

Van solo naar synergie

Van solo naar synergie

Onder redactie van

Jan-Jaap Reinders

Peter Pype

Met medewerking van

Dieneke van Asselt

Veerle Baert

Pauline Boeckxstaens

Peter Van Bogaert

David Boterbergh

Roger Damoiseaux

Jerôme van Dongen

Lia Fluit

Esther de Groot

Machiel Huisman

Joost Hurkmans

Karen Keijsers

Hans Kluge

Wietske Kuijer-Siebelink

Jan De Maeseneer

Daniel Pesut

Paul Van Royen

Nynke Scherpbier-de Haan

Wilma Swildens

Giannoula Tsakitzidis

Marco Versluis

Rien de Vos

André Vyt

2023

 uitgeverij
koninklijke van gorcum

© 2023
 Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum BV
 Postbus 43, 9400 AA Assen.

>g uitgeverij
 koninklijke van gorcum

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervaelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, opgenomen in een AI-applicatie, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische vervaelvoudingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht (www.reprerecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

NUR 774

ISBN folio 9789023258292
 ISBN ebook 9789023258308

1e druk 2023

www Voor de toegang tot het online materiaal bij deze uitgave kunt u inloggen of een account aanmaken op www.vangorcumstudie.nl en vervolgens zoeken op de titel 'Van solo naar synergie'.

Uitgave: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum, Assen
 Redactie: Lillian Eefting, Leef in tekst, Groningen
 Grafische verzorging en omslagontwerp: Richard Bos Grafische Vormgeving & Illustratie, Leeuwarden
 Druk: Drukkerij Van Gorcum, Meppel

Redactioneel welkom

Beste lezer

Beste student, beste professional in zorg en welzijn, beste lesgever, beste onderzoeker, beste beleidsmaker. Dit is een boek voor jullie allemaal. Geschreven door academici met ervaring in zorg en welzijn, uit de onderwijswereld en uit de onderzoekswereld. Met andere woorden, de auteurs en de lezers behoren tot dezelfde gemeenschap. Dat is volgens ons een stevige basis voor een goed handboek.

Naast deze eigenschappen die we gemeenschappelijk hebben zijn er uiteraard ook verschillen. Verschillen tussen auteurs en lezers. Verschillen tussen de auteurs onderling. De ene heeft een uitgebreidere onderwijservaring, de ander volgt een meer uitgesproken onderzoekstraject en nog een ander staat volop in de zorgpraktijk. Die verschillen zijn, net zoals bij de leden van een zorgteam rond een patiënt, complementair. Die complementariteit leidt tot een hogere kwaliteit – en die hebben we dan ook bewust ingezet. Elk hoofdstuk is geschreven door twee of meer auteurs. Auteurs uit de werelden van praktijk, onderwijs of onderzoek, en soms met een voet in meer dan een enkele wereld. Maar allemaal met dezelfde passie voor het onderwerp dat ze in het hoofdstuk behandelen.

Oh ja, er is nog een verschil. We hebben auteurs uit Vlaanderen en auteurs uit Nederland. En dat lees je ook. We hebben er bewust voor gekozen om dit taalverschil niet redactioneel weg te vagen om er een eenheidstaal van te maken. Elke auteur legt het best de nuances in de betekenis van woorden als hij zijn eigen taal kan gebruiken. En diversiteit – net zoals in een zorgteam – levert een grote meerwaarde. Op voorwaarde dat de focus en het doel gemeenschappelijk zijn.

We hebben met elkaar, omwille van de leesbaarheid, ervoor gekozen in dit boek geen uitputtende verzameling van synoniemen te blijven herhalen. Dus waar we het woord 'patiënt' lezen, kunnen we ook cliënt, zorgvrager, servicegebruiker, eindgebruiker of andere synoniemen lezen. Daarnaast zijn we er ons van bewust dat goede zorg die op een persoonsgerichte manier geleverd wordt, rekening houdt met de persoon zelf én met zijn naasten als lid van het bredere zorgteam. Dit komt in dit boek echter niet aan bod. De focus van dit boek is vooral gericht op de perspectieven van (toekomstige) professionals en dus experts in de werken/of leercontext. Ook de aanduiding van geslacht hebben we losgelaten, omdat we geen onderscheid willen maken tussen mannelijke en vrouwelijke (toekomstige) professionals. In alle gevallen is dit boek voor iedereen die werkt en leert om elkaar inhoudelijk en dus interprofessioneel aan te vullen.

