

DE INTERPROFESSIELE ZIEKENHUISPRAKTIJK

Een verkennend onderzoek & toolontwikkeling naar succesfactoren van interprofessionele samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis.



dr. Margreet van der Cingel, dr. Kim Verhaegh, dr. Florine Walburg, drs. Myrthe Adema.

Rapportage februari 2026

DOI: 10.48544/e3d49aa0-a92e-47a9-bf4e-f3df9b42566e



INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|-----------|
| SAMENVATTING | 4 |
| FACTSHEET | 5 |
| | 5 |
| INLEIDING | 6 |
| INTERPROFESSIEEL SAMENWERKEN | 6 |
| HET BELANG VAN INTERPROFESSIEEL SAMENWERKEN..... | 6 |
| INTERPROFESSIEEL SAMENWERKEN IN DE ZIEKENHUISCONTEXT | 7 |
| PROJECT INTERPROFESSIEEL SAMENWERKEN IN HET FRISIUS MC EN HET ALRIJNE ZIEKENHUIS..... | 7 |
| RATIONALE EN ONDERZOEKSVRAAG | 7 |
| METHODE | 9 |
| DESIGN | 9 |
| ONDERZOEKSETTING | 9 |
| DATAVERZAMELING DISCOVERFASE (FASE 1): | 9 |
| DATAVERZAMELING DEVELOP/DESIGNFASE (FASE 3) | 10 |
| DATA-ANALYSE..... | 11 |
| DATAMANAGEMENT..... | 11 |
| INFORMED CONSENT | 11 |
| ETHISCHE ASPECTEN | 11 |
| RESULTATEN | 12 |
| FASE 1. DISCOVERFASE | 12 |
| THEMA'S VAN DE DISCOVERFASE. OBSERVATIES, INTERVIEWS EN FOCUSGROEPEN | 12 |
| <i>Thema 1. De eigen rol pakken in interprofessioneel samenwerken</i> | 12 |
| <i>Thema 2. Samenwerkingsrelatie bij interprofessioneel samenwerken</i> | 12 |
| <i>Thema 3. De positie van de patiënt binnen interprofessioneel samenwerken</i> | 13 |
| <i>Thema 4. Interprofessioneel samenwerken in een hiërarchisch systeem</i> | 13 |
| <i>Thema 5. Succesvol interprofessioneel samenwerken</i> | 14 |
| FASE 2. DEFINE/DREAMFASE | 15 |
| THEMA'S VAN DE DESIGNDRIVEN VERKENNING | 15 |
| <i>Thema 1. Erkenning van (onzichtbare) expertise</i> | 15 |
| <i>Thema 2. Taal en interpretatie van informatie bevorderen</i> | 15 |
| <i>Thema 3. Hiërarchisch ervaren verhoudingen bespreekbaar maken</i> | 16 |
| <i>Thema 4. Relatieve veiligheid bevorderen en realiseren</i> | 16 |
| <i>Thema 5. Interprofessionele afstemming over patiëntgebonden zorgbesluiten</i> | 17 |
| <i>Thema 6. Professionele identiteit en beeldvorming bespreekbaar maken</i> | 17 |
| INPUT EXPERTS MEDISCHE, VERPLEGINGSWETENSCHAPPELIJKE DISCIPLINE EN INTERPROFESSIELE IDENTITEIT | 18 |
| FASE 3. DEVELOP/DESIGNFASE. ONTWIKKELING PROTOTYPE MICROLEARNING | 19 |
| WERKSESSIE TEN AANZIEN VAN HET ONTWIKKELEN VAN DE LEERLIJNEN VOOR HET PROTOTYPE (WERKSESSIE 1)..... | 19 |
| WERKSESSIES TEN AAN ZIEN VAN HET ONTWIKKELEN VAN HET PROTOTYPE MICROLEARNING (WERKSESSIE 2 EN 3)..... | 21 |
| ERVARINGEN EN TIPS DOORONTWIKKELING MICROLEARNING VAN GEBRUIKERS (DEVELOP/DESIGNFASE) | 23 |
| <i>Thema 1. Inhoud prototype</i> | 23 |
| <i>Thema 2. Bruikbaarheid prototype</i> | 23 |
| <i>Thema 3. Implementatie prototype</i> | 23 |
| WEBINAR IPS EN PROTOTYPE | 24 |
| DISCUSSIE | 25 |

| | |
|---|-----------|
| 1. VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN OP DE EIGEN BEROEPSROL EN DIE VAN DE ANDERE DISCIPLINE | 25 |
| 2. EXPLICIET BESPREKEN VAN SAMENWERKING EN COMMUNICEREN ONTBREEKT IN WERKCULTUUR | 26 |
| BEPERKINGEN EN STERKTEN VAN HET ONDERZOEK | 26 |
| AANBEVELINGEN EN IMPLICATIES VOOR ONDERZOEK, ONDERWIJS EN PRAKTIJK | 27 |
| CONCLUSIE | 27 |
| LITERATUUR | 28 |
| BIJLAGE A. OBSERVATIE-INSTRUMENT | 31 |
| BIJLAGE B. TOPICSLIJSTEN | 32 |
| BIJLAGE C. CODEBOOM | 36 |
| BIJLAGE D. INFORMED CONSENT | 37 |
| BIJLAGE E. COV VERKLARING ALRIJNE | 38 |
| BIJLAGE F. NIET-WMO VERKLARING FRISIUS..... | 39 |
| BIJLAGE G. AANVULLINGEN EN FEEDBACK WERKSESSIE 2 | 40 |
| BIJLAGE H. FEEDBACK EN AANVULLINGEN WERKSESSIE 3 | 44 |

SAMENVATTING

In interprofessionele samenwerking draait het primair om samenwerken met de patiënt en diens naasten, waarbij zorgprofessionals afstemmen op de doelen van de patiënt zelf om tot passende zorg te komen. Dat lijkt vanzelfsprekend, zeker in een ziekenhuis waar artsen en verpleegkundigen 24/7 met elkaar samenwerken om goede passende zorg te verlenen. Toch is het bespreekbaar maken hoe er met elkaar samengewerkt wordt niet altijd eenvoudig in de hectiek van de dagelijkse praktijk. Ziekenhuis- en afdelingscultuur en samenwerkingsrelaties zijn van invloed. In dit waarderende en ontwerpgerichte onderzoek, waarin de vraag centraal staat wat interprofessioneel samenwerken voor artsen en verpleegkundigen betekent en hoe dit in de praktijk kan worden ondersteund, zijn goede voorbeelden gebruikt om tot een Microlearning (voor mobiel gebruik) als hulpmiddel te komen. Activatie van ervaringskennis van professionals zelf is zo het uitgangspunt geweest voor de ontwikkeling van de ondersteuning. De tool kan zowel in het onderwijs en praktijkonderwijs als in de dagelijkse praktijk worden ingezet, in het laatste geval uitdrukkelijk bedoeld als onderdeel van 'lifetime learning' voor professionals van alle ervaringsniveaus. Voor het ontwerp van de Microlearning bleken thema's zoals uitwisseling van elkaars expertise; inzetten van communicatietechnieken en bewuste reflectie op de samenwerking geschikt om als leerlijnen uit te werken. Artsen en verpleegkundigen gaven bovendien het belang aan om verwachtingen naar elkaar uit te spreken, patiëntparticipatie steviger vorm te geven en de van oudsher nog enigszins doorwerkende hiërarchie verder te verminderen. Als succesfactoren voor goed interprofessioneel samenwerken wordt gezamenlijke (praktijk)scholing benoemd naast support in het team, verpleegkundig leiderschapsontwikkeling, het kunnen hanteren van goede communicatietechnieken, en ook de inrichting van de fysieke ruimte waarin overleg plaatsvindt blijkt van belang. De Microlearning is getest in de praktijk en werd over het algemeen positief geëvalueerd. De meeste gebruikers vinden de inhoud van de training herkenbaar, passend en bruikbaar, hoewel daarbij vooral wordt opgemerkt dat deze voor het opleiden van professionals geschikt is. Een praktisch aandachtspunt is dat het in de beide ziekenhuizen nog niet gebruikelijk is dat verpleegkundigen een werktelefoon hebben waarop de training gebruikt kan worden. Belangrijke discussiepunten vanuit dit onderzoek liggen met name in de implementatie van de Microlearning in relatie tot de doorontwikkeling van interprofessioneel samenwerken als concept dat nog moet beklijven in de dagelijkse praktijk. Ten tijde van uitvoer van dit project bleek hoe beide beroepsgroepen nog onbewust zijn van de betekenis en ontwikkeling van een interprofessionele identiteit, aanvullend op de eigen beroepsidentiteit, als nodig en voorwaardelijk voor daadwerkelijk interprofessioneel samenwerken. Daarvoor zijn nog stappen te maken van onbewust onbekwaam naar bewust onbekwaam en bewust bekwaam om tot een verandering te komen waarin samenwerken en communiceren op metaniveau aan de orde kunnen komen. Het lijkt dan ook van belang eerst te bezien of dergelijke voorwaarden, zoals meer bewustwording, voor een (cultuur-) verandering in teams en op afdelingen aanwezig zijn.

Interprofessionele samenwerking in het ziekenhuis

Succesfactoren voor samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

Interprofessioneel samenwerken

Een gelijke doelstelling op basis van het persoonlijke patiëntbelang en de noodzaak daartoe ieders inspanningen af te stemmen, expliciet centraal staat. (Gilbert et al., 2023; Visser, 2018)

Aanleiding

Artsen en verpleegkundigen werken intensief samen, maar hoe zij samenwerken is vaak geen expliciet gespreksonderwerp. Voor passende zorg is interprofessionele samenwerking essentieel.

Doel onderzoek

Inzicht krijgen in hoe artsen en verpleegkundigen kijken naar wat interprofessioneel samenwerken vraagt, welke factoren succes bepalen en hoe dit praktisch kan worden versterkt.

Resultaten: wat werkt?

- Een duidelijke rol- en taakverdeling
- Open communicatie en feedback
- Actieve betrokkenheid van de patiënt
- Psychologische veiligheid en vertrouwen
- Samen leren en reflecteren

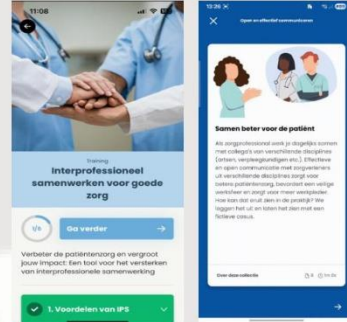
"Ik vind de inhoud wel mooi, pakkend en overzichtelijk. De SBAR communicatietechniek vind ik echt een hele goede." (verpleegkundige)



Effect

- Betere kwaliteit van zorg
- Meer werkplezier voor professionals
- Sterkere interprofessionele teams

"Het is juist zo dat je het vanuit twee uitgangspunten wilt zien. Het is complex, dus je hebt eigenlijk ieders blik nodig om te snappen: 'Waar kijken we tegenaan, en wat moet er nu gebeuren?' Dan sta je daar echt als team." (arts)



Resultaten: een microlearning

Een mobiele leerinterventie gericht op bewustwording, communicatie en versterken van interprofessionele samenwerking.

- De modules bevatten korte leerinterventies met kennisoverdracht, keuze en open vragen en diverse oefeningen.
- Het prototype bevat naast een start- en evaluatiemodule 4 inhoudelijk, waarvan 3 nog nader uitgewerkt dienen te worden.

Meer informatie [Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg | NHL Stenden](#)



INLEIDING¹

Interprofessioneel Samenwerken

In interprofessioneel samenwerken gaat het er om dat alle betrokkenen, te beginnen bij een patiënt en diens naasten en vervolgens alle zorg- en hulpverleners daaromheen, hetzelfde doel hebben en hun activiteiten afstemmen op wat voor de betreffende patiënt belangrijk is. Hiermee wordt expliciet meer bedoeld dan dat verschillende disciplines over patiënten afstemmen, zoals in multidisciplinaire samenwerking. De doelen van een patiënt, zoals door een patiënt zelf aangegeven en verwoord, staan in interprofessioneel samenwerken centraal, niet de door professionals aangegeven behandelingen of zorg.

Interprofessioneel samenwerken betekent dat een gelijke doelstelling op basis van het persoonlijke patiëntbelang en de noodzaak daartoe ieders inspanningen af te stemmen, expliciet centraal staat. (Gilbert et al., 2023; Visser, 2018).

Twee professies die intensief samenwerken in hun zorg aan patiënten zijn artsen en verpleegkundigen. In alle domeinen van de gezondheidszorg zijn deze professionals op elkaar aangewezen in het realiseren van goede zorg voor en samen met hun patiënten. Van oudsher hebben artsen vanwege hun specifieke kennis waarvan mensen tijdens ziekte afhankelijk zijn, een hoge maatschappelijke status. Ook verpleegkundigen worden vaak enorm gewaardeerd voor het werk dat zij doen, door burgers en zorgontvangers (Duan et al., 2024). Echter, hoe de beide disciplines met elkaar en met patiënten samenwerken is voortdurend in ontwikkeling. Beide beroepen kennen weliswaar een autonoom beroepsdomein met een specifieke 'body of knowledge', zoals diagnostiek vastgelegd voor de medische beroepsgroep in de International Classification of Diseases (ICD) en voor het verpleegkundig domein de North American Nursing Diagnoses Association Classificatie (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) en Nursing Outcomes Classification (NOC). Daarnaast is sprake van door verpleegkundigen van artsen overgenomen medisch gedelegeerd handelen, waartoe in de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn beschreven. Kort gezegd: medische zorg richt zich op genezen en het verlichten van lijden van mensen; verpleegkundige zorg richt zich op de gevolgen van ziekte en behandeling en eveneens op het verlichten van lijden. Deze omschrijvingen laten al zien dat er sprake is van overlap. In de praktijk is vaak sprake van verschuivingen in taken en verantwoordelijkheden en daarmee een grijs gebied, dat ontstaat door nieuwe kennis en ontwikkelingen of vanuit organisatorische en praktische overwegingen (Harmsen et al., 2009). In de afgelopen decennia is bovendien de empowerment van patiënten toegenomen, waardoor ook in de verhouding tussen professionals en patiënten de nadruk meer is komen te liggen op samen beslissen, en meer autonomie en zelfregie van patiënten (Clavel et al., 2021). In deze context moet ook interprofessioneel samenwerken worden geduid.

Het belang van Interprofessioneel samenwerken

Interprofessionele samenwerking is maatschappelijk belangrijk omdat het een integrale zorgbenadering ondersteunt. Hiermee wordt het proces om tot passende zorg te komen bedoeld, waarin sprake is van minder medicalisering en een sterkere focus op gezondheid en preventie (Zagt et al., 2023). Passende zorg wordt samen met patiënten en naasten bepaald, is betaalbaar en leidt tot toevoeging van waarde in het leven van patiënten (Zorginstituut Nederland, 2022). Wanneer zorgverleners interprofessioneel afstemmen met patiënten worden versnippering, miscommunicatie en onnodige kosten voorkomen (Hughes et al., 2020; Michielsen et al., 2023). Deze transitie naar

¹ Deze introductie is deels afkomstig uit het projectplan dat ingediend en gehonoreerd werd bij SIA RAAK voor een Kiem-subsidie.

passende zorg is noodzakelijk omdat meer afstemming nodig is voor ouderen met multimorbiditeit², en er een grotere behoefte aan persoonsgerichtheid en samen beslissen is (Rijn et al., 2022). Het gezondheidszorgsysteem is complex en vraagt om een gerichte bundeling van kennis en handelen van samenwerkende professionals (van Dongen et al., 2018; Verhaegh et al., 2017). Interprofessioneel samenwerken is ook van belang voor werkplezier en voorkomen van uitval. Daarbij is de leerwerkcultuur van invloed (ten Hoeve & Roodbol, 2018; Wietasch, 2018). Om interprofessioneel te kunnen samenwerken zijn kennis, communicatievaardigheden en een psychologisch veilige cultuur van professionals nodig (Shrader et al., 2022; Visser, 2018; Walmsley et al., 2021). Een transitie naar passende zorg waarin interprofessioneel samenwerken ondersteunend is, impliceert interprofessioneel leren in de praktijkcontext waar rolmodellen en voorbeelden aanwezig zijn (Tsakitzidis & Royen, 2015). Experimenten met leerafdelingen lijken daartoe bijvoorbeeld geschikt (Mette et al., 2021; Weerd et al., 2022). Zo kan bewustwording ontstaan en geleerd worden van successen om andere samenwerkingsvormen te ontwikkelen (ministerie VWS, 2022).

Interprofessioneel samenwerken in de ziekenhuiscontext

In een ziekenhuis ontmoeten artsen en verpleegkundigen elkaar dagelijks en wordt afgestemd over behandel- en zorgplannen van patiënten. Hoewel deze samenwerking als vanzelfsprekend plaatsvindt, is hoe er wordt samengewerkt meestal geen gespreksonderwerp (Gerritsen & Nauta, 2008). De samenwerking heeft een historie waarin hiërarchische, traditionele man-vrouwverhoudingen en medisch-technologische ontwikkelingen een rol speelden (Cingel van der, 2019). Medische specialisatie werd uitgangspunt voor de ziekenhuisorganisatie (Hillen et al., 2018). De verpleegkundige discipline ontwikkelde zich tot een professie met een holistisch³ perspectief (Meleis, 2011). De deskundigheid van met name bachelor verpleegkundigen wordt niet altijd voldoende benut, waarmee arbeidspotentieel verloren dreigt te gaan (LOOV, 2023). Beide professies hebben een sterke beroepsidentiteit. Echter voor het goed functioneren van een interprofessioneel team is de ontwikkeling van een aanvullende interprofessionele identiteit en rolduidelijkheid noodzakelijk (Reinders & Krijnen, 2023; Sanders et al., 2022).

Project Interprofessioneel samenwerken in het Frisius MC en het Alrijne ziekenhuis

De aanleiding om samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen te onderzoeken betroffen in het Alrijne ziekenhuis signalen vanuit medewerkers-onderzoek en in het voormalig Medisch Centrum Leeuwarden (MCL)⁴ signalen vanuit een onderzoek naar verpleegkundig leiderschap (Cingel et al., 2022). Daarop was er in beide ziekenhuizen behoefte inzicht te krijgen in de beleving van deze samenwerking en werd onafhankelijk van elkaar in beide ziekenhuizen vervolgonderzoek ingezet. In het Alrijne ziekenhuis werd een kwalitatieve studie gedaan. In het voormalig MCL werd een kwantitatieve survey als nulmeting verricht⁵. In beide ziekenhuizen werd bevestigd dat, analoog aan andere onderzoeksbevindingen, statusverschillen, psychologische veiligheid en beroepssocialisatie een rol spelen (O'Donovan et al., 2020; Reinders & Krijnen, 2023). Ook werd gezien dat niet altijd goed duidelijk is wat onder interprofessioneel samenwerken wordt verstaan. Dit project borduurt daarom voort op opgedane inzichten in beide ziekenhuizen.

Rationale en onderzoeksvraag

Uitgaan van het patiëntbelang in een evenwaardige samenwerking tussen professionals en samen met patiënten lijkt vanzelfsprekend. Interprofessionele samenwerking is essentieel om tot goede zorg te komen en het werkplezier van zorgprofessionals te versterken (Pomare et al., 2020; Wei et

² Multimorbiditeit houdt in dat een patiënt meerdere chronische ziektebeelden heeft.

