medewerkers van het Huisartsenhospitaal regelmatig uitgenodigd om te reflecteren en te evalueren.

Bron

[Huisartsenhospitaal \(Friesland\)](#)

Elders

6.2

Kennis- en leernetwerk Sociaal Wijkzorgteam: vernieuwingen stimuleren en versnellen

De doelstelling van dit kennis- en leernetwerk is het verbeteren van kennisuitwisseling, cocreatie en onderzoek doen, door een samenwerking op te zetten tussen beleidsafdelingen, kennisinstellingen, onderwijsinstellingen en uitvoerend professionals.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Sinds 2014 bouwen de sociaal werk-opleidingen van De Haagse Hogeschool en Hogeschool Inholland (Den Haag) met de Sociale wijkzorgteams (SWTs) in de gemeente Den Haag aan een samenwerkingsrelatie.

Doel(en)

Het doel is het verzorgen van een introductie-leergang aan alle leden van de 24 SWTs, die wordt gevolgd door een stageprogramma voor hbo-stagiaires. Inmiddels zijn er ook voorbereidingen voor het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met studenten.

Met de samenwerkingsrelaties binnen het kennis- en leernetwerk SWT ontstaat de interactie die nodig is om kennis en bekwaamheden te ontwikkelen die vernieuwingen stimuleren en versnellen.

Bron

[Kennis- en leernetwerken Sociaal Wijkzorgteam \(Den Haag\)](#)

6.3

Leernetwerken: docenten hbo-v en wijkverpleegkundigen: leren van en met elkaar

In de leernetwerken leren de docenten van hbo-verpleegkunde (hbo-v) en wijkverpleegkundigen van en met elkaar. Zij delen ervaringen, kennis en vaardigheden die van belang zijn voor een andere manier van werken en opleiden voor de wijkverpleging.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Tien hogescholen zijn met hun samenwerkingspartners in de thuiszorg leernetwerken gestart voor docenten van de hbo-v en wijkverpleegkundigen. Dit wordt ondersteund met onderzoek van het NIVEL en landelijke bijeenkomsten georganiseerd door ZonMw.

Doel(en)

De leernetwerken sluiten aan bij de transitie en transformatie van de langdurige zorg. Door de transitie worden nieuwe competenties van zowel de wijkverpleegkundigen en hun collega's als van de docenten gevraagd. Tegelijkertijd is er een toegenomen vraag naar wijkverpleegkundigen. De zeventien opleidingen hbo-verpleegkunde sluiten in het nieuwe opleidingsprofiel Bachelor Nursing 2020 reeds aan op deze nieuwe competenties en de toenemende vraag aan wijkverpleegkundigen. In de leernetwerken wordt de samenwerking tussen onderwijs en praktijk bevorderd. Hierdoor kan het onderwijs beter aansluiten bij het opleiden voor de wijkverpleging, wordt de praktijk bijgeschoold met nieuwe kennis en voorbereid op het begeleiden van stagiaires van de hbo-v.

Bron

[Leernetwerken hbo-v en wijkverpleegkundigen \(ZonMw\)](#)

6.4 Reflectieve buurtteams: aansluiten bij de leefwereld van burgers

In het Utrechtse model van buurtteams staan zelfredzaamheid, participatie en eigen regie voorop, waar nodig met laagdrempelige ondersteuning door professionals van het buurtteam.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Gemeente Utrecht, de buurtteams en de buurtbewoners

Doel(en)

Professionals krijgen de ruimte om optimaal aan te sluiten bij de leefwereld van burgers. Zo kunnen ze daadwerkelijk vernieuwing tot stand brengen, met hoogwaardige aanvullende zorg voor de meest kwetsbare inwoners. Binnen de buurtteams werken professionals met veel ervaring nauw samen met scholen, consultatiebureaus, huisartsen en wijkverpleging. Op deze manier blijven de professionals permanent van elkaar leren. De buurtteams betrekken bij diverse initiatieven ook de bewoners van de buurt om met en van elkaar te leren.