Een laatste puntje misschien nog. Dit boek is geschreven op basis van de wetenschappelijke inzichten van dit moment. Wetenschap evolueert continu – gelukkig maar. Dat betekent dat niets ooit absoluut waar is. Iets wordt bij vorderende inzichten steeds een beetje meer waar dan eerder het geval was. Dit boek is dus geen absoluut dogma over interprofessionele onderwerpen, zoals één enkele theoretische benadering van interprofessionele identiteit, maar een weergave van de inzichten die we nu hebben. Dit maakt ook dat er tussen de hoofdstukken onderling soms verschillen kunnen zijn in inzichten. Ogenscheinlijke contradicties. Lees die als verschillende complementaire inzichten als gevolg van de verschillende perspectieven van de auteurs, gebaseerd op hun verschillende professionele achtergrond en ervaring.

Dit boek vormt een handleiding voor de ontwikkeling van interprofessionele samenwerking en alle daarbij behorende aspecten, zoals de vorming van sociale identiteiten, aspecten van uitvoering en de voorbereiding daarop. Ook hebben we met elkaar aandacht voor het systeem van mensen, middelen en mogelijkheden die de context vormt waarbinnen we interprofessioneel werken, leren en onderzoeken. Tot slot eindigen wij met de implementatie van al die factoren die interprofessionele samenwerking kunnen faciliteren. Elke lezer kan eruithalen wat hij nodig heeft, afhankelijk van zijn eigen stadium, zijn eigen achtergrond, zijn eigen doelstelling. Als lid van de interprofessionele gemeenschap die we met zijn allen vormen.

Veel leesplezier!

Dr. Jan-Jaap Reinders
Prof. dr. Peter Pype

Inhoud

Redactioneel welkom	5
Voorwoord	12

Hoofdstuk 0: Knowledge translation 15

Prof. dr. Peter Pype & dr. Jan-Jaap Reinders

0.0	Inleiding	16
0.1	Een intuïtieve vanzelfsprekendheid	16
0.2	De behoefte aan efficiëntere wederzijdse samenhang en afhankelijkheid	18
0.3	Randvoorwaarden om optimaal samen te functioneren	19
0.3.1	Denkkaders en taalgebruik	19
0.3.2	Permanente interactie	20
0.3.3	Beleidsondersteuning	23
0.4	Echte partnerschappen gebaseerd op gelijkwaardigheid	24
0.5	Vraagstukken voor verder onderzoek	25
0.6	Referenties	25

Hoofdstuk 1: Meta-model of interprofessional development 27

Dr. Jan-Jaap Reinders, prof. dr. Daniel Pesut & prof. dr. Peter Pype

1.1	Inleiding	28
1.1.1	Interprofessionele samenwerking binnen een systeem van factoren	30
1.1.2	Meta-model of Interprofessional Development: de Vlaams-Nederlandse versie	37
1.2	Interprofessionele praktijk	39
1.3	Interprofessioneel onderwijs	40
1.4	Interprofessioneel onderzoek	44
1.5	Referenties	48

Hoofdstuk 2: Fase 0 Professionele identiteit 51*Dr. Jan-Jaap Reinders, dr. Veerle Baert & David Boterbergh, MSc*

2.1	Inleiding	52
2.1.1	De professionalisering van het beroep	52
2.1.2	Identiteit en professionele identiteit	53
2.2	Professionele identiteit in de praktijk	57
2.2.1	Ontwikkeling van professionele identiteit onder professionals: knelpunten	58
2.3	Professionele identiteit tijdens onderwijs en bij- en nascholing	60
2.3.1	Fase 1 Presocialisatie	61
2.3.2	Fase 2 Formele socialisatie	61
2.3.3	Fase 3 Postformele socialisatie	62
2.3.4	Onderwijsbenaderingen	63
2.4	Onderzoek naar professionele identiteit	68
2.5	Referenties	69

Hoofdstuk 3: Fase 1 t/m Fase 4, interprofessionele werk- en leeracyclus 71*Prof. dr. Peter Van Bogaert, prof. dr. Roger Damoiseaux & dr. Esther de Groot*

3.1	Inleiding	72
3.2	Interprofessionele praktijk	72
3.2.1	Tekort aan huisartsen: naar interprofessionele eerstelijnspraktijken	74
3.2.2	Samenwerking apotheker en huisarts in de eerste lijn	75
3.2.3	Samenwerking tussen de eerste en tweede lijn in Nederland	76
3.3	De rol van onderwijs	79
3.3.1	Leren door fricties: cultural historical activity theory en Change Lab	80
3.4	Interprofessioneel onderzoek	82
3.5	Referenties	82

Hoofdstuk 4: Fase 1 Gedeeld probleemdomein 85*Prof. dr. Pauline Boeckxstaens & prof. dr. Giannoula Tsakitidis*