³ Holistisch betekent dat naar de gehele mens als lichamelijk, psychosociaal en maatschappelijk functionerend persoon wordt gekeken.

⁴ Nu Frisius Medisch Centrum, locatie Leeuwarden.

⁵ Zie voor een samenvatting van de uitkomsten: [vraagarticulatie Kiem projectvoorstel](#)

al., 2020). Hoe interprofessioneel samenwerken vorm krijgt in het dagelijks handelen is echter nog weinig bekend (Schot et al., 2020). Het belang van dit project is daarom interprofessionele samenwerking zichtbaar en bespreekbaar te maken als verkenning in een transitie naar een meer integrale zorgbenadering. Het project steunt daarbij op ontwerpgericht en waarderend onderzoeken, die stakeholders expliciet als mede-onderzoeker en -ontwikkelaar erkennen. Daarmee wordt bovendien kennis aangedragen om tot werkzame hulpmiddelen te komen. Er wordt in dit project daarom op basis van opgedane kennis een tool ontwikkeld die interprofessioneel samenwerken kan ondersteunen. Een tool die gedragsverandering van professionals moet ondersteunen, heeft een grotere kans van slagen wanneer 'dat wat werkt' is opgenomen (Ryan & Deci, 2017). Zowel ervaringskennis, ook wel 'tacit knowledge' of impliciete kennis, genoemd, en recente wetenschappelijke kennis worden door medische en verpleegkundige professionals gewaardeerd (Fernandez et al., 2020; Iqbal et al., 2023). Daarom is gekozen voor experimenteren met en ontwikkelen van een 'microlearning' (Beste, 2023; Kucharska & Erickson, 2023, Taylor et al., 2022). Projectbevindingen zijn bovendien relevant voor andere ziekenhuizen aangezien interprofessionele samenwerking als ondersteunend voor transitie naar anders werken in de gezondheidszorg wordt gezien (Tsakitzidis & de Kool, 2022).

Onderzoeksvraag

Wat betekent interprofessionele samenwerking voor artsen en verpleegkundigen en hoe kan het in het dagelijks handelen vorm krijgen?

Deelvragen

- Hoe kan bewustwording over interprofessioneel samenwerken tussen artsen en verpleegkundigen in een ziekenhuis worden vergroot?
- Wat zijn succesfactoren?
- Hoe kan een dialoog daarover in het dagelijks handelen worden ondersteund?

Consortium en consortiumpartners

Voor de uitvoer van dit project werd een consortium opgericht waarin vanuit beide ziekenhuizen artsen en verpleegkundigen vanuit hun rol in bestuurs-staven en als participanten vertegenwoordigd zijn. Daarbij is contact gezocht met een creatieve designer als changemaker die kan inspelen op de vraag naar kennisactivatie en bekend is met de ziekenhuiscontext. Het consortium is aangevuld met experts die al betrokken waren op het thema.

Consortiumpartners zijn:

- Lectoraat Verpleegkundig leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg NHL Stenden Hogeschool/ Frisius MC Leeuwarden en Frisius MC, locatie Leeuwarden
- Lectoraat Verpleegkundige Leiderschap Hogeschool Leiden en Alrijne Ziekenhuis, locatie Leiderdorp
- Primio® kennisinnovatie-experts en changemakers voor de zorgsector waaronder de ziekenhuissector, voor innovatieve leer- en samenwerkingsoplossingen zoals microlearning (MKB-onderneming)

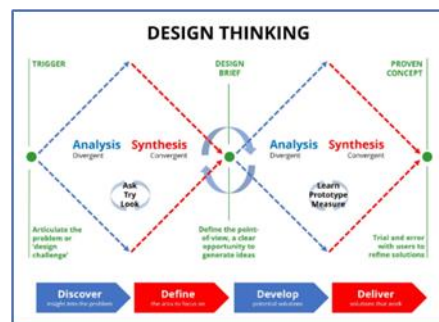
Experts:

- Professor dr. J.K.G. Wietasch; hoogleraar innovatie in de medische opleiding UMCG/RUG
- Professor dr. E. J. Finnema; hoogleraar verplegingswetenschappen en onderwijs UMCG/RUG
- Professor dr. J.M. de Man-van Ginkel, associate professor Verplegingswetenschappen LUMC
- Dr. J.J. Reinders, arbeids- en organisatiepsycholoog, onderzoeksgroep Interprofessional Education (IPE), UMCG

METHODE

Design

Het onderzoek is participatief, ontwerpgericht en waarderend. Een ontwerpgerichte benadering is een beproefde methode om tot verandering te komen op basis van input van alle betrokkenen. Waarderend onderzoek richt zich op dat wat eerder succesvol was in 'best practices'. In beide onderzoeks-paradigma's is sprake van een open design met enkele iteratieslagen. In dit project worden gecombineerde fasen als leidraad voor het design gehanteerd.



In de discoverfase (fase 1) zijn uit observaties, focusgroepen en interviews voorbeelden en succesfactoren van interprofessionele samenwerking bovengehaald. In de define/dreamfase (fase 2) werden deze voorbeelden als input voor het toolontwerp van de microlearning gebruikt. In de develop/designfase (fase 3) werd deze microlearning in een aantal iteraties voor feedback teruggegeven aan gebruikers en uitgetoet. In de deliverfase (fase 4) werd tenslotte het prototype gepresenteerd tijdens een webinar en in beide ziekenhuizen ter beschikking gesteld. Disseminatie vond verder plaats door verspreiding van deze verslaglegging en door de app via de betrokken klankbordgroepenleden en experts o.a. ook in de beide betrokken universitaire centra aan te bieden.

Onderzoeksetting

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het Frisius MC en Alrijne Ziekenhuis. In beiden ziekenhuizen is gestreefd om de input tijdens de discoverfase vanuit diverse afdelingen (zowel snijdend, beschouwend als specialistische afdelingen) te verkrijgen. Aanvullend hebben enkele observaties op de afdeling chirurgie van het LUMC plaatsgevonden.

Dataverzameling Discoverfase (Fase 1):

Observaties

Niet-participatieve observaties zijn uitgevoerd door studenten en onderzoekers van het projectteam. Tijdens de niet-participatieve observaties zijn contactmomenten zoals visite rondes tussen verpleegkundigen en artsen van verschillende afdelingen in beide ziekenhuizen geobserveerd. Aanvullend hebben enkele observaties op de afdeling chirurgie van het LUMC plaatsgevonden. Na de observaties vonden waar mogelijk informele gesprekken plaats. Na afloop zijn reflectieverslagen geschreven op basis van het geobserveerde contactmoment en de informele gesprekken. Er is gebruik gemaakt van een observatieverslag met thema's en open velden en ruimte voor reflectie om de observaties te begeleiden ([Bijlage A.](#)). De observaties hebben de basis gelegd voor het creëren van de topiclist van de focusgroepen.

Focusgroepen

Er zijn focusgroepen uitgevoerd in beiden ziekenhuizen met verpleegkundigen, artsen (medisch specialisten en arts-assistenten) en gecombineerde focusgroepen waar zowel verpleegkundigen als artsen aansloten. De focusgroepen hebben in beide ziekenhuizen plaatsgevonden (zie tabel 1) in

vergaderuimtes binnen de ziekenhuizen. Om de focusgroepen te begeleiden zijn topic lijsten met interview guides opgesteld voor de verschillende disciplines (zie bijlage B. Topiclijsten). Van alle focusgroepen is een audio-opname gemaakt. Ter ondersteuning van de focusgroepen hebben de projectleiders een video gemaakt over de definiëring van interprofessioneel samenwerken.



Tabel 1. Overzicht activiteiten dataverzameling per fase⁶

| | Fase 1 Discoverfase | Fase 3 Develop/designfase |
|--------------------|---|--|
| Alrijne Ziekenhuis | Observatie visite afdeling vaatchirurgie Observatie visite afdeling MDL Observaties visite afdeling Chirurgie LUMC Focusgroep met verpleegkundigen Focusgroep met medisch specialisten en arts-assistent Focusgroep met verpleegkundigen, medisch specialisten en arts-assistenten | Interview met verpleegkundige gebruiker prototype |
| Frisius MC | Observatie visite afdeling neurologie 3 focusgroepen verpleegkundigen 1 interview met verpleegkundige en arts 2 interviews met medisch specialisten | 4 interviews met verpleegkundigen 2 interviews met zaalartsen (Artsen niet in opleiding voor specialist, ANIOS) |

Dataverzameling Develop/Designfase (Fase 3)

Werksessies

In de develop/designfase hebben drie werksessies plaatsgevonden ten aanzien van het ontwikkelen de leerlijnen voor het prototype (1e werksessie) en het ontwikkelen van het prototype van de microlearning (2^e en 3^e werksessies). De eerste werksessie heeft fysiek plaatsgevonden. Daarbij waren alle projectleden aanwezig. De 2^e en 3^e werksessies vonden online plaats. Daar waar nodig werden specifieke experts gevraagd om deel te nemen aan de werksessie. De basis van de werksessies waren de resultaten uit Fase 1 en 2.

Semi-gestructureerde interviews

Na het ontwikkelen van het prototype van de microtool in Fase 2 zijn semi-gestructureerde interviews uitgevoerd met (potentiële) toekomstige gebruikers (verpleegkundigen en artsen) van de tool om inzicht te krijgen in de ervaringen rondom het gebruik van de tool. Voor de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst (Bijlage B. Topicslijsten). Van alle interviews is een audio-opname gemaakt.

⁶ Zie voor de dataverzameling in de define/dreamfase onder toolontwikkeling

Data-analyse

Alle audio-opnames werden geanonimiseerd en getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd in Atlas-Ti. Alle transcripten werden gecodeerd. Twee uitvoerend onderzoekers (M.A. en F.W.) hebben eerst alle transcripten gelezen en aantekeningen gemaakt. Vervolgens hebben zij onafhankelijk één transcript gecodeerd. Deze codes zijn onderling vergeleken en bediscussieerd. In samenspraak is er een concept codeboom gemaakt. Dit concept is voorgelegd aan de begeleidende onderzoekers van dit project (M.C. en K.V.). In een reflectieve bijeenkomst is het concept besproken en geëvalueerd en aangepast. Op basis van de aangepaste codeboom zijn de overige transcripten gecodeerd. Eventuele aanvullende codes die na het eerste transcript naar voren zijn gekomen zijn na afloop van het coderen van alle transcripten besproken binnen de onderzoeksgroep waaruit een definitieve codeboom is ontstaan ([Bijlage C. Codeboom](#)).

De codeboom en de daar aan gekoppelde segmenten zijn door M.A. en F.W. geanalyseerd. Uiteindelijk zijn er in samenspraak daaruit vijf definitieve thema's ontstaan (zie 'Thema's van de discoverfase' in het hoofdstuk Resultaten).

Datamanagement

De opgehaalde kwalitatieve onderzoeksdata bestaande uit audio-opnames, transcripten, observatieverslagen bevat geen direct identificeerbare persoonsgegevens, in de zin van de Algemene Verordening Gezinsbescherming (AVG). Gedurende de looptijd van het onderzoek zijn alle ruwe data in een beschermde omgeving opgeslagen. De (verwerkte) data worden opgeslagen op de beveiligde Research Drive van NHL Stenden. Dit is een schijf door de hogeschool beheerd. Dit zorgt voor een hoog beveiligingsniveau en geautomatiseerde back-up. De datamap op de Research Drive is alleen toegankelijk voor de leden van het onderzoeksteam. Ruwe data worden direct na het transcriberen gewist, de overige (anonieme) onderzoeksdata worden bewaard conform de richtlijnen van de hogeschool voor 10 jaar.

Informed consent

Voorafgaand aan deelname is aan alle respondenten een informed consentformulier voorgelegd en besproken ([Bijlage D. Informed Consent](#)). In dit formulier hebben respondenten expliciet toestemming gegeven voor het opnemen van het interview, het gebruik van de data voor onderzoeksdoeleinden onder de voorwaarde van anonimisering en is deze geïnformeerd over de bewaartermijn van de data.

De getekende toestemmingsformulieren worden apart van de onderzoeksdata bewaard in een beveiligde map op de Research Drive en zijn alleen toegankelijk voor het onderzoeksteam om de anonimiteit van de respondenten tijdens de analysefase te waarborgen.

Om de privacy van de respondenten te waarborgen, wordt de ruwe data geanonimiseerd. Zodra de audio-opnames zijn getranscribeerd, worden alle namen en direct identificeerbare persoonsgegevens in de transcripties verwijderd. De definitieve analyse zal enkel uitgevoerd worden op basis van deze transcripties. De ruwe audio-opnames worden enkel gebruikt ter controle van de transcripties en worden daarna apart opgeslagen van de verwerkte data.

Ethische aspecten

Voor het onderzoek werden voor het Frisius MC, locatie Leeuwarden en het Alrijne ziekenhuis een Commissie Onderzoeks (COV)-verklaring en niet-WMO verklaring (resp. nr. 3339-001 ref. 2024 OO 609 en nr. 45713-1 ref. ALR/RVB/2025/UIT45713) aangevraagd en verkregen (zie [Bijlage E. COV verklaring Alrijne](#) en [Bijlage F. Niet-WMO verklaring Frisius](#).)

RESULTATEN

FASE 1. DISCOVERFASE

Thema's van de discoverfase. Observaties, interviews en focusgroepen.

Eén van de kernvragen die voorgelegd is aan artsen en verpleegkundigen, gaat over het delen van een goed praktijkvoorbeeld van interprofessionele samenwerking. Gevraagd werd te reflecteren op hun afgelopen werkweek en een moment te identificeren waarop zij effectief met de andere discipline hebben samengewerkt. Vanuit dit goede voorbeeld werd vervolgens doorgevraagd op de eigen rol en die van de ander. Het viel op dat het voor de professionals vaak eenvoudiger was om momenten van minder goed verlopende samenwerking te benoemen. Hoewel dit waardevolle inzichten biedt, is er in dit onderzoek bewust voor gekozen om, vanuit de principes van waarderend onderzoek (Appreciative Inquiry), stil te staan bij de goede voorbeelden. Door te focussen op de succesverhalen, worden de elementen die al effectief werken geïdentificeerd en versterkt. Tijdens de sessies werd gewerkt met kaartjes, waarbij de deelnemers mee konden schrijven. Onderstaand een voorbeeld hiervan. De verzamelde informatie is vervolgens, met een thematische analyse, verwerkt tot de volgende thema's, zie bijlage C voor de codeboom.

Thema 1. De eigen rol pakken in interprofessioneel samenwerken

Een belangrijk aspect van interprofessionele samenwerking tussen de arts en de verpleegkundige is het kennen van elkaars taken, elkaars rol en elkaars expertise. In dit thema gaat het over de rol van de verpleegkundige en de rol van de arts en de verwachtingen van elkaar. Wat opvalt is de rolonduidelijkheid. Het is niet vanzelfsprekend dat deze twee disciplines op de hoogte zijn van elkaars dagelijkse werkzaamheden en verwachtingen naar elkaar toe. Tegelijkertijd wordt het fundamentele belang van beide domeinen en het inzicht in elkaars werkzaamheden breed erkend. Een arts verwoordde dit als volgt.

"Het is juist zo dat je het vanuit twee blikken wilt zien. Het is complex, en je moet weten wat er aan de hand is. Je weet niet meteen wat de diagnose is, dus je hebt eigenlijk ieders blik nodig om te snappen: 'Waar kijken we tegenaan, en wat moet er nu gebeuren?' Dan sta je daar echt als team."

(arts)

In deze context verwijst 'het team' expliciet naar het interprofessionele team en niet naar de monodisciplinaire groep van artsen of verpleegkundigen.

Thema 2. Samenwerkingsrelatie bij interprofessioneel samenwerken

Het tweede thema richt zich op de samenwerkingsrelatie binnen de interprofessionele context. Dit is een breed inhoudelijk thema dat betrekking heeft op de onderlinge communicatie, het geven en ontvangen van feedback en de feitelijke uitvoering van de gezamenlijke taken. De nadruk ligt op de relationele vaardigheden, zoals actief naar elkaar luisteren en effectief overleggen. De noodzaak tot overleg en kunnen sparren is van belang. Een verpleegkundige illustreert dit belang met een citaat.

"Vanmorgen was er ook iemand, die had een nare aanvaring gister met de familie van de patiënt, nou dan spar je daar samen nog even over, hoe pakken we dat vandaag aan? Dat is dan wel fijn, dat je dat kan doen."

(verpleegkundige)

Deze uitspraak benadrukt de waarde van gezamenlijke reflectie en de behoefte om elkaar te zien, te begrijpen en op elkaar te kunnen vertrouwen tijdens gezamenlijke taken. Binnen dit thema werd herhaaldelijk het belang van het geven en ontvangen van feedback benoemd, waarbij tegelijkertijd werd aangegeven dat dit een uitdagend aandachtspunt is in de praktijk. Verder bleek dat professionals gewend zijn om op inhoud met elkaar te reflecteren (bijvoorbeeld over het effect van een behandelbeleid). Echter, in de praktijk reflecteren op de samenwerking zélf en dit als een vast onderdeel van het werkproces te beschouwen, ontbreekt vaak.

Thema 3. De positie van de patiënt binnen interprofessioneel samenwerken

Binnen het concept van interprofessioneel samenwerken neemt de patiënt theoretisch gezien een gelijkwaardige positie in. In de praktijk valt het op dat de communicatie vaak over de patiënt gaat, in plaats van met de patiënt. Overlegmomenten, zoals artsensites en andere besprekingen, vinden veelal plaats tussen de verpleegkundige en de arts, zonder directe betrokkenheid van de patiënt, die pas op een later moment wordt geïnformeerd over de beslissingen. Zowel de verpleegkundige als de arts de verpleegkundige primair zien als 'de stem' van de patiënt. De verpleegkundige wordt hierbij beschouwd als de verlengde arm van de patiënt of de directe schakel tussen de patiënt en de arts. Hoewel de gevoerde gesprekken zich voornamelijk richtten op de samenwerking tussen de arts en de verpleegkundige, kwam de actieve betrokkenheid van de patiënt hierin minder aan bod. De wens is om de patiëntervaring te verbeteren, zoals blijkt uit het volgende citaat van een arts.

"Ik hoop dat je als patiënt ook meer het gevoel hebt dat je als team opgevangen wordt in plaats van dat je voortdurend tussen twee poppetjes heen en weer gaat, pingpongt wordt doorgegeven."

(arts)

Hoewel de intentie van alle professionals gericht is op het verlenen van goede zorg waarbij de patiënt centraal staat, is de gehanteerde werkwijze vaak nog indirect wat betreft de daadwerkelijke participatie van de patiënt.

