

# Interprofessioneel samenwerken in sociale wijkteams: succesfactoren en implicaties voor onderwijs.

Een internationale verkenning.

Dr. Liesbeth E. Rijsdijk, Dr. Joep Hofhuis, Drs. Lydia M. ten Den, Dr. Sjiera de Vries. Lectoraat Sociale Innovatie en Verscheidenheid, Hogeschool Windesheim, februari 2015.

## **SAMENVATTING**

Vanaf januari 2015 is de maatschappelijke en gezondheidszorg in Nederland drastisch veranderd. Alle verantwoordelijkheid voor de eerstelijnszorg wordt vanuit de nationale overheid verschoven naar gemeentelijk niveau, hetgeen gepaard gaat met grote bezuinigingen. Dit is onder andere een gevolg van demografische ontwikkeling als de vergrijzing, alsmar stijgende kosten voor zorg en welzijn en maatschappelijke veranderingen, zoals ouderen die langer zelfstandig willen blijven wonen. Deze veranderingen behelzen onder andere dat ‘zorg en welzijn’ anders georganiseerd moet gaan worden; dichter bij de burger, meer ruimte voor en ondersteuning bij burgerparticipatie en meer integraal geleverd. Dit anders organiseren gebeurt op gemeentelijk niveau op verschillende manieren. Eén daarvan is het organiseren van integrale zorg- en welzijnstaken waarbij de burger zelf de regie heeft ondersteund door wijkgerichte interprofessionele teams. Hoewel het bekend is dat interprofessionele teamsamenwerking een aantal belangrijke voordelen heeft, zoals het integraal kunnen aanbieden van zorg en afgestemd op de specifieke hulpvraag van de individuele burger, is succesvol interprofessioneel samenwerken in teams niet vanzelfsprekend: Wat maakt interprofessionele teams succesvol en wat zijn belemmeringen voor interprofessionele samenwerking? Dit zijn belangrijke vragen waarop een antwoord gevonden moet worden, om interprofessionele teams zo optimaal mogelijk op wijkniveau te kunnen laten functioneren. Internationaal is er al veel ervaring met en onderzoek gedaan naar interprofessioneel samenwerken in wijkteams. Dit artikel geeft een overzicht van wat er in de internationale literatuur bekend is over succesfactoren van het interprofessioneel samenwerken in sociale wijkteams en bespreekt kort enkele aandachtspunten voor het hoger beroepsonderwijs in de zorg- en welzijnssector in Nederland.

## AANLEIDING/INTRODUCTIE

Als gevolg van een voortdurend stijgende vraag naar zorg, met name onder ouderen, een stijging in zorgkosten en een veranderende (politieke) visie met betrekking tot zelfstandigheid, eigen verantwoordelijkheid en het welzijn van cliënten in de zorg, vindt er in Nederland een grote verandering plaats in de maatschappelijke- en gezondheidszorg (Veldheer, Jonker, Noije, & Vrooman, 2012). In het regeerakkoord 2012 (Rutte en Samsom, 2012) staat dat er een omslag gemaakt wordt binnen de langdurige en welzijnszorg naar "(...) meer maatwerk, meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders maar ook naar houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken."(p. 22). Vanaf 1 januari 2015 is alle verantwoordelijkheid in het kader van eerstelijnszorg en welzijn vanuit de centrale overheid bij de gemeenten gelegd, terwijl er tegelijkertijd fors bezuinigd wordt (5 miljard euro voor 2015). Gemeenten moeten dus meer doen met minder geld. Daarnaast hebben professionals in zorg en welzijn nieuwe opvattingen ontwikkeld over goede zorg en dienstverlening. Daarin staat de cliënt in zijn leefomgeving centraal.

Wetswijzigingen in de *Wet langdurige zorg*, de *Wet maatschappelijke ondersteuning* en de *Zorgverzekeringswet*, hebben de volgende uitgangspunten voor zorg en welzijn gemeenschappelijk:

1. Mensen worden in staat gesteld zo lang mogelijk thuis te wonen, waar nodig met ondersteuning en zorg.
2. Zorg en ondersteuning worden zo dicht mogelijk bij de cliënt georganiseerd, door in de wijk sector-overstijgende zorg aan te bieden. Hierbij werken professionals, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars samen.
3. Mantelzorgers (familie, vrienden, bekenden, buurtgenoten) worden nauw bij de zorg betrokken en worden als gelijkwaardige partners beschouwd in het zorgverleningsproces en –traject.

De verwachting is dat deze wetwijzigingen het mogelijk maken om uitgaven voor de (langdurige) zorg terug te brengen naar een beheersbaar niveau en de groei van de zorguitgaven structureel te verlagen ( In voor zorg!, (n.d.)).

Bovengenoemde ontwikkelingen hebben gevolgen voor de manier waarop zorg en welzijn georganiseerd worden, voor de manier van (samen)werken en voor de competenties die van de zorg- en welzijnswerkers in de praktijk worden gevraagd (de Goede & Wijland, 2012). Eén van de veranderingen in de manier waarop zorg en welzijn georganiseerd worden is het samenwerken in sociale wijkteams of buurtteams, waarin professionals vanuit verschillende organisaties en disciplines, samen met mantelzorgers (familie, vrienden, burens etc.), het zorgtraject voor een individuele cliënt invullen. Belangrijke uitgangspunten van sociale wijkteams zijn (1) zelfredzaamheid en regie bij de burger; (2) het organiseren van support en zorg op wijkniveau, zo dicht mogelijk rondom de cliënt (VNG, 2013); (3) interdisciplinair en integraal werken (Arum & Lub, 2014).

In een wijkgerichte aanpak werken verschillende organisaties op het terrein van zorg, welzijn en wonen samen. De wijkverpleegkundige neemt vaak een centrale plaats in en participeert in een wijkteam bestaande uit professionals met verschillende disciplines, zoals de huisarts, de fysiotherapeut en sociaal-maatschappelijk werk. In deze zogenaamde multidisciplinaire teams brengen de leden vanuit hun eigen specifieke discipline verschillende perspectieven, expertise en vaardigheden samen om een cliënt of patiënt zo optimaal mogelijk te kunnen behandelen of verzorgen (Kozlowski & Ilgen, 2006).

