HOGESCHOOL UTRECHT



VAN AANNAMES NAAR AFSTEMMING

Hoe reflectie ruimte maakt voor samenwerking tussen professionals in sociaal werk en ggz.

Jenny Zwijnenburg

Van aannames naar afstemming

Hoe reflectie ruimte maakt voor samenwerking tussen professionals in sociaal werk en ggz.

Auteur: Jenny Zwijnenburg, Professional Doctorate kandidaat, Hogeschool Utrecht

Oktober 2026

ISBN: 9789089281760

Kernwoorden: Interprofessionele samenwerking; professionele vooroordelen; sociaal werk; geestelijke gezondheidszorg; reflectieve professionaliteit.

Met dank aan de deskundigen voor het delen van hun expertise:

Mariët Brandts, Onderzoeker, ROC van Amsterdam & Ben Sajet centrum.

Anke van Gorp, Onderzoeker en privacy officer van het Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Ed de Jonge, Hogeschoolhoofddocent Hogeschool Utrecht.

Ksenija Napan, Associate Professor, Massey University.

Sonja van Rooijen, Senior Projectleider Team Leren Professionaliseren, Movisie.

Lectoraat Wonen en Welzijn, Hogeschool Utrecht Kenniscentrum Sociale Innovatie

Bezoekadres:
Padualaan 101
3584 CH Utrecht

Postadres:
Postbus 85397
3508 AJ Utrecht

Telefoon: 088 – 481 92 22
E-mail: ksi@hu.nl

Het lectoraat Wonen en Welzijn is onderdeel van het Kenniscentrum Sociale Innovatie. Hoe bouwen we aan een samenleving waarin iedereen kan meedoen, tot zijn recht komt en zich veilig voelt? Hier doen de lectoraten van het Kenniscentrum Sociale Innovatie van Hogeschool Utrecht onderzoek naar, met en voor (aankomend) sociale professionals in het brede sociaal domein. Onze missie is om samen met partners uit praktijk, onderwijs en beleid bij te dragen aan 'beter samen leven' en het verkleinen van sociale ongelijkheid. Dit doen wij door praktijkgericht onderzoek, ontwikkeling en agendering van actuele maatschappelijke en sociale vraagstukken op het vlak van participatie, welzijn, zorg en ondersteuning, jeugdhulp, werk en inkomen, schuldenproblematiek, dak- en thuisloosheid, toegang tot recht, reclassering, sociale veiligheid, en deelname aan onderwijs, sport en cultuur.

© Hogeschool Utrecht, 2026
Bronvermelding is verplicht. Verveelvoudigen voor eigen gebruik of intern gebruik is toegestaan.

Inhoudsopgave

Samenvatting 4
1 Inleiding 5
2. Vraagstuk 6
2.1 Knelpunt in de samenwerking 6
2.2 Oud zeer 6
2.3 Ontstaan en voortbestaan van vooroordelen 7
3. Methode 8
4 Resultaten 9
4.1 Systeemfactoren en defensieve routines 9
4.2 'Voorkom-de-crisisdienst' 10
4.3 Tijdelijke trajecten, structurele kwetsbaarheden 10
4.4 Beroepsgeheim 10
4.5 De ggz bestaat niet 11
5 Professionele vooroordelen voorkomen en doorbreken 12
5.1 Voorkomen 12
5.2 Vooroordelen doorbreken 12
6 Persoonlijke opbrengst en vervolg 13
Literatuurlijst 15

Samenvatting

Goede samenwerking tussen sociaal werk en ggz is van belang voor mensen met een psychische kwetsbaarheid die gebruikmaken van dit ondersteuningsaanbod. Toch verloopt deze samenwerking in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend. In dit paper wordt onderzocht hoe negatieve ervaringen in individuele casuïstiek kunnen leiden tot het ontstaan van vooroordelen van sociaal werkers over ggz-professionals. Die vooroordelen kunnen toekomstige samenwerking in de weg staan.

Het verkennend onderzoek, onderdeel van een Professional Doctorate-traject, was gericht op het verminderen van vooroordelen door kennis op te doen van de complexe realiteit achter individuele casuïstiek. Vijf casussen van deelnemers aan de sociaal werk interventie Vangnetwerken, waarin de samenwerking niet goed was verlopen, vormden het vertrekpunt. Deze vijf casussen zijn besproken met vijf deskundigen vanuit verschillende perspectieven: professionaliteit, beroepsgeheim en privacy, informele zorg, ggz en internationale tendensen in sociaal werk. In de gesprekken kwam naar voren dat achter de individuele casussen allerlei structurele factoren en verschillen in professionaliteitsopvatting spelen die de samenwerking tussen ggz-professionals en sociaal werkers beïnvloeden.

De paper gaat vervolgens in op het voorkomen en doorbreken van professionele vooroordelen. Adequate interprofessionele socialisatie tijdens de opleiding kan bijdragen aan meer kennis en begrip van elkaars werk en daarmee aan het voorkomen van negatieve stereotiepe beelden. Vooroordelen die al aanwezig zijn, vragen om bewuste reflectie op eigen ervaringen en aannames, zodat zij toekomstige samenwerking niet in de weg staan.

De inzichten uit dit reflectief traject zullen de input vormen voor een actieonderzoek naar het versterken van de samenwerking tussen sociaal werk en ggz rond Vangnetwerken in een lokale context.

1 Inleiding

Sociaal werk is er voor alle zelfstandig wonende inwoners van een gemeente, en dus ook voor mensen met een chronische of langdurige psychische kwetsbaarheid. Om hen passende ondersteuning te bieden, is het van belang dat sociaal werkers goed samenwerken met professionals die werkzaam zijn in de ggz. In landelijk beleid wordt stevig ingezet op deze domeinoverstijgende samenwerking. Dit komt tot uiting in het Integraal Zorgakkoord (Zorgakkoorden, z.d.) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (Ministerie van VWS, 2025). Er wordt ingezet op 'Mentale Gezondheidsnetwerken', waarin huisartsen, ggz-aanbieders en het sociaal domein samenwerken om mentale gezondheidszorg toegankelijker en beter afgestemd te maken.

Hoewel deze ontwikkelingen hoop bieden, is goed samenwerken nog lang niet overal vanzelfsprekend. Er bestaat een lange geschiedenis van samenwerkingsproblemen tussen ggz en sociaal werk (Phrenos, 2023). Structurele factoren spelen een rol, zoals verschillen in wet- en regelgeving, financieringsstromen en organisatorische inrichting. Daarnaast zijn er duidelijke culturele verschillen, zoals in werkwijzen, taalgebruik en professionele uitgangspunten (Hilhorst & Van den Wijngaart, 2024). In deze paper richt ik mij op een factor die in de aandacht voor domeinoverstijgende samenwerking nog relatief onderbelicht is gebleven: de invloed van eerdere negatieve ervaringen van sociaal werkers met samenwerking met ggz-professionals in individuele casuïstiek.

Het paper doet verslag van een reflectief traject waarin ik, vertrekkend vanuit mijn eigen ervaringen als sociaal werker, beschrijf hoe negatieve ervaringen in individuele casuïstiek kunnen doorwerken in de beeldvorming over ggz-professionals en kunnen leiden tot professionele aannames en vooroordelen (paragraaf 2). Daarna laat ik zien hoe zorgvuldige methodische reflectie op deze ervaringen kan helpen om deze aannames zichtbaar te maken en kritisch te onderzoeken (paragraaf 3) Door de ervaringen vanuit verschillende deskundigheidsperspectieven te bekijken, ontstaat meer inzicht in de complexe realiteit achter het handelen in individuele casussen en in de bredere factoren die de samenwerking beïnvloeden, zoals beroepsgeheim en werkdruk. Dit bredere perspectief draagt bij aan meer begrip voor het handelen van de andere professionals en maakt tegelijkertijd zichtbaar waar de eigen werkwijze beperkingen kent (paragraaf 4). Vervolgens verken ik hoe professionele vooroordelen kunnen worden voorkomen en doorbroken (paragraaf 5). Tot slot beschrijf ik de persoonlijke opbrengst van dit traject en de te zetten vervolgstappen (paragraaf 6).