Thema 4. Interprofessioneel samenwerken in een hiërarchisch systeem

Wanneer deelnemers spraken over interprofessioneel samenwerken is een veel terugkerend thema het werken in de ziekenhuiscultuur. Er is er sprake van een ziekenhuiscultuur waarbinnen duidelijke afspraken, hiërarchie en verschillende teamdynamieken een sterke invloed hebben op Interprofessioneel Samenwerken (IPS). Artsen geven aan dat voor hen duidelijke afspraken op een afdeling of bijvoorbeeld omtrent de gang van zaken van de visite zeer belangrijk zijn voor goede interprofessionele samenwerking. Dit kan echter ingewikkeld zijn, omdat er niet altijd duidelijke afspraken zijn of omdat er een grote wisseling is van personeel. Daarnaast is het zeer persoonsafhankelijk van hoe de samenwerking wordt ervaren, hoe deze wordt ingevuld of welke afspraken er worden gemaakt. Er zijn verschillen tussen personen, disciplines, specialisaties, afdelingen en ziekenhuizen. De teamdynamiek bij verpleegkundigen onderling heeft ook een grote invloed op de samenwerking. Als het binnen het team vanzelfsprekend is om iemand geen feedback te geven of aan te spreken, dan wordt heeft dit invloed op de acties van individuele verpleegkundigen. De ziekenhuiscultuur wordt bij tijd en wijle als hiërarchisch ervaren. Echter wordt ook opgemerkt dat het in de afgelopen jaren ook is verbeterd. Ook is op te merken dat het professionals goed lukt om in die context van een nog enigszins bestaande hiërarchie toch meestal goed samen te werken.

"Nou, het is er denk ik nog wel, maar wel veel minder, denk ik, door de jaren heen. Als ik zie hoe het begon en hoe het nu gaat. Ja, denk ik wel dat het door de jaren heen wel, echt wel veel minder is geworden."

(verpleegkundige)

Thema 5. Succesvol interprofessioneel samenwerken

Een van de goede voorbeelden die werd benoemd door deelnemers en een grote impact had op de interprofessionele samenwerking was interprofessioneel opleiden. Wanneer artsen en verpleegkundigen nascholing samen volgden werd dit als zeer positief ervaren. Verpleegkundigen waarden het als artsen op hun afdeling bijvoorbeeld een casusbespreking geven. Zij vinden dat interessant en het zorgt ervoor dat zij de keuzes van artsen beter kunnen begrijpen. Op een afdeling werden de klinische lessen voor verpleegkundigen en de klinische lessen voor artsen door een arts én verpleegkundige georganiseerd. Bij beide klinische lessen waren altijd zowel verpleegkundigen als artsen aanwezig.

"En bij ons zijn daar hele trainingen en zo, dat soort dingen ook met z'n allen. Maar het is heel leuk. Dus we hebben hele positieve ervaringen mee. Want ja, je zou misschien denken: je moet niet... Ik zou verpleging bij het onderwijs voor de dokters zetten, maar het is helemaal niet waar. Want die weet ook hartstikke veel. En de assistente moet nog heel erg leren ook. Dus het geeft ook hele leuke vragen en het geeft ook de arts dat weer bij de klinische les, geeft heel veel onderling begrip. Dat is waar je mee bezig bent."

(arts)

Succesfactoren Interprofessioneel Samenwerken

Overige succesfactoren dan wel voorwaarden voor een goede IPS die zijn benoemd zijn:

- Een goede achterban. Een team dat achter je staat en een teamleider die achter je staat en support geeft.
- Een verpleegkundig team geschoold in verpleegkundig leiderschap.
- Een goed voorbereide en georganiseerde visite.
- Gebruik van SBAR.
- Een ruimte waar je elkaar ontmoet.

Belemmeringen Interprofessioneel Samenwerken

Er zijn een aantal voorbeelden gegeven die een belemmering kunnen zijn voor IPS. Een belangrijke belemmering is de afwisseling van personeel. Arts-assistenten blijven vaak (mede door personeelstekort) maar kort op één afdeling (regelmatig max 6 weken). Dat zorgt ervoor dat zij het verpleegkundig team niet goed kunnen leren kennen en het ingewikkeld is een goede samenwerkingsrelatie te ontwikkelen.

"Ze hebben al drie, vier weken nodig om een beetje te wennen en dan zitten ze d'r eindelijk in en dan hup, daar gaan ze weer."

(verpleegkundige)

Sommige belemmeringen hadden met name te maken met de organisatie van het ziekenhuis en gewoontes. Bijvoorbeeld de tijd van de visite op een chirurgische verpleegafdeling niet kan worden verplaatst omdat anders de agenda van de O.K. in de problemen komt. Een ervaren verpleegkundige gaf aan dat verpleegkundigen zeer bekwaam zijn en echt wel meer verantwoordelijkheid zouden kunnen krijgen om minder afhankelijk te hoeven zijn van de arts:

"Waarom, op de chirurgie, moet de patiënt wachten tot de chirurg langs geweest is. Jij kan echt wel zien of die patiënt goed is of niet. Je bent niet gek. Ik snap het niet. Ik begrijp het echt niet."

(verpleegkundige)

FASE 2. DEFINE/DREAMFASE

Ten behoeve van de toolontwikkeling werd een 'designdriven' verkenning⁷ in enkele iteraties gedaan. Daartoe werd deels data uit onderzoeksfase 1. gebruikt die werd aangevuld. De dataverzameling voor deze verkenning bestond daarmee uit:

- Literatuurstudie naar bruikbare leerconcepten zoals boundary crossing...
- Deskresearch projectdocumenten, gesprekken opdrachtgevers
- MDO/Focusgroep verpleegafdeling Frisius MC (dataverzameling fase 1.)
- Interviews met studenten Verpleegkunde NHL-Stenden Hogeschool
- Inzage in gespreksverslagen artsensites
- Interviewgesprek regieverpleegkundige (dataverzameling fase 1.)
- Interview expert

Thema's van de designdriven verkenning

Tijdens de verkenning zijn 6 thema's geformuleerd als advies voor de ontwikkeling van de microlearning. Voor elk thema zijn suggesties gedaan voor leerdoelen en passende werkvormen. Denk hierbij aan korte casuïstiek, simulaties met (interactieve) oefeningen, reflectievragen, feedbackoefeningen, kennistips over communicatietechnieken en inspirerende testimonials of voorbeelden van professionele rollen.

Thema 1. Erkenning van (onzichtbare) expertise

Verpleegkundigen beschikken over impliciete kennis, ook wel onbewust bekwame ervaringskennis genoemd. Deze kennis wordt niet altijd door artsen (h)erkend en is door verpleegkundigen zelf vaak lastig expliciet te verwoorden. Het gaat veelal om observaties die cruciaal zijn voor het signaleren en monitoren van de klinische conditie van patiënten.

"Ik werk al 22 jaar, ik zie aan de ogen of iemand achteruitgaat."

"Soms voelt het alsof mijn observaties pas tellen als ik een getal erbij geef."

"Ik zie vaak eerder wat er aan de hand is, nog voordat de arts erbij is."

(verschillende verpleegkundigen)

"We vergeten vaak in een klinische 'discussie' dat zij [verpleegkundigen] het meeste bij de patiënt zijn."

(arts)

"Ze zijn heel klinisch scherp, maar bij een overdracht kan de bewoording een ander beeld schetsen."

(arts/opleider)

Thema 2. Taal en interpretatie van informatie bevorderen

Uit de verkenning blijkt dat effectieve communicatie baat heeft bij een gezamenlijke taal. Wanneer miscommunicatie ontstaat heeft dit vaak weinig te maken met ontbrekende informatie, maar meer met de betekenisgeving en duiding van de uitgewisselde informatie. In de verwoording van informatie vanuit (ervarings-)kennis bestaan verschillen, afhankelijk van het perspectief. Zo brengen verpleegkundigen vaak klinische observaties in via omschrijvende, subjectieve taal ("ik vind hem wat suf") terwijl artsen zich vaak uitdrukken in objectieve bewoordingen ("vitale waarden?"). Verpleegkunde studenten geven overigens aan dat verpleegkundigen hier onderling ook in verschillen, waarbij sommigen meer subjectief en anderen meer objectieve taal hanteren. Communicatie hulpmiddelen zoals de SBARR⁸ of klinische overdrachtsprotocollen worden wel gebruikt, maar leiden niet automatisch tot gedeeld begrip. Sterker nog, ze kunnen misverstanden

⁷ De hier gepresenteerde resultaten zijn afkomstig uit de [volledige verslaglegging van deze verkenning](#). Deze verkenning werd uitgevoerd door een masterstudent van de opleiding Design Driven Innovation, onder supervisie en begeleiding van Primio.

⁸ SBARR is een overdrachtsstructuur voor professionals: situation, background, assessment, recommendation, repeat.

veroorzaken wanneer ze bijvoorbeeld niet correct gehanteerd worden. Ook is een nadeel dat het bij formele taal blijft en informele afstemming in de weg zit.

| | |
|---|--------------------------------|
| <i>"Ik had alles volgens het protocol gemeld, maar blijkbaar kwam het niet binnen."</i> | <i>(verpleegkundige)</i> |
| <i>"Soms denk ik: ze zeggen iets, maar ik snap niet wat het zorgpunt is."</i> | <i>(anoniem)</i> |
| <i>"We gebruiken dezelfde woorden, maar soms bedoel je iets anders"</i> | <i>(student verpleegkunde)</i> |
| <i>"De overdracht is technisch goed, maar qua duiding kan er bij sommige collega's nog een slag geslagen worden."</i> | <i>(regieverpleegkundige)</i> |

Thema 3. Hiërarchisch ervaren verhoudingen bespreekbaar maken

Naast verschillend taalgebruik beïnvloeden, als hiërarchisch ervaren, onderlinge verhoudingen de communicatie. Artsen blijken hun gedrag soms als open te ervaren, terwijl verpleegkundigen het als gesloten of afstandelijk interpreteren. Dit verschil wijst erop dat er sprake is van ongelijkheid in de beleving van onderlinge interactie. Verpleegkundigen gaven aan zich soms niet vrij te voelen om twijfels of observaties te delen, vooral wanneer de arts druk is, autoritair communiceert, of snel beslissingen neemt zonder ruimte voor input van anderen. Daarbij lijken verpleegkundigen er soms zelf ook vanuit te gaan dat verantwoordelijkheid voor patiëntenzorg niet ook bij hen ligt, terwijl er formeel wel uitdrukkelijk sprake is van een wettelijk vastgelegde eigen verantwoordelijkheid voor het autonome en door artsen gedelegeerde handelen van verpleegkundigen en er bovendien geen sprake is van een hiërarchische werkverhouding tussen artsen en verpleegkundigen⁹.

| | |
|--|--------------------------|
| <i>"De verantwoordelijkheid ligt uiteindelijk bij de arts, die beslist"</i> | <i>(verpleegkundige)</i> |
| <i>"Als je er al langer werkt, dan nemen ze je sneller serieus. Dan durf je ook makkelijker iets te zeggen."</i> | <i>(verpleegkundige)</i> |
| <i>"Als een verpleegkundige iets zegt, neem ik dat juist serieus"</i> | <i>(arts)</i> |

Thema 4. Relationele veiligheid bevorderen en realiseren

Over het algemeen is er sprake van een professionele en respectvolle werksfeer waarin medewerkers zich meestal veilig voelen om hun mening te geven. Toch is er soms terughoudendheid uit voorzichtigheid, bijvoorbeeld om geen fouten te maken. Dit kan leiden tot minder openheid om twijfels, zorgen of afwijkende perspectieven te delen. Veiligheid in het interprofessionele team vraagt vertrouwen en het goede voorbeeld geven.

⁹ Zie o.a. Wet BIG waarin iedere professie een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en formele functieomschrijvingen waarin hiërarchische verantwoordelijkheid aan leidinggevenden in de eigen discipline is vastgelegd.

“Je moet elkaar kunnen vertrouwen om eerlijk te durven praten, anders houd je dingen voor jezelf.”
 (arts)

“Soms lijkt het alsof mensen vooral bezig zijn met fouten vermijden in plaats van te leren.”
 (expert)

“Ik denk soms: ik weet het niet zeker genoeg, dus ik hou maar m’n mond.”
 (verpleegkundige)

“Als iedereen laat zien dat je ook gewoon een mens bent, zorgt dat ervoor dat anderen makkelijker meedenken en zich ook durven uitspreken.”
 (arts)

Thema 5. Interprofessionele afstemming over patiëntgebonden zorgbesluiten

De interprofessionele afstemming over patiëntgebonden besluiten in de directe zorg verloopt procesmatig niet altijd goed. Met name verpleegkundigen voelen zich regelmatig onvoldoende betrokken bij belangrijke beslissingen rondom het zorgbeleid en de dagelijkse zorg voor de patiënt. Dit leidt soms tot frustratie. Wanneer de interprofessionele communicatie over patiëntgebonden besluiten wel goed verloopt heeft dit een direct positief effect op continuïteit en kwaliteit van de zorg.

“Wij horen vaak pas wat er besloten is, soms zelfs van de patiënt, terwijl wij de situatie van dichtbij meemaken.”
 (verpleegkundige)

“Als iedereen mee kan denken, worden beslissingen beter gedragen en uitgevoerd.”
 (arts)

“Niet elke beslissing wordt in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) geplaatst, waardoor ik soms achter een collega aan moet om erachter te komen.”
 (verpleegkundige)

Thema 6. Professionele identiteit en beeldvorming bespreekbaar maken

Specifieke beeldvorming en aannames over beroepsrollen lijken de samenwerking te beïnvloeden. Met name verpleegkundigen zelf beleven hun beroepsrol soms als sec uitvoerend van gedelegeerd handelen, overigens ook in positieve zin. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat hun autonome professionele handelen en expertise minder wordt gezien of erkend. Artsen lijken zowel ten aanzien van hun eigen beroepsbeeld als dat van verpleegkundigen veel minder discrepantie te ervaren. Impliciete normen en verwachtingen in het interprofessionele team en de organisatie beïnvloeden zo de professionele identiteitsvorming, en kunnen tot nogal vastomlijnde beroepsrollen leiden die niet altijd aansluiten bij een gelijkwaardige interprofessionele samenwerking.

“Het voelt soms alsof mijn kennis en oordeel niet helemaal serieus worden genomen.”
“Wij zijn de handen en ogen van de arts”
“Wij zijn uitvoerend voor artsen”
 (verschillende verpleegkundigen)

“We hebben allemaal ons eigen beeld van wat onze rol is, maar soms zit dat in de weg.”
 (verpleegkundestudent)

“We hebben één gezamenlijk doel, de patiënt helpen, dus onze identiteit is gezamenlijk aanwezig”
 (arts)

Input experts medische, verplegingswetenschappelijke discipline en interprofessionele identiteit

Door experts wordt het belang van interprofessionele samenwerking als meerwaarde voor patiëntenzorg bevestigd.

‘Multidisciplinair samenwerken doen we al langer, maar IPS gaat een stap verder: het gaat over het gezamenlijk bepalen van richting en verantwoordelijkheid, in plaats van ieder zijn “eigen weg” volgen.’

Expert verplegingswetenschappen

Interprofessioneel samenwerken vraagt om een open houding naar elkaar, naar de ‘andere’ discipline. Hiërarchie moet daarbij niet aan de orde zijn, zou feitelijk niet moeten bestaan. Bovendien is het de vraag wat er precies bedoeld wordt met hiërarchie, het wordt snel geïnterpreteerd als een negatief geladen begrip.

‘Wat is hiërarchie?’

Expert innovatie medische opleiding

Duidelijkheid en het expliciteren van rolverwachtingen is sterk van belang, naast het goed kunnen verwoorden van de eigen expertise. Dit is een ontwikkelpunt voor de verpleegkundige discipline. Belemmerende factoren zoals verkeerde beeldvorming zouden bespreekbaar gemaakt kunnen worden, dat is helpend in het proces van gezamenlijke ontwikkeling van interprofessioneel samenwerken. Interprofessioneel samenwerken vraagt verder om communicatieve en reflectieve vaardigheden, naast de eigen vakkennis en vooral een basale professionele houding waarin professionals zelf weten wat tot hun eigen en het andere beroepsdomein hoort en hun stem laten horen. Een tool kan de bewustwording en reflectie daarover ondersteunen.

Ook speelt het belang van het ontwikkelen van een interprofessionele identiteit naast de eigen beroepsidentiteit een rol. De expert op dit thema heeft daarover een presentatie op [Webinar verzorgd](#).

PROFESIONELE IDENTITEIT & INTERPROFESIONELE IDENTITEIT
Van solo naar synergie of interprofessionele samenwerking

Veelvormige en complexe uitdagingen kunnen niet worden opgelost met de expertise van slechts één beroepsgroep.

LEER-SITUATIE
 Sociale identiteitsvorming
 Professionele competentie X
 Overzicht
 Professionele competentie Y
 Sociale s'ira

PRAKTIJK-SITUATIE
 Sociale identiteitsactiviteit
 Debrek aan integratie
 Geen eenheid
 Complexe en veelzijdige uitdaging
 Diversiteit EN eenheid vereist

Om een interprofessionele identiteit te ontwikkelen, zijn verschillende perspectieven nodig:

1. De **psychologie** verklaart **waarom** een interprofessionele identiteit kan ontstaan en waarom deze zich onder bepaalde voorwaarden ontwikkelt.
2. De **sociologie** toont aan waarom sociale en historische relaties tussen beroepen de ontwikkeling ervan op een bepaalde manier beïnvloeden (ook gerelateerd aan "antagonistische socialisatie" en maatschappelijke invloed).
3. De **onderwijskunde** biedt inzichten in **hoe** gerichte onderwijsmethoden en curriculumontwikkeling zowel kunnen bijdragen aan identiteitsvorming als activatie. Hoe leren individuen "identiteitsprikkels" aan en ontwikkelen ze een identiteit, en hoe kunnen identiteitsprikkels effectieve simulaties bevorderen?
4. Het **praktijgerichte perspectief** richt zich op **waar** ("context") en **wat** ("inhoud") soort problemen en uitdagingen gezamenlijk kunnen en moeten worden opgelost. Context en inhoud kunnen een interprofessionele identiteit triggeren. Inhoud heeft betrekking op effectieve combinaties van interventies, vormgegeven door professionele perspectieven die ook juridische, culturele, praktische, relationele, educatieve en ethische overwegingen omvatten.
5. De **maatschappij** en de **servicegebruikers** van de dienstverlening zijn degene met wie we op een bepaalde manier moeten samenwerken: hun waarden, ervaringen, mogelijkheden en behoeften bepalen de de samenwerking daadwerkelijk betekenisvol is. Daarnaast is de maatschappij gebaat bij een gezonde bevolking en betaalbare zorg en welzijn.