Internationaal gezien is wijkgericht werken in interprofessionele teams op het terrein van zorg en welzijn niet nieuw. Engeland en Canada kennen bijvoorbeeld een lange traditie op het terrein van multidisciplinair werken in wijkteams. Al in 1920 gaf het Ministerie van Gezondheid in Engeland de aanbeveling aan huisartsen om in teams samen te werken met ander zorgprofessionals in zogenaamde gezondheidscentra (Milne, 1980 in Xyrichis & Lowton, 2008). In Canada werden in de

jaren 80 “Community Health Care Centres” opgericht waarbij verschillende groepen van professionals interdisciplinair samenwerken (Sicotte, D’Amour, & Moreault, 2002).

De World Health Organisation (WHO) promoot interdisciplinaire samenwerking in teamverband al sinds de midden jaren '70: “Primary Health Care relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.” (WHO Alma Ata Declaration, 1978). Participatie van de *community* in elke fase van het interventieontwikkelingsproces, vanaf de identificatie van de gezondheidsproblemen en –oorzaken tot en met volledige participatie in de implementatie- en evaluatiefase van de geplande activiteiten wordt daarbij in de Declaratie benadrukt. De WHO (1985) definieert een “primary health care team” als: “A group of persons who share a common health goal and common objectives determined by community needs, to which the achievement of each member of the team contributes, in a co-ordinated manner, in accordance with his/her competence and skills and respecting the functions of others.” (p. 44).

Als interprofessioneel samenwerken in teams meer en meer gangbaar wordt in Nederland, dan is een belangrijke vraag welke factoren zulke interprofessionele wijkteams faciliteren dan wel belemmeren om succesvol te zijn. De literatuur conceptualiseert “succes” van interprofessionele samenwerking in teams/partnerschappen op twee manieren: (1) succes gerelateerd aan de uitkomst van de samenwerking, zoals de effectiviteit van de samenwerking op de gezondheid en/of het welzijn van de cliënt, en (2) succes gerelateerd aan de teamorganisatie en het teamproces, zoals hoe goed teamgenoten samenwerken en proberen een gemeenschappelijk doel te bereiken (Dowling, Powell & Glendinning, 2004).

Hoewel er van uitgegaan wordt dat het samenwerken in interprofessionele teams, waarbij de zorg en diensten van verschillende organisaties en sectoren gezamenlijk worden aangeboden,

professionals in staat stelt om een minder gefragmenteerde en een meer geïntegreerde, allesomvattende en continue zorg te leveren afgestemd op de behoeften van de cliënt (Sicotte et al., 2002), is dit moeilijk te bewijzen. Er blijkt dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar de effecten van interprofessionele samenwerking op bijvoorbeeld het welzijn van de cliënt (Glendinning, 2003) en dat slechts een beperkt aantal conceptuele/theoretische raamwerken voor samenwerking de link tussen samenwerking en effecten op de cliënt conceptualiseren (D'Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez, Beaulieu, 2005). De meest up-to-date review die wij hebben kunnen vinden, is die van Zwarenstein, Goldman, & Reeves (2009). Deze review laat zien dat interprofessionele samenwerking gezondheidszorgprocessen en -uitkomsten kan verbeteren. Echter het geringe aantal studies, de beperkte steekproefgrootte, problemen met het conceptualiseren en meten van samenwerking en de verscheidenheid aan interventies en omgevingen waarin deze plaatsvinden, maken dat het moeilijk is om gegeneraliseerde conclusies te trekken over de effectiviteit van interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg.

Als het gaat om succes gerelateerd aan de teamorganisatie en het teamproces, is er meer literatuur voorhanden. Recent onderzoek in Canada wijst uit dat teamsamenwerking in het algemeen een tekort aan medewerkers vermindert, en klachten zoals stress en burn-out onder zorgverleners en professionals vermindert (CHSRF, 2006). De sociaalwetenschappelijke literatuur laat zien dat samenwerking tussen mensen met verschillende achtergronden daarbovenop nog extra voordelen met zich meebrengt (Zie Van Knippenberg, De Dreu, & Homan, 2004 voor een overzicht). Functionele diversiteit lijkt ervoor te zorgen dat interdisciplinaire teams flexibeler kunnen inspringen op lastige vraagstukken waarmee ze worden geconfronteerd. In monodisciplinaire teams bestaat het risico op *groupthink* (Janis, 1972), een proces waarbij teamleden nalaten om kritisch te kijken naar hun eigen handelen, omdat zij gewend zijn allen op dezelfde manier te denken. Functionele diversiteit voorkomt dit probleem. De veelheid aan kennis en ervaring van de teamleden zorgt ervoor dat het werk vanuit verschillende invalshoeken wordt bekeken, wat een positief effect heeft op creativiteit en probleemoplossend vermogen (De Dreu & West, 2001). Professionals met verschillende

disciplinaire achtergrond veel van elkaar kunnen leren. Ze vullen elkaar in competenties aan hetgeen leidt tot een optimale werkverdeling en het voorkomen van dubbel werk. Conflicten tussen disciplines kunnen, mits goed gemanaged, leiden tot betere ideeën wat het groepsgevoel een positieve energie en dynamiek geeft (Konings, 2010).

Dezelfde literatuur laat echter ook zien dat de voordelen van interdisciplinair werken niet vanzelfsprekend zijn (Van Knippenberg, De Dreu & Homan, 2004). Samenwerking met collega's met een andere achtergrond verhoogt het risico op miscommunicatie en conflict en kan leiden tot subgroepsvorming (Brewer, 1996; Fiske, 1998). Deze processen hebben weer een negatief effect op de communicatie binnen teams, en kunnen het risico op conflict verhogen (Rink & Ellemers, 2010). Om de voordelen van interdisciplinair werken te kunnen benutten, is het dus van belang om het team dusdanig te organiseren dat deze problemen tot een minimum beperkt worden (Kearney & Gebert, 2009).

Het doel van dit paper is uit internationaal onderzoek succesfactoren voor interprofessioneel samenwerken in (wijk)teams te identificeren om daaruit lering te kunnen trekken voor de Nederlandse situatie en voorlopige implicaties voor het beroepsonderwijs in de gezondheids- en sociale sector te kunnen formuleren. Maar voordat we hier dieper op ingaan, bespreken we eerst verschillende soorten interprofessionele teams.