Professional Doctorate

Deze paper heeft een andere opbouw dan een regulier onderzoeksartikel. Dat hangt samen met het praktijkgerichte karakter van mijn Professional Doctorate (PD)-traject. Sinds 2024 voer ik dit traject uit in het domein Gezondheid en Welzijn aan de Hogeschool Utrecht.

Een Professional Doctorate is, net als een PhD, gericht op het ontwikkelen van kennis op doctoraal niveau, maar onderscheidt zich door de sterke verbinding met de beroepspraktijk. Binnen de PD vervult de kandidaat verschillende, met elkaar verbonden rollen: die van professional, onderzoeker, innovator en change agent (Andriessen et al., 2025). Tijdens het traject werkt de kandidaat vanuit deze rollen in en met de praktijk om deze te versterken. In het traject dat aan deze paper ten grondslag ligt komen de verschillende rollen van de PD samen: mijn ervaringen als professional vormen het vertrekpunt, onderzoek en reflectie verdiepen het inzicht, en het uiteindelijke doel is bij te dragen aan verandering en verbetering van de beroepspraktijk.

Ik houd mij als sociaal werker en onderzoeker sinds 2013 bezig met het ontwikkelen en uitvoeren van de sociaal werk interventie Vangnetwerken, gericht op het verlichten van sociaal isolement. De interventie wordt op tien plaatsen in het land uitgevoerd en is opgenomen in de databank effectieve interventies (Zwijnenburg, 2024).

Mijn PD-traject is gericht op het succesvol verder opschalen van Vangnetwerken. Aan Vangnetwerken nemen mensen deel met een ondersteuningsbehoefte op het snijvlak van zorg en welzijn, onder wie mensen met een langdurige of chronische psychische kwetsbaarheid. Uit de procesevaluatie van Vangnetwerken (Leest, 2022) kwamen knelpunten in de samenwerking tussen sociaal werk en ggz naar voren als een belangrijk thema. Het versterken van deze samenwerking is daarom een van de drie praktijkvraagstukken die centraal staan binnen mijn PD-traject.

Mijn ervaringen als professional vormen zowel de aanleiding voor dit reflectietraject als het materiaal voor de onderzoeksmatige reflectie. Door deze ervaringen te verbinden aan relevante literatuur en de perspectieven van deskundigen, heb ik inzichten opgedaan die verder reiken dan de individuele casussen en bruikbaar zijn voor sociaal werkers die hun samenwerking met ggz-professionals willen versterken.

2. Vraagstuk

2.1 Knelpunt in de samenwerking

Vangnetwerken richten zich op het verlichten van sociaal isolement door mensen in een vervangend steunnetwerk te verbinden aan elkaar (Zwijnenburg & Timmerman, 2024). De doelgroep van Vangnetwerken bestaat uit mensen die de sociale vaardigheden missen om zelfstandig een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden. Zij hebben weinig tot geen betekenisvolle relaties. De oorzaak daarvoor ligt in een combinatie van factoren. De deelnemers kampen meestal met een psychische kwetsbaarheid, lichte verstandelijke beperkingen en/of NAH. Daarnaast spelen er psychosociale problemen zoals armoede, verlies en rouw of huiselijk geweld.

We weten uit ervaring dat de ondersteuningsbehoefte van de deelnemers met een chronische psychische kwetsbaarheid wisselt door de tijd. Gedurende hun leven ervaren zij op het ene moment minder klachten en op het andere moment meer. Op het ene moment heeft een deelnemer daarom (meer) ggz-zorg nodig, terwijl op een ander moment enkel ondersteuning door het sociaal werk beter past.

De samenwerkingsproblemen tussen sociaal werk en ggz spelen rondom individuele casuïstiek (Leest, 2022). Het gaat om situaties waarin een deelnemer aan een vangnetwerk, die eerder psychiatrische klachten heeft gehad, te maken krijgt met een snelle verergering van deze klachten. Denk bijvoorbeeld aan ernstige depressieve klachten, bipolaire episodes, of ernstige achterdocht. Zo'n situatie is meestal nog niet zo acuut dat de crisisdienst ingeschakeld kan worden, maar hulp is wel hard nodig. Op zo'n moment wil je als sociaal werker dat een deelnemer snel wordt gezien door een professional van de (behandelende) ggz. De klachten kunnen namelijk heel snel escaleren. Denk aan iemand die plotseling ernstige gedachten aan zelfdoding krijgt. Of iemand die plotseling allerlei dingen ziet en hoort die anderen niet waarnemen.

Het lukt echter lang niet altijd om tijdig hulp in te schakelen. Zelfs als een deelnemer naast de deelname aan het vangnetwerk in behandeling is bij een ggz-instelling en de persoon daarvoor toestemming geeft voor overleg, lukt helaas lang niet altijd om tijdig contact met de behandelaar te leggen. Het komt ook voor dat de behandeling al is afgesloten. In dat geval is een nieuwe verwijzing van de huisarts nodig. Die wil de patiënt in vrijwel alle gevallen eerst zelf zien. Dat is begrijpelijk, maar kan tot vertraging leiden. De huisarts heeft niet altijd snel tijd. Een deelnemer is meestal niet in staat om naar het spreekuur te komen. Dan is een huisbezoek of bezoek aan het Vangnetwerk nodig. Vervolgens moet de huisarts alsnog de ggz consulteren. Het komt ook voor dat de behandeling reeds is afgesloten. Dan moet de huisarts eerst een verwijzing afgeven.

De ervaring bij Vangnetwerken is dat het in dergelijke situaties flink mis kan lopen, met ernstige gevolgen. Als ggz-zorg uitblijft, kan de situatie uitgroeien tot een crisis. Dat heeft in de eerste plaats negatieve gevolgen voor de deelnemer zelf. Denk bijvoorbeeld aan een gedwongen opname of zelf toegebracht lichamelijk letsel. Een dergelijke situatie heeft daarnaast negatieve impact op het vangnetwerk waarvan de persoon deel uitmaakt. Het gedrag van de deelnemer kan zeer belastend zijn voor de groep. Het is daarom van groot belang in te zetten op versterking van de samenwerking tussen sociaal werk en ggz in dergelijke situaties.

2.2 Oud zeer

Vanuit mijn kennis uit de praktijk, ging ik in de literatuur op zoek naar concepten die mij zouden kunnen helpen om in mijn rol van PD-kandidaat de samenwerking te versterken. Al snel kwam ik in aanraking met de theorie van *boundary crossing*. Deze theorie richt zich op het verbinden van verschillende praktijken, perspectieven en professionele domeinen om samenwerking en leren te versterken (Dingshoff et al., 2023). Wenger (in Dingshoff, 2023 p.15) noemt de volgende kwaliteiten als belangrijk voor boundary crossers:

- Openlijk kunnen kijken naar zowel verschillen als overeenkomsten;
- Oordeel kunnen uitstellen, om de waarde van de andere praktijk te kunnen zien;
- Beschikken over de mogelijkheid om onderling te 'vertalen in de samenwerking', zodat ervaringen en vaardigheden ook echt gedeeld kunnen worden.