4.1	Inleiding	86
4.2	Interprofessionele praktijk: identificatie gedeeld probleem	87
4.3	Interprofessioneel onderwijs: leren over gedeelde problemen	93
4.4	Onderzoeksvragen voor praktijk en onderwijs	96
4.5	Referentielijst	97

Hoofdstuk 5: Fase 2 Verenigbaarheid van mogelijke oplossingen 99*Dr. Dieneke van Asselt, prof. dr. Lia Fluit & dr. Wietske Kuijer-Siebelink*

5.1	Inleiding	100
5.2	Interprofessionele praktijk: de ontwikkeling van een interprofessionele leer-werkomgeving	101
5.3	Interprofessioneel onderwijs	109
5.3.1	De SLIS-module: studenten leren interprofessioneel samenwerken	109
5.3.2	Interprofessionele leer-werkomgeving	111
5.3.3	Wat hebben wij geleerd van ons traject?	112
5.4	Aanbevelingen voor onderzoek	116
5.5	Referenties	117

Hoofdstuk 6: Fase 3 De interprofessionele planning 119*Dr. Joost Hurkmans & prof. dr. André Vyt*

6.1	Inleiding	120
6.2	Interprofessioneel plannen in de praktijk van de revalidatiezorg	121
6.2.1	Het interprofessionele zorgplan: de juiste doelen met betrokkenheid van de patiënt	122
6.2.2	Het EPD als middel voor interprofessionele planning	125
6.2.3	Interprofessionele planning voor de uitvoering van de behandeling	126
6.2.4	Kwaliteitseisen voor zorgplanning	128
6.3	Interprofessionele planning in onderwijs en opleiding	128
6.3.1	Samen onderwijs organiseren	131
6.3.2	Focus op competenties en beoordeling	132
6.4	Conclusie en richting voor toekomstig onderzoek	133
6.5	Referenties	134

Hoofdstuk 7: Fase 4 De interprofessionele uitvoering 137*Dr. Karen Keijsers & dr. Marco Versluis*

7.1	Inleiding	138
7.2	Interprofessionele praktijk (IPC)	139
7.2.1	Ongeplande en impliciete interprofessionele samenwerking binnen een bestaande praktijk	139
7.2.2	Als er een expliciete interprofessionele praktijk ontstaat vanuit chaos en crisis	141
7.2.3	De planmatig georganiseerde en expliciete interprofessionele praktijk vanuit patiënt en professional	142
7.2.4	De patiënt als startpunt	143
7.2.5	Organiseren, ontwerpen en implementeren	144
7.2.6	Evalueren	145

7.3	Interprofessioneel onderwijs en opleiden	147
7.3.1	Ongeplande en impliciete IPE binnen de bestaande praktijk	148
7.3.2	Interprofessioneel leren in crisis en schaarste	149
7.3.3	Geplande IPE	150
7.3.4	De lerende als startpunt	151
7.3.5	Organiseren, ontwerpen en implementeren van IPE: top-down en bottom-up	151
7.3.6	Evalueren	154
7.4	Onderzoek naar de uitvoering van interprofessionele praktijk en interprofessioneel opleiden	155
7.5	Referenties	157

Hoofdstuk 8: Fase 5 Interprofessionele identiteit 159

Dr. Jan-Jaap Reinders & prof. dr. Peter Pype

8.1	Inleiding	160
8.1.1	Identiteit: herkenbaarheid, rolduidelijkheid en verbondenheid	162
8.1.2	Interprofessionele identiteit: een sociale identiteit	165
8.1.3	Een theorie over interprofessionele identiteit	167
8.1.4	De vorming van een interprofessionele identiteit	171
8.2	De interprofessionele praktijk	173
8.3	Het interprofessionele onderwijs	174
8.4	Het interprofessionele onderzoek	176
8.5	Referenties	178

Hoofdstuk 9: Fase 6 Interprofessionele community of practice (and learners) 181

*Dr. Jérôme van Dongen, dr. Wietske Kuijer-Siebelink
& prof. dr. Nynke Scherpbier-de Haan*

9.1	Inleiding	182
9.2	CoP als katalysator voor innovatie in de interprofessionele praktijk	183
9.2.1	Achtergrond	183
9.2.2	Werkwijze	184
9.2.3	Kritische succesfactoren	185
9.2.4	Resumerend	186
9.3	CoP als katalysator voor innovatie in interprofessioneel onderwijs	187
9.3.1	Achtergrond	187
9.3.2	Ontwerpprincipes voor labs en werkplaatsen	188
9.3.3	Hoe ziet een lab of werkplaats eruit?	189
9.3.4	Ervaringen van studenten	191
9.3.5	Ervaringen van professionals	192
9.3.6	Binnen de sparkcentres maakt men gebruik van een verscheidenheid aan onderwijsinterventies	192