## **SOORTEN INTERPROFESSIELE TEAMS**

Onder een team wordt verstaan : "A collection of individuals who are interdependent in their tasks, who share responsibility for outcomes, who see themselves and who are seen by others as an intact social entity embedded in one or more larger social systems and who manage their relationships across organizational borders." (Cohen & Bailey, 1997: p. 241). In de literatuur worden verschillende termen gebruikt om teams te beschrijven waarin verschillende soorten professionals samenwerken,

zoals interdisciplinaire teams, multidisciplinaire teams, transdisciplinaire teams, multiprofessionele teamsamenwerking en interprofessionele teamsamenwerking (Xyrichis & Lowton, 2008; Nottle & Thomson, 1999; Werkgroep Ethiek, 1997; Vyt, 2012). In de managementliteratuur wordt ook wel de term 'functionele diversiteit' gebruikt om definitie te geven aan dergelijke vormen van samenwerking tussen teamleden met verschillende expertisegebieden (Bunderson & Sutcliffe, 2002). Hoewel deze concepten en definities onderlinge verschillen, hebben ze één gemeenschappelijk kenmerk en dat is dat ze allemaal afgezet kunnen worden tegenover een mono- of unidisciplinair team, waarbij professionals van eenzelfde discipline of beroepsgroep samenwerken aan eenzelfde opdracht, zoals bijvoorbeeld verpleegkundigen in een verpleegteam (Werkgroep Ethiek, 1997). De verschillen zitten in (a) de mate van het hebben van gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelen; (b) de mate waarin de leden van het team elkaars taken kunnen overnemen en (c) de mate waarin door samenwerking daadwerkelijk nieuwe manieren van zorgverlening en zelfs disciplines ontstaan.

Bij multidisciplinaire teams werken professionals vanuit verschillende disciplines samen en hebben ieder een eigen specifieke inbreng en expertise (Vyt, 2012). Ook hebben de verschillende professionals binnen multidisciplinaire teams hun eigen specifieke taken en verantwoordelijkheden, die gescheiden zijn van de teamleden met een andere discipline (Xyrichis & Lowton, 2008). Het voordeel van een multidisciplinair team is dus dat er duidelijk onderscheiden taken, expertise en verantwoordelijkheden zijn, die enerzijds naast elkaar bestaan, maar elkaar ook aanvullen en versterken. Het nadeel kan zijn dat er geen gemeenschappelijk doel is, waardoor de verschillende disciplines niet optimaal samenwerken (Vyt, 2012).

Een *interdisciplinair* team bestaat ook uit leden met een verschillende disciplinaire achtergrond, maar zij hebben wel gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden (Xyrichis & Lowton, 2008) en doelstellingen (Vyt, 2012). Interdisciplinair samenwerken vereist dus niet alleen inzicht in de deskundigheid van de andere teamleden met een andere discipline als achtergrond,

maar ook de bereidheid om de eigen werkzaamheden ter discussie (te laten) stellen (Vyt, 2012; Fay et al., 2006). D'Amour & Oandasan (2005) definiëren “interdisciplinariteit” als een antwoord op de gefragmenteerde kennis van verschillende disciplines. Door deze kennis bij elkaar te brengen en te integreren kunnen geheel nieuwe disciplines ontstaan.

Transdisciplinaire teams gaan nog een stapje verder: zulke teams bestaan uit leden vanuit verschillende disciplines die samenwerken aan dezelfde taken (Werkgroep Ethiek, 1997), waarbij de verschillende disciplines zich (gedeeltelijk) op elkaars werkkerrein begeven (Vyt, 2012). Leden van transdisciplinaire teams kunnen elkaars taken uitvoeren (Adler, Bryk, Cesta, & McEachen, 1995).

Ook wordt vaak het concept “interprofessionele samenwerking” genoemd. Volgens D'Amour & Oandasan (2005) is interprofessionaliteit “(...) the development of a cohesive practice between professionals from different disciplines. It is the process by which professionals reflect on and develop ways of practicing that provides an integrated and cohesive answer to the needs of the cliënt/family/population.” (p. 9). Met andere woorden, interprofessionele samenwerking is het proces van samenwerking tussen verschillende disciplines, en is daarmee een overkoepelende term waaronder multi-, inter-, en transdisciplinaire teams vallen.

Tabel 1: verschillende vormen van interprofessioneel samenwerken in teams

	Mate waarin professionals elkaars taken kunnen overnemen			
Mate van gemeenschappelijke taken, verantwoordelijkheden en doelen				transdisciplinair
			interdisciplinair	
		multidisciplinair		
	unidisciplinair			
	mate waarin door samenwerking daadwerkelijk nieuwe manieren van zorgverlening en zelfs disciplines ontstaan.			



## **SUCCEFACTOREN VOOR INTERPROFESSIEEL SAMENWERKEN**

We onderscheiden verschillende niveaus waarop succesfactoren van wijkgericht interdisciplinaire teamsamenwerking zich kunnen manifesteren: individueel-, interpersoonlijk-, team-, organisatie-, community- en nationaal niveau.

### **Individueel- en interpersoonlijk niveau**

Op het individuele- en interpersoonlijke niveau, blijken ten eerste de professionele competenties, belangrijke succesfactoren te zijn. Suter et al. (2009), onderscheiden twee zogenaamde core-competenties, waar veel andere competenties onder vallen: (1) het begrijpen en kunnen waarderen van elkaars professionele rollen en verantwoordelijkheden en (2) effectief kunnen communiceren. Deze twee core-competenties blijken samen te hangen met positieve uitkomsten voor zowel de cliënt als de zorgaanbieder (Suter et al., 2009).

Onder de eerste core-competentie valt een aantal andere competenties, zoals het besef dat geen enkele discipline alle behoeften van een patiënt of cliënt kan bevredigen (beroepshouding). Zonder een goed wederzijds begrip van de professionele rollen en verantwoordelijkheden worden betekenisvolle communicatie en relaties, inclusief die met de cliënt, bemoeilijkt. Zodra collega's worden gezien als concurrenten die taken en rollen overnemen, worden professionals meer beschermend ten aanzien van hun eigen praktijkscope, laten ze meer weerstand tegen samenwerking zien en wordt professionele expertise onderbenut (Suter et al., 2009). Bovendien leidt rolvervaging tot een grotere kans op conflicten en burn-out bij teamleden, hetgeen goed leiderschap en conflicthanteringsvaardigheden vereisen om op te lossen. Een juiste balans tussen het erkennen van wederzijdse afhankelijkheid, de wens voor professionele autonomie alsook het belang elkaars expertise te erkennen is dan ook een belangrijke succesfactor. Uit onderzoek blijkt dat de focus op de behoefte van de cliënt de conflicten rond professionele grenzen helpt te beperken (Suter et al.,

2009). D'Amour et al. (2005) spreken van “wederzijdse afhankelijkheid”, dat verwijst naar het verkleinen van de professionele autonomie in het belang van de behoeften van de cliënt.