Een positie van 'boundary crosser' (Fortuin et al., 2020) leek mij goed te passen bij de insteek van het Professional Doctorate Gezondheid en Welzijn. Kandidaten binnen dit domein richten zich immers op vraagstukken op het snijvlak van zorg en welzijn. In hun trajecten geven zij vorm aan de brugfunctie tussen gezondheid en welzijn (Professional Doctorate Gezondheid & Welzijn, 2023) .

Toen ik echter kritisch bij mezelf naging of ik over benodigde kwaliteiten beschikte om als boundary crosser aan de slag te gaan, sloeg de twijfel toe. In hoeverre was ik daadwerkelijk in staat om mij open en onbevooroordeeld op te stellen? Zou ik niet vooral geneigd zijn om ggz-professionals te adviseren om meer te gaan werken zoals sociaal werkers?

Ik merkte op dat ik nog beïnvloed werd door situaties die ik als sociaal werker bij Vangnetwerken had meegemaakt. Situaties waar het me niet gelukt was om tijdig ggz-zorg in te schakelen en waar dat ernstige gevolgen had gehad. Voor mijn gevoel had de escalatie van problemen voorkomen kunnen worden. Als ik deze situaties als bagage met mij mee zou nemen, dan zou ik niet de onbevangen houding hebben die nodig is. Mijn inspanningen zouden dan waarschijnlijk niet leiden tot een betere samenwerking. Ik realiseerde me dat ik nog werk te doen had.

Ik merkte dat ik niet de enige was met 'oud zeer'. Er viel me een patroon op. Als ik sociaal werkers vertelde over mijn vraagstuk, dan leidde dat al snel tot een gesprek waarin we negatieve ervaringen met samenwerking met de ggz uitwisselden. We deelden verhalen waarin het inschakelen van hulp niet goed was verlopen. Die verhalen betroffen zowel voorbeelden uit onze professionele praktijk als verhalen uit de privé-sfeer.In al die verhalen kwam een negatieve aanname naar voren: namelijk dat 'de ggz hulpvragen liever niet oppakt'. Ik werd dus niet alleen beïnvloed door ervaringen die ik zelf had opgedaan, maar ook door ervaringen van collega's. Deze constatering bood een interessante invalshoek op het samenwerkingsprobleem. Een invalshoek waar ik nog niet veel over had gelezen. Het leek me relevant om hier dieper op in te gaan.

2.3 Ontstaan en voortbestaan van vooroordelen

In de literatuur vond ik verschillende sociaal-psychologische concepten die betrekking hebben op dit patroon.. Het eerste was *confirmation bias*. Dit begrip verwijst naar de neiging om informatie selectief te verzamelen en te interpreteren op een manier die bestaande overtuigingen bevestigt (Nickerson,1998, p.175). Wanneer men dus enkele negatieve ervaringen heeft gehad, bestaat de kans dat men vervolgens vooral signalen waarneemt die een negatief beeld bevestigen. Positieve ervaringen worden daarbij vaak genegeerd of minder zwaar meegewogen. Negatieve ervaringen worden ook sneller met anderen gedeeld. *Confirmation bias* was in onze verhalen en gesprekken opvallend herkenbaar: juist de negatieve ervaringen met de ggz werden met collega's gedeeld en bevestigden daarmee het beeld dat de ggz 'hulpvragen liever niet oppakt'.

De confirmation bias kan worden versterkt door ingroup bias: de neiging om de eigen (beroeps)groep positiever te beoordelen (Hewstone & Brown, 1986). Negatieve gedragingen van leden van een outgroup worden vaker toegeschreven aan stabiele interne kenmerken, zoals onkunde of onwil, in plaats van aan situationele factoren (Hewstone, 1990). Ook dit patroon was herkenbaar in onze gesprekken. We spraken over een onwil van ggz-professionals, niet over mogelijke situationele factoren.

Het steeds uitwisselen van gekleurde verhalen draagt bij aan het ontstaan van zogenoemde *professionele stereotypen*: overgegeneraliseerde representaties waarbij eigenschappen van, of ervaringen met, één professional worden toegeschreven aan de gehele beroepsgroep (Sheffer-Hilel, Drach-Zahavy, & Endevelt, 2023). In dit geval: het beeld dat ggz-professionals altijd moeilijk doen en niet bereid zijn om hulpvragen op te pakken.

Het zou in de geest van het falsificatieprincipe van Karl Popper waardevol zijn geweest als we bewust en actief op zoek waren gegaan naar observaties die onze bestaande overtuiging konden weerleggen (Popper, 1959). In dit geval hadden we op zoek kunnen gaan naar voorbeelden van succesvol verlopen samenwerking. Dat deden we niet. We wisselden zelden verhalen uit over succesvol verlopen ggz-zorg. Terwijl daar natuurlijk talrijke voorbeelden van zijn. Het is niet aannemelijk dat professionals die bewust kiezen voor een beroep in de hulpverlening, niet gemotiveerd zouden zijn om mensen te ondersteunen.

Het beeld dat de ggz hulpvragen liever niet oppakt vraagt om nuancering en bijstelling. Ik besloot om te beginnen bij mijn eigen handelen. Als ik van anderen verwacht dat zij over de grenzen van hun eigen beroepsdomein heen kunnen kijken, is het relevant om ook mijn eigen beelden en aannames kritisch te onderzoeken. Omdat ook andere sociaal werkers vergelijkbare ervaringen en aannames hebben, wilde ik zoeken naar een combinatie van een persoonlijke en een bredere opbrengst. Enerzijds wilde ik mijn eigen professionele handelen en samenwerkingsvaardigheden versterken als onderdeel van mijn PD-traject. Anderzijds wilde ik inzichten ontwikkelen die relevant zijn voor sociaal werkers die hun eigen aannames over de ggz kritisch willen onderzoeken. De inzichten die uit dit traject voortkomen, kunnen bovendien een basis vormen voor een vervolgtraject gericht op het versterken van de samenwerking.

3. Methode

Mijn eigen ervaringen vormden het vertrekpunt van dit traject en tegelijkertijd het onderzoeksmateriaal. Ik selecteerde een vijftal casussen waarvan ik merkte dat ik die steeds met collega's bleef delen. Het ging om casussen met een negatieve afloop waarin ik niet begreep waarom ggz-professionals op een bepaalde manier hadden gehandeld. Vier verhalen hadden betrekking op mijn professionele praktijk en één verhaal had betrekking op mijn persoonlijk leven. De overeenkomst tussen de verhalen was dat het om mensen ging die te maken kregen met een snelle achteruitgang van hun mentale gezondheid. Er werd gepoogd om hulp in te schakelen van ggz-professional. Dat lukte om verschillende redenen niet. Bijvoorbeeld doordat een behandelaar niet met mij wilde overleggen over de cliënt of doordat ik niemand bereid kon vinden om bij de cliënt langs te gaan. Problemen verergerden wat leidde tot aanzienlijk en nodeloos extra lijden voor de persoon zelf en/of gevaarlijke situaties voor anderen. Ik schreef ieder verhaal uit in ongeveer twee A4.

Gijs

Het onderstaande verhaal is geen echte casus, maar een samengesteld verhaal waarin elementen uit verschillende casussen zijn verwerkt. Het is opgenomen om de lezer een beeld te geven van de verhalen die ik heb uitgeschreven.

Gijs (46) werd door een woonbegeleider aangemeld voor deelname aan het vangnetwerk. Gijs had een langdurige opname doorgemaakt in de ggz met daarop aansluitend een ambulant behandeltraject. Zijn sociale netwerk was door familieproblemen flink afgebrokkeld en Gijs wilde graag meer contact met anderen. Zijn deelname liep aanvankelijk soepel. Hij had een goed gevoel voor humor en was altijd bereid om ergens mee te helpen.