9.4	Aandachtspunten voor beleid, onderzoek, onderwijs en praktijk	192
9.4.1	Slotoverwegingen	193
9.4.2	Discussievragen voor praktijk, onderwijs en onderzoek	194
9.5	Referenties	194

Hoofdstuk 10: Het systeem van macht, beleid 197

Em. prof. dr. Jan De Maeseneer & prof. dr. Rien de Vos

10.1	Inleiding	198
10.2	De praktijk	200
10.2.1	Systeemfactoren op macroniveau	200
10.3	Onderwijs	203
10.4	Onderzoek	206
10.5	Besluit	208
10.6	Referenties	208

Hoofdstuk 11: Fase 8 Maatschappelijke outreach 211

Prof. dr. Paul Van Royen & dr. Wilma Swildens

11.1	Inleiding	212
11.1.1	Waarom maatschappelijke outreach?	212
11.2	Bouwstenen van maatschappelijke outreach	216
11.3	Bevorderende factoren	220
11.4	Besluit	222
11.5	Referenties	222

Hoofdstuk 12: Implementatie van interprofessionele samenwerking 225

Prof. dr. Peter Pype, majoor b.d. Machiel Huisman & dr. Jan-Jaap Reinders

12.1	Inleiding	226
12.1.1	Invloed en psychologische overredingsstrategieën voor implementatie	226
12.1.2	Directe en indirecte invloed	229
12.1.3	Overredingsstrategieën	231
12.2	Implementatie en borging van interprofessionele samenwerking in de praktijk en in het onderwijs: een systeembenadering	234
12.2.1	Algemene aanpak	234
12.3	Conclusie	242
12.4	Referenties	242

Glossarium	244
Biografieën	254

Voorwoord

Voor u ligt een boek over interprofessionele samenwerking in zorg en welzijn. Een boek dat beantwoordt aan de noden van de huidige en toekomstige professionals in de zorg voor gezondheid en welzijn. De voorbije decennia werden gekenmerkt door belangrijke demografische, medische en maatschappelijke veranderingen die een antwoord vragen van de zorg- en welzijnssector. Er is een groeiende internationale consensus dat dit antwoord bestaat in het streven naar geïntegreerde zorg. De rode draad doorheen de vele definities van geïntegreerde zorg is dat het acties vraagt op elk niveau (micro, meso en macro) en binnen elk domein (de zorg zelf, de administratie, de organisatie, de financiering) om tot een gestroomlijnd, gecoördineerd en samenwerkend toegankelijk zorgaanbod te komen. Een zorgaanbod dat door de patiënt of cliënt, gesteund door eventuele familie en naasten, als een kwaliteitsvol continuüm wordt ervaren. Een zorgaanbod waarbij welzijn en waarden een basis vormen voor maatwerk en kwaliteit. De samenspraak met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood vormt het vertrekpunt van elke fase binnen de interprofessionele zorg.

Deze geïntegreerde zorg biedt daarenboven uitzicht op het bereiken van alle doelstellingen van de *quintuple aim*: de kwaliteit van de zorg door het individu ervaren, de bijdrage van de zorg aan de gezondheidstoestand van de bevolking, de creatie van zo veel mogelijk 'waarde' met de ingezette middelen, het professioneel welbevinden van de zorgverstrekkers, de sociale rechtvaardigheid en inclusiviteit, zoals we dat in de WHO zeggen: 'Everybody counts, no one should be left behind'.

Een belangrijke hefboom richting meer geïntegreerde zorg is samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen. En daar gaat dit boek over. Interprofessionele samenwerking binnen de zorg- en welzijnssector als een noodzakelijke voorwaarde voor zorg van hoge kwaliteit. Dit boek biedt handvatten voor de groei van elke student en professional tot een optimale samenwerker. Ieder met een eigen expertisedomein en een sterke motivatie voor ontwikkeling, vertrekkend vanuit de eigen professionele identiteit. Het combineren van de eigen expertise met die van verschillende beroepsgroepen tot optimale uitkomsten in zorg en welzijn vereist samenwerking. De ontwikkeling van een interprofessionele identiteit, een langetermijnmotivatie voor interprofessionele samenwerking, bepaalt ieders inzet voor actie en verandering. Al deze facetten en de noodzakelijke randvoorwaarden worden in dit boek stap voor stap besproken.

Daarnaast biedt dit boek – en daarmee onderscheidt het zich van andere boeken over samenwerken in zorg en welzijn – een inkijk in de onderlinge afhankelijkheid van praktijk, onderwijs en onderzoek. Deze drie werelden werken nog te veel met hun eigen kaders en doelstellingen en moeten eigenlijk een complementair geheel vormen dat aansluit op de noden van de maatschappij.