Onder goede communicatievaardigheden vallen onder andere het kunnen onderhandelen om verschillen in professionele gezichtspunten en persoonlijkheidsverschillen te kunnen overbruggen en het bereiken van consensus over bijvoorbeeld de te volgen behandelingsaanpak (Suter et al., 2009).

Andere belangrijke competenties voor effectieve interprofessionele teamsamenwerking zijn het vermogen om (duurzame) relaties aan te gaan met wederzijds vertrouwen en respect (Cartlidge, Bond, & Gregson, 1987; Suter et al., 2009); het continue willen leren van en reflecteren op eigen en elkaars handelen, en het creëren van een omgeving waarin professionele competenties die belangrijk zijn voor een effectieve samenwerking ontwikkeld kunnen worden (Suter et al., 2009).

Op interpersoonlijk niveau is gelijkheid tussen professionals, in de zin van zeggenschap over de te volgen werkwijze of besluitvorming, belangrijk bij interprofessionele samenwerking in een team (Hanson, Spross, & Carr, 2001; Heinemann, Lee & Cohen, 2006; D'Amour et al., 2005).

Machtsverschillen tussen professionals, bijvoorbeeld op basis van gender of verschillen in sociale status (functie of titel) belemmeren teamsamenwerking juist (Hanson et al, 2001; Baggs & Schmitt, 2008). Bij samenwerking die als een echte partnership wordt gezien, is “macht” een gedeelde macht, gebaseerd op kennis en ervaring en niet op functie of titel (D'Amour et al., 2005).

### **Teamniveau**

Op teamniveau beïnvloeden verschillende factoren de kwaliteit van het team functioneren. Uit een uitgebreide literatuur review waarbij gekeken is naar welke factoren interprofessioneel teamsamenwerking bevorderen dan wel belemmeren (Xyrichis & Lowton, 2008), blijkt dat belangrijke succesfactoren onderverdeeld kunnen worden in factoren die gerelateerd zijn aan het

teamproces en factoren die gerelateerd zijn aan de teamstructuur. Succesfactoren uit ander onderzoek kunnen ook aan deze twee elementen worden gelinkt.

### ***Teamproces***

Wat betreft het *teamproces*, komen uit de literatuur een aantal belangrijke factoren naar voren die de effectiviteit van interdisciplinaire zorgteams vergroten. Allereerst zijn het formuleren van duidelijke doelen en doelstellingen voor het team (Larson, 2010; CHSRF, 2006; Dowling et al., 2004; Nottle & Thompson, 1999; Xyrichis & Lowton, 2008), en het creëren van een gedeelde visie (Fay et al., 2006) belangrijk. Het regelmatig houden van teamvergaderingen en het uitvoeren van audits blijken hierbij ook een positief effect te hebben (Reinholt et al., 2011; Xyrichis & Lowton, 2008). Fay et al., (2006) noemen dit reflexiviteit; het vermogen van teams om de eigen samenwerking kritisch te bekijken en waar nodig aan te passen. Meer affectieve factoren voor effectieve en succesvolle teamsamenwerking zijn een hoog niveau van onderling vertrouwen, wederkerigheid en respect (Dowling et al., 2004; Cameron, Lart, Bostock, & Coomber, 2012; Fay et al., 2006; Mayer et al., 1995). Het hebben van een goede effectieve coördinatie, duidelijke protocollen en procedures en effectieve mechanismen om met conflicten binnen het team om te gaan zijn andere belangrijke succesfactoren voor effectieve multidisciplinaire teams (CHSRF, 2006). Het niveau van betrokkenheid en plichtsbesef van de teamleden, inclusief de wijkbewoners die deel uitmaken van het team, blijkt een andere succesfactor (Dowling et al., 2004). Rolverwachtingen, en dan met name hoe teamleden hun eigen rol en die van andere leden zien, en een onderlinge erkenning van elkaars rollen, bevorderen een goede samenwerking binnen het team en verminderen de kans op gefragmenteerde taakverdeling. Zo leidt onenigheid over rollen eerder tot conflicten over status en hiërarchie (Nottle & Thompson, 1999; Brown, Domokos, & Tucker, 2003). Andersom werkt het ook; in een studie van Suter et al. (2009) zeiden gezondheidsprofessionals dat het hebben van een focus op wat de cliënt

nodig heeft ervoor zorgt dat strikte grenzen tussen de verschillende professies en rolconflicten minder belangrijk worden of minder vaak voorkomen.

### ***Teamstructuur***

Binnen de teamstructuur zijn met name de teamgrootte, de teamsamenstelling (mate van functionele diversiteit), de huisvesting van het team (fysieke omgeving) en de beschikbaarheid van support van de organisatie(s) belangrijke factoren (Stewart, 2006). Teamgrootte en -samenstelling blijken een invloed te hebben op effectiviteit van teams in het algemeen: grote teams hebben over het algemeen een lager participatieniveau dan kleinere teams (Xyrichis & Lowton, 2008), en het participatieniveau hangt significant samen met teameffectiviteit (Poulton & West, 1999; Molyneux, 2001). Het hebben van een eigen specifieke locatie, hetgeen met name voor multidisciplinaire teams op wijkniveau niet vanzelfsprekend is, zorgt voor een duidelijke status van het team, voor een beter onderling contact en bevordert de informatie-uitwisseling tussen de teamleden (Nottle & Thomson, 1999; Cameron et al., 2012). Korte communicatielijnen en een structuur waar de verschillende professionals elkaar goed kennen heeft een positieve invloed op communicatie tussen de teamleden. Goede communicatie faciliteert vrije en open discussie onder teamleden en met de cliënt, waardoor de kans op een consistente benadering door de verschillende professionals richting cliënt wordt vergroot (Nottle & Thompson, 1999; Xyrichis & Lowton, 2008). Bovendien blijkt dat teamleden beter in staat zijn om relevante kennis te delen, op het moment dat zij een goede 'netwerkpositie' hebben binnen de groep, oftewel, als zij in staat zijn om gemakkelijk met alle andere teamleden te communiceren (Reinholt et al., 2011).