Na ongeveer een jaar merkte ik echter dat het gedrag van Gijs snel veranderde. Hij was schrikachtig en leek slecht op zijn gemak. Ik sprak hem aan. Toen bleek dat hij dacht dat mensen binnen het vangnetwerk hem kwaad wilden doen. Daar had hij naar eigen zeggen allerlei bewijzen voor. Hij vertelde dat hij al nachten amper sliep. Ik was bezorgd. Voor zover ik kon nagaan wilde niemand Gijs kwaad doen. Ik schrok van zijn boosheid en angst. Met mondelinge toestemming van Gijs probeerde ik contact op te nemen met de ggz-instelling waar Gijs in behandeling was. Ik hoopte dat we er voor zouden kunnen zorgen dat Gijs nog diezelfde dag zou worden gezien door een behandelaar. Dat lukte niet. Tot mijn frustratie kon niemand me te woord staan. Ik voelde me niet serieus genomen. Uiteindelijk kon ik niet anders dan mijn werkdag afsluiten en Gijs naar huis laten gaan.

Die avond ging het mis. Gijs sloeg een ruit in van het wijkcentrum. Hij ging in het pand op zoek naar de deelnemers waarvan hij dacht dat die het op hem gemunt hadden. Gelukkig was er niemand aanwezig. Gijs werd gedwongen opgenomen en verloor zijn huis in de wijk. De andere deelnemers waren ontzettend geschrokken.

Ik had mijn verhalen graag besproken met de professionals die destijds bij deze situaties betrokken waren. Dat was om verschillende redenen, waaronder privacywetgeving, niet mogelijk. Bovendien was dat voor het doel van dit traject ook niet noodzakelijk. Ik was immers niet gericht op waarheidsvinding of op het reconstrueren van wat er destijds precies was gebeurd. Mijn doel was om mijn eigen, beperkte en gekleurde perspectief te verbreden.

Ik koos er daarom voor om mijn verhalen voor te leggen aan deskundigen die vanuit verschillende invalshoeken naar de samenwerking tussen sociaal werk en ggz konden kijken .Hun afstand tot de situaties zou het mogelijk maken om neutraal naar mijn ervaringen te kijken. Ik zocht professionals met expertise op het gebied van ggz, sociaal werk en interprofessionele samenwerking. Ik benaderde vijf deskundigen met de vraag of zij met mij over de verhalen in gesprek wilden gaan:

- Ed de Jonge, deskundige op het gebied van professionaliteitsopvattingen;
- Anke van Gorp, deskundige op het gebied van privacy en het delen van informatie tussen professionals;
- Mariët Brandts, deskundige op het gebied van samenwerking tussen formele en informele zorg;
- Sonja van Rooijen, deskundige op het gebied van wijkgericht werken in de ggz en bemoeizorg;

Als vijfde deskundige betrok ik Ksenija Napan, een associate professor uit Nieuw-Zeeland. Zij leidt studenten sociaal werk op, onder andere in samenwerking met de ggz. Dit gaf mij de mogelijkheid om mijn verhalen in een internationaal perspectief te plaatsen.

Het proces was ingericht als een verkennend onderzoek. Deze methode van zelfonderzoek kan worden gerelateerd aan het Jungiaans concept van schaduwwerk (Van Woersem & Machielsen, 2024). Daarbij gaat het om zelfonderzoek naar de zogenoemde 'schaduw': de donkere kanten, of niet eerder erkende en onderbelichte aspecten van de persoon, die onbewust zijn geworden maar die wel invloed hebben op het handelen. De schaduw van jezelf kan de interactie met anderen negatief beïnvloeden. Schaduwwerk helpt om eenzijdigheid in denken te doorbreken.

Iedere deskundige las voor het gesprek de verhalen. De gesprekken hadden een open karakter, waarbij ruimte was om vanuit de verhalen in te gaan op wat de deskundigen relevant vonden. De deskundigen reageerden in de eerste plaats vanuit hun expertise, maar zij hebben zich daar niet toe beperkt. Opvallend was dat in vier van de vijf gesprekken de deskundigen ervaringen uit hun persoonlijk leven naar voren brachten. Ik maakte geluidsopnamen die ik uitwerkte tot verslagen. Daaraan voegde ik in cursief gedachten toe die bij mij opkwamen tijdens de uitwerking. De verslagen legde ik voor aan de deskundigen. Die reageerden op de juistheid en voegden zelf reflecties toe. Deze werkwijze was voor dit onderzoek passend grondig (Andriessen, 2014). Door de gesprekken vast te leggen, uit te werken en terug te leggen bij de deskundigen, heb ik zorgvuldig gewerkt aan de onderbouwing van de inzichten. Zo draagt mijn mijn proces bij aan het ontwikkelen kennis die relevant is voor de praktijk.

4 Resultaten

Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven, was het niet het doel van de gesprekken om de gebeurtenissen in de verhalen te reconstrueren. Er is niet met zekerheid vast te stellen welke overwegingen voor de betrokken ggz-professionals in deze casussen een rol hebben gespeeld. Mogelijk zijn er in sommige situaties fouten gemaakt, maar misschien ook niet. De gesprekken boden zicht op factoren die het handelen van individuele professionals in individuele casuïstiek overstijgen. Deze inzichten uit de gesprekken zijn daardoor breder relevant dan alleen voor mijzelf. Tegelijkertijd lieten de gesprekken zien dat de uitkomst van een samenwerking door veel meer factoren wordt beïnvloed dan ik destijds overzag.

In de volgende paragrafen worden de resultaten en aanbevelingen op drie niveaus beschreven. Eerst worden vijf inhoudelijke thema's uitgewerkt die van belang zijn voor de samenwerking tussen sociaal werk en de ggz. Deze thema's laten zien waar de samenwerking in de praktijk onder druk kan komen te staan en hoe professionals dit ervaren:

- Systeemfactoren en defensieve routines
- 'Voorkom-de-crisisdienst'
- Tijdelijke trajecten, structurele kwetsbaarheden
- Beroepsgeheim
- *De* ggz bestaat niet

4.1 Systeemfactoren en defensieve routines

Systeemfactoren speelden in mijn verhalen zonder twijfel een rol. Denk aan financieringssystemen, hoge werkdruk en wachtlijsten. Voor de deskundige uit Nieuw-Zeeland waren mijn verhalen herkenbaar. Met haar sprak ik over de invloed van het neoliberale systeem. Dat eist van zorgprofessionals om in hoog tempo casussen 'af te werken'. In zo'n systeem worden professionals continu overvraagd. Het is dan niet onlogisch dat zij een hoge drempel opwerpen voor verwijzingen.

In dat gesprek realiseerde me dat ik ook wel eens zulke drempels had opgeworpen. Twintig jaar geleden werkte ik als maatschappelijk werker in Rotterdam. Een aanmelder die alleen hulp zocht bij het vinden van een woning wezen wij af. We gaven hen de boodschap: u heeft geen hulpvraag voor het maatschappelijk werk. Ze kregen een lijstje mee met telefoonnummers van particuliere verhuurders, hoewel we wisten dat de kans dat zij op die manier een woning zouden vinden heel klein was. Voor ons was het afwijzen logisch. Er waren heel veel mensen op zoek naar een huis en de criteria voor urgentie waren streng. Wij konden niet veel doen om mensen aan een huis te helpen en we hadden ook nog eens een wachtlijst. Maar voor aanmelders moet dit helemaal niet zo logisch zijn geweest. Ik weet nog dat ik een keer een vrijwilliger aan de telefoon had die erg boos werd omdat ik een aanmelding afwees. Precies zoals ik boos werd als een ggz-professional niet in een casus wilde stappen.