Bron

[Buurtteams gemeente Utrecht](#)

6.5 Werkplaats Sociaal Domein: werken vanuit lerend perspectief

Het perspectief van de burger is het uitgangspunt. De burger daadwerkelijk begrijpen en als professional het eigen referentiekader durven loslaten om aan te blijven sluiten bij de burger.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Werkplaats Sociaal Domein Nijmegen is het vervolg van Wmo Werkplaats Nijmegen. Het netwerk bestaat uit verschillende partners waaronder de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), Gemeente Nijmegen, ROC Nijmegen, Gemeente Heumen, Gemeente Venlo, Gemeente Peel en Maas, en diverse welzijns- en zorgpartijen. Het lectoraat Lokale Dienstverlening vanuit Klantperspectief (HAN) faciliteert dit netwerk.

Doel(en)

De werkplaats draagt bij aan het verbeteren en innoveren van de formele en informele ondersteuning van burgers in kwetsbare situaties. Daarbij richt men zich in elke gemeente op lokaal relevante thema's zoals passend onderwijs en eenzaamheid. Er wordt gewerkt vanuit een lerend perspectief: er wordt een leerinfrastructuur gebouwd waarin leren van en met elkaar mogelijk wordt. Zo'n infrastructuur bestaat uit tal van leernetwerken (teams, groepen, organisaties, burgerinitiatieven) en is als het ware één grote feedback-lus. De werkplaats werkt volgens de uitgangspunten van het actie-leren. Het gaat erom dat de dagelijkse praktijk leidend is voor het leren en werken met burgers, professionals, docenten, studenten en onderzoekers zodat teams en individuen allen profiteren van de opgedane kennis en kunde. Het vereist het constructief ontregelen van bestaande structuren en referentiekaders.

Bron

[Werkplaats Sociaal Domein \(Nijmegen\)](#)

Hoofdpijn 7 Leven, leren en werken met technologie

Broedplaats Amsterdam - Amstelveen

7.1

MakeHealth: zorgoplossingen op maat

MakeHealth hanteert het nieuwe concept van Positieve Gezondheid in alle werkzaamheden. Vanuit dit concept wordt gekeken naar hoe burgers zelf maker kunnen worden van zorgoplossingen, die een bijdrage leveren aan de zelfredzaamheid van patiënten.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Waag Society's Creative Care Lab heeft samen met onderwijs-, overheids- en zorgpartners het initiatief genomen voor MakeHealth. Binnen MakeHealth werken patiënten, zorgprofessionals (in opleiding), ziekenhuizen, (jonge) ontwerpers en kunstenaars en zorgondernemers samen aan het zelf maken van zorgoplossingen.

Doel(en)

Nieuwe technologie, waaronder 3D printen, maakt het mogelijk om toepassingen op maat te maken. Hierbij staat een probleem of behoefte van een patiënt of zorgprofessional centraal. Daarnaast wordt tijdens meetups het publieke debat gevoerd over de (on)mogelijkheden van en grenzen aan maakbare zorg met behulp van nieuwe digitale technologie.

Bron

[MakeHealth \(Amsterdam\)](#)

Broedplaats Friesland

7.2

Huis van het Heden: burgers ondersteunen met woonzorgtechnologie

Platform GEEF heeft als doel de kansen met betrekking tot de ontwikkeling en het gebruik van woonzorgtechnologie te ondersteunen, zodat inwoners zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Bewustwording onder (oudere) burgers, professionals en studenten vormt de basis.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Platform GEEF is in 2007 opgericht door de Kwadrant Groep, de Friesland Zorgverzekeraar en Woningcorporatie Elken. Het platform legt de verbinding tussen de gemeente, zorgorganisaties, onderwijsinstellingen en woningbouwbedrijven. In 2016 is GEEF gegroeid naar zeventien participanten

Doel(en)

Platform GEEF realiseert de ondersteuning stap voor stap door kennisdeling en draagvlakontwikkeling onder de participanten. Het Huis van het Heden is een onderdeel van Platform GEEF waarin woonzorgtechnologieën tastbaar en inzichtelijk worden gemaakt. Daarnaast wordt de uitvoering door de samenwerkingspartners van diverse projecten, zoals de eHealthkoffer, domoticapakketten, woonzorgatlas en een bewustwordingscampagne met elkaar geïnitieerd en gerealiseerd. Hierdoor kunnen zorgprofessionals en geïnteresseerden de allernieuwste technologische ontwikkelingen ervaren.