Uit verschillende studies komt naar voren dat duidelijkheid over het leiderschap in het team een belangrijke succesfactor is voor het goed functioneren van interprofessionele teams (West et al., 2003; Nottle & Thomson, 1999). West et al. (2003) laten in hun studie over leiderschap en team innovatie binnen de gezondheidszorg zien dat duidelijkheid over leiderschap binnen een team

samenhangt met duidelijke doelstellingen, een hoog participatieniveau, commitment aan excellentie en support voor innovatie. Breder onderzoek naar teams in andere sectoren bevestigt dat goed leiderschap een essentiële voorwaarde is voor het succesvol laten verlopen van interprofessionele samenwerking (Kearney & Gebert, 2009).

In wijkteams die gecentreerd zijn rond de zorg van een cliënt, en waarbij vraaggestuurd gewerkt wordt, zou je verwachten dat de rol van de cliënt meegenomen wordt in de definiëring van succesvolle teamsamenwerking. Uit de literatuur blijkt echter dat deze rol onderbelicht blijft (D'amour et al., 2005).

Veel van bovenstaande factoren gelden ook voor niet-interprofessionele teams, maar ze zijn voor teams bestaande uit verschillende disciplines van nog groter belang vanwege het feit dat de partners vanuit verschillende disciplines eenzelfde doel moeten nastreven, en dat is werken in het belang van de cliënt. De kans dat er bijvoorbeeld conflicten ontstaan tussen teamleden met een verschillende disciplinaire achtergrond over wat het belang van de cliënt is en op welke wijze dat belang het beste gewaarborgd kan worden, is groter in een interprofessioneel team dan in monodisciplinaire teams. Ook zal het bijvoorbeeld moeilijker zijn om in een interprofessioneel team tot een gemeenschappelijk gedeelde visie en doelstelling van het team te komen dan bij een monodisciplinair team.

### **Organisatieniveau**

Inter-organisationale samenwerking, c.q. samenwerking tussen organisaties in teamverband, is de laatste jaren belangrijker geworden door de wens om de totale behoefte van een patiënt of cliënt in beschouwing te nemen bij het plannen van en het voorzien in verschillende services voor die cliënt. Hierdoor wordt ook getracht fragmentatie van verantwoordelijkheden van verschillende organisaties te voorkomen (Evans & Stoddart, in Axelsson & Axelsson, 2006, p.78). Andere motieven

voor inter-organisatorische samenwerking zijn het verhogen van de efficiëntie en kwaliteit en het beter benutten van de beschikbare bronnen, zoals geld, mankracht en expertise (Axelsson & Axelsson, 2006; Ten Den, Hofhuis & De Vries, 2015). De grote complexe problemen van deze tijd kan geen enkele organisatie alleen oplossen, en dus is het noodzaak om tussen organisaties samen te werken (Kaats en Opheij, 2011).

Op organisatieniveau zijn er een aantal structurele en sociaal- culturele factoren die de inter-organisatorische samenwerking bemoeilijken en/of faciliteren. Teams hebben de support van de verschillende organisaties die betrokken zijn bij het team nodig om goed te kunnen functioneren, tenzij het team zelf een eigenstandige organisatie vormt. Het integreren van activiteiten van verschillende afdelingen van één organisatie is al een moeilijke taak voor het management van een organisatie, laat staan het integreren van activiteiten van verschillende organisaties (Axelsson & Axelsson, 2006).

Belangrijke *structurele factoren* die de samenwerking bemoeilijken zijn het bestaan van verschillende administratieve procedures en grenzen, verschillende wetgeving, regels en procedures waaraan een organisatie zich vanuit haar positie en rol moet houden, verschillende budget- en financiële stromen en verschillende informatiesystemen en databases (Glendinning, 2003; van Raak et al., 1999, 2003, in Axelsson & Axelsson, 2006; Cameron et al., 2012). Als het team bestaat uit gedelegeerde functies vanuit bestaande organisatiestructuren dan is een passende verantwoordingsstructuur, waaronder controleprocessen, toetsing en monitoring van de samenwerking tussen organisaties die vertegenwoordigd zijn in het team, belangrijk (Dowling et al. 2004). Support vanuit de organisatie om te zorgen voor een eenduidige en eigen administratieve procedure, budget en financiële stromen en op elkaar afgestemde informatiesystemen en databases kunnen de samenwerking op teamniveau faciliteren (Hultberg, Glendinning, Allebeck, Lönnroth, 2005). Een andere belangrijke structurele factor waar rekening mee gehouden moet worden om tot succesvolle integratie van services vanuit verschillende organisaties op wijkniveau te komen zijn de

arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden (Glendinning, 2003: p. 149). Deze behoren geharmoniseerd te worden, zodat alle teamleden dezelfde rechten en plichten hebben. Ook het inrichten van een nieuw systeem van professionele supervisie en kwaliteitsgarantie is een belangrijke succesfactor op organisatieniveau (Glendinning, 2003).

*Sociaal-culturele factoren* hebben te maken met verschillende professionele en organisatieculturen, verschil in waarden en belangen en verschil in mate van commitment van de betrokken professionals en organisaties (Axelsson & Axelsson, 2006). Deze sociaal-culturele verschillen vormen vaak de meest lastige barrières van inter-organisatonele samenwerking; waar structurele barrières aan te pakken zijn door middel van formele overeenkomsten, procedures en financiële ondersteuning, moeten de sociaal-culturele barrières binnen het team en tussen het team en de samenwerkende organisaties worden aangepakt. Team leiderschap speelt hierbij een belangrijke rol, zoals het faciliteren van communicatie tussen de teamleden en tussen het team en de betrokken organisaties (forming stage); het managen van conflicten en het vinden van gemeenschappelijke belangen, waarden en doelen (storming stage); het opbouwen en bevestigen van vertrouwen tussen de leden van het multidisciplinaire team (norming stage) en het faciliteren van het teamwerk om gestelde doelen te behalen (performing stage). Axelsson & Axelsson (2006) tekenen daarbij aan dat het opbouwen en het behouden van onderling vertrouwen tussen teamleden de belangrijkste succesfactor is, die al bij de forming stage een rol speelt en ook in de performing stage continue aandacht behoeft. Pas wanneer het proces van het opbouwen en behouden van vertrouwen goed verloopt kunnen er gemeenschappelijke doelen worden geformuleerd en kan er gewerkt worden aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke teamcultuur (Chapman, 2009).