Mijn voorbeeld is helaas nog steeds actueel. Het boekje *Mag niet bestaat niet* (Kruiter, Albers & Meiberg, 2023) draait om een casus van een zwangere alleenstaande moeder. Zij heeft een woning nodig, maar kan nergens

met deze hulpvraag terecht. De auteurs gebruiken het concept van *defensieve routines* van Argyris om de houding van de hulpverleners te verklaren: vaste, vaak onbewuste gedragspatronen waarmee professionals zichzelf beschermen tegen ongemak, kritiek, schaamte of gezichtsverlies. Professionals wenden deze routines aan als zij de noodzaak voelen om zichzelf te beschermen in een werkveld waar meer problemen op hen afkomen dan zij aankunnen, of waarin regels en (organisatie)beleid hen belemmeren om passende hulp te bieden.

Wanneer passende hulp niet beschikbaar is, kan de neiging ontstaan om de situatie te herdefiniëren als een probleem van de cliënt. In plaats van het woningtekort te agenderen en machteloosheid te benoemen die wij als sociaal werkers daardoor ervaarden, legden we de verantwoordelijkheid voor het vinden van woonruimte bij de cliënt. Kijken vanuit het concept *defensieve routines* helpt om te duiden waarom ggz-behandelaars niet in actie kwamen op basis van mijn signaal. Het hielp mij om beter te begrijpen dat behandelaars die te maken hebben met lange wachtlijsten en hoge werkdruk terughoudend kunnen zijn in het aannemen van nieuwe casussen.

Hoewel deze manier van handelen begrijpelijk is, blijft het van belang dat professionals structurele problemen die achter individuele hulpvragen schuilgaan, signaleren en agenderen. Zolang deze problemen niet worden aangepakt, blijven hulpvragen zich opstapelen en neemt de druk op de zorg eerder toe dan af. Afwijzingen kunnen ertoe bijdragen dat mensen in een kwetsbare situatie verder wegzakken. Dit leidt niet alleen tot menselijk leed, maar ook tot een latere en vaak intensievere inzet van professionals om de gevolgen alsnog te herstellen.

4.2 ‘Voorkom-de-crisisdienst’

In vier van de gesprekken kwam een ontbrekend onderdeel in de ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid aan de orde. Voor mensen waar direct gevaar speelt, is er de crisisdienst van de ggz. De druk op de crisisdienst is groot en zij hanteren een strikte definitie van crisis. Er dient sprake te zijn van (dreigend) gevaar voor de cliënt of diens omgeving (GGZ Standaarden, z.d.).

Mijn verhalen hadden betrekking op situaties waar nog geen crisis speelde, maar waar ik verwachtte dat er op korte termijn een crisis zou gaan ontstaan. Het voorkomen van een crisis, zou veel menselijk leed en zorgkosten besparen. We weten dat de sociale omgeving van de persoon vaak een voorfase signaleert, een vatbaarheid voor een crisis (GGZ Standaarden, z.d.). Er is echter geen ‘voorkom-de-crisisdienst’ die mensen naar aanleiding van een signaal van een naaste of een professional kan zien. Hier kan menselijke en financiële winst worden behaald. Vroegtijdig signaleren en handelen kan escalatie voorkomen en daarmee op termijn ook bijdragen aan het verminderen van de druk op de ggz. Ik realiseer mij dat het, gezien de huidige wachtlijsten binnen de ggz, moeilijk zal zijn om hier op korte termijn ruimte voor te creëren.

4.3 Tijdelijke trajecten, structurele kwetsbaarheden

Een derde thema dat naar voren kwam, is dat ggz behandeltrajecten tijdelijk zijn, terwijl we weten dat problematiek vaak terugkerend is. Een traject wordt afgesloten als de behandeldoelen behaald zijn, maar ook wanneer de cliënt meerdere malen niet is verschenen op een afspraak. Als een traject eenmaal afgesloten is, is er meestal nog een periode waarbinnen het dossier opnieuw kan worden geopend. Na die periode moet er eerst weer een nieuwe verwijzing door de huisarts worden afgegeven. Dan komt iemand opnieuw op de wachtlijst te staan, terwijl zorg snel en drempelloos zou moeten kunnen worden op- en afgeschaald.

In de gesprekken met de deskundigen werden diverse voorbeelden genoemd van sociaal werkers en ggz-professionals die de grenzen van regels en beleid een beetje oprekken en zoeken naar creatieve oplossingen om trajecten toch langer open te houden. Zij doen dit vanuit de overtuiging dat iemand anders mogelijk verder achteruitgaat en dan met ernstiger problemen opnieuw in beeld komt. In de huidige situatie, waarin er lange wachtlijsten bestaan, zorgt dat echter voor een dilemma. Als je iemand voor laat gaan, staat een ander immers langer op de wachtlijst.

4.4 Beroepsgeheim

Toen ik sprak met de privacy-deskundige, drong het tot mij door dat het medisch beroepsgeheim, waarmee ggz-behandelaars te maken hebben, veel strikter is dan ik dat ken in sociaal werk. Beroepsgeheim van

behandelaars is wettelijk vastgelegd. De ruimte voor een eigen professionele afweging is hierin beperkt. Een behandelaar mag het beroepsgeheim zonder toestemming van de cliënt alleen doorbreken bij conflict van plichten (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, z.d.). Dat is het geval indien iemand een gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving is en indien het doorbreken van het beroepsgeheim daadwerkelijk leidt tot het verminderen of wegnemen van dit gevaar. Het medisch beroepsgeheim is zo strikt om te bewaken dat mensen zich veilig voelen om hulp te zoeken en open te zijn over wat er bij hen speelt.

De lat ligt zeer hoog en de gevolgen kunnen groot zijn. Een behandelaar die het beroepsgeheim doorbreekt kan op persoonlijke titel voor de tuchtrechter worden gedaagd. Dat zijn lange zaken die een enorme impact hebben. Bij een tuchtrechtelijke uitspraak kan een zorgprofessional een maatregel opgelegd krijgen die varieert van een waarschuwing tot een schorsing of zelfs doorhaling van de BIG-registratie, waardoor de zorgverlener het beroep niet langer mag uitoefenen.

Ook sociaal werk kent beroepsgeheim en tuchtrecht, maar dit heeft een ander gewicht. Wanneer een sociaal werker lid is van de beroepsvereniging, kan een cliënt een klacht indienen. Die wordt behandeld volgens het verenigingstuchtrecht (BPSW, z.d.). Dit kan leiden tot een schorsing of royement als lid van de beroepsvereniging. In tegenstelling tot zorgprofessionals met een BIG-registratie is lidmaatschap van de beroepsvereniging voor sociaal werkers echter niet verplicht. Een schorsing of royement betekent niet dat zij hun beroep niet langer mogen uitoefenen.

Dit verschil in wettelijke en professionele kaders heeft gevolgen voor de dagelijkse omgang met de geheimhoudingsplicht. Binnen het sociaal werk wordt vaak relationeel gewerkt en is mondelinge toestemming van de cliënt om informatie uit te wisselen doorgaans voldoende. Binnen de ggz wordt, mede vanwege de mogelijkheid van tuchtrechtelijke toetsing, veel waarde gehecht aan zorgvuldige dossiervorming en aantoonbare toestemming. Een ggz-professional zal daarom doorgaans om een schriftelijke of om een op een andere wijze vastgelegde toestemming vragen.