Psychologisch perspectief van interprofessionele identiteit
 (De psychologie van sociale identiteitsvorming heeft ook betrekking op professionele identiteit)

Interprofessionele identiteit gebaseerd op Extended Professional Identity Theory (EPIT)

Belangrijkste theoretische proposities van EPIT

1. Interprofessionele identiteit is een van de vele sociale identiteiten die (toekomstig) professionele toegelichtheid bevestigen, waarbij de relevantie ("valencia") afhangt van de context en de relevantie van de taak. Zelfs studenten zonder enige interprofessionele ervaring zullen bepaalde emotionele contexten en bepaalde sleutelrollen ten aanzien van andere beroepsgroepen.
2. Interprofessionele identiteitsprocessen, zoals zelfcategoriatie en internalisatie, zijn cruciaal voor het integreren van de interprofessionele identiteit in het bredere zelfconcept van een individu.
3. Affectieve connecties aan de interprofessionele groep is een centraal onderdeel van de interprofessionele identiteit en is essentieel voor het behouden ervan op lange termijn. Hoe groter de interprofessionele betrokkenheid, hoe stabielere de identiteit.
4. Effectieve connecties aan de interprofessionele groep is een centraal onderdeel van de interprofessionele identiteit en is essentieel voor het behouden ervan op lange termijn. Hoe groter de interprofessionele betrokkenheid, hoe stabielere de identiteit.
5. Interprofessionele identiteit kan ontstaan wanneer drie belangrijke voorwaarden zijn vervuld, waarvan een combinatie ("synergie") er één is: de perceptie dat de interprofessionele groep een samenhangende, betekenisvolle sociale entiteit is. Omzet groepen hebben een lagere entiteitsrol dan officiële groepen. De andere twee condities voor het ontwikkelen van een sterke interprofessionele identiteit zijn het onderhouden van relatief frequent en positief sociaal contact met de identiteitsgroep, en het consequent betrekken van een interprofessioneel denkbaar lidmaat wanneer de interprofessionele groep bijeenkomt. In dit geval is men samen actief bezig te gaan wat verschillen zijn tussen elkaar percepties en hoe de percepties het beste kunnen worden gecombineerd voor het beste teamresultaat.
6. Interprofessionele identiteit kan geactiveerd worden door identiteitsprikkels ("identity triggers"), dit zijn contextuele prikkels of signalen die de relevantie van de identiteit verhogen. Deze activatie verhoogt de relevantie van de identiteit en leidt tot consequent gedrag, aanpakten interprofessionele overwegingen dienen als belangrijke cognitieve voor acties.

★ Identiteitsgerichte **realiteit** stimuleert **prestatie**, **competentie** (het vermogen om doelen te kunnen bereiken) **verhoogt** deze **prestatie** (meer stemmen) **interprofessionele samenwerking** en **identiteitsvorming** bevordert de positieve erkenning van het eigen beroep, wat de emotionele verbondenheid ernaar versterkt en daarmee leidt tot **hogere professionele prestaties** (21).

REFERENTIES (selectie van relevante publicaties)

Van de Weert, L., P. Harkness, J. Reinders, J. J. Minke-Welland, S. Woldring, C. Drenth, H. & Finema, E. (2022). Facilitators and barriers to interprofessional learning, collaboration, and identity development during interprofessional internship in rehabilitation care: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 1-14.

Reinders, J. J., Bajer Koles, M. J. & Koolen, L. (2022). Ontwikkeling van interprofessionele identiteit: een theoretische review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1011111.

Reinders, J. J., & Verstra, M. A. C. (2024). Comparing Interprofessional and Interpersonal Workplace Learning: Similar or Not? *Medical Education*, 58(8), 885-887.

Drenth, H., Krijnen, W., van der Weert, L., Reinders, J. J. & Hebbelen, H. (2022). Naar een betere geriatrische revalidatie: een interprofessionele samenwerking: een praktijk-based study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 139.

Reinders, J. J., & Krijnen, W. (2022). Interprofessional identity and motivation towards interprofessional collaboration. *Medical Education*, 57(11), 1068-1078.

Reinders, J. J., Hebbelen, H. S., Talsma, M., Weijer, P. J., & Jager-Wittekaar, M. (2022). Interprofessional treatment of malnutrition and sarcopenia by dietitians and physiotherapists: exploring attitudes, interprofessional identity, motivation, barriers, and outcomes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13(1), 258.

Reinders, J. J., Lykkeslag, A., Nijholt, M., Van Der Schuren, C. P., & Krijnen, W. P. (2020). The development and psychometric evaluation of an interprofessional identity measure: Extended Professional Identity Scale (EPIS). *Journal of Interpersonal Care*, 1-15.

Reinders, J. J., Krijnen, W. P., Gutschmidt, A. B., van Oortbeek, M. A. G., Stegenga, B., van der Schuren, C. P. (2018). Changing dominance in mixed profession groups: putting theory into practice. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(2), 375-386.

FASE 3. DEVELOP/DESIGNFASE. ONTWIKKELING PROTOTYPE MICROLEARNING

Er werd in een aantal werksessies concreet aan het prototype microlearning gewerkt.

Werksessie ten aanzien van het ontwikkelen van de leerlijnen voor het prototype (werksessie 1)

In een eerste fysieke werksessie aan het eind van fase 2. werden bovenstaande thema's/leerlijnen en de bevindingen en goede voorbeelden uit de observaties, interviews en focusgroepen in samenhang met elkaar gedeeld en besproken in het onderzoeks- en ontwerpteam. Deze werden geordend in zes voorlopige trainingen of conceptleerlijnen voor de microlearning te weten:

1. Open en effectief communiceren in een veilige werksfeer
2. Gelijkwaardige en expliciet gemaakte bijdrage aan goede patiëntenzorg
3. Samenspraak met de patiënt vormgeven
4. Elkaars rol, expertise en visie op zorg kennen en uitwisselen, verwachtingen uitspreken
5. Elkaars perspectief op werkbeleving en samenwerken kennen en uitwisselen
6. Van elkaar leren door reflecteren

Twee van deze conceptleerlijnen, 'open en effectief communiceren in een veilige werksfeer' en 'elkaars rol, expertise en visie op zorg kennen en uitwisselen, verwachtingen uitspreken' werden uitgewerkt in: een *voorbeeld* (fictief maar wel steunend op de data), *succesfactoren*, *benodigde kennis*, *mogelijke werkvormen* en te behalen *leerdoelen* (zie illustraties). Op basis van deze uitwerking werden de twee trainingen door Primio uitgewerkt in een eerste versie van de microlearning.

| Nr. | Thema/leerlijn | Voorbeeld (fictief, gebaseerd op de data) | Succesfactoren/argumenten | Benodigde Kennis | Mogelijke Werkvormen ML | Te behalen leerdoel |
|-----|---|--|--|---|--|---|
| | Open en effectief communiceren in een veilige werksfeer | Een jonge, pas afgestudeerde verpleegkundige observeert toenemende vermoeidheid bij een patiënt en twijfelt bij zichzelf of het strenge (geprotocolleerde) mobilisatieschema wel effectief bijdraagt aan het herstel van deze patiënt. Zij voelt zich vrij dit tijdens een papieren visite met behulp van de SBAR met de specialist, arts-assistent en co-assistenten in te brengen en daarna om openlijk meerdere suggesties te doen over wat zij denkt dat mogelijke oorzaken voor de vermoeidheid zijn en welke oplossingsrichtingen voor verbetering zouden kunnen zijn. De specialist en arts-assistent stellen open vragen over de patiënt-situatie en vanuit welke achterliggende kennis en hypothesen de verpleegkundige redeneert. Het is voor iedereen bespreekbaar dat het protocol ter discussie staat en dat er van mag worden afgeweken om tot persoonsgerichte zorg te komen. In deze gedachten uitwisseling is ruimte voor: iets niet zeker weten en durven aangeven dat zowel de artsen als de verpleegkundigen soms een foute rederatie of veronderstelling uitspreken | Ruimte/mogelijkheid om: - hypothesen te verkennen en evt. te kunnen uitsluiten of juist bevestigen van wat er aan de hand is met een patiënt, leidt tot goede en passende zorg - Van elkaar te leren | Inhoudelijke kennis over ziektebeeld/mobiliseren/herstel kunnen expliciteren Kennis over de SBAR Communicatietechnieken zoals - laat OMA (oordelen, meningen en aannames) thuis - NIVEA niet invullen voor een ander - LSD Luistern doorvragen samenvatten Zie ook: https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/communiceren-in-de-zorg/scholing/test-je-kennis-over-communiceren-in-de-zorg Wat zijn open en gesloten vragen, en tot welk effect en info leidt een open vraag versus een gesloten vraag. Wat is een effectieve gespreks-methode om een praktijkvraag van/over een patiënt te bespreken? | - Reflectievragen over mogen twijfelen en fouten maken - Test je Kennis-vragen (zie hiernaast) - Tips & technieken oefenen - Complimenten geven bij een kwetsbare opstelling - Eigen casus uit praktijk omzetten in SBAR - Microdialoog als voorbeeld en dan zelf oefenen | Bewustwording over: - Wat open en effectieve communicatie concreet inhoudt in ieders gedrag en de dagelijkse samenwerking - Hoe open communicatie samenhangt met een psychologisch veilige werksfeer en deze bevordert - Hoe open communicatie en een veilige werksfeer bijdragen aan goede patiëntenzorg en aan werkgeluk/plezier |

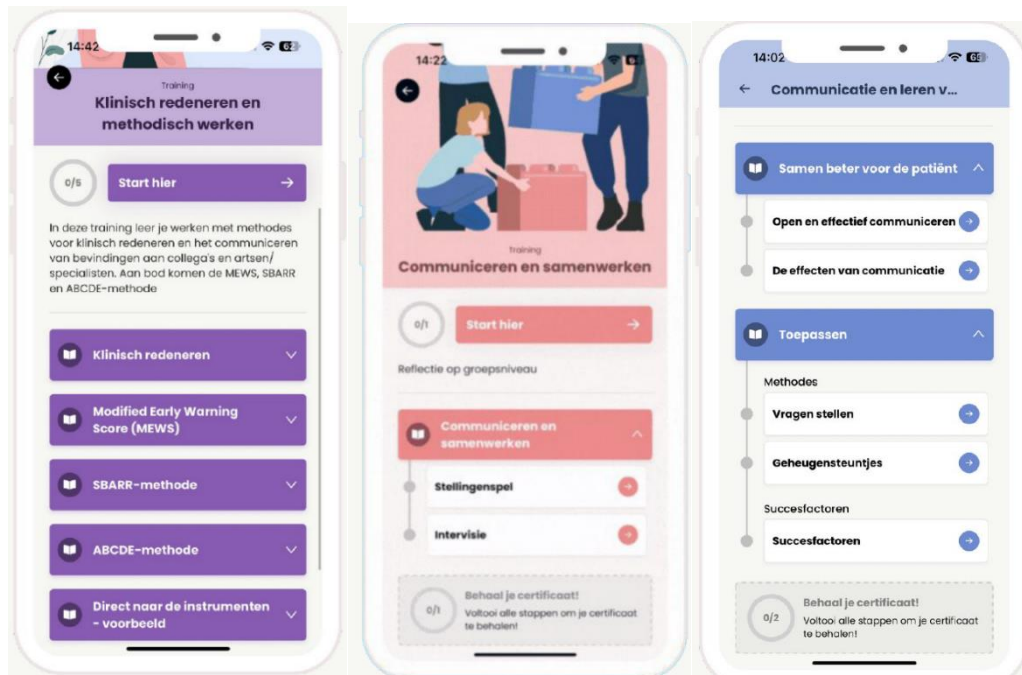
Illustratie uitwerking leerlijn 1

| Nr. | Thema/leerlijn | Voorbeeld (fictief, gebaseerd op de data) | Succesfactoren/argumenten | Benodigde Kennis | Mogelijke Werkvormen ML | Te behalen leerdoel |
|-----|---|---|--|--|---|---|
| | Elkaars rol, expertise en visie op zorg kennen en uitwisselen, verwachtingen uitspreken | Op een verpleegafdeling van een ziekenhuis is een oudere patiënt opgenomen met acute benauwdheid. Een verpleegkundige voert bij opname direct een EWS-score uit. De patiënt scoort een EWS van 6, wat duidt op een verhoogd risico op klinische achteruitgang. Ze meldt dit onmiddellijk bij de arts-assistent en vertelt dat de EWS-score van 6 vooral is door een verhoogde ademhalingsfrequentie en lage saturatie ondanks zuurstof. Ook is de patiënt volgens de verpleegkundige onrustig en reageert slecht op het zuurstofmasker. De verpleegkundige stelt voor om tijdelijk over te schakelen op een neusbriil om de patiënt te kalmeren. De arts vindt dit een goed idee en stelt voor om de longarts erbij te halen en alvast een bloedgas af te nemen. Tijdens de dagelijkse visite later die ochtend, brengt de verpleegkundige actief de situatie van de patiënt in: "De EWS blijft stabiel op 6. Ik heb het arterieel bloedgas afgenomen en de waarden wijzen op respiratoire acidose. De patiënt blijft angstig, maar is iets rustiger met de neusbriil. Ik heb ook alvast een infuus aangelegd voor de eventuele medicatie." De arts geeft aan dat dit waardevolle informatie is en geeft aan dat het goed is dat de verpleegkundige proactief heeft gehandeld. Hij vraagt aan de verpleegkundige om de EWS te blijven monitoren en direct geïnformeerd te willen worden bij verslechtering. De verpleegkundige geeft aan de score elk uur te herhalen en geeft het door bij elke afwijking. | <p>Gebruik van EWS als gedeeld screeningsinstrument: ondersteunt klinische besluitvorming en communicatie</p> <p>Actieve rol van de verpleegkundige tijdens de dagelijkse visite: versterkt de samenwerking en wederzijds respect</p> <p>Rollen en expertise worden erkend: verpleegkundigen signaleren en handelen, artsen waarderen en benutten deze input</p> <p>Visie op zorg wordt gedeeld: iedereen streeft naar veilige en patiëntgerichte zorg</p> <p>Verwachtingen worden uitgesproken: duidelijke afspraken over monitoring en communicatie</p> | <p>Voor de verpleegkundige:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inzicht in het gebruik en de interpretatie van de Early Warning Score (EWS) - Kennis van de eigen rol en verantwoordelijkheden binnen acute zorgsituaties - Vaardigheden in klinisch redeneren (volgens BAKKER) en het onderbouwen van observaties met objectieve data (zoals EWS) - Communicatievaardigheden om observaties en voorstellen helder te verwoorden tijdens de dagelijkse visite <p>Voor de arts:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inzicht in de waarde van verpleegkundige observaties en de EWS als klinisch hulpmiddel - Vaardigheden in het luisteren naar en benutten van verpleegkundige input bij besluitvorming - Kennis van het belang van gezamenlijke besluitvorming en het creëren van een open overlegcultuur - Vermogen om duidelijke verwachtingen uit te spreken over monitoring, communicatie en verantwoordelijkheden | <ul style="list-style-type: none"> - Reflectievragen over mogen twijfelen en fouten maken - Test je Kennisvragen (zie hiernaast) - Tips & technieken oefenen - Complimenten geven bij een kwetsbare opstelling - Eigen casus uit praktijk omzetten in SBAR - Microdialoog als voorbeeld en dan zelf oefenen | <p>Bewustwording:</p> <p>Hoe rollen, taken en verantwoordelijkheden verschillen en elkaar kunnen versterken</p> <p>Hoe effectieve communicatie bijdraagt aan patiëntveiligheid en werkplezier</p> |

Illustratie uitwerking leerlijn 4

Opbouw van een microlearning van Primio.

Primio ontwerpt microlearnings door originele teksten en beschikbare inhoudelijke kennis, in dit geval in eerste instantie de beide aangeleverde leerlijnen, als 'content' voor de microlearning te gebruiken. Deze content wordt in stappen in kleinere eenheden opgeknipt, eerst in zogenoemde modules en vervolgens in zogenoemde collecties. Deze worden van visuele ondersteuning en bijvoorbeeld links naar relevante webinformatie voorzien en er worden verschillende werkvormen aan gekoppeld zoals: open en gesloten multiple choice vragen, casuïstiek, opdrachten en invuloefeningen. Zo wordt in een leerlijn vanuit aanbieden van behapbare kennis en uitleg toegewerkt naar concreet oefenen en toepassen.



Illustratie van trainingen uit de 1^e versie prototype Microlearning

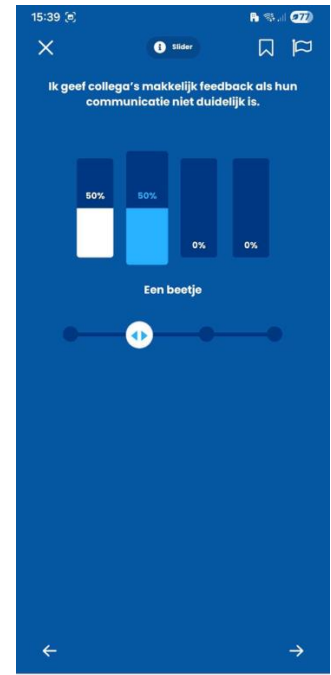
Werksessies ten aanzien van het ontwikkelen van het prototype microlearning (werksessie 2 en 3)

De eerste versie van de microlearning die door Primio werd aangeleverd bevatte een aantal modules met elk meerdere collecties waarin de content uit de twee aangeleverde leerlijnen terug te vinden was, aangevuld met andere webbased kennis, zoals over klinisch redeneren. In twee online werksessies werden op deze versie van de microlearning door het onderzoeks- en ontwerpteam iteratieslagen gedaan ([zie Bijlage G. Aanvullingen en feedback werksessie 2 en Bijlage H. Feedback en aanvullingen werksessie 2](#)). Er werden met name aanpassingen gedaan zoals:

- Verschuivingen van collecties naar andere leerlijnen omdat deze daar beter pasten
- Keuzes in de op te nemen kennisonderdelen waarbij specifieke en minder bekend veronderstelde kennis over interprofessionele samenwerking prioriteit kreeg. Zo werd bijvoorbeeld besloten klinisch redeneren uit de microlearning te halen ten gunste van kennis over wat interprofessioneel samenwerken is en wat daarvan de oordelen zijn.
- Taalgebruik, waarbij gekeken werd hoe dit toegankelijk en herkenbaar voor de beide doelgroepen (artsen en verpleegkundigen) te maken
- Vragen en opdrachten steeds vanuit het perspectief van beide doelgroepen formuleren

Hiermee ontstond een versie die werd gepresenteerd op een projectgroep bijeenkomst in fase 3 van het project waar experts, klankbordgroep-leden en participanten in het onderzoek aanwezig waren en die vervolgens in de praktijk aan artsen en verpleegkundigen werd voorgelegd voor gebruik en feedback. De microlearning kon via een link worden gedownload, bekeken en uitgetest. In deze versie werd een zevende leerlijn toegevoegd aan de zes eerder vastgestelde leerlijnen waarin expliciet kennis over de definitie en nut van interprofessioneel samenwerken werd opgenomen, en werden de namen van de leerlijnen ingekort om deze toegankelijker te maken. Uiteindelijk ontstonden zo de zeven inhoudelijke modules, waarvan er vier grotendeels werden uitgewerkt. In de collecties van deze vier uitgewerkte modules bleef nog ruimte open staan om voorbeelden, video's en andere opdrachten of oefeningen toe te voegen. Ook werd een startscherm en startmodule toegevoegd, met een toelichting op de microlearning als testversie, verantwoording (in voordelen) en informatie over het project en eerder onderzoek naar interprofessioneel samenwerken dat in het kader van dit project werd gedaan. Omdat het een testversie betreft werd een evaluatiemodule toegevoegd waarin feedback op de training kan worden gegeven om het uiteindelijke prototype te kunnen doorontwikkelen. De testversie voor de praktijk bevatte daarmee de volgende modules:

- ***Startmodule: voordelen van IPS (interprofessioneel samenwerken)***
 1. ***Wat en waarom van Interprofessioneel samenwerken***
 2. ***Communiceren voor een veilige werksfeer***
 3. ***Gelijkwaardig samenwerken voor goede zorg***
 4. ***Samenspraak met de patiënt***
 5. ***Expertise uitwisselen***
 6. ***Perspectieven op werk en samenwerken***
 7. ***Leren en reflecteren in een interprofessioneel team***
- ***Evaluatie van de training***



Illustratie van trainingen en werkvormen uit de definitieve versie prototype Microlearning

Ervaringen en tips doorontwikkeling Microlearning van gebruikers (develop/designfase)

In interviews zijn verpleegkundigen en artsen bevraagd op hun ervaringen rondom het gebruik van de tool. Voor het interview hebben de participanten de tool gedownload op hun telefoon. Aan de hand van hun ervaringen zijn de volgende overkoepelende thema's te herkennen gericht op inhoud, bruikbaarheid en implementatie.