## Nationaal niveau

Wetgeving en beleidsvorming die ondersteunend zijn aan service integratie op wijkniveau en de bijbehorende interprofessionele teamsamenwerking, zijn bij uitstek zaken die op nationaal niveau geregeld moeten worden. Ook zal op nationaal niveau integratie tussen voorheen verschillende beleidsterreinen tot stand moeten komen (Glendinning, 2003). Een belangrijke succesfactor voor interprofessioneel samenwerken is de wijze waarop privacy en het uitwisselen van cliëntgegevens zijn geregeld in de wet. Bij succesvolle interprofessionele teams is de administratie zo georganiseerd dat het de interdisciplinaire opslag en consultatie van patiëntgegevens ondersteunt, zoals het gebruik van gedeelde elektronische patiëntbestanden (Vyt, 2008). Dat moet dan wel wettelijk mogelijk zijn. Een andere belangrijke factor is de manier waarop de zorg voor gezondheid en welzijn gefinancierd wordt; deze zou het mogelijk moeten maken dat interprofessionele teams direct gefinancierd kunnen worden, waardoor alle teamleden onder een financieringsarrangement vallen, ook bijvoorbeeld de psycho-sociale spirituele counselor in palliatieve zorgteams (DeMiglio & Williams, 2012).

Verder blijkt uit onderzoek (Glendinning, 2003) dat een top-down benadering, waarbij de nationale overheid integratie van verschillende voorzieningen op het terrein van de zorg en welzijn aan het lokale bestuur oplegt, de effectiviteit ervan in de weg te staan. Zo zorgt een strakke, door de nationale overheid opgelegde, implementatieplanning ervoor dat er vaak geen ruimte is voor een uitgebreide consultatie- en discussieronde met en tussen de samenwerkende organisaties en met de cliënt. Echte burgerparticipatie is dan moeilijk te realiseren (Glendinning, 2003). Tot slot leidt een gedecentraliseerde aanpak van zorg en welzijn, waarbij gemeenten verantwoordelijk worden gemaakt voor zowel beleid als uitvoering, tot een situatie waarbij het afhangt van de gemeente waarin iemand woont voor welke zorg iemand in aanmerking komt (DeMiglio & Williams, 2012). Dit kan leiden tot rechtsongelijkheid tussen burgers. In Nederland bijvoorbeeld, zal vanaf januari 2015,



een hulpbehoevend ouder echtpaar in de ene gemeente recht hebben op acht uur huishoudelijke hulp, terwijl een vergelijkbaar echtpaar in een andere gemeente er geen recht op heeft.

## **CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN**

De decentralisatie van de maatschappelijke- en gezondheidszorg van de nationale overheid naar de gemeenten in Nederland (per 1 januari 2015), gaat gepaard met forse bezuinigingen en leidt tot veranderingen in de manier waarop deze zorg aan de burgers wordt verleend. Het werken in interprofessionele wijkteams is één van die manieren. Op basis van de internationale literatuurverkenning is een groot aantal factoren geïdentificeerd op individueel, team, organisatie en nationaal niveau, die interprofessionele teamsamenwerking faciliteren dan wel belemmeren. Aangezien we in Nederland nog volop interprofessionele teams aan het opzetten en het ontwikkelen zijn, kan er lering getrokken worden uit de ervaring die en het onderzoek dat internationaal al is opgedaan c.q. uitgevoerd.

Geconcludeerd kan worden dat het wijkgericht werken in interprofessionele teams op veel verschillende niveaus nogal wat implicaties heeft. Op individueel professioneel niveau zullen professionals andere kennis, beroepshouding en vaardigheden moeten ontwikkelen om effectief in interprofessionele team te kunnen samenwerken. Op teamniveau vraagt interprofessionele teamsamenwerking veel van de samenwerking tussen de verschillende professionals en van de teamleider; bijvoorbeeld het over je eigen professionele grenzen heen kunnen kijken, conflicten tussen professionals en tussen professionals en mantelzorgers kunnen hanteren, het open kunnen communiceren en het kunnen bouwen aan goede onderlinge relaties en vertrouwen. Op organisatieniveau spelen zaken als een uniforme administratieve processen en financiering en op elkaar afgestemde informatiesystemen en databases een belangrijke rol bij het succesvol opereren van een interprofessioneel team. Tot slot zijn nationale wet- en regelgeving belangrijk om interprofessionele teamsamenwerking in de wijk te ondersteunen, bijvoorbeeld met betrekking tot

de financiering van zorg en welzijn en de wijze waarop privacy en bescherming van persoonsgegevens geregeld zijn.

Het succesvol interprofessioneel samenwerken in teams op wijkniveau, waarbij de cliënt, burgerparticipatie en mantelzorgers centraal staan, heeft ook implicaties voor het beroepsonderwijs in de gezondheids- en welzijn sectoren. Het onderwijs zal ten eerste meer aandacht moeten hebben voor de veranderende rol van de professional en die van de cliënt en zijn/haar mantelzorgers. Er zal meer aandacht moeten zijn voor cliënt- en burgerparticipatie en samenwerking met mantelzorgers. De professionele identiteit zal daarbij een andere inhoud krijgen, minder die van expert en specialist, meer die van generalist (Verhoeven & Jacobs, 2014; Wijland & de Goede, 2012). Ten tweede zal de professional van de toekomst minder werkzaam zijn in vaste organisatiestructuren en meer in flexibele en steeds veranderende netwerkverbanden. Dit vereist een flexibele beroepshouding van de professional en meer aandacht voor verschillende zorg- en welzijnsvormen en –concepten. Tot slot zal het onderwijs veel meer aandacht moeten geven aan interprofessionele teamsamenwerking. Dit kan onder andere door het onderwijs zelf interprofessioneel aan te bieden. In Engeland en Canada is al veel ervaring opgedaan met en onderzoek gedaan naar interprofessioneel onderwijs. Walsh, Gordon, Marshall, Wilson, & Hunt (2005) bevelen het werken met “capabilities” in plaats van met “competenties” aan. Zij vinden het begrip ‘competenties’, gedefinieerd als “what individuals know or are able to do in terms of knowledge, skills and attitudes” (Fraser & Greenhalgh, 2001, p. 801 in: Walsh et al., 2005, p. 232), te beperkend om de complexiteit van handelen te kunnen weergeven die professionals geacht worden te kunnen uitvoeren. Capabilities daarentegen, gedefinieerd als “the extent to which an individual can apply, adapt and synthesise new knowledge from experience and so continue to improve their performance” (Fraser & Greenhalgh, in Walsh et al., 2005, p. 232), doet meer recht aan de complexiteit van de huidige samenleving en gezondheids- en welzijnspraktijk die vraagt om interprofessionele samenwerking, multi-stakeholder betrokkenheid en een aanpak waarbij de behoeften van de cliënt centraal staat in een context van voortdurende

verandering. Op basis van een grounded theory onderzoekstrategie komen Walsh et al. (2005) tot een “interprofessional capability framework” bestaande uit vier conceptuele domeinen:

1. **Kennis in en van de praktijk**, bijvoorbeeld het ontwikkelen van een geïntegreerd begrip van de wettelijke kaders en procedures (regulations) van andere beroepsgroepen vertegenwoordigd in het team en kennis over en kritisch kunnen beschouwen van teamstructuren, -functies en –processen in een specifiek praktijkdomein.
2. **Ethische praktijk**, zoals het bevorderen van cliënt gecentreerde participatie in de besluitvormingsprocessen van het interprofessionele team en het continue ontwikkelen, bevorderen en in de praktijk brengen van respect voor andere culturen, waarden en overtuigingen.
3. **Interprofessioneel werken**, bijvoorbeeld het effectief kunnen samenwerken binnen een interprofessioneel team binnen een breder inter-organisatie context en het kunnen fungeren als mentor voor teamleden om zodoende de zorgverlening te verbeteren en tot persoonlijke en professionele ontwikkeling te komen.
4. **Reflectie**, zoals het gebruiken van een wederkerig reflectieproces en supervisie om tot ontwikkeling van het interprofessionele team te komen.

Uit de huidige internationale verkenning van succesfactoren blijkt dat ook leiderschap een belangrijke competentie is voor een succesvol interprofessioneel team. Daarom voegen wij er een vijfde domein aan toe:

5. **Leiderschap**: Het kunnen faciliteren van teamontwikkeling, van individuele (inter)professionele competentieontwikkeling, conflicthantering en het team leiden in het komen tot een gezamenlijk doel en teamcultuur.

Bij interprofessioneel wijkgericht teamwerk staat de cliënt centraal, en idealiter participeert deze in besluitvorming over zijn/haar behandeling. Daarnaast komt uit de literatuurverkenning naar voren dat het beleid op gemeentelijk en nationaal niveau van grote invloed is op het succesvol

interprofessioneel kunnen werken op wijkniveau. Een bottom-up benadering, waarbij het gemeentelijke en nationale beleid gevoed wordt door ervaringen op de werkvloer is daarom van essentieel belang. Op basis hiervan voegen wij tot slot een zesde domein toe:

- 6. Participatieve besluitvorming (op cliënt niveau) en participatieve beleidsvorming (op team, organisatie en nationaal niveau):** Leden van interprofessionele teams moeten in staat zijn om de cliënt daadwerkelijk centraal te zetten in het behandelproces en hem/haar te laten participeren in de besluitvorming rondom zijn/haar behandeling. Daarnaast zouden interprofessionele teamleden in staat moeten zijn om knelpunten die zij ervaren in de uitvoering van hun taken op lokaal niveau, effectief kenbaar te maken op organisatie-, gemeentelijk en nationaal niveau. Kennis van beleid, bestuur en participatie is daarbij belangrijk.

Interprofessioneel onderwijs hoeft echter niet tot de beroepsopleiding beperkt te blijven. Eenmaal aan het werk in de gezondheids- of welzijnssector, kunnen professionals blijven leren door samen, interactief, van elkaar te leren in een team met het expliciete doel om de interprofessionele samenwerking of de gezondheid en welzijn van de cliënten te verbeteren (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2013).

Het werken in wijkgerichte interprofessionele teams en de opleiding daartoe moet eraan bij dragen dat zorg en welzijn voor de cliënt minder gefragmenteerd en beter op het individu afgestemd geleverd kan worden. Of deze manier van werken ook daadwerkelijk leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg en welzijn zoals dat door de gebruiker ervan wordt ervaren, moet de praktijk uitwijzen. Het wijkgericht werken in interprofessionele teams in Nederlandse gemeenten zal dan ook gepaard moeten gaan met monitoring en effectevaluatieonderzoek. Daarbij zal ook gekeken moeten worden naar eventuele negatieve neven-effecten, zoals het creëren van rechtsongelijkheid wat betreft zorg en welzijn tussen burgers van verschillende Nederlandse gemeenten.

## Literatuurlijst

- Adler, S.L., Bryk, E., Cesta, T.G., McEachen, I. (1995). Collaboration: The solution to multidisciplinary care planning. *Orthopaedic Nursing*, 14 (2), 21-29.
- Arum, van S., & Lub, V. (2014). Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten. *Beleidsonderzoek Online*, DOI: 10.5553/Beleidsonderzoek.000037
- Axelsson, R. and Axelsson, S.B. (2006). Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *International Journal Health Planning Management*, 21, 75-88.
- Baggs, J. G., & Schmitt, R. (2008). Collaboration between nurses and physicians. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 20,145-149.
- Brewer, M. B. (1996). Managing diversity: The role of social identities. In S.Jackson & M.Ruderman (Eds.), *Diversity in work teams* (pp. 47–68). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, L., Domokos, T., and Tucker, C (2003). Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community. *Health & Social Care in the Community*, 11(2), 85-94.
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L. & Coomber, C. (2012). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. Research Briefing. Social Care institute for excellence.
- Canadian Health Services Research Foundation (2006). *Teamwork in Healthcare. Promoting Effective Teamwork in Healthcare in Canada. Policy Synthesis and Recommendations*. Ottawa, Ontario: CHSRF.
- Cartlidge, A., Bond, J., Gregson, G., (1987). Interprofessional collaboration in primary health care. *Nursing Times*, 83(46), 45-48.
- Chapman, A. (2009). A review of Tuckman's 1965 Forming Storming Norming Performing team-development model. Assessed July 6, 2014 from <http://www.businessballs.com/tuckmanformingstormingnormingperforming.htm>.
- Cohen, S.G. & Bailey, D.R. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23(4), 238-290.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L.S.M., Beaulieu, M-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, supplement 1: 116-131.
- D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*. Supplement 1: 8 – 20. DOI: 10.1080/13561820500081604