Als een cliënt toestemming geeft aan professionals om met elkaar te overleggen, ontstaat er veel ruimte voor samenwerking. Sociaal werkers nemen nu meestal pas contact met andere professionals op als zij signaleren dat een persoon achteruit gaat. Het verdient de voorkeur om al bij de start van een deelname aan sociaal werk aanbod te vragen of de persoon toestemming geeft om te overleggen met andere hulpverleners. Onze ervaring bij Vangnetwerken is dat deelnemers daar vaak geen bezwaar tegen hebben. Door dit tijdig te regelen kan de toestemming goed worden vastgelegd en kan de sociaal werker alvast contact leggen met de behandelaar.

De meest passende manier om dit vorm te geven, waarbij de cliënt de regie behoudt, lijkt door gebruik te maken van een signaleringsplan. Dit is een persoonlijk plan van de cliënt zelf, dus niet van een specifieke organisatie of hulpverlener. In samenspraak met formele en informele betrokkenen kan de cliënt hierin vastleggen welke signalen wijzen op een naderende crisis en welke afspraken zijn gemaakt over de gewenste aanpak. Het plan is van de persoon zelf. Psychosenet (2024) biedt op de website een model aan voor een dergelijk plan.

4.5 *De* ggz bestaat niet

Het klinkt misschien vanzelfsprekend, maar het is goed om te benoemen dat er uiteraard niet één ggz bestaat (evenmin als *het* sociaal werk). In 2024 waren er 110 duizend professionals werkzaam in de ggz (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2024). De sector bestaat uit veel verschillende organisaties, met daarbinnen weer uiteenlopende afdelingen, professionals, specialisaties en werkwijzen. Sommige daarvan, zoals bemoeizorg en FACT, zijn sterk gericht op samenwerken met het formele en informele netwerk. Andere hebben een meer individualistische opvatting en werken meer volgens een biomedisch model. Er is een grote diversiteit van opvattingen en culturen rondom domeinoverstijgend samenwerken.

Ook in het sociaal domein zijn veel organisaties en professionals werkzaam. Eén van mijn gesprekspartners merkte terecht op dat er ook sociaal werkers werkzaam zijn binnen de ggz, bijvoorbeeld als ggz-agoog. Ik realiseerde mij dat wanneer ik spreek over 'sociaal werkers', ik niet doel op alle professionals die volgens de beroepsorganisatie onder deze noemer vallen. De BPSW onderscheidt acht werkvelden, die op hun beurt weer zijn onderverdeeld in een groot aantal beroepsvarianten (BPSW, 2024). Wanneer ik spreek over sociaal werk, heeft dat betrekking op het werkveld 'welzijn'. Dit zijn sociaal werkers die in gemeenten het welzijnswerk uitvoeren. Deze professionals werken veelal wijkgericht, terwijl ggz-professionals in de regel een groter werkgebied hebben.

Het is ondoenlijk voor een individuele professional om alle professionals te kennen die in hun werkgebied actief zijn. En je weet niet van tevoren met welke professional je rondom een individuele cliënt zult gaan samenwerken.

Wat daarom in de eerste plaats behulpzaam lijkt voor samenwerking, is een professionele houding waarin de persoon met de eigen hulpvraag centraal staat. Wat nodig is om de persoon verder te helpen zou de aanleiding moten zijn om samenwerking op te zoeken, ook buiten samenwerkingsstructuren of formele afspraken om. Zowel sociaal werkers als ggz-professionals zouden bereid moeten zijn om de ander te woord te staan, mee te denken en gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen (uiteraard binnen de kaders van het beroepsgeheim). Een ontwikkeling die bijdraagt aan samenwerking op casusniveau is *netwerkzorg* binnen de ggz (Hagoort, Van Os, & Scheepers, 2025). Bij netwerkzorg is samenwerking met het sociale netwerk van de cliënt en met partners in het sociaal domein expliciet onderdeel van de behandeling.

Daarnaast zijn er verschillende initiatieven op gemeentelijk en wijkniveau om domeinoverstijgende samenwerking te versterken, zoals *W in de wijk* (van Erp et al., 2024). Ook wordt er op verschillende plekken ingezet op professionals die een brugfunctie vervullen tussen de domeinen. Deze initiatieven laten waardevolle resultaten zien, maar hun bereik is niet vanzelfsprekend organisatiebreed, waardoor niet alle organisaties of afdelingen bij dergelijke projecten betrokken zijn. Daarom blijft de basis de bereidheid van professionals om, ook buiten formele samenwerkingsverbanden om, te kijken wat voor de cliënt nodig is en vanuit die gezamenlijke verantwoordelijkheid de samenwerking te zoeken.

5 Professionele vooroordelen voorkomen en doorbreken

Professionele vooroordelen kunnen ontstaan doordat professionals (verschillen in) elkaars werk niet goed kennen, maar ook door negatieve ervaringen in de samenwerking. Het is daarom van belang om zowel te investeren in interprofessioneel leren als in het herkennen en onderzoeken van bestaande vooroordelen.

5.1 Voorkomen

Als het gaat om vooroordelen, geldt: voorkomen is beter dan genezen. Dolan et al. (2023) geven aan dat interprofessionele socialisatie tijdens de opleiding een belangrijke eerste stap is om over, van en met elkaar te leren. Wanneer je elkaars werk goed kent, zullen er minder snel vooroordelen ontstaan. In een concept-analyse (p. 886) zien de auteurs de volgende vijf kenmerken van interprofessionele socialisatie:

1. Leren over andere professionals en de rol die zij spelen in interprofessionele teams
2. De waarde van samenwerking met andere professionals leren kennen
3. Een gemeenschappelijk doel identificeren dat nagestreefd wordt door de verschillende professionals.
4. Het doorbreken van barrières tussen professionele silo's.
5. Het ontwikkelen van een duale identiteit: een professionele identiteit en een interprofessionele identiteit.

Beroepsopleidingen hebben hier toenemend aandacht voor. Zij stimuleren dat studenten uit verschillende opleidingen al tijdens hun opleiding van en met elkaar leren. Zo leidt de Hogeschool Utrecht binnen het programma 'HU GEZOND&WEL' studenten op die gewend zijn om interprofessioneel samen te werken (Hogeschool Utrecht, z.d.).

Als je elkaars werkwijze beter begrijpt, ben je eerder geneigd samen te werken. Je weet beter wat je van de ander kunt verwachten en kent ook de mogelijkheden en beperkingen van diens werk. Daardoor wordt het gemakkelijker om bij een misverstand of probleem contact met elkaar op te nemen en het gesprek aan te gaan. Zo wordt de ander minder snel als een buitenstaander gezien en krijgen vooroordelen en stereotiepe beelden minder kans.

5.2 Vooroordelen doorbreken

Professionals die al vooroordelen hebben zouden zich moeten inspannen om die te herkennen en te doorbreken. Ze staan immers een goede samenwerking in de weg, wat een negatieve uitwerking kan hebben voor de mensen die zij ondersteunen.

Sociaal werkers kunnen op dit punt leren van de manier waarop ervaringsdeskundigen in hun opleiding met hun eigen ervaringen leren omgaan. In de opleiding tot ervaringsdeskundige staan persoonlijke ervaringen met ontwrichtende gebeurtenissen, zoals een psychiatrische aandoening of daklоosheid, centraal. Daaronder vallen ook ervaringen met hulpverleners. Het is van belang dat zij voldoende afstand tot hun ervaringen kunnen nemen om deze uiteindelijk professioneel te kunnen inzetten (Van Erp et al., 2015, p. 64). In het Basiscurriculum Ervaringsdeskundigheid (Van Erp et al., 2015) wordt van studenten gevraagd om deze ervaringen door analyse

en reflectie te onderzoeken. Door de ervaringen te verbinden met ervaringen van anderen en met kennis uit andere bronnen, zoals literatuur, ontwikkelen zij ervaringskennis.