Thema 1. Inhoud prototype

Over het algemeen wordt de inhoud als positief en overzichtelijk ervaren, waarbij de SBAR-communicatietechniek specifiek wordt benoemd als waardevolle en goede ondersteuning. De relevantie van de app worden door beide beroepsgroepen als hoog ervaren, waarbij zowel de verpleegkundige en de arts dit vooral goed vinden voor de verpleegkundige: verpleegkundigen zien de meerwaarde in vanuit het perspectief dat zij zich gesteund voelen in hun rol en ervaren dat zij gehoord worden bij het uitspreken van hun zorgen of mening, terwijl artsen het nuttig vinden om essentiële informatie over de patiënt op een uniforme, gestructureerde manier (zoals via SBAR) te ontvangen, wat de effectiviteit van de samenwerking ten goede komt.

"Ik vind de inhoud wel mooi, pakkend en overzichtelijk. De SBAR communicatietechniek vind ik echt een hele goede." (verpleegkundige)

Thema 2. Bruikbaarheid prototype

De tool wordt door de gebruikers als goed toegankelijk ervaren. Een belangrijk punt van aandacht met betrekking tot de bruikbaarheid is de beschikbaarheid. Gebruikers geven aan dat een deel van het personeel, met name de verpleegkundigen, geen werktelefoon tot hun beschikking heeft, en zij niet altijd bereid zijn hun privételefoon te gebruiken voor werkgerelateerde applicaties. Ten slotte benoemen de geïnterviewden dat de tool vooral van meerwaarde is en als nuttig wordt beschouwd voor jonge of nieuwe werknemers in de organisatie.

"Ik denk dat het voor een jonge/nieuwe werknemer het wel echt heel helpend is, dat je weet hoe je moet communiceren op de afdeling en hoe je de artsen kan bellen of juist niet." (arts)

Thema 3. Implementatie prototype

Met betrekking tot de implementatie geven de geïnterviewden aan dat het belangrijk om per afdeling te kijken wat nodig is om goed aan te sluiten. Gebruikers benadrukken dat zowel de noodzaak als de wijze van implementatie per afdeling aanzienlijk kan verschillen. Verder wordt benadrukt dat goede voorlichting voorafgaand aan het gebruik essentieel is voor een succesvolle implementatie. Tot slot is het noodzakelijk dat er in de dagelijkse praktijk voldoende ruimte en tijd wordt gereserveerd om de tool op een gedegen wijze te introduceren en te verankeren, waarbij dit ook vanuit het management gedragen wordt.

"Er zijn afdelingen waarbij degene die op zaal zitten ontegenwoordig veel wisselen. (...) Ik denk dat dat ook wel een probleem is als je niet continuïteit hebt dat je dan ook zit van: 'Oke, ja wat gaan wij nu doen?'" (arts)

"Ik denk dat er wel verschil zit in de afdeling qua het implementeren van de app. (...) Op de IC hebben wij het gevoel dat we geen issue hebben met de communicatie (...) dat zie je op een verpleegafdeling minder." (verpleegkundige)

Webinar IPS en prototype

Ter afsluiting van het project werd op 1 december 2025 een webinar¹⁰ georganiseerd, waar ook het prototype werd gepresenteerd. In het eerste deel van het programma hield gastspreker dr. Jan-Jaap Reinders een lezing. Hij is arbeids- en organisatiepsycholoog (UMCG en Hanze Hogeschool) en lid van de expertgroep in het project. Zijn onderzoek richt zich op het versterken van de interprofessionele identiteit, waaronder ook implementeren en evalueren van leer- en samenwerkingsinterventies. Hij is ook grondlegger van o.a. een internationaal gevalideerd meetinstrument voor interprofessionele identiteit. In de lezing liet hij zien waarom interprofessioneel samenwerken onmisbaar is in complexe zorg en draait om het combineren van complementaire verschillen in patiëntenzorg. De interprofessionele identiteit is daarbij een cruciale factor die ontwikkeld en geactiveerd kan worden. Microlearning sluit volgens hem naadloos aan als passende interventie om de interprofessionele identiteit praktisch in te zetten.



Oplissing: interprofessionele identiteit



Interprofessionele identiteit = interprofessionele ingroup

Theorie over interprofessionele identiteit = Extended Professional Identity Theory (EPIT)(Reinders, 2018; Reinders, 2025)



Hoe ziet interprofessionele identiteit eruit?

Extended Professional Identity Scale (EPIS)

Meting interprofessionele identiteit als "interprofessionele ingroup"



Gevalideerd in Nederland, Duitsland, Litouwen, Turkije, Indonesië en andere landen

Illustratie lezing dr. Jan-Jaap Reinders

Vervolgens werden de onderzoeksresultaten en definitieve Microlearning gepresenteerd. De presentatie van de tool betrof een interactieve sessie. Deelnemers (36 inschrijvingen, waarvan 34 aanwezig) ontvingen voorafgaand aan de webinar een link om de Microlearning te downloaden en hadden op deze wijze de mogelijkheid direct met de uitleg van de trainingen mee te doen.

Feedback tijdens de Webinar (Deliverfase)

De deelnemers gaven o.a. aan dat ze onderliggende waarden voor interprofessionele samenwerking zoals veiligheid, vertrouwen en waardering voor elkaars professe voorwaarden vinden. Ook werd het belang van gezamenlijk interprofessioneel leren benadrukt. Reacties op de Microlearning waren positief. Men vond deze in een eerste indruk: *'praktisch'*, *'beknopt en overal toe te passen'*, *'goede basis voor ontwikkelen vaardigheden'*. Men ziet gebruiksmogelijkheden in zowel de initiële opleidingen als in de praktijk om in teamverband op te pakken, bijvoorbeeld als voorbereiding op een gezamenlijke intervisie, en in specifieke organisatie-eenheden zoals de operatiekamers. Suggesties voor aanvullingen waren gericht op o.a. het op maat maken van de trainingen voor verschillende contexten en toevoegingen zoals videofilmmpjes om de beleving te versterken.

¹⁰ De webinar is middels [deze presentatie](#) en [deze opname](#) te bekijken.

DISCUSSIE

In dit onderzoeks- en ontwerpproject is duidelijk geworden wat interprofessionele samenwerking voor artsen en verpleegkundigen betekent, en hoe dit in het dagelijks handelen vorm kan krijgen. De resultaten laten zien dat interprofessionele samenwerking geen vanzelfsprekend onderdeel is van de dagelijkse werkpraktijk, maar gebaat is bij expliciete aandacht voor samenwerking en communicatie. Door dit expliciet te maken in een aantal samenhangende thema's, zoals het bespreken van wederzijdse verwachtingen, het kennen en erkennen van ieders rol, taken en verantwoordelijkheden, het investeren in de samenwerkingsrelatie en het versterken van patiëntparticipatie, wordt ook de bewustwording rondom interprofessionele samenwerking vergroot.

De geïdentificeerde succesfactoren voor effectieve interprofessionele samenwerking hangen sterk samen met ervaren gelijkwaardigheid tussen disciplines. Een goed georganiseerde structuur van communicatie- en overlegmomenten, zoals tijdens visites en multidisciplinair overleg, evenals het doelgericht inzetten van communicatietechnieken zoals de SBARR en het creëren van een fysieke en sociale ruimte om elkaar ontmoeten, blijken hierbij ondersteunend. De ontwikkelde microlearning sluit aan bij deze bevindingen doordat zij kennis overdraagt over IPS-thema's en zorgprofessionals in staat stelt interprofessionele vaardigheden te oefenen. Daarmee fungeert de microlearning als katalysator voor het gesprek over samenwerking, zowel op organisatieniveau als in de dagelijkse klinische praktijk tussen artsen en verpleegkundigen.

Tegelijkertijd roepen de bevindingen een aantal belangrijke discussiepunten op die inzicht geven in de onderliggende mechanismen die interprofessionele samenwerking kunnen belemmeren of juist bevorderen. Zo blijkt er een wezenlijk verschil in hoe artsen naar zichzelf kijken als voldoende bekwaam in interprofessioneel samenwerken terwijl verpleegkundigen een veel diffuser beeld over zichzelf, hun rol en beroepsdomein aangeven (1.). Daarnaast wordt in dit onderzoek bevestigd dat spreken op metaniveau over samenwerking en communicatie niet of nauwelijks gebeurt in de dagelijkse praktijk (2.).

1. Verschillende perspectieven op de eigen beroepsrol en die van de andere discipline

Een eerste opvallend discussiepunt betreft het verschil in perspectief tussen artsen en verpleegkundigen ten aanzien van hun eigen rol en bekwaamheid in interprofessionele samenwerking. Artsen geven in dit onderzoek aan zichzelf in meerderheid als voldoende bekwaam in IPS te beschouwen. Verpleegkundigen daarentegen schetsen een diffuser beeld van hun eigen rol, beroepsdomein en positionering binnen het interprofessionele team. Dit verschil komt tot uiting in taalgebruik en rolopvatting. Verpleegkundigen verwoorden hun eigen domein minder expliciet, positioneren zichzelf impliciet onder de arts en benadrukken vaak hun rol binnen het eigen verpleegkundige team in plaats van binnen het interprofessionele geheel. Deze bevinding komt overeen met bevindingen in andere studies en publicaties (Krenz et al., 2020; Rietze et al., 2026). Deze internalisering van een hiërarchische verhouding lijkt samen te hangen met een minder sterk gearticuleerde professionele identiteit in de interprofessionele context. Het ontbreken van een gedeelde taal over rollen, verantwoordelijkheden en overlap tussen het verpleegkundige en medische domein heeft implicaties voor identiteitsontwikkeling en samenwerking. Met name bij verpleegkundigen lijkt sprake te zijn van een vorm van 'onbewust onbekwaam zijn' in het expliciet benoemen van het eigen domein en de toegevoegde waarde daarvan in de samenwerking, terwijl tegelijkertijd binnen het eigen team wel een sterke groepsidentiteit bestaat (Buresh et al., 2013). Deze spanning vormt een belangrijk aangrijpingspunt voor verdere professionalisering van IPS. De zelfperceptie van artsen als al voldoende bekwaam in interprofessioneel samenwerken kan bovendien een belemmerende factor vormen voor verder ontwikkeling. Wanneer samenwerking als 'als op orde' wordt gezien, ontstaat mogelijk minder urgentie om te reflecteren op eigen handelen

of te investeren in verandering. Tegelijkertijd biedt dit onderzoek onvoldoende inzicht in de diepere opvattingen van artsen over IPS, wat duidt op een relevant aandachtspunt voor vervolgonderzoek.

2. Expliciet bespreken van samenwerking en communiceren ontbreekt in werkcultuur

In dit onderzoek werd bevestigd dat het bespreken van onderlinge samenwerking en de wijze van communiceren tussen disciplines op metaniveau nauwelijks plaatsvindt in het dagelijks samenwerken van artsen en verpleegkundigen (Panagiota Efthimyou & 2001, 2024; Vatn et al., 2022). De, in dit onderzoek ontwikkelde, microlearning biedt mogelijkheden en praktische handvatten om dit hiaat te dichten, echter is slechts een hulpmiddel. Implementatie van interprofessioneel samenwerken vereist een cultuurverandering die begint met de erkenning dat samenwerking meer vereist dan alleen het praktisch vormgeven, organiseren en uitvoeren van de samenwerking. Evenwaardig, functioneel en optimaal samenwerken vereist onderhoud door de samenwerking 'an sich' en samenwerkingsrelatie met regelmaat bespreekbaar te maken. Vervolgens vraagt het de bereidheid om op basis van die besprekingen aanpassingen door te voeren in zowel de uitvoer als de wijze van onderling communiceren die een samenwerkingsrelatie beïnvloedt. In een bestaande samenwerkingscultuur kunnen zowel bevorderende als belemmerende factoren aanwezig zijn om een dergelijke cultuuromslag te realiseren (Djharuddin et al., 2023). Zo kan een werkcultuur waarin al veel overlegmomenten, gezamenlijke onderwijsmomenten of veel intensieve samenwerkingsmomenten in de directe werkomgeving van samenwerkende disciplines aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld op acute of beschouwende afdelingen, helpend werken (Piper-Vallillo et al., 2023). Werkculturen waarin men gewend is elkaar directer aan te spreken, elkaar niet af te vallen en te steunen, hebben eveneens al een goede voedingsbodem om samenwerken expliciet bespreekbaar te maken.

Beperkingen en sterkten van het onderzoek

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Door werkdruk en geringe beschikbaarheid van de beoogde participanten bleek het lastig om focusgroepen te organiseren, daarom is vaker gekozen voor 1 op 1 of duo interviews met praktiserende artsen en verpleegkundigen. De betrokkenheid van beide disciplines, toch opdrachtgevers in het project, was hierdoor suboptimaal. De bevindingen zijn weliswaar, zowel tussentijds als in de eindfase, als membercheck voorgelegd tijdens projectgroep bijeenkomsten en de webinar aan participanten en beoogde gebruikers, echter de kleinere aantallen vragen om aanvullende bevestiging of nuancering van de resultaten in vervolgonderzoek. Ook kan hierdoor sprake zijn van enige selectiebias aangezien mogelijk vooral al gemotiveerde gebruikers participeerden, al wordt opgemerkt dat er ook kritische feedback door participanten is opgetekend. Anderzijds bleek het ophalen van goede voorbeelden met de 'appreciative inquiry' benadering een positieve stimulans om het bewustzijn en nadenken over het wat en waarom van interprofessionele samenwerking op gang te brengen.

Een andere beperking van het onderzoek betreft het feit dat patiënten en/of hun naasten in dit onderzoek niet als participant betrokken zijn geweest. In de gevoerde focusgroep en interviewgesprekken is daardoor de actieve betrokkenheid van de patiënt en/of hun naasten, als wezenlijk onderdeel van interprofessioneel samenwerken, minder aan bod geweest. Dit staat in contrast met de definitie van interprofessioneel samenwerken, waar de patiënt juist een cruciale rol speelt in het zorgproces. Weliswaar is dat een bewuste keuze in de opzet van het onderzoek geweest. Hiermee beoogden de onderzoekers de focus eerst te leggen op de bewustwording van professionals zelf over wat interprofessioneel samenwerken inhoudt en om voldoende veiligheid in het onderzoek te creëren om samenwerken en functioneren bespreekbaar te kunnen maken. Echter, mogelijk had participatie van patiënten en/of hun naasten bewustwording nog sterker positief kunnen beïnvloeden.

Aanbevelingen en implicaties voor onderzoek, onderwijs en praktijk

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om de resterende modules van de microlearning, gelijkwaardig samenwerken voor goede zorg, samenspraak met de patiënt en perspectieven op werk en samenwerken, verder te ontwikkelen. Daarbij wordt ook aanbevolen te onderzoeken of er aanvullende en interactieve aspecten in de microlearning kunnen worden opgenomen, zoals korte filmopnames en testimonials van artsen, verpleegkundigen en patiënten zelf waarin zij hun ervaringskennis delen; of het opnemen van of verwijzen naar andere trainingsmiddelen zoals dialoogkaarten om de metacommunicatie te bevorderen. Ook is het nog van belang verder te verkennen hoe de modules en onderdelen van de modules in de tijd aangeboden en herhaald kunnen worden met behulp van digitale reminders. Ook wordt aanbevolen om de effecten van de microlearning op interprofessionele samenwerking, communicatie en bewustwording in de praktijk breder en in meerdere contexten en ziekenhuisorganisaties te onderzoeken, evenals de invloed van contextuele factoren zoals teamdynamiek, leiderschap en interprofessionele identiteit. Op basis van dit onderzoek wordt daarnaast aanbevolen de ontwikkelde microlearning gericht en afdelingsspecifiek te implementeren, met aandacht voor verschillen in teamcultuur, werkprocessen en beschikbare faciliteiten. Daarbij is het van belang dat de microlearning wordt ingebed in de dagelijkse praktijk en dat het gebruik ervan wordt ondersteund en gefaciliteerd door het management, en dat randvoorwaarden zoals toegang tot digitale middelen op orde zijn. Daarbij is het van belang de microlearning als hulpmiddel onderdeel te laten zijn van een bredere cultuurverandering naar interprofessioneel samenwerken. Investeren in leiderschapsontwikkeling van met name verpleegkundigen zou in die verandering helpend zijn.

Voor het onderwijs wordt geadviseerd kennis en vaardigheden van interprofessioneel samenwerken structureel te verankeren in initiële en vervolgopleidingen van artsen en verpleegkundigen, waarbij de microlearning kan worden ingezet als ondersteunend leermiddel voor het ontwikkelen van communicatievaardigheden, rolverheldering en een gezamenlijke interprofessionele identiteit. Door eveneens structureel in te steken op het realiseren van interprofessioneel leren in alle opleidingsmomenten (zowel in de opleiding als tijdens praktijkleren) wordt ruimte gemaakt voor het ontwikkelen van een interprofessionele identiteit, naast de eigen beroepsidentiteit.

CONCLUSIE

Interprofessioneel samenwerken tussen artsen en verpleegkundigen is van belang voor goede patiëntenzorg en het recht doen aan beide beroepsgroepen, maar wordt in de dagelijkse praktijk niet vanzelfsprekend expliciet vormgegeven of besproken. Uit observaties, interviews en focusgroepen blijkt dat professionals het belang van samenwerking erkennen, terwijl tegelijkertijd sprake is van rolonduidelijkheid, ervaren hiërarchie en beperkte reflectie op de samenwerking. De patiënt wordt daarbij vaak indirect betrokken, waarbij verpleegkundigen veelal als schakel fungeren tussen patiënt en arts.

Succesvolle samenwerking wordt gekenmerkt door erkenning van elkaars expertise, open communicatie, relationele veiligheid, gezamenlijke besluitvorming en interprofessionele scholing. Belemmeringen zijn onder meer personeelwisselingen, organisatorische routines en impliciete beroepsbeelden. Op basis van deze bevindingen is een microlearning ontwikkeld, die positief wordt beoordeeld als ondersteuning voor bewustwording, opleiding en reflectie. Implementatie vraagt om afdelingsspecifieke afstemming en organisatorische en leidinggevende ondersteuning. Het onderzoek onderstreept dat interprofessioneel samenwerken vraagt om de ontwikkeling van een gezamenlijke interprofessionele identiteit, waarbij de microlearning ondersteunend is binnen een bredere cultuur- en praktijkontwikkeling.