Dit boek is geschreven door een groep vooraanstaande academische deskundigen uit Vlaanderen en Nederland. Zij komen uit de werelden van praktijk, onderwijs en onderzoek en brengen hun expertise samen in dit overzichtelijk handboek. Zowel beginnende studenten als ervaren professionals vinden hier een gestructureerde routekaart voor het duurzaam ontwikkelen van interprofessionele competenties, een interprofessionele identiteit en infrastructuur. Professionals uit de zorg- en welzijnssector, uit de onderwijswereld, en uit de onderzoekswereld hebben nu voor het eerst een gedeeld handboek om samen met het beleid de ingeslagen weg richting geïntegreerde zorg te vervolgen. Van solo naar synergie.

Vanuit de Wereldgezondheidsorganisatie wensen we onze steun te geven aan alle initiatieven die bijdragen aan zorg die 'putting people first' in de praktijk brengt. Om dit waar te maken is geïntegreerde zorg nodig, en de kennis, vaardigheden en attitudes om dit te realiseren worden in dit boek duidelijk beschreven.

Nog even dit: ik begon mijn loopbaan als huisarts in Vlaanderen, en leerde zo hoe belangrijk persoonsgerichte zorg is. Ik ervaar het als een eer, het voorwoord bij dit boek te schrijven.



Dr. Hans H.P. Kluge,
Directeur-generaal WHO Europa (Kopenhagen)

17 november 2022

Hoofdstuk 4

Fase 1 Gedeeld probleemdomein

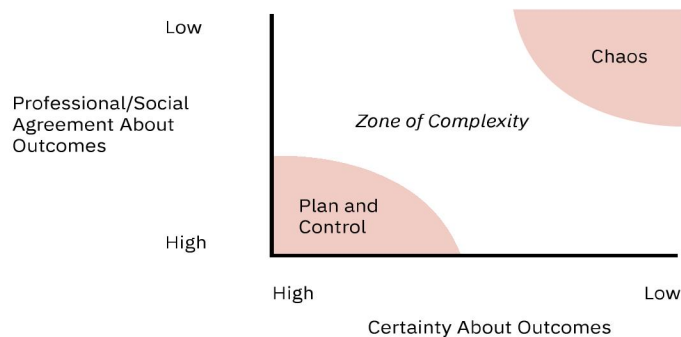
Methoden voor identificatie en classificatie

Prof. dr. Pauline Boeckxstaens & prof. dr. Giannoula Tsakitzidis

4.1 Inleiding

Het huidige gezondheidszorgsysteem ondergaat een belangrijke demografische en epidemiologische transitie. Als gevolg van vergrijzing, en meer mensen met chronische ziekten en met sociale problemen worden zorgaanbieders steeds vaker geconfronteerd met personen met complexe noden. Problemen komen vaak samen voor en over verschillende domeinen heen. Doordat er bovendien vaak verschillende professionals betrokken zijn, geraakt zorg dikwijls gefragmenteerd. Dit alles houdt het intrinsieke risico in om in 'chaos' te belanden – met alle gevolgen van dien, zowel voor de beleving van de patiënt, de professionals als voor de kwaliteit van zorg.

In dit hoofdstuk willen we dit risico op 'chaos' illustreren vanuit het Stacey-diagram (zie figuur 4.1). Vertrekkend vanuit deze illustratie zullen we ingaan op hoe expliciete aandacht voor het gedeelde probleemdomoain dit risico op chaos kan verkleinen. We zullen daarvoor eerst een aantal valkuilen uitwerken die ons in de zorg richting de chaoszone kunnen bewegen, zoals ziektegericht denken en aanbodgestuurd en taakgericht handelen. Daarna willen we de lezer handvaten aanreiken om via expliciete aandacht voor het gedeeld probleemdomoain de *professional and social agreement about outcomes* (op de verticale as in figuur 4.1) te vergroten, zodat we ons in complexe zorg zo veel mogelijk weg kunnen bewegen van de chaoszone.



Figuur 4.1 | Stacey-diagram (Stacey, 2002)

4.2 Interprofessionele praktijk: identificatie gedeeld probleem

Casus Firmin

Firmin is 87 jaar. Hij woont samen met zijn vrouw in een eigen appartement. Zeven jaar geleden maakte hij een acuut myocardinfarct door. Sindsdien neemt hij heel wat medicatie die het risico op een nieuw infarct vermindert. De cardioloog stelde drie jaar geleden tijdens een opvolgconsultatie vast dat zijn hartfunctie flink verminderd was en voegde daarom diuretica toe aan de behandeling. Vanwege een vertraagde hartslag werd er toen ook een pacemaker geplaatst. Firmin gaat twee keer per jaar op controle bij de cardioloog.