Bron

[Platform GEEF- Huis van het Heden \(Friesland\)](#)

Broedplaats Heerlen

7.3

Leren en werken met techniek in de zorg

De zorgtechnicus functioneert op het snijvlak tussen techniek en zorg en moet kunnen communiceren met patiënten, verpleegkundigen, artsen en mantelzorgers.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

De opleiding tot zorgtechnicus is een nieuwe mbo-4 opleiding die wordt verzorgd door Zorgtechniek Limburg in samenwerking met de drie Limburgse ROC's (Arcus College, Leeuwenborgh Opleidingen en Gilde Opleidingen).

Doel(en)

In het eerste jaar van de opleiding wordt een brede technische basis gelegd, aangevuld met kennis van anatomie, fysiologie en ziektebeelden. Verder wordt er naast de technische vakken als elektronica en toegepaste ICT, veel aandacht besteed aan sociale vaardigheden en communicatie.

Bron

[Opleiding zorgtechnicus \(Heerlen\)](#)

Elders

7.4

Samen Slim Zorgen Thuis

Summa Zorg is de aanjager van het project Samen Slim Zorgen Thuis. In dit project helpen studenten ouderen op wijkniveau met mantelzorg en ze leren daarbij nieuwe technologische oplossingen in te zetten, zodat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Het Summa College werkt in het project Samen Slim Zorgen Thuis samen met 44 partners, bestaande uit bedrijven, overheid, instellingen, burgervertegenwoordiging en scholen.

Doel(en)

Belangrijke pijlers zijn de nieuwe marktvraag, veranderende zorg en snelle technologische vernieuwing. Dit vereist andere vaardigheden en nieuw onderwijs. Er is een ander type (zorg)medewerker nodig, die met behulp van onder andere technische hulpmiddelen de burger kan ondersteunen bij langer vertrouwd, veilig en comfortabel thuis blijven wonen. Samen Slimmer Zorgen Thuis wil een nieuw opleidingsprogramma met stagemogelijkheden opzetten voor mbo niveaus 2, 3 en 4. Studenten worden intensief begeleid op afstand. Kwetsbare ouderen ondersteunen in het opleiden van studenten en studenten ondersteunen kwetsbare ouderen in hun hulpvraag. Op deze manier versterken jong en oud elkaar. Daarnaast komt er een open leerstudio met studiemateriaal voor studenten, waardoor ook de medewerkers ondersteund worden in hun dagelijkse werkzaamheden. Op termijn kunnen ook mantelzorgers gebruik maken van deze open leerstudio.

Bron

[Summa College - Samen Slim Zorgen Thuis](#)

Hoofdpijn 8 Onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid verbinden

Broedplaats Amsterdam – Amstelveen

8.1

Beter Samen in Noord: samenhangende zorg en welzijn op maat

Beter Samen in Noord (BSiN) is een innovatief zorg- en welzijnsprogramma in Amsterdam Noord waarin nieuwe integrale werkwijzen ontwikkeld worden die leiden tot zinvolle zorg en welzijn voor de bewoners van Amsterdam-Noord.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Beter Samen in Noord wordt uitgevoerd door een alliantie (de 'krijtmolenalliantie') van twaalf zorg- en welzijnsaanbieders in Amsterdam-Noord in samenwerking met Zilveren Kruis en Gemeente Amsterdam.

Doel(en)

Doel is dat de aanpak, die in samenspraak met bewoners zelf wordt ontwikkeld, ervoor zorgt dat de inwoners van Amsterdam Noord: 1) beter in staat zijn om zelfstandig te functioneren, 2) in toenemende mate maatschappelijk participeren, 3) minder vaak hoogcomplexere zorg nodig hebben. In 2016 is de doorontwikkeling van de effectief gebleken triage en casemanagement aanpak ingezet als mede de ontwikkeling van vernieuwende integrale werkwijzen voor de doelgroepen kwetsbare ouderen, minima en jeugd. De ontwikkeling en evaluatie van de triage en casemanagement aanpak is ondersteund met onderzoek door TNO. De ontwikkeling van een integrale aanpak voor de doelgroep kwetsbare ouderen wordt ondersteund met onderzoek van het Ben Sajat centrum.