LITERATUUR

- Beste, T. (2023). Knowledge transfer in a Project-Based organization through microlearning on cost-efficiency. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 59(2), 288–313. <https://doi.org/10.1177/002188632111033096>
- Buresh, B., Nurs, S. G.-R., & 2001, undefined. (2013). From silence to voice: what nurses know and must communicate to the public. In *journals.lww.com* (3th edition). Cornell University Press. <https://journals.lww.com/rehabnursingjournal/citation/2001/09000/Books.10.aspx>
- Cingel van der, C. J. M. (2019). Notes on Nursing 2.0. *Verpleegkunde*, 34(3), 35–38. <https://tijdschriftverpleegkunde-1nl-100001fn137e3.hanserver03.nhl.nl/jaargangen/2019/3-sep/notes-on-nursing-2-0.html#read-article>
- Cingel, M. van der, Andela, R., & Barf, H. (2022). Verpleegkundig leiderschap in de ziekenhuispraktijk. *Verpleegkunde*, 37(3), 32–46. <https://doi.org/10.24078/VPG.2022.9.129060>
- Clavel, N., Paquette, J., Dumez, V., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., Pomey, M. P., & Normandin, L. (2021). Patient engagement in care: a scoping review of recently validated tools assessing patients' and healthcare professionals' preferences and experience. *Health Expectations*, 24(6), 1924–1935. <https://doi.org/10.1111/HEX.13344>
- Djharuddin, I., Aras, I., Masadah, R., Yusuf, I., Rasyid, H., & Nelwan, B. (2023). Factors influencing the implementation of interprofessional collaborative practice in teaching hospital setting: A mixed-method study. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10611938/>
- Duan, Y., Feng, X., Xiao, | Hengyi, & Xiao, H. (2024). Public image of nursing in modern society: An evolving concept analysis. *Nursing Open*, 11. <https://doi.org/10.1002/nop2.70033>
- Fernandez, N., Cyr, J., Perreault, I., & Brault, I. (2020). Revealing tacit knowledge used by experienced health professionals for interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 537–544. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1724901>
- Gerritsen, A. G. A., & Nauta, A. P. (2008). Samenwerking is te leren! Maar hoe? *Tijdschrift Voor Medisch Onderwijs*, 27(3), 109–119. <https://doi.org/10.1007/BF03078251>
- Gilbert, J. H. V., Girard, M. A., Grymonpre, R. E., Mahler, C., & Maxwell, B. (2023). The applicability of interprofessional education for collaborative people-centered practice and care to health plans and workforce issues: A thematic global case review. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 36(2), 67–75. https://doi.org/10.4103/EFH.EFH_459_21
- Harmsen, M., Laurant, M., van Achterberg, T., Hulscher, M., Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R. (2009). Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: Uitkomsten van literatuuronderzoek. *Afdeling Kwaliteit van Zorg, Radboud UMC Nijmegen*. <https://zorgmasters.nl/extdocs/IQ-healthcare-Rapport-taakherschikking.pdf>
- Hillen, H., Houwaart, E., & Huisman, F. (2018). *Medische geschiedenis: Ziekte Kennis Dokter en patiënt Gezondheidszorg en maatschappij*.
- Hughes, G., Shaw, S. E., & Greenhalgh, T. (2020). Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts. *Milbank Quarterly*, 98(2), 446–492. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>
- Iqbal, A., Nazir, T., & Ahmad, M. S. (2023). Unraveling the relationship between workplace dignity and employees' tacit knowledge sharing: the role of proactive motivation. *Journal of Knowledge Management*, 27(10), 2754–2778. <https://doi.org/10.1108/JKM-10-2022-0778/FULL/HTML>
- Panagiota Efthimiyou, I., & 2001, undefined. (2024). The importance of soft skills in healthcare: The impact of communication, empathy, and teamwork on doctor-nurse interactions. *Casestudiesjournal.Com*, 11. <https://casestudiesjournal.com/Volume%2013%20Issue%2011%20Paper%202.pdf>

- Krenz, H., Burtscher, M. J., Grande, B., & Kolbe, M. (2020). Nurses' voice: the role of hierarchy and leadership. *Emerald.Com*, 33(1), 12–26. <https://doi.org/10.1108/LHS-07-2019-0048/FULL/HTML>
- Kucharska, W., & Erickson, G. (2023). Tacit knowledge acquisition & sharing, and its influence on innovations: A Polish/US cross-country study. *International Journal of Information Management*, 71. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0268401223000282>
- LOOV. (2023). *BN2030*. <https://duckduckgo.com/?q=BN2030&atb=v332-1&ia=web>
- Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*.
- Mette, M., Baur, C., Hinrichs, J., & Narciß, E. (2021). Gaining interprofessional knowledge and interprofessional competence on a training ward. *Medical Teacher*, 43(5), 583–589. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1885638>
- Michielsen, L., Bischoff, E. W. M. A., Schermer, T., & Laurant, M. (2023). Primary healthcare competencies needed in the management of person-centred integrated care for chronic illness and multimorbidity: Results of a scoping review. *BMC Primary Care*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/S12875-023-02050-4>
- ministerie VWS. (2022). *Toekomstbestendige arbeidsmarkt zorg*. <https://duckduckgo.com/?q=toekomstgerichte+arbeidsmarkt+zorg&atb=v332-1&ia=web>
- O'Donovan, R., Van Dun, D., & McAuliffe, E. (2020). Measuring psychological safety in healthcare teams: Developing an observational measure to complement survey methods. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12874-020-01066-Z>
- Piper-Vallillo, E., Zambrotta, M. E., Shields, H. M., Pelletier, S. R., & Ramani, S. (2023). Nurse–doctor co-teaching: A path towards interprofessional collaboration. *The Clinical Teacher*, 20(1). <https://doi.org/10.1111/TCT.13556>
- Pomare, C., Long, J. C., Churruca, K., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2020). Interprofessional collaboration in hospitals: a critical, broad-based review of the literature. *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 509–519. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1702515>
- Reinders, J., & Krijnen, W. (2023). Interprofessional identity and motivation towards interprofessional collaboration. *Medical Education*, 57(11), 1068–1078. <https://doi.org/10.1111/medu.15096>
- Rietze, L. L., Purkis, M. E., Stajduhar, K. I., & Cloutier, D. S. (2026). The sounds of silence: Problematizing voicelessness in nursing practice. *Wiley Online Library*, 33(1). <https://doi.org/10.1111/NIN.70070>
- Rijn, M. Van, Doorne, I. Van, & Bierstekers, M. (2022). Naar een toekomstbestendige medische zorg voor ouderen met complexe multimorbiditeit door interprofessionele samenwerking: leren van ervaringen uit de langdurige zorg. *Tijdschrift Voor Gerontologie En Geriatrie*. <https://tvgg.nl/article/view/14038>
- Ryan, R., & Deci, E. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. https://books.google.nl/books?hl=en&lr=&id=Bc_DDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Ryan%C2%A0RM,%C2%A0Deci%C2%A0EL.%C2%A02017.%C2%A0Self-Determination+Theory:+Basic+Psychological+Needs+in+Motivation,+Development,+and+Wellness%C2%A0New+York:+Guilford&ots=QJgdIaiS2n&sig=ITmCUdCNVd6Zkv04ADfK_1VtiWI
- Sanders, H., Seyferth, A., & Chung KC. (2022). Science of Collaboration. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 152(6), 1145–1151. https://journals.lww.com/plasreconsurg/fulltext/2023/12000/science_of_collaboration.1.aspx
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Shrader, S., Hodgkins, R., Bhattacharya, S., Laverentz, D., Johnston, K., & Jernigan, S. (2022). Evaluating the impact of an interprofessional education program on workforce: recruitment,

- collaborative practice, and culture. *Journal of Interprofessional Education & Practice* .
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405452622000027>
- ten Hoeve, Y., & Roodbol, P. (2018). *From student nurse to nurse professional : the shaping of professional identity in nursing*. Rijksuniversiteit Groningen.
https://books.google.nl/books/about/From_Student_Nurse_to_Nurse_Professional.html?id=kBJutAEACAAJ&redir_esc=y
- Tsakitzidis, G., & de Kool, E. (2022). Van multidisciplinaire naar interprofessionele samenwerking: vijf bouwstenen voor zorgteams. *Huisarts Nu*.
<https://repository.uantwerpen.be/docstore/d:irua:16739>
- Tsakitzidis, G., & Royen, P. Van. (2015). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*.
- van Dongen, J. J. J., van Bokhoven, M. A., Goossens, W. N. M., Daniëls, R., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2018). Suitability of a programme for improving interprofessional primary care team meetings. *International Journal of Integrated Care*, 18(4).
<https://doi.org/10.5334/ijic.4179>
- Vatn, L., Dahl, B., & 2022, undefined. (2022). Interprofessional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards. *Journal of Interprofessional Care*.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1890703>
- Verhaegh, K. J., Seller-Boersma, A., Simons, R., Steenbruggen, J., Geerlings, S. E., De Rooij, S. E., & Buurman, B. M. (2017). An exploratory study of healthcare professionals' perceptions of interprofessional communication and collaboration.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1289158>
- Visser, C. (2018). *Exploring the affective component of Interprofessional Education: 'Seeing the pieces of the puzzle'*. <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/55813/cover.pdf?sequence=1>
- Walmsley, G., Prakash, V., Higham, S., Barraclough, F., & Pit, S. (2021). Identifying practical approaches to the normalisation of interprofessional collaboration in rural hospitals: A qualitative study among health professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 35(5), 662–671.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1806216>
- Weerd, L. van der, Drenth, H., Reinders, J., & Hurkmans, J. (2022). *Professional and Interprofessional Identity on the interprofessional learning ward*.
https://research.hanze.nl/files/43437579/Poster_NETPEP_Lourens_van_der_Weerd_2022.pdf
- Wei, H., Corbett, R. W., Ray, J., & Wei, T. L. (2020). A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 324–331.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1641476>
- Wietasch, J. (2018). Weerbaar opleiden: Over passie, autonomie en het verleggen van grenzen. *Nederlands Tijdschrift Voor Anesthesiologie*, juni(31), 85–91.
https://www.anesthesiologie.nl/uploads/files/tijdschrift_NTvA_2018_03_web_zonderadvert.pdf#page=22
- Zagt, A., Friele, R., De, J., & Bos, J. N. (2023). *De verwachte betekenis van eigen regie voor patiënten en transparantie van zorg binnen netwerkzorg*.
<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004439.pdf>
- Zorginstituut Nederland. (2022). *Kader passende zorg*.
<https://duckduckgo.com/?q=passende+zorg&atb=v332-1&ia=web>

Bijlage A. Observatie-instrument

Observatieverslag algemeen – op basis van observatie of laatste dienst collega

Naam student: _____

Datum: _____

Afdeling: _____

Context afdeling: aantal verpleegkundigen/artsen

Contact/ontmoetingsmomenten op de afdeling:

Wanneer spreken artsen en verpleegkundigen elkaar gedurende de dagdienst? (denk hierbij aan formele en informele momenten, dagstart, telefonisch, visite, MDO, etc)

Waar vinden deze ontmoetingsmomenten plaats?

Frequentie

Fysiek: _____

Telefonisch: _____

Mail: _____

Observatieverslag contactmoment verpleegkundige en arts

Naam student: _____

Datum: _____

Afdeling: _____

Soort observatie (visite, belmoment, MDO, etc):

Op dit formulier mag geen inhoudelijke of persoons gerelateerde informatie worden beschreven.

Beschrijving van de context van het contactmoment

Wat was de aanleiding van het contact moment? Wie was erbij betrokken? (functies, disciplines, afdelingen).

Beschrijving van het van het contactmoment

Geef een beschrijving van het contactmoment, beschrijf dit in de vorm van een scenario. Denk bijvoorbeeld aan: "Arts/VPK nam het woord... Stelde daarin vragen. De arts/vpk reageerde op de vragen door...". Beschrijf hierbij ook het non-verbale gedrag.

Communicatie

Hoe verloopt de communicatie? Hoe wordt er gecommuniceerd wie neemt initiatief/wie neemt het meeste het woord? Gebruik van titel of voornamen? Laat de een de ander uitspreken?

Doelstelling

Wat is het doel van de vpk? En de arts? Wordt er gesproken over een gezamenlijk doel?

Bijlage B. Topicslijsten

Interviewgids focusgroepen Interprofessioneel samenwerken

Hoofdvraag:

"Hoe kan bewustwording over interprofessioneel samenwerken tussen artsen en verpleegkundigen in een ziekenhuis **worden vergroot**? Wat zijn **succesfactoren**?"

Interview

- Welkom: fijn dat je tijd hebt kunnen vrijmaken voor dit interview. Ik wil het graag opnemen.
- Het is een onderzoek over interprofessioneel samenwerken waarbij de arts en de verpleegkundige centraal staan. We zijn bezig met het ontwikkelen van een tool gericht op het vergroten van het bewustzijn en vaardigheden zowel bij verpleegkundige als arts. Ik hoor graag wat uw/jouw perspectief hierop is.
- Ik neem het gesprek op, zodat ik het later uit kan werken --> informed consent
- Interprofessioneel samenwerken is..
- Neerleggen A4 met pen met driehoek en vragen erom heen

Goede voorbeelden

- Definiering interprofessioneel samenwerken We zijn op zoek naar goede voorbeelden: momenten waarop jij zegt, de samenwerking tussen mij en de verpleegkundige is goed verlopen om die vervolgens uit te diepen.
- Op welke momenten werk jij samen met de verpleegkundige?
- Heb je een goed voorbeeld? Of een voorbeeld waar je van zegt die kunnen we ombouwen naar een goed voorbeeld?
 - o Wie deed/doet wat? verbaal/nonverbaal
 - o Wat zijn de verwachtingen naar elkaar?
 - o Wat zijn de succesfactoren? Wat werkte in deze situatie en waarom
 - o Wat is nodig om goed te kunnen samenwerken van arts/verpleegkundige en patient
 - o Wat zijn de elementen dat dit een goed voorbeeld is
 - o Wat is jouw bijdrage geweest om dit succesvol te laten zijn?
 - o Wat heeft het je gebracht?
 - o Wat heeft het de patiënt gebracht?
 - o Wat zou je verbeteren of anders doen?

MEENEMEN VAN DE PATIËNT

- Op welke manier heb je het belang van de patient meegenomen in de besluitvorming? Hoe gaat dit?
- In hoeverre heb je de doelen van de patient meegenomen?
- Hoe weten jullie wat de patient belangrijk vindt?
-
- Mocht patiënt niet voldoende meegenomen zijn in voorbeeld--> hoe past patient in het goede voorbeeld?
- Hoe ervaren patient interprofessioneel samenwerken?

Toolontwikkeling

1. Wat heeft het jullie gebracht om op deze manier met IPS bezig te zijn?
2. Op welke manier zijn jullie bewust van IPS
Wat moet zeker meegenomen worden in het interprofessioneel samenwerken?
Hoe zou IPS kunnen versterkt worden in de praktijk? Wat is in jouw artsenperspectief van belang om mee te nemen in toolontwikkeling.

Welke leermethode zou hierbij helpen?

Met jullie informatie gaan we aan de slag voor het maken van een tool voor zowel verpleegkundigen als artsen rondom IPS.

| Topicslijst focusgroepen | Tijd |
|--|--|
| <p><i>KENNISMAKING EN EERSTE INDRUK SUCCESFACTOREN</i></p> <p>Kaartjes uitdelen met en vragen of deelnemers het volgende willen invullen: Samenwerken is gelukt als....</p> <p>Voorstelrondje Laat iedereen zich kort voorstellen (Naam en afdeling) en laat iedereen benoemen wat ze op het kaartje hebben geschreven.</p> <p>Kort samenvatten wat deelnemers hebben gezegd en benoemen dat we het hier over gaan hebben en alle input welkom is.</p> | <p>Icebreaker met mindset creëren, veiligheid creëren binnen de groep en met elkaar kennis maken</p> <p>5 min</p> |
| <p><i>SITUATIESCHETS A.H.V. ROLLEN EN ACTIES DUIDELIJK MAKEN A.H.V. GOED VOORBEELD (Sociona's invullen)</i></p> <p><i>De deelnemers werken op op 1 afdeling en kennen mogelijk 1 situatie of werken op andere afdelingen, dan kiezen van een specifieke situatie. Dit mag organisch tot stand komen waarbij gespreksleider let op gelijkwaardigheid.</i></p> <p><i>Uitleg sociona: We zijn op zoek naar een goed voorbeeld van interprofessioneel samenwerken, waarbij de patiënt, de verpleegkundige en de arts elkaar op een passende manier treffen. Hiervoor werken we met een sociona. Op dit vel staan drie cirkels, hierin vullen jullie patiënt, verpleegkundige en arts in. Deze gaan jullie stap voor stap samen invullen. Op die manier krijgen wij een beeld van de gehele situatie waarin interprofessioneel samengewerkt wordt.</i></p> <p><i>Uitleg sociona: in dit onderzoek staan de patient, de verpleegkundige en de arts centraal. Deze vullen in deze 3 cirkels. Met behulp van deze flap gaan we verder inzoomen op wat hoort bij welke persoon.</i></p> <p><i>Wanneer heb je recent het gevoel lekker samengewerkt te hebben?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaats één leeg vel met Sociona's op tafel. • Er zijn verschillende momenten waarop je samenkomt: zoals MDO, visite, ander consult moment. Neem 1 moment waarin jij vindt dat interprofessioneel samenwerken goed ging, we zullen ons in de sessie op dat moment richten. <i>Gespreksleider gidst hier de deelnemers naar het selecteren van 1 moment.</i> • Of? We gaan dromen nadenken over een goed voorbeeld, maar wel realistisch, binnen de context waar je nu werkt, neem voor jou je beste voorbeeld en neem die in je achterhoofd. Dan gaan we samen tot het beste voorbeeld komen. <i>Gespreksleider zorgt voor begeleiding hierin</i> • Of? Soms is het gemakkelijker te denken aan een situatie die niet goed ging. We kunnen ook vanuit die situatie bekijken hoe we die kunnen omvormen tot een goed voorbeeld. • We willen jullie uitnodigen om dingen erbij te schrijven en te bedenken, neem je eigen goede voorbeelden hierin mee. Er liggen ook post-its die je er ook bij kan plakken. <ul style="list-style-type: none"> • LAAG 1 VERHELDING SITUATIE EN FUNCTIE/ROLLEN/VERWACHTINGEN/TAKEN/GEDRAG (STARRT) <ol style="list-style-type: none"> 1. Situatie: wat is de concrete situatie, wie was aanwezig, waar, wie zijn 'we' ? 2. Hebben jullie voldoende informatie? Wat willen jullie nog meer weten over de situatie? 3. Wat werd er door de verpleegkundige gedaan? Denk aan verbaal en non-verbaal gedrag. En door de arts? 4. Hoe ziet jouw rol er dan uit in de praktijk? | <p>Situatieschets a.h.v. een goed voorbeeld uit een recente dienst- rollen en acties duidelijk maken.</p> <p>De sociona's zijn een middel om tot gesprek te komen</p> <p>Vel met 3 cirkels</p> <p>10 min</p> |