Sinds vijf jaar gaat Firmins geheugen progressief achteruit. Hij komt nog weinig buiten en steunt steeds meer op zijn vrouw en dochter als belangrijkste mantelzorgers. De huisarts gaat regelmatig op huisbezoek. Zij stelt regelmatig vast dat de bloeddruk van Firmin erg laag is en maakt zich zorgen dat dit het risico op vallen verhoogt.

Na een acute oproep voor Firmin waarbij hij suf, slaperig en minder aanspreekbaar was, beslist de huisarts op een bepaald moment toch een van de middelen die bloeddrukverlagend werken tijdelijk te stoppen, omdat de lage bloeddruk de enige verklarende factor leek te zijn voor de sufheid.

Uit ongerustheid belde de dochter de dag nadien naar de cardioloog om deze medicatie-aanpassing door de huisarts te overleggen. Bij het volgende huisbezoek door de huisarts bleek alle medicatie van Firmin herstart.

Zorg vertrekt vaak vanuit een ziektegericht model: zorg wordt aangeboden vanuit ziektespecifieke richtlijnen die gericht zijn op afzonderlijke ziekten. De doeltreffendheid en kwaliteit van een behandeling worden afgemeten aan klinische uitkomstmaten die zijn gedefinieerd in ziektespecifieke *randomized clinical trials*. Echter, voor personen met een combinatie van aandoeningen of met een complexe context zijn de uitkomsten van deze ziektespecifieke interventies of richtlijnen die we aangereikt krijgen vanuit hoogstaand wetenschappelijk onderzoek vaak een stuk onzekerder. Hierdoor zal ziektegericht handelen bij patiënten met gecombineerde problemen vaak gepaard gaan met onzekerheid en soms ook leiden tot verwarring over welke therapeutische inspanningen nu eigenlijk de voorkeur genieten. Chronisch zieke patiënten worden bovendien vaak door meerdere professionals gevolgd, elk met een eigen visie en prioriteiten. In de casus van Firmin is er daarnaast ook rekening te houden met het perspectief van de mantelzorger.

De patiënt en zijn omgeving dreigen in deze combinatie van onzekerheid over de uitkomsten (X-as in het Stacey-diagram) met het gebrek aan overeenstemming over de uitkomsten (Y-as) daardoor soms in chaos te belanden.

Casus Jeanine

Jeanine is 72 jaar oud en lijdt aan hypertensie, diabetes, artrose, osteoporose, voorkamerfibrillatie en COPD. Zij staat onder controle van een endocrinoloog, een cardioloog, een pneumoloog, een oftalmoloog en een reumatoloog. De apotheker van Jeanine verzorgt niet louter de aflevering van de medicatie, maar bewaakt en bewaart met haar het overzicht van alle medicamenteuze behandelingen die in de zorg voor Jeanine bijna wekelijks wijzigen.

5.1 Inleiding

Om complexe gezondheidsproblemen aan te kunnen pakken en tevens recht te doen aan persoonsgerichte zorg, zijn professionals nodig die in staat zijn om op een goede manier samen te werken met andere professionals in teams of netwerken, zeker in de geriatrische zorgverlening. Studenten van bachelor- en masteropleidingen en professionals in opleiding zoals arts-assistenten moeten worden voorbereid op het interprofessioneel samenwerken in de praktijk. Dit vindt veelal plaats via formeel opleiden binnen de muren van het opleidingsinstituut, of via nieuwe vormen van werkplekleren op speciaal ingerichte leerkamers of afdelingen in een ziekenhuis (*training ward*). Deze vormen van interprofessioneel opleiden richten zich beide in zijn geheel op de formeel lerende (de student). Het inbedden van interprofessioneel opleiden op de werkplek in de reguliere zorgpraktijk is niet altijd gemakkelijk. Vaak blijken organisatorische zaken een grote uitdaging. De verschillende roosters van de studenten maken het soms lastig om iedereen bij elkaar te krijgen. Ook zien we dat professionals die de studenten begeleiden op de werkplek, niet altijd zelf opgeleid zijn in het interprofessioneel werken, waardoor sommigen dit (deels) zelf nog in de praktijk moeten leren en ze onvoldoende zijn toegerust om interprofessioneel leren te begeleiden. Wij breken hier de lans voor een krachtige leer-werkomgeving zodat zowel de studenten als professionals van verschillende achtergronden participeren in activiteiten waarbij over, van en met elkaar geleerd wordt om samenwerking en gezondheidsuitkomsten te verbeteren. Hierbij sluiten we aan bij de zoektocht naar de verbinding tussen hoger onderwijs en de gezondheidszorg, om de impact van interprofessioneel leren en opleiden optimaal te laten bijdragen aan verbeterde samenwerking en verbetering van zorg voor de cliënt (Frenk et al., 2010). De krachtige leer-werkomgeving is mogelijk een antwoord op een doelbewust en uitgebreid systeem van verbinding tussen opleidingen en de praktijk van de gezondheidszorg waarbij zowel leer- als gezondheidsuitkomsten worden nagestreefd. Interprofessioneel onderwijs wordt op deze manier onderdeel van het levenslang leren en van de professionele ontwikkeling van de zorgmedewerker (Institute of Medicine, 2015).