Volgens van Erp et al. (2022, p.9) kunnen ook professionals ervaringen hebben die zij kunnen omzetten in ervaringskennis. Dat kunnen ervaringen zijn die zij tijdens de uitvoering van hun werk hebben meegemaakt, maar ook ervaringen in hun persoonlijk leven. Sociaal werkers kunnen zelf een ontwrichtende ervaring hebben meegemaakt of een naaste hebben die hiermee te maken heeft (gehad). In onderzoek gaf 46,9 procent van de ondervraagde zorg- en dienstverleners, aan dat zij dergelijke ervaringen hebben (Weerman et al., 2019).

Voor sociaal werkers die merken dat hun beeld gekleurd is door negatieve ervaringen, kan een proces zoals dat van ervaringsdeskundigen in opleiding behulpzaam zijn. Ook zij kunnen hun ervaringen onderzoeken, deze vanuit verschillende perspectieven bekijken en verbinden met andere kennis. Het doel is niet om de ervaringen weg te nemen, maar om er door reflectie voor te zorgen dat ze ervaringen niet onbewust doorwerken in toekomstige samenwerking.
De bovenstaande inzichten bieden aanknopingspunten om post-initieel onderwijs voor sociaal werkers te ontwikkelen, voortbouwend op ervaringen met interprofessionele samenwerking in de bachelor en op de aandacht voor eigen ervaringen binnen de opleiding tot ervaringsdeskundige.

6 Persoonlijke opbrengst en vervolg

Het bespreken van de verhalen met de deskundigen heeft mij veel gebracht. Elk gesprek leverde nieuwe inzichten op. Welke overwegingen de ggz-professionals die een rol spelen in de verhalen precies hebben gemaakt, is niet bekend. Het zou goed kunnen dat er in een aantal gevallen onjuiste inschattingen zijn gemaakt. Het werd mij echter wel duidelijk dat er achter deze situaties veel meer schuilgaat dan individueel foutief handelen of onwil. Ik merkte dat naarmate ik hier meer zicht op kreeg, mijn frustratie geleidelijk naar de achtergrond verdween.

De gesprekken werkten als een spiegel. Ik leerde mijn ‘schaduwkant’ zien door de ogen van de ander (Van Woersem & Machielsen, 2024). Daarmee kwamen ook de minder sterke kanten van mijn eigen werkwijze in beeld. Mijn informele werkwijze heeft ook nadelen. Zo regelde ik toestemming om met een professional te overleggen veelal niet schriftelijk, waardoor dit nergens werd vastgelegd. Ook registreerde ik mijn overwegingen en genomen stappen vaak niet goed. Daarnaast heb ik in enkele gevallen, vanuit een ervaren urgentie, contact opgenomen met een professional voordat ik de cliënt om toestemming had gevraagd. Dat heeft geen problemen opgeleverd, omdat het goed aansloot bij de situatie. Tegelijkertijd realiseer ik mij dat de cliënt daardoor geen mogelijkheid had om toestemming te weigeren. Dat had ook anders kunnen uitpakken.

De meer gestructureerde werkwijze in de ggz heeft voordelen. Zo zorgt een goede borging van dossiervorming ervoor dat het werk inzichtelijk en overdraagbaar is. Zorgvuldige toestemmingverlening bij het delen van cliëntgegevens draagt bij aan transparantie: het maakt zichtbaar dat de cliënt hiermee instemt, wat mogelijke misverstanden of klachten kan voorkomen.

Het is interessant om dit te duiden vanuit de kernkwadranten van Daniel Ofman (2004). De kwaliteiten die iemand zelf als uitdaging ervaart, kunnen zich spiegelen in het gedrag van anderen en daar irritatie oproepen. In mijn verhalen frustreerde het mij dat een behandelaar op basis van mijn signalen niet direct overging tot actie. Omgekeerd kan mijn handelen bij de behandelaar frustratie hebben opgeroepen, omdat ik voor diens gevoel met een incompleet verhaal kwam. Bijvoorbeeld doordat ik niet alle relevante persoonsgegevens had geregistreerd en geen schriftelijke toestemmingsverklaring kon overleggen.

Ik kan me daarnaast voorstellen dat het voor een behandelaar niet altijd duidelijk was wat mijn professionele rol precies inhield. Aan de telefoon, met een deelnemer naast mij, presenteer ik mijzelf het liefst als “Jenny van het buurthuis”, omdat dit goed aansluit bij de doelgroep die ik wil bereiken. Nadeel van deze manier van communiceren is dat mijn rol als hulpverlenend professional naar samenwerkingspartners minder expliciet werd benoemd. In contact met ggz-professionals was een formele toelichting op mijn rol beter op zijn plaats geweest.

Tot slot viel mij tijdens het gesprek met de deskundige op het gebied van informele zorg iets opmerkelijks op. Zij wees erop dat de frustraties die ik ervoer overeenkomsten vertoonden met ervaringen van informele zorggevers.Ik realiseerde me dat ik soms taken op mij had genomen die normaal gesproken door naasten of mantelzorgers worden uitgevoerd. Dit deed ik omdat er in deze situaties geen naasten waren. Zo was ik bijvoorbeeld voor een deelnemer contactpersoon voor het ziekenhuis. Ik voel een sterk appel wanneer ik voor iemand de enige stabiele schakel ben op wie diegene kan terugvallen.

Dat is niet verkeerd. Vanuit een werkwijze gebaseerd op de presentiebenadering is die nabijheid goed te begrijpen en ook professioneel verdedigbaar (de Jonge, 2015). Tegelijkertijd heeft die nabijheid ook een keerzijde: hoe sterker je betrokken raakt, hoe minder afstand je soms tot een situatie ervaart en hoe persoonlijker deze je kan raken. Juist bij deze vorm van nabije professionaliteit is het daarom belangrijk om door reflectie afstand tot je ervaringen te creëren. Het bespreken van dergelijke ervaringen met anderen kan daarbij helpen en voorkomt mogelijk dat ze zich ongemerkt vastzetten als vooroordelen over een beroepsgroep.

Ik heb mijn vooroordelen in zoverre kunnen nuanceren dat ik mij toegerust voel om de rol van *boundary crosser* op te pakken. Niemand is volledig vrij van oordelen of aannames, ook ik niet. Het gaat er daarom niet om oordelen en aannames helemaal uit te bannen, maar om ze te herkennen en te onderzoeken wanneer ze de samenwerking kunnen beïnvloeden. De volgende stap die ik zal zetten, is het interviewen van ggz-professionals over hun ervaringen met de samenwerking met sociaal werkers. Ik wil nagaan of ook zij vooroordelen of aannames ervaren in deze samenwerking. Samen met de inzichten uit dit traject vormen deze gesprekken de basis voor een actieonderzoek naar het versterken van de samenwerking rond de deelnemers aan Vangnetwerken in een lokale praktijk.