| | | |
|--|--|---------------|
| <p>5. Wat verwacht je van de ander daarin?</p> <p>6. [meer vragen bedenken?]</p> <p>7. Herkennen jullie deze situatie? Kunnen jullie dit aanvullen van eigen voorbeeld</p> <p>Sociona's: Leeg Sociona vel met 3 neutrale sociona's die de deelnemers zelf kunnen invullen.</p> <p>Dia's maken: 1 met de opdracht van de situatieschets en 1 open vragen om de situatieschets te verhelderen en 1 met vragen om de verdieping te stimuleren</p> | | |
| <p><i>LAAG 2 VERDIEPING - UITDIEPEN GOED VOORBEELD</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat maakt dat dit een goed voorbeeld is? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Wat zijn de elementen in dit voorbeeld wat het nou goed voorbeeld maakt? • Wat is jouw bijdrage geweest om dit succesvol te laten zijn? • Wat heeft het je gebracht? • Wat heeft het de patiënt gebracht? • Hoe zorg je dat je het de volgende keer weer zo zou aanpakken? • En als de situatie is verbeterd, wat kan je doen dat het de volgende keer weer zo gebeurt? • Denk je dat de samenwerking anders is voor de [andere discipline]? • Wat zou je voor de volgende keer weer opnieuw zo doen/ meenemen? • Welke advies zou je je stagiair geven? Om te doen? Of wat nodig is? • Wat kan je zelf doen? Wat is nodig in de context? <ul style="list-style-type: none"> • Wat heeft het opgeleverd voor het team? <p><i>VERDIEPING - MEENEMEN VAN DE PATIËNT</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Op welke manier heb je het belang van de patient meegenomen in de besluitvorming? Hoe gaat dit? • In hoeverre heb je de doelen van de patient meegenomen? • Hoe weten jullie wat de patient belangrijk vindt? • Was dit pro-actief? • Mocht patiënt niet voldoende meegenomen zijn in voorbeeld--> • Eventueel volgend goed voorbeeld uitvragen. Kunnen jullie nadenken over een goed voorbeeld waarbij de patiënt wel is meegenomen. • Uitvragen met groep • Hoe hebben patienten IPS ervaren? • Wat wordt er met de ervaringen over IPS van patienten gedaan? • Wat waren de uitkomsten voor de patiënt betreffende het herstelproces? | <p>Naar de diepere laag, om erachter te komen welke factoren dit een goed voorbeeld maken en hen hebben ondersteund.</p> | <p>33 min</p> |
| <p><i>AFRONDING:</i></p> <p>Dit geeft veel informatie wat we meenemen voor het ontwikkelen van een tool.</p> <p>3. Wat heeft het jullie gebracht om op deze manier met IPS bezig te zijn?</p> <p>4. Op welke manier zijn jullie bewust van IPS</p> <p>Wat moet zeker meegenomen worden in het interprofessioneel samenwerken?</p> <p>Hoe zou IPS kunnen versterkt worden in de praktijk?</p> <p>Welke leermethode zou hierbij helpen?</p> <p>Met jullie informatie gaan we aan de slag voor het maken van een tool voor zowel verpleegkundigen als artsen rondom IPS.</p> <p>Mochten jullie nog tips/ opmerkingen/ vragen hebben, schroom niet.</p> | <p>Ppt</p> | <p>5 min</p> |

Topiclijst gericht op de ervaring met de tool

| |
|---|
| Topiclijst: In hoeverre ondersteunt de microlearning interprofessioneel samenwerking? |
| Inhoud |
| Zijn de onderwerpen passend binnen IPS? |
| Wat vind jij het belangrijkste onderdeel? |
| Is de inhoud voor arts en verpleegkundige hetzelfde? /Moet er differentiatie zijn op basis van rol/expertise? |
| Wat moet zeker in deze tool rondom ips? / Welke onderwerpen/scenario's missen nog? |
| Wordt de relatie tussen verschillende rollen (arts, verpleegkundige, etc.) in de inhoud voldoende belicht? |
| Zijn de behandelde scenario's realistisch en herkenbaar voor de interprofessionele context? |
| Vorm |
| Wat is de algemene indruk van het ontwerp? Motiveren/ professioneel/ overzichtelijk? |
| Wat vind je van de verschillende elementen/werkvormen (informatie/vragen)? |
| Sluiten deze aan om actief tot verbetering/ bewustwording ips te komen? |
| Wat vind je van de tone of voice? |
| Is er een verschil hierin tussen arts en verpleegkundige? |
| Ondersteunend middel: gericht op interprofessioneel samenwerken |
| In hoeverre helpt de tool je om beter te begrijpen hoe de andere discipline denkt of werkt? |
| Zorgt de tool voor meer inzicht in de waarde en de rol van de andere discipline? |
| Leidt de tool tot concrete veranderingen in je communicatie of gedrag tijdens samenwerken met de andere discipline? |
| Zou je de tool samen met een collega van de andere discipline gebruiken? |
| Zou deze tool een opleidingsmiddel kunnen zijn voor beide disciplines? |
| Stimuleert de tool de gebruiker om de geleerde kennis direct in de praktijk toe te passen? |
| Is er een verschil tussen arts en verpleegkundige hoe deze tool het beste ondersteunend kan werken? |
| Bruikbaarheid |
| Hoe gebruiksvriendelijk is de tool? |
| Zou jij deze tool gebruiken? Waarom wel/ niet?/ voor wie wel/niet? |
| Wanneer zou jij de app openen? |
| Is er verschil tussen de arts en verpleegkundige rondom het gebruik? |
| op welke manier zou jij deze tool introduceren? (afdeling/ apart?) |

Bijlage C. Codeboom

Codeboom: thema's met bijbehorende codes.

Thema 1: De eigen rol pakken in interprofessioneel samenwerken

- Gebruik maken van elkaars domein
- Rol arts
- Rol verpleegkundige
- Verpleegkundig leiderschap

Thema 2: Samenwerkingsrelatie bij interprofessioneel samenwerken

- Contactmomenten
- Laagdrempelig
- Open en effectief communiceren
- Samenwerkingsrelatie

Thema 3: De positie van de patient binnen Interprofessioneel samenwerken

- Belang van patiëntenzorg
- Samenspraak met de patiënt vormgeven
- Samen beslissen

Thema 4: Interprofessioneel samenwerken in een hiërarchisch systeem

Persoonsafhankelijk
Teamdynamiek binnen verpleegkundigen
Ziekenhuiscultuur
Vaste taken/afspraken

Thema 5: Succesvol Interprofessioneel samenwerken

- Interprofessioneel opleiden
- Belemmeringen interprofessioneel samenwerken
- Voorwaarden interprofessioneel samenwerken

Bijlage D. Informed Consent

Titel van het Onderzoek: interprofessioneel samenwerken in de ziekenhuispraktijk

Onderzoekers:

Margreet van der Cingel, Myrthe Adema
myrthe.adema@nhlstenden.nl

Lectoraat Verpleegkundig Leiderschap & Onderzoek voor Goede Zorg, NHL Stenden

Doel van het Onderzoek:

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een interview over de interprofessionele samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen.

Wat houdt deelname in?

Je gaat samen met je collega in gesprek over interprofessioneel samenwerken. Het gesprek wordt opgenomen en getranscribeerd.

Vrijwillige Deelname:

Uw deelname is geheel vrijwillig. U kunt op elk moment beslissen om niet (langer) deel te nemen, zonder opgaaf van reden en zonder nadelige gevolgen.

Vertrouwelijkheid en Anonimiteit:

Alle verzamelde gegevens worden vertrouwelijk behandeld. Uw naam of andere identificeerbare gegevens van patiënten zullen niet worden genoemd in rapportages of publicaties. De gegevens worden anoniem verwerkt. Indien opnames worden gemaakt, worden deze alleen gebruikt voor analyse en niet gedeeld met derden.

Opslag en Bewaring van Gegevens:

De gegevens worden veilig opgeslagen en alleen toegankelijk voor de onderzoeker(s). Na afloop van het onderzoek worden de gegevens na 10 jaar vernietigd.

Contact:

Als u vragen heeft over het onderzoek of uw rechten als deelnemer, kunt u contact opnemen met Myrthe Adema.

Toestemmingsverklaring

Ik heb de informatie hierboven gelezen en begrepen. Ik heb voldoende gelegenheid gehad om vragen te stellen en mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik geef hierbij vrijwillig toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek en geobserveerd te worden zoals hierboven beschreven.

- Naam deelnemer: _____
- Functie: _____
- Handtekening deelnemer: _____
- Datum: _____

Formulier persoonlijke informatie ter aanvulling

| |
|---------------------------|
| Naam |
| Functie |
| Opleiding |
| Ervaringsjaren |
| Ervaring op deze afdeling |
| Leeftijd |
| Man/vrouw/anders |

Bijlage E. COV verklaring Alrijne

Alrijne

Postbus 4220
2350 CC Leiderdorp
www.alrijne.nl

Simon Smitweg 1
2353 GA Leiderdorp
071 582 8282

Datum: 28 februari 2025
Betreft: NWMO 25-09 Interprofessionele samenwerking in de ziekenhuispraktijk
Referentie: ALR/RVB/2025/UIT45713
Bijlagen: 1. Consortiumovereenkomst

Mevrouw K.J.M. Verhaegh
Decaan
Alrijne Ziekenhuis

Geachte mevrouw Verhaegh,

Hierbij laat ik u weten dat de raad van bestuur van de Alrijne Zorggroep kennis heeft genomen van het onderzoeksdossier inzake het onderzoek: "Interprofessionele samenwerking in de ziekenhuispraktijk" en verklaart hierbij dat de instelling beschikt over voldoende expertise en voorzieningen om dit onderzoek uit te voeren.

De raad van bestuur baseert deze verklaringen op de volgende overwegingen:

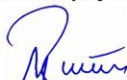
- de deskundigheid en bekwaamheid van lokale uitvoerders en ondersteunend personeel van het onderzoek;
- het beroepsmatig inlichten van alle personen die een bijdrage moeten leveren aan het onderzoek over het onderzoeksprotocol;
- de geschiktheid van de faciliteiten en de instelling voor een gedegen uitvoering van het onderzoek;
- de niet gelijktijdige uitvoering van andere onderzoeken in dezelfde instelling waardoor het welslagen van het onderzoek en van andere onderzoeken bemoeilijkt kan worden.

Verzekeringen

Uw voorgenomen onderzoek valt niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO). Het betreft immers geen onderzoek waarbij personen aan handelingen worden onderworpen of onderzoek waarbij hen gedragsregels worden opgelegd. Er is derhalve geen noodzaak om een proefpersonenverzekering af te sluiten.

U succes wensend met het onderzoek,

Met vriendelijke groet,



A.G.M. Ruiters
voorzitter raad van bestuur

c.c. - SC management Academie Alrijne
- de heer M.R. Bénard, Alrijne Academie

Alrijne Zorggroep bestaat uit:
Alrijne Ziekenhuis Leden, Leiderdorp en Alphen a/d Rijn
Verpleeghuis Leythenode en Verpleeghuis Oudshoorn

KvK • 61802379

Bijlage F. Niet-WMO verklaring Frisius



Frisius MC Leeuwarden
Commissie Onderzoeksverklaring
Postbus 888
8901 BR Leeuwarden
Bezoekadres
Henri Dunantweg 2
Tel. 058 - 286 66 66
www.frisiusmc.nl

Dr. M. van der Cingel
Lector

Referentie: 2024 00 609
Betreft: DE INTERPROFESSIELE ZIEKENHUISPRAKTIJK. Een verkennend onderzoek & toelontwikkeling naar succesfactoren van interprofessionele samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis.
Datum: Leeuwarden, 9 januari 2025

Geachte dr. van der Cingel,

Met deze brief bevestigen wij dat aan het Onderzoek "DE INTERPROFESSIELE ZIEKENHUISPRAKTIJK. Een verkennend onderzoek & toelontwikkeling naar succesfactoren van interprofessionele samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis." goedkeuring wordt verleend om te worden uitgevoerd in of vanuit het Frisius MC locatie Leeuwarden. Bij overschrijding van de onderzoekstermijn en/of van het genoemde aantal patiënten dient u de Raad van Bestuur een aanvullende toestemming te vragen.

Over dit onderzoek is positief advies uitgebracht op 9 januari 2025 door de Commissie Onderzoeksverklaring (COV). Het onderzoeksvoorstel is getoetst aan de standaarden en criteria van het toetsingskader voor nWMO-onderzoek, ontwikkeld in het kader van het VWS-programma Regeldruk in onderzoek.

Voor dit onderzoek is naar het oordeel van de COV geen verklaring over de WMO-plicht van een erkende METC vereist.

Dit besluit is gebaseerd op de door u in het onderzoeksportaal aangeleverde documentatie voorafgaande aan de bovengenoemd datum van advies door de COV.

De goedkeuring voor uitvoer van het onderzoek geldt voor de locatie Leeuwarden.

Als de opzet van het onderzoek wijzigt, is het nodig dat u hiervoor een amendement indient bij COV.

- U wordt verzocht om de COV (WMOCOV@mcl.nl), op de hoogte te brengen van:
- de startdatum (inclusiedatum van eerste deelnemer en/of start verzameling gegevens/lichaamsmateriaal/beelden);
 - jaarlijkse voortgangsrapportage over inclusie en/of voortgang onderzoek;

pagina 1 van 3



- de einddatum (laatste bezoek van laatste deelnemer of laatste verzameling van gegevens/lichaamsmateriaal/beelden);
- publicaties en/of eindrapport.

Het onderzoek wordt niet gesponsord. U ontvangt geen vergoeding voor uw werkzaamheden. Daarom bij deze ook het bericht dat u de gebruikelijke advieskosten worden kwijtgescholden.

Succes toegewenst bij de uitvoering van het onderzoek.

Met vriendelijke groet,
namens de Raad van Bestuur Frisius MC,

prof. dr. E.C. Boerma,
Decaan Frisius MC Academie

pagina 2 van 3

Bijlage G. Aanvullingen en feedback werksessie 2

Feedback en aanvullingen prototype tool IPS vanuit de onderzoeksgroep 2 september 2025

Toelichting

We zijn allereerst heel blij met deze 1^e versie en zien genoeg herkenning in deze 1^e iteratie. Bij bestudering echter nog wel een aantal belangrijke aandachtspunten die we graag verwerkt zouden zien voordat we deze versie aan de praktijk willen voorleggen. Samengevat gaat het vooral om:

1. We missen nog een **startmodule** waarin IPS als overkoepelend begrip wordt gelanceerd
2. In de structuur van de trainingen missen we vervolgens, vooral in focus en een directere vertaalslag voor de naamgeving van de trainingen en collecties, de link naar de thema's vanuit de aangeleverde matrix. Die is immers op basis van de voorlopige uitkomsten van ons onderzoek (en het advies van Sander Mintjes) gemaakt. Die thema's/trainingen (in een volledige tool) zijn dan (voorstel voor benaming) als volgt met in rood wat nu in het prototype kan worden uitgewerkt in dit project.
 - **Wat en waarom van Interprofessioneel samenwerken** (nog in te voegen vanuit samen te voegen inhoud van de trainingen communiceren en samenwerken en)
 - **Communiceren voor een veilige werksfeer** (nu training communiceren en leren van goede voorbeelden)
 - Gelijkwaardig samenwerken voor goede zorg
 - Samenspraak met de patiënt
 - **Expertise uitwisselen** (is nu training klinisch redeneren)
 - Perspectieven op werk en samenwerken
 - Leren en reflecteren in een interprofessioneel team
3. De trainingen zijn nu nog primair op de verpleegkundige en minder/niet op de arts gericht; en daarnaast ook nog teveel instrumenteel op aan te leren methodes en te weinig op reflectie op de samenwerking. Dat geeft ook de indruk dat de tool meer voor beginners is die methoden moeten aanleren dan op **IPS als ondersteuning in de samenwerking**

Hieronder staan algemene wijzigingen en vervolgens per training/collecties de te verwerken wijzigingen.

Wijzigingen voor alle trainingen en collecties:

- Alle teksten moeten aangepast worden zodat de tekst voor beide disciplines bedoeld is. zie verder bij de trainingen al voorgestelde wijzigingen
 - ✓ module: Samen beter voor de patient
 - ✓ module Toepassen
- PM: hoe zit het met auteursrechten van info, zoals youtube filmpjes ed. die jullie gebruiken? Bij voorkeur zoveel mogelijk professionele sites gebruiken, zie suggesties hieronder
- Veel info kan nog beter met goede bronnen worden onderbouwd, daarvoor ook echt verwijzingen opnemen, om de info evidence based te maken. zie ook voorgestelde suggesties hieronder.

Training klinisch redeneren en methodisch werken

De Training klinisch redeneren/methodisch werken moet niet op deze manier benoemd en ook niet als primaire info/training opgenomen moet worden. Er zijn al veel van zulke trainingen, ze zijn bovendien dan gericht op de verpleegkundige en niet op de expertise van de arts, en het is niet de essentie of het unique selling point van dit project; IPS moet centraal staan. Zoals het nu aangegeven staat in het tekstje bij de training gaat de training ook over de communicatietechnieken zoals MEWS, SBARR etc., maar lijkt het of dat onderdelen van klinisch redeneren zijn en dat klopt niet.

Wijzigingen:

- Benaming training wijzigen naar **Expertise uitwisselen**: door het zo te benoemen leg je ook meteen de nadruk op uitwisselen/communicatie.