In het Radboudumc, afdeling geriatrie, wordt al jaren op een bewuste manier interprofessioneel samengewerkt. Tevens biedt deze afdeling een opleidingsplek voor studenten van verschillende disciplines. In dit hoofdstuk schetsen we hoe vanuit een vraag voor interprofessioneel opleiden een hele verpleegafdeling is getransformeerd tot een interprofessionele leer-werkomgeving, waarin niet alleen studenten van, met en over elkaar leren, maar ook de professionals die er al werken. Een verpleegafdeling waar wordt gewerkt vanuit de visie dat je alleen door samen te werken én te leren, de beste zorg aan de patiënt kan bieden. De basis van dit hoofdstuk is de beschrijving van de ontwikkeling van een interprofessionele leer-werkomgeving op deze afdeling geriatrie. We gaan specifiek in op de SLIS-module (studenten leren interprofessioneel samenwerken) voor de studenten en spiegelen de ontwikkeling van deze leer-werkafdeling aan literatuur over interprofessioneel leren en opleiden, en werkplekleren. Tijdens het lezen van dit hoofdstuk zullen fasen van het meta-model of interprofessional development herkenbaar zijn. We zagen een interprofessionele ontwikkeling tot stand komen waarbij verschillende fasen zijn doorlopen. Duidelijk wordt hoezeer

de verschillende fasen samenhangen, maar ook dat het een iteratief proces is. We eindigen met een slotbeschouwing waarin we pleiten voor een geïntegreerde aanpak van opleiden, leren, werken en onderzoeken. Daarnaast formuleren we vragen voor toekomstig onderzoek.

5.2 Interprofessionele praktijk: de ontwikkeling van een interprofessionele leer-werkomgeving

De verpleegafdeling geriatrie van het Radboudumc heeft kenmerken van een afdeling voor intensieve complexe zorg waar de zorg door teams in een sterk wisselende samenstelling wordt geleverd (zie box 5.1). Sinds 2016 zet het geriatrisch zorgteam bewust in op samen werken en leren. Dit speerpunt kwam van de medewerkers zelf, in het licht van de ambitie om op de afdeling zorgverleners-in-opleiding interprofessioneel te leren werken. Er was het gezamenlijke besef dat de ambitie om interprofessioneel op te leiden allereerst van ons als kliniekteam van verpleegkundigen, fysiotherapeuten, voedingsassistenten, secretaresses en artsen vraagt dat we zélf goed interprofessioneel samenwerken. Interprofessionele samenwerking definiëren we hier conform de WHO (2010) als zorg- of dienstverlening waarbij twee of meer professionals van verschillende professies samenwerken en waarbij een gezamenlijk doel is geformuleerd dat de hoogste kwaliteit van zorg aan de cliënt beoogt te bieden.

Onder leiding van de interprofessionele werkgroep bestaande uit fysiotherapeuten, een secretaresse, verpleegkundigen en artsen werkzaam op de kliniek vond een geleidelijke transitie plaats van de klassieke praktijk van meerdere (monodisciplinaire) teams (verpleegkundig, medisch en paramedisch) die naast elkaar functioneerden, naar één interprofessioneel team. Interprofessioneel werken en interprofessioneel leren zijn hierbij vervlochten. Immers: we leren van en door het werk van alledag en dit beïnvloedt hoe we werken. Deze manier van leren op de werkplek wordt ook wel informeel leren genoemd (Fluit, 2021; Nisbet, Lincoln & Dunn, 2013). Het is krachtig – maar het risico is ook dat het niet als zodanig wordt herkend door professionals en professionals in opleiding, waardoor het leerpotentieel onbenut blijft.

Nisbet et al. (2013) beschrijven zes redenen waarom er meer nadruk op leren moet worden gelegd in de zorgpraktijk:

1. leren om te innoveren;
2. leren voor praktijkverbetering;
3. leren voor een verbeterde prestatie van organisaties;
4. leren voor patiëntveiligheid;
5. leren om samen te werken; en
6. leren voor betere patiëntuitkomsten.