Bron

[Beter Samen in Noord \(Amsterdam\)](#)

Broedplaats Friesland

8.2

Seker en Sûn: werken aan gezondheid in arrangementen

Seker en Sûn (Fries voor: Zeker en Gezond) is een breed provinciaal project, gericht op de verdere uitwerking en invulling van het eerste advies van Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen in Friesland.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Seker en Sûn is een samenwerkingsverband tussen GGD Fryslân, Zorgbelang Fryslân en Venturaplus. De Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Noord Nederland is als onderzoeksinstituting betrokken vanwege haar brede vertegenwoordiging binnen de kennisinstituten in Noord Nederland en haar expertise op het gebied van publieke gezondheid en zorg. Het initiatief is mede tot stand gekomen door een financiële bijdrage van de Provincie Fryslân.

Doel(en)

Seker en Sûn is gericht op de invulling van zorgarrangementen die nodig zijn om aan de zorgvraag in 2030 te kunnen voldoen en de hieruit voortvloeiende gevolgen voor arbeidsmarkt. De benodigde beroepen, deskundigheid, beroepsvaardigheden en vaardigheden van burgers worden nader uitgewerkt in vier scenario's. Deze scenario's zijn door de strategische adviesraad, waarin alle stakeholders vertegenwoordigd zijn, vastgesteld. Op basis hiervan wordt een provinciale strategische agenda opgesteld en zal hiervoor draagvlak worden verworven.

Bron

[Seker en Sûn \(Friesland\)](#)

Elders

8.3 Kennisagenda Gender en Gezondheid : samenhangende kennis ontwikkelen

De kennisagenda Gender en Gezondheid biedt een overzicht van de kennislacunes op het gebied van gender en gezondheid en dient als basis voor het Nationaal Kennisprogramma Gender en Gezondheid.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

De Alliantie Gender en Gezondheid is een samenwerkingsverband tussen medisch specialisten, GGZ-deskundigen, kennisinstituten, overheid, docenten, wetenschappers, zorgprofessionals en belangenorganisaties. De Alliantie Gender en Gezondheid is in 2012 op initiatief van WOMEN Inc. opgericht en wordt projectmatig ondersteund door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

Doel

Omdat er in onderzoek en praktijk nog onvoldoende wordt gekeken naar verschillen tussen mannen en vrouwen in gezondheid, ziekte en behandeling liggen er grote kansen voor verbetering van de kwaliteit van zorg aan vrouwen en daarmee samenhangend vermindering van zorgkosten. De agenda gaat uit van het motto 'de cliënt centraal'. Dit vergt multidisciplinaire samenwerking die soms moeilijk te realiseren is. Multidisciplinair houdt binnen dit kader in dat er samenwerking plaatsvindt tussen (1) disciplines binnen gezondheidszorg, (2) gezondheidszorg en andere domeinen zoals de welzijnssector, jeugdzorg en/of arbeidssector en (3) praktijk, beleid en onderzoek.

Bron

[Kennisagenda Gender en Gezondheid \(WOMEN inc\)](#)

8.4 Netwerk Effectief Jeugdstelsel Amsterdam: samen kennis ontwikkelen en uitwisselen

Het Netwerk Effectief Jeugdstelsel Amsterdam (NEJA) wil door onderzoek en kennisuitwisseling de kwaliteit en effectiviteit van de zorg voor jeugd bevorderen.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Het Netwerk Effectief Jeugdstelsel Amsterdam (NEJA) is een samenwerkingsverband tussen meer dan twintig partners uit praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs in Amsterdam.

Doel

De missie van het kennis- en onderzoeksnetwerk NEJA is het bevorderen van de kwaliteit en effectiviteit van de zorg voor jeugd, door gezamenlijk werk te maken van kennisuitwisseling en onderzoek op het terrein van de transformatie van de zorg voor jeugd in Amsterdam.

Bron

[Netwerk Effectief Jeugdstelsel \(Amsterdam\)](#)

8.5 NetwerkZON2020: gezond ouder worden stimuleren

NetwerkZON2020 sluit aan bij de ambitie om gezond ouder worden in het Noorden te stimuleren. Met 41 partners wil NetwerkZON2020 hier een bijdrage aan leveren. NetwerkZON 2020 heeft hiervoor een subsidie ontvangen van het Regionaal Investeringsfonds van OCW.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

NetwerkZON2020 is een publiek-private samenwerking (PPS) in Groningen, Drenthe en Noord-Overijssel, en bestaat uit de mbo-scholen Noorderpoort, ROC Menso Alting, Drenthe College en Alfa-college, Hanzehogeschool Groningen, 26 arbeidsorganisaties zorg en welzijn, vijf gemeenten, vijf samenwerkingsverbanden en drie lectoraten. In nauw contact met universiteit (RUG) en UMCG worden kennis en ervaringen gedeeld op het gebied van healthy ageing, één van de speerpunten van het Noorden. Noorderpoort is de penvoerder van deze PPS.