- De Dreu, C. K., & West, M. A. (2001). Minority dissent and team innovation: the importance of participation in decision making. *Journal of applied Psychology, 86*(6), 1191.
- DeMiglio, L. & Williams, A. (2012). Shared care: the barriers encountered by community-based palliative care teams in Ontario, Canada. *Health and Social Care in the Community, 20*(4), 420–429. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01060.x
- Dowling, B., Powell, M., & Glendinning, C. (2004). Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community, 12*(4), 309-317.
- Fay, D., Borrill, C., Amir, Z., Haward, R., & West, M. A. (2006). Getting the most out of multidisciplinary teams: A multi-sample study of team innovation in health care. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 79*(4), 553-567.
- Fiske, S. T. (1998). Stereotyping, Prejudice and Discrimination. In D.T.Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (4th ed., pp. 357-411). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy, 65*, 139-151.
- Goede, E. de & Wijland, Y. (2012). Competentieprofiel Generalist. Samenvatting.
- Hanson, C.M., Spross, J.A., & Carr, D.B. (2001). *Collaboration: An Integrative approach* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Heinemann, E. A., Lee, J., & Cohen, J. I. (2006). Collaboration: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 21*,103-109
- Hultberg, E-L., Glendinning, C., Allebeck, P., & Lönnroth, K. (2005). Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health & Social Care in the Community, 13*(6), 531–541.
- In voor zorg!, (n.d.). De langdurige zorg in 2020: trends en ontwikkelingen. Retrieved from <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-informatie/De-langdurige-zorg-in-2020-trends-en-ontwikkelingen.html>
- Janis, I. (1972). *Victims of groupthink*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Kearney, E., & Gebert, D. (2009). Managing diversity and enhancing team outcomes: the promise of transformational leadership. *Journal of applied psychology, 94*(1), 77.
- Konings, J. (2010). Samenwerken in de eerste lijn. Een handreiking voor zorgverleners: LOVE werkgroep stimuleringsprogramma samenwerking juridische samenwerkingsvormen.
- Kozlowski, S.W.J. & Ilgen, D.R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological Science in the Public Interest, 7* (3): 77-124. DOI: 10.1111/j.1529-1006.2006.00030.x
- Larson, A. (2010). *Indigenous Healthy Lifestyle Program Evaluation: Final Report*. Perth: Western Australia Department of Health.

- Marks, M.A., Mathieu, J.E., & Zaccaro, S.J. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 26(3), 356-376.
- Mayer, R. C., Davis, J. H. & Schoorman, D. (1995). An integrative model of organizational trust. *The Academy of Management Review*, 20, 709-34.
- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, 15(1), 29-35.
- Nottle, C. and Thomson, D.J. (1999). Organisation and Effectiveness of Multi-disciplinary Paediatric Teams. A pilot survey of three teams. *Physiotherapy*, 85(4), 181-187.
- Poulton, B. C., & West, M. A. (1999). The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 13(1), 7 – 18.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD002213. DOI:10.1002/14651858.CD002213.pub3.
- Reinholt, M., Pedersen, T., & Foss, N. J. (2011). Why a central network position isn't enough: the role of motivation and ability for knowledge sharing in employee networks. *Academy of Management Journal*, 54(6), 1277-1297.
- Rink, F. & Ellemers, N. (2010). Benefiting from informational differences: How diversity can help focus on common group goals. *Group Processes and Intergroup Relations*, 13, 345 - 359
- Rutte en Samsom (2012). Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD – PvdA.
- Veldheer, V., Jonker, J-J., Noije, van L., & Vrooman, C. (2012). Een beroep op de burger Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport. Sociaal en Cultureel Plan Bureau: Den Haag.
- Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M-P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medicine*, 55, 991-1003.
- Stewart, G. L. (2006). A meta-analytic review of relationships between team design features and team performance. *Journal of management*, 32(1), 29-55.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 41-51.
- Ten Den, L., Hofhuis, J., & De Vries, S. (2015). *Het roer moet om in het HRM van Zorg en Welzijn*. Zwolle: Hogeschool Windesheim, Lectoraat Sociale Innovatie en Verscheidenheid.
- Van Knippenberg, D., De Dreu, C. K., & Homan, A. C. (2004). Work group diversity and group performance: an integrative model and research agenda. *Journal of applied psychology*, 89(6), 1008.

- Verhoeven, W., & Jacobs, L. (2014). De generalist in sociale wijkteams. Van:  
[http://www.wijkteams.info/cms/ data/De\\_generalist\\_in\\_sociale\\_wijkteams.pdf](http://www.wijkteams.info/cms/ data/De_generalist_in_sociale_wijkteams.pdf)
- VNG (2013). *Sociale wijkteams in ontwikkeling. Inrichting, aansturing en bekostiging*.
- Vyt, A. (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 24(Suppl 1): S106–S109. DOI: 10.1002/dmrr.835
- Vyt, A. (2012). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*. Garant Uitgevers: Antwerpen
- Walsh, C.L., Gordon, M.F., Marshall, M., Wilson, F. & Hunt, T. (2005). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Education in Practice*, 5(4), 230-237.
- Werkgroep Ethiek (1997). Interdisciplinair samenwerken in een team van zorgverstrekkers. Ethisch advies GGZ- Interdisciplinair samenwerken. Gevonden op:  
<http://www.vbvk.be/jupgrade/files/wegwijzer2.pdf>
- West, M.A. (2002). Sparkling Fountains or Stagnant Ponds: An Integrative Model of Creativity and Innovation Implementation in Work Groups. *Applied Psychology: An International Review*, 51(3), 355–424.
- West, M.A., Borrill, C.S., Dawson, J.F., Brodbeck, F., Shapiro, D.A. and Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. *The Leadership Quarterly*, 14, 393-410.
- Wijland, Y., & Goede, E. De (2012). *Competentieprofiel generalist*. Amsterdam: Ellen de Goede Training, Coaching, Mediation en Wijland Advies en Coaching TMA.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. Retrieved from:  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- WHO (1985). *Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care*. Technical Report Series, 717. Geneva: WHO.
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 140-153.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD000072.  
DOI:10.1002/14651858.CD000072.pub2.