De uitdaging is om een interprofessionele lerende organisatie te ontwikkelen en de reguliere werkomgeving om te vormen tot een krachtige leer-werkomgeving. Dit is niet iets wat je eenmalig organiseert, maar is een continu proces (Woudstra et al., 2021). Ook op de verpleegafdeling van de afdeling geriatrie gaat deze ontwikkeling nog steeds door. Deze ontwikkeling is absoluut geen lineair, gecoördineerd of gecontroleerd proces, maar een ontdekkingsreis in een complexe en dynamische omgeving.

BOX 5.1 VERPLEEGAFDELING GERIATRIE

Een verpleegafdeling met het karakter van een intensive care waar de zorg wordt geleverd door teams in sterk wisselende samenstelling:

- 15 zieke kwetsbare patiënten met complexe zorgvragen die overwegend via de spoedeisende hulp met spoed worden opgenomen en gemiddeld zeven dagen zijn opgenomen (dus hoge turn-over)
- 30 verpleegkundigen in 3 diensten
- 3 gerieters die eindverantwoordelijk zijn voor de medische zorg op de kliniek en de SEH,
- 2 arts-assistenten en 1 *physician assistant* (PA)
- 2 fysiotherapeuten
- 1 sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV)
- 3 secretaresses
- 2 studenten geneeskunde
- 4 studenten verpleegkunde
- 1 student fysiotherapie
- 0 voedingsassistenten

De werkgroep werkte vanuit de strategische afdelingsvisie interprofessioneel aan 'samen werken en samen leren' met het oog op patiëntgeoriënteerde, passende en doelmatige klinische zorg voor de geriatrische patiënt. Het dagelijks bestuur van de afdeling geriatrie gaf de opdracht om een opleidingsplan voor studenten verpleegkunde (hbo en mbo), coassistenten en studenten fysiotherapie te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren waarmee zij leren interprofessioneel samen te werken met de kwetsbare oudere patiënt op de verpleegafdeling. Het opleidingsplan zou leerdoelen, leermiddelen en toetsing moeten bevatten. Als eerste werd de meerwaarde van interprofessionele samenwerking in de complexe ouderenzorg en de competenties waarover een zorgprofessional voor interprofessionele samenwerking zou moeten beschikken, concreet gemaakt voor het team. Hierbij werden het rapport van de WHO (Framework for action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, 2010) en het Interprofessional Competency Framework van het Canadian Interprofessional Health Collaborative als onderlegger gebruikt. Doel in deze fase (die overeenkomt met fase 2 van het meta-model) was iedereen die een bijdrage leverde aan het klinisch zorgproces, bewust te maken dat er andere en of nieuwe manieren van werken van ze werden verwacht, en om deze verwachtingen ook concreet te maken. Ons gezamenlijke doel – betere zorg met en voor de patiënt door ieders expertise optimaal te benutten – hebben we tijdens meerdere afstemmingsmomenten met elkaar gedeeld en zichtbaar gemaakt met posters in de koffiekamer op de verpleegafdeling.

BOX 5.2 MEERWAARDE INTERPROFESSIELE ZORG OP VERPLEEGAFDELING

Interprofessionele zorg is een benadering die gezondheidszorgprofessionals in staat stelt kwalitatief hoogstaande, veilige en patiëntgecentreerde zorg te leveren om de best mogelijke individuele gezondheidsuitkomsten te bereiken. De meerwaarde van interprofessionele zorg is als volgt.

Voor de patiënt

- Betere zorg door verbeterde coördinatie van de zorg.
- Integratie van zorg voor een breed scala aan gezondheidsbehoeften.
- Maakt van patiënten actieve partners (bijvoorbeeld gezamenlijke besluitvorming).
- Betere uitkomsten.

Voor de zorgprofessionals

- Verhoogt de tevredenheid van de zorgprofessionals door heldere, consistentere doelen van zorg en betere communicatie met andere professionals.
- Stelt de professional in staat nieuwe vaardigheden en benaderingen te leren en zo alle talenten te benutten.
- Voorziet in een omgeving voor innovaties.
- Stelt professionals in staat persoonlijke aandachtsgebieden te ontwikkelen.

Voor de studenten

- Stageplekken met interprofessionele kansen trekt meer studenten aan.
- Studenten keren terug naar plekken met interprofessionele kansen.

Voor het zorgsysteem

- Vergroot de mogelijkheden tot efficiënte en kosteneffectieve zorg (bijvoorbeeld kortere toegangstijden).
- Vergroot de beschikbare middelen en mogelijkheden.
- Vermindert de last voor acute zorginstellingen.
- Zorgprofessionals kunnen beter verwijzen, nadenken over de teamsamenstelling, ontwikkelen van gezamenlijke doelen en of bespreken van taakverdeling.