- groene balk klinisch redeneren wijzigen in paarse balk, als een van de onderliggende methoden in het gezamenlijk zorgproces, interprofessioneel onderbouwen van handelen en om expertise uit te wisselen. Omdat communicatie voorop staat volgorde wijzigen naar: SBARR, MEWS, ABCDE, en daarna pas klinisch redeneren/methodisch handelen.
- De balk 'instrumenten-voorbe...' (t e lang woord en klopt ook niet uit?): werkplekondersteuning: om te linken naar eigen documenten zou ik liever los van een specifieke training/collectie zien, dus in hoofdscherm, net als persoonlijke reflectie op gebruik methodes. Het voorbeeld: een link naar MEWS zou ik dan weer liever meteen bij deze collectie over MEWS willen zien, voelt logischer. Misschien dat hier ook een andere benaming al helpt, dus bijvoorbeeld 'Naslag' of 'Bibliotheek'
- Aanpassen van de teksten naar relevant voor zowel arts als verpleegkundige:
 - ✓ 'het terugkerend proces van klinisch redeneren': de laatste zin " het is onderdeel van het verpleegkundig proces' weghalen;
 - ✓ bij interventies afstemmen, de zin 'Daarnaast ... zoals het raadplegen van een arts, specialist of andere disciplines'' wijzigen naar bijvoorbeeld '...zoals het inroepen van andere expertise'.
 - ✓ het woord 'zorgplan' vervangen door 'zorg- en behandelplan'.
 - ✓ De voorbeelduitwerking van de casussen bij SBARR zijn te medisch georiënteerd waarbij recommendation terugvalt op raadplegen van een arts terwijl het echt inhoudelijke aanbevelingen moeten zijn gebaseerd op de expertise van de inbrenger (of dat nou arts of verpleegkundige is). Bijvoorbeeld bij mevrouw de Vries assessment opnemen: Beoordeel de wond volgens de WCS score zie: <https://www.wcs.nl/over-wcs/wcs-classificatiemodel/> of het ziekenhuisprotocol; en bij recommendation: 'arts in consult en mogelijk start antibiotica' schrappen en vervangen door 'inroepen expertise zoals de wondconsulent en bepaal de behandeling volgens de richtlijnen '
 - ✓ Ook de casus van meneer de Sila moet beter onderbouwd worden. Hij is 83 dus er kan sprake zijn van veel meer andere zaken, daarom moeten bij assessment meer oorzaken worden aangegeven vanuit de geriatrie zoals misselijkheid agv pijn of angst, of huidirritaties kunnen beginnende decubitus zijn etc. recommendation: idem geen overleg arts of specialist maar 'raadplegen expertise zoals geriater of geriatrisch verpleegkundige, uitsluiten nevendiagnosen en overwegen andere medicatie in overleg apotheek' bij repeat (ook wel respons of read back) 'acties herhalen' ... klopt niet, het gaat om het letterlijk mondeling herhalen van de afgesproken acties dus aanpassen naar 'herhaal de afgesproken acties, maak duidelijke afspraken en bevestig en noteer deze " zie:
 - <https://palliaweb.nl/getmedia/a834c120-7be0-4797-9d36-c3eeec5a128d/Tool-3-SBARR-en-Zingeving-palliatieve-zorg.pdf>
 - <https://www.yumpu.com/nl/document/view/65786507/sbarr-pallzorg-kaart-2021-digi>
 - ✓ Eventueel beter het voorbeeld uit het filmpje (Tiny nurse bites) pakken voor uitwerking SBARR
 - ✓ <https://youtu.be/qmfZZHWcArY?si=nahMnqtELwo4r9qt>
 - ✓
 - ✓ Gebruikmaken van de website zorgvoorbeter. Dit filmpje is mooi omdat het zowel de arts als de verpleegkundige aanspreekt: <https://www.zorgvoorbeter.nl/tips-tools/triage/als-je-gaat-bellen>
 - ✓ Bij de abcde methode: aanpassen: 'zie via link hieronder die wordt gebruikt door (huis)artsen' weglaten; het voorbeeld mw. pinto bij recommendation: 'ik denk dat een arts haar direct moet zien..' vervangen door: 'ik denk dat een arts, verpleegkundig specialist of physician assistant' haar direct moet zien en daarna in plaats van 'de arts adviseert': 'de geraadpleegde expert adviseert...'
- Ik mis het voorbeeld uit onze matrix van de verpleegkundige en arts over de patiënt met benauwdheid, mogelijk kan dat nog verwerkt worden in een SBARR

Training communicatie en leren van goede voorbeelden.

Hier is wel mooi het voorbeeld terug te vinden vanuit de matrix, en de kennis over communicatietechnieken zijn goed verwerkt. Wel ook hier de naam van de training **wijzigen** naar de kern van het subthema IPS namelijk naar: **'communiceren voor een veilige werksfeer'**, hiermee geef je meteen het doel aan.

Aanvullen/wijzigen:

- De titel en van de collectie 'Samen beter voor de patiënt' is mooi maar past beter bij de startmodule hieronder (wat en waarom van interprofessioneel samenwerken). Deze titel wijzigen naar **'werken aan werkplezier'**
- Bij Situatie 1:
 - de vraag 'wat had de arts beter kunnen doen om de communicatie opener te maken' wijzigen in 'wat had de arts kunnen toepassen zodat de verpleegkundige zich gehoord voelde' (incl. 'beter' schrappen)
 - een vraag toevoegen: 'wat had de verpleegkundige kunnen vragen of toepassen om haar expertise naar voren te brengen?'
- Bij situatie 2. De vraag 'wat ging er in deze communicatie extra goed' wijzigen in 'welke communicatievorm gebruikte de arts-assistent in dit voorbeeld'
- Bij de collectie succesfactoren: de subtitel: 'niet alleen gesprekstechnieken' wijzigen in **'leren van elkaar'**
- tekst "open en effectieve communicatie ..." aanvullen met 'open en effectieve communicatie en een veilige werksfeer...'
- de succesfactor "ruimte om hypothese te verkennen' wijzigen in dit volgende rijtje (moet nog nader aangevuld en onderbouwd,)
 - **Ruimte geven en nemen om twijfels te uiten**
 - **Uitwisselen van visie op patiëntenzorg**
 - **Elkaars expertise benoemen en waarderen**
 - **Verwachtingen over samenwerking uitspreken**

Training Communiceren en samenwerken en Training Persoonlijke reflectie op gebruikte methodes
Deze samenvoegen.

De inhoud hiervan kan gebruikt voor de startmodule over principes van IPS: **Wat en waarom van interprofessioneel samenwerken**

Inhoudelijk aan te bieden kennis

- Idee patiënt vragen filmpje met doelen IPS kwaliteit van zorg en behoud werkplezier
- Stukjes korte tekst/theorie over wat IPS is: definitie IPS
- Ook aangeven in welke thema's (zie hierboven onder toelichting 2) we het vanuit het onderzoek opgedeeld hebben.
- PM. Zie deze website en video's om eventueel op te nemen of naar te verwijzen. Wel jammer dat het Engelstalig is maar mogelijk kunnen we nog een korte (Nederlandse tekst of samenvatting toevoegen) :
 - https://www.zonmw.nl/nl/artikel/interprofessioneel-samenwerken-tussen-eerste-en-tweede-lijn?utm_campaign=Kwaliteit+van+Zorg&utm_content=kvz-2025-07-07&utm_source=nieuwsbrief&utm_medium=email
 - https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2023-07/handreiking_aan_de_slag_met_interprofessioneel_samenwerken_en_leren.pdf
 - En idem evt. gebruikmaken van dit boek: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-11/FMS_Werkvormen_IPL.pdf

Reflectievragen: Wijzigingen

- Stellingenspel: vraag: 'ik voel me vrij om mijn zorgen of twijfels te delen met een arts' wijzigen naar '...met een van een andere discipline dan mijn eigen zoals met de arts (vanuit verpleegkundige) of verpleegkundige(vanuit de arts)
- Idem: tijdens visites/overdrachten werden verpleegkundige observaties serieus genomen" wijzigen naar 'tijdens visites/overdrachten worden (teg. tijd gebruiken) de inbreng van alle deelnemers serieus genomen"
- Vraag toevoegen: wat versta jij onder "jouw eigen team", wie horen daar wel en niet bij en waarom?
- Reflecteren op het gebruik van de SBARR methode: verschuiven naar training expertise uitwisselen.
- Bij intervisie: tekst casus inbrengen: 'kies een situatie waarin...met collega's of artsen lastig was' wijzigen naar '..waarin... met een collega van een andere discipline lastig is'
- Rollenspel: idem 'arts of collega' aanpassen naar 'collega andere discipline"

Samenwerkingsopdrachten:

- Bespreek als arts en verpleegkundige samen wat je belangrijk vindt in de samenwerking
- Bespreek als arts en verpleegkundige samen hoe je ervoor zorgt dat je weet wat de patiënt belangrijk vindt

Nieuwe opbouw trainingen versie 2 van het prototype.

Wat en waarom van interprofessioneel samenwerken

- Interprofessioneel leren
 - Uitleg IPL
 - Samenwerkingsopdrachten
- Goede voorbeeld (Casus voorbeeld uit de matrix)
- Beter benutten, samen beslissen
- Samen beter voor de patiënt
 - Persoonlijke reflectie communiceren met SBARR
 - Groepsreflectie
 - Stellingenspel
 - Intervisie

Communiceren voor een veilige werksfeer

- Werken aan werkplezier
 - Open en effectief communiceren
 - De effecten van communicatie
- Toepassen
 - Vragen stellen
 - Geheugensteuntjes
- Succesfactoren (nog uit te werken)

Expertise uitwisselen

- SBARR
- EWS
- ABCDE
- Klinisch redeneren en methodisch werken (verwijderen?)

Bijlage H. Feedback en aanvullingen werksessie 3

Wijzigingen en feedback op Versie 2, 23 september

Toelichting op deze versie.

In het Alrijne ziekenhuis en het Frisius MC is onderzoek gedaan onder **verpleegkundigen en artsen** over hun ervaringen met **interprofessionele samenwerking**.

De uitkomsten van dit onderzoek, inclusief **goede voorbeelden**, vormen de basis voor de ontwikkeling van de 4 trainingen in deze **microlearning**. Deze versie van de microlearning is een testversie en is dus nog niet compleet, de 4 trainingen geven een beeld van de mogelijkheden ter ondersteuning van de interprofessionele samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Intro op de training 'Wat en waarom van IPS'

Is wat mij betreft prima zoals er nu staat. (Deze training geeft informatie etc.)

Intro bij IPS daaronder:

- Waar *Binnen* de zorg staat wijzigen naar **In** de zorg (mogelijk ook op andere plekken in de ML Binnen wijzigen naar In)
- Aanvullen met de definitie en tekst hieronder
- De info over WHO definities en federatie medisch specialisten kunnen blijven staan als extra info die juist ook aansprekend is voor artsen.

De definitie die wij hanteren:

Interprofessioneel samenwerken betekent dat een gelijke doelstelling op basis van het persoonlijke patiëntbelang en de noodzaak daartoe ieders inspanningen af te stemmen, expliciet centraal staat. (Gilbert et al., 2023; Visser, 2018)

Het gaat er om dat alle betrokkenen, te beginnen bij een patiënt en diens naasten zelf en vervolgens alle zorg- en hulpverleners daaromheen, hetzelfde doel hebben en hun activiteiten afstemmen op wat voor de betreffende patiënt belangrijk is. Dus niet vanuit het perspectief van meerdere disciplines die los van elkaar naar de patiënt kijken. Afstemmen van zorg met de patiënt.

Waarom is ips belangrijk?

De combinatie van vergrijzing en een complexere zorgvraag is een belangrijke maatschappelijke uitdaging. Interprofessioneel samenwerken zorgt voor een **integrale aanpak** die verder gaat dan alleen medische behandelingen, met een focus op gezondheid en preventie.

Het zorgt voor:

Passende zorg: Door samenwerking wordt zorg beter afgestemd op de patiënt en diens naasten. Dit is betaalbaarder en voorkomt versnippering en miscommunicatie.

Voorkomen van uitval: Samenwerken verhoogt het werkplezier van professionals en vermindert uitval in de sector.

Wat heb je nodig?

Het vereist specifieke kennis, sterke communicatievaardigheden en een psychologisch veilige leeromgeving. De teksten hieronder introduceren de hele microlearning met de 4 trainingen en sluiten aan op de toelichting op de ML hierboven. Suggesties voor een naam van de ML:

- Interprofessioneel Samenwerken voor Goede Zorg
- Samen voor Goede Zorg en Werkplezier
- Samen voor Integrale Zorg
- Samenwerken met patiënten en elkaar
- Etc. we kunnen ook de deelnemers Fg en interviews nog vragen naar een pakkende naam

Verbeter de patiëntenzorg en vergroot jouw impact: Een tool voor het versterken van interprofessionele samenwerking

Titel subkop: **Voordelen van IPS**

Deze microlearning geeft informatie over interprofessioneel samenwerken in de dagelijkse praktijk. De trainingen en reflectie bieden inzicht in uw eigen mogelijkheden de samenwerking te versterken in het

interprofessionele team. De microlearning is erop gericht bewustwording van eigen gedrag en communiceren te bevorderen en biedt goede voorbeelden ter inspiratie.

Verhoogde efficiëntie: Onnodige communicatieverstoringen en misverstanden leiden tot vertragingen. Door samenwerking te analyseren, kunnen knelpunten worden geïdentificeerd en kunnen werkprocessen beter op elkaar afgestemd worden. Dit bespaart kostbare tijd die aan directe patiëntenzorg kan worden besteedt.

Verbeterde patiëntveiligheid: Goede communicatie verkleint het risico op medische en verpleegkundige fouten. Een effectief team deelt cruciale informatie sneller en preciezer, waardoor de patiëntveiligheid direct wordt verhoogd.

Betere werkcultuur: Een positieve en collaboratieve werkomgeving vermindert stress en burn-out. De microlearning ondersteunt het bouwen van een cultuur van wederzijds respect en vertrouwen, waardoor het werkplezier voor iedereen vergroot wordt.

Deze microlearning is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten over interprofessioneel samenwerken en communiceren, en is samen met artsen en verpleegkundigen ontwikkeld.

Goede interprofessionele samenwerking:

- Verbetert de veiligheid van patiënten;
- Vermindert fouten;
- Vergroot efficiëntie en vermindert dubbel werk;
- Levert meer werkplezier op!

Wist je dat het kennen van elkaars rollen en het delen van verwachtingen zorgt voor een betere samenwerking?

https://www.tandfonline.com/cms/asset/4bb65cd2-18eb-49a4-85f9-e87504a83b14/ijic_a_2372017_f0002_oc.jpg

Wist je dat de verpleegkundige een unieke en c... een eigen domein...

Wist je dat de arts...

Wist je dat de SBAR een tool is die zowel voor de verpleegkundige als de arts een fijn middel is om te gebruiken rondom beeldvorming van de patiënten.

Wist je dat jij elke dag kan werken aan interprofessioneel samenwerken!

Meer weten over interprofessioneel samenwerken? zie:

Full article: The development of a research-based interprofessional communication behaviors repository in healthcare education: A systematic review

Kunnen we nog aanvullen met artikelen

Andere aanvullingen:

In de trainingen wordt steeds gesproken over 'collectie', is verwarrend: voorstel om overal het woord training te gebruiken

- Nog besluit nemen over taalgebruik je/jullie/u gebruiken
- heb nog wat kortere tekst/zinssuggesties rechtstreeks in de app verstuurd
- de training **Samen Beter voor de patiënt** gaat over reflectie, titel wijzigen naar:

Leren en Reflecteren in een interprofessioneel team (zie hieronder). De subkop bij de training die ook Samen beter voor de patiënt is getiteld zou dan gewoon **Reflecteren** kunnen zijn.

- Bij de tekst over de vide ZonMw nog een zin toevoegen: De uitkomsten van dit project zijn ook relevant voor de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen
- In de training expertise uitwisselen: de intro bij SBARR methode en ABCDE methode **Hey** weglaten/schrappen is te populair taalgebruik
- Aan het einde van de trainingen staat **Goed gedaan!** dat is te 'kinderachtig' taalgebruik. Schrappen of bijvoorbeeld vervangen door **Resultaat van de training**

Inhoudelijk aan te bieden kennis

- Idee patiënt vragen filmpje met doelen IPS kwaliteit van zorg en behoud werkplezier nog bespreken
- Stukjes korte tekst/theorie over wat IPS is: definitie IPS zie aangegeven
- Ook aangeven in welke thema's (zie hierboven onder toelichting 2) we het vanuit het onderzoek opgedeeld hebben, en die dus worden omgezet in trainingen.
 - **Wat en waarom van Interprofessioneel samenwerken**
 - **Communiceren voor een veilige werksfeer** (nu training communiceren en leren van goede voorbeelden)
 - Gelijkwaardig samenwerken voor goede zorg

- Samenspraak met de patiënt
- **Expertise uitwisselen** (is nu training klinisch redeneren)
- Perspectieven op werk en samenwerken
- **Leren en reflecteren in een interprofessioneel team**

Bij intro op de ML aangeven dat deze 4 zijn uitgewerkt, de rest nog niet.

- PM. Zie deze website en video's om eventueel op te nemen of naar te verwijzen. Wel jammer dat het Engelstalig is maar mogelijk kunnen we nog een korte (Nederlandse tekst of samenvatting toevoegen): https://www.zonmw.nl/nl/artikel/interprofessioneel-samenwerken-tussen-eerste-en-tweede-lijn?utm_campaign=Kwaliteit+van+Zorg&utm_content=kvz-2025-07-07&utm_source=nieuwsbrief&utm_medium=email is verwerkt door primio
- Opnemen werkvormen hieronder uit: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-11/FMS_Werkvormen_IPL.pdf. We zouden kunnen doorverwijzen naar een aantal werkvormen en een aantal werkvormen direct in de tool verwerken waar passend.

Kiezen van werkvormen (Blauw = interessante optie) (Groen = mogelijk om (deels) in app de verwerken)

| | | | |
|--|---|--|----------------------|
| Telefonische spoedverwijzing casus | Spiegelgesprek - Gaat tussen 1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn | Minder geschikt, minder generaliseerbaar | Niet opnemen |
| Feedback geven en krijgen in de interprofessionele praktijk Evt geschikt voor Blended leren. De vragen kunnen in de app worden verwerkt zodat tijdens een live/online sessie de resultaten kunnen worden besproken. | groepsdialoog | geschikt | opnemen |
| In de schoenen van je transmurale collega | Spiegelgesprek voor 1 ^{ste} e 2 ^{de} lijn | Minder generaliseerbaar, wel als je zegt; sta in de schoenen van de andere discipline... | Alleen als suggestie |
| Intensieve samenwerkingsafdeling | werkpleklerin | Geschikt ... | opnemen |
| Power dynamics in inter en intraprofessioneel leren samenwerken Hier horen de Engelstalige video's bij over machtsverhoudingen bij. De voorbereiding is hiermee geschikt om in de app plaats te laten vinden. | groepsreflectie | Geschikt! | opnemen |
| De denkbeeldige lijn | Elkaar leren kennen ahv stellingen | Kan, maar wellicht dan stellingen bedenken? | suggestie |
| Omgaan met anders zijn als basis voor patientenzorg | gedachtes, aannames toetsen | Zou kunnen | opnemen |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Patient journey | Groepsdiscussie; doorlopen van reis van patient en daarbij de interprofessionele momenten | Mooi, geschikt! | suggestie |
| Schriftelijke overdracht naar de andere lijn | Minder geschikt | | Niet opnemen |
| Telefonisch over van 2 ^{de} naar 1 ^{ste} lijn | Kan maar moet geschikt gemaakt worden | | Niet opnemen |
| vooroordelenspel | Vooroordelen; duurt wel lang.. | | Opnemen met suggestie dit op een teamoverleg te doen of zoiets |
| Elkaars werkdag bespreken | rolverheldering | geschikt | opnemen |
| De ultieme start De voorbereiding met leerdoelen opstellen kan in de app plaatsvinden | Wederzijds begrip, duurt kort | | opnemen |
| Van ontslagbrief naar overdrachtsbrief | Minder geschikt | | Niet opnemen |
| Two truths one lie | Stellingen, | | Suggestie met opmerking andere disciplines ipv specialisme |
| Interprofessionele feedbackdialogen | 1op1 feedback | Wel relevant | opnemen |
| Kennisspel palliatieve zorg | Minder | | Niet opnemen |
| Van elkaar leren in de praktijk | Elkaar beter begrijpen, lange duur, kan wel in andere vorm | | Niet opnemen |
| hackaton | Elkaars casussen, duurt lang | | Als suggestie |
| Transmurale digitale consultatie | Minder geschikt | | Niet opnemen |
| Gevraagd en ongevraagd feedback geven aan collega's De voorbereiding kan in de app Deelnemers lezen het artikel Feedback geven in de opleidingssituatie, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (2009) | kan | 4G methode wel heel bruikbaar, idee om die nog toe te voegen