Doel(en)

Nieuwe kennis, gedragsverandering en interdisciplinaire samenwerking zijn de sleutelwoorden om de ambitie om gezond ouder worden te verwezenlijken. NetwerkZON2020 wil interdisciplinaire leernetwerken creëren, waarbinnen burgers, studenten mbo/hbo zorg en welzijn in cocreatie met andere sectoren en hun docenten en begeleiders kunnen experimenteren met hun nieuwe rollen. In de leernetwerken worden alle doelgroepen healthy ageing betrokken. Daarnaast wordt er een doorlopende leerlijn Healthy Ageing Zorg en Welzijn voor mbo-studenten ontwikkeld.

Bron

[NetwerkZON2020 \(Noord Nederland\)](#)

8.6**Sparkcentres: gezondheidscentra als leerwerkplaats**

Studenten, docenten, onderzoekers en professionals werken intensief samen in interprofessionele zorgverlening en doorlopende onderzoekslijnen.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Hogeschool Arnhem- Nijmegen en Radboudumc

Doel(en)

In de leerwerkplaatsen komen onderwijs, onderzoek, ondernemerschap en praktijk bij elkaar en doorlopen studenten van verschillende opleidingen en opleidingsniveaus hun praktijk- of onderzoekstage als multidisciplinair team. De pilotprojecten Thermion (samenwerking in de nulde- en eerstelijnszorg) en het Herstelhotel (geriatrische revalidatie) zijn de basis voor duurzame voortzetting en uitbreiding van samenwerking in twintig (wijk-)gezondheidscentra in de regio van Arnhem en Nijmegen. Dit zijn de zogenoemde 'Sparkcentres'.

Bron

[Sparkcentres](#)

8.7**Tranzo: samenwerking wetenschap en praktijk voor zorg en welzijn**

De missie van Tranzo is het verbinden van wetenschap en praktijk op het gebied van zorg en welzijn.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Tranzo is het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn van Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University.

Doel(en)

De centrale onderzoeksthema's van Tranzo zijn kwaliteit van leven, kwaliteit van zorg en het vormgeven van evidence based werken. Door in cocreatie met de praktijk te werken aan kennisontwikkeling en uitwisseling wordt het evidence based werken bevorderd. Voor Tranzo gaat het bij evidence based werken om drie soorten kennisbronnen: wetenschappelijke kennis, de professionele expertise van de zorgverlener en de kennis en expertise van de burger, de patiënt. De interactie tussen de onderzoekers, professionals (zoals zorgverleners en beleidsmedewerkers) en de vraagzijde is dan ook van groot belang.

Bron

[Tranzo \(Tilburg\)](#)

8.8**Urban Vitality: interdisciplinair werken aan stedelijke vitaliteit**

Uitgangspunt van Urban Vitality is een stad waar bewoners gezond leven, voor elkaar zorgen en zelfstandig participeren. Om dit te realiseren werken interdisciplinaire onderzoeksteams intensief samen met professionals in de praktijk.

Initiatiefnemer(s) en betrokkenen

Hogeschool van Amsterdam

Doel(en)

Sociaal-maatschappelijk werkers, (wijk)verpleegkundigen, jongerenwerkers, voedingsdeskundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, gymleraren en andere professionals spelen een belangrijke rol bij het vormgeven van een vitale stad. Zij ontwikkelen zich tot een 'nieuw' type professional, die de vitaliteitsuitdagingen het hoofd kan bieden. In de programmalijn 'Urban Vitality professional van de toekomst' wordt onderzoek gedaan naar het gewijzigde werkveld en de rollen, taken en benodigde competenties van professionals. Op basis hiervan ontwikkelt de Hogeschool van Amsterdam het Urban Vitality-onderwijs, en na- en bijscholing. Ook binnen dit programma komt de verbinding van onderzoek, onderwijs en praktijk duidelijk naar voren.

Bron

[Urban Vitality \(Amsterdam\)](#)