Literatuurlijst

Andriessen, D. (2014). *Praktisch relevant en methodisch grondig? Het ontwikkelen van kennis in praktijkgericht onderzoek*. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Baart, A. (2025). *Iemand voor iemand: Handboek presentie*. Boom,

Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk. (z.d.). *Procedure professioneel toezicht (verenigingstuchtrecht).* Geraadpleegd op 15 maart 2026, van https://www.bpsw.nl/klachten-over-je-hulpverlener/procedure-verenigingstuchtrecht/

Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk. (2024, april). *Beroepshuis van de sociaal werker*. https://www.bpsw.nl/app/data/uploads/2024/05/BPSW-Beroepshuis-april-2024.pdf

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024, 13 september). *Aantal vacatures in de GGZ verder gestegen*. https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/37/aantal-vacatures-in-de-ggz-verder-gestegen

Dingshoff, M., Nieman, E. & Boonen, A. (2023). *Boundary crossing. Grenzen overbruggen in de interprofessionele samenwerking tussen school, kinderopvang en welzijnswerk*. Utrecht, Hogeschool Utrecht. Gedownload op 8 oktober 2024, van https://www.hu.nl/-/media/hu/documenten/onderzoek/projecten/boundary-crossing.pdf

Dolan, S., & Nowell, L. (2023). Interprofessional socialization: A concept analysis. *Journal of Interprofessional Care, 39* (5), 883–894. https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2253845

Erp, N., van, Boertien, D., van Rooijen, S., van Bakel, M., & Smulders, R. (2015). *Basiscurriculum ervaringsdeskundigheid*. Trimbos-instituut / Kenniscentrum Phrenos.

Erp, N.,van, Boertien, D., Liefhebber, S., & van den Berg, A. (2022). *Beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid*. Vereniging van Ervaringsdeskundigen (VvEd), Trimbos-instituut, Movisie & Kenniscentrum Phrenos.

Erp, N. van, Kuiper, C., Meulen, M. van der, & Rooijen, S. van. (2024). *Implementatiewijzer W in de Wijk: Samen werken aan wijken waar iedereen welkom is*. Movisie, Trimbos-instituut & Kenniscentrum Phrenos.

Fortuin, K. P. J., Post Uiterweer, N. C., Gulikers, J. T. M., Oonk, C., & Tho, C. W. S. (2020). Training students to cross boundaries between disciplines, cultures, and between university and society: Developing a boundary crossing learning trajectory. In J. van der Veen, N. van Hattum-Janssen, H.-M. Jarvinen, T. de Laet, & I. Ten Dam (Eds.), *SEFI 48th Annual Conference Engaging Engineering Education: Proceedings* (pp. 752–760). European Society for Engineering Education (SEFI). https://doi.org/10.5281/zenodo.14654059

GGZ Standaarden. (z.d.). *Generieke module acute psychiatrie*. Geraadpleegd op 1 april 2026, van https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie

Hagoort, K., Os, J., van, & Scheepers, F. E. (2025). *Netwerkzorg: waar wachten we op?* Tijdschrift voor Psychiatrie, 67(2), 80–83.

Hewstone, M., & Brown, R. (1986). Contact is not enough: An intergroup perspective on the "contact hypothesis." In M. Hewstone & R. Brown (Eds.), *Contact and conflict in intergroup encounters* (pp. 1–44). Blackwell.

Hewstone, M. (1990). The "ultimate attribution error"? A review of the literature on intergroup causal attribution. *European Journal of Social Psychology, 20*(4), 311–335. https://doi.org/10.1002/ejsp.2420200404

Hilhorst, P. & Wijngaart M., van den. (2024) *Samenwerking sociaal en medisch domein Een verkenning. Rapportage maart 2024*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hogeschool Utrecht. (z.d.). *Samen Gezond: HU GEZOND&WEL*. Geraadpleegd op 1 april 2026, van https://www.hu.nl/samenwerken/hu-gezond-en-wel

Jonge, E., de. (2015). *Beelden van de professional. Inspiratiebronnen voor professionaliteit.* Eburon

Leest, J. (2022) Procesevaluatie Vangnetwerken. 2014-2022, Aaneen, interne publicatie

Kruiter, H., Albers, S., & Meiberg, S. (2023). *Mag niet bestaat niet: Doorbreek defensieve routines, help mensen beter.* Instituut voor Publieke Waarden B.V.

Landelijk Opleidingsoverleg Social Work. (2025). *Landelijk opleidingsprofiel bacheloropleiding Social Work. Herkenbaar en toekomstbestendig sociaal werk*. Vereniging Hogescholen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025, 31 augustus). *Aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA).* Rijksoverheid. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa

Movisie. (2014). *Sociaal werk en ggz: Samen sterker voor een gezonde buurt*. https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Sociaal-werk-en-ggz%20%5BMOV-3523206-1.0%5D.pdf

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (z.d.). *Beroepsgeheim*. Geraadpleegd op 2 april 2026, van https://www.psychiatrie.nl/wet-en-regelgeving/beroepsgeheim

Netwerk Beter Samen. (2024, 14 maart). *Onderscheid tussen ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid*. https://netwerkbetersamen.nl/onderscheid-tussen-ervaringskennis-en-ervaringsdeskundigheid/

Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology, 2* (2), 175–220.

Ofman, D. D. (2004). Bezieling en kwaliteit in organisaties: Kernkwadranten als basis voor persoonlijke en professionele ontwikkeling (15e dr.).

Phrenos (2023). Uitvraag deelnemende instellingen over de samenwerking ggz en sociaal domein. Geraaadpleegd op 12 november 2024, van: https://kenniscentrumphrenos.nl/thema/domeinoverstijgende-samenwerking/wat-is-ggz-en-sociaal-domein/

Popper, K. R. (1959). *The logic of scientific discovery*. Hutchinson. (Original work published 1934)

Professional Doctorate Gezondheid & Welzijn. (2023). *Programmavoorstel: Herziene versie maart 2023*. https://www.professionaldoctorate-gw.nl/uploads/2023/4/image_41123_programma-voorstel-maart-2023.pd

PsychoseNet. (2024, 22 februari). *Signaleringsplan – hulpmiddel om vroeg signalen te herkennen*. https://www.psychosenet.nl/wat-is-herstel/zelf-werken-aan-je-herstel/signaleringsplan/

Publinova. (z.d.). *Professional Doctorate: domein Gezondheid & Welzijn*. Geraadpleegd op 28 juni 2026, van https://publinova.nl/project/professional-doctorate-domein-gezondheid-welzijn

Sheffer Hilel, G., Drach-Zahavy, A., & Endevelt, R. (2023). The paradoxical effects of professional stereotypes on the quality of care by interprofessional teams: The contingent effects of team faultlines, team stereotypes, and championship behaviors. *Frontiers in Psychology, 14*, 1135071. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1135071

Weerman, A., Jong, K. de, Karbouniaris, S., Overbeek, F., Loon, E. van & Lubbe, P. van der (2019). Professioneel inzetten van ervaringsdeskundigheid. Den Haag: Boom.

Woersem, M. van, & Machielsen, S. (2024). *Schaduwwerk voor beginners: Praktische gids om licht te schijnen op onderdrukte overtuigingen en emoties*. Kosmos Uitgevers.

ZonMw. (z.d.). *Leernetwerk herstelgerichte ggz in de wijk: Interprofessioneel en gebiedsgericht samenwerken aan herstel*. https://projecten.zonmw.nl/nl/project/leernetwerk-herstelgerichte-ggz-de-wijk-interprofessioneel-gebiedsgericht-samenwerken-aan

Zorgakkoorden. (z.d.). *Integraal Zorgakkoord (IZA)*. Geraadpleegd op 22 juni 2026, van https://www.zorgakkoorden.nl/programmas/integraal-zorgakkoord

Zwijnenburg, J. (2024). *Interventiebeschrijving Vangnetwerken*. Movisie. https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2024-05/Interventiebeschrijving-Vangnetwerken.pdf

Zwijnenburg, J. & Timmerman, G.(2024). 'Vangnetwerken': werken aan een vervangend sociaal netwerk. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 33(2), 101-108. doi https://doi.org/10.54431/jsi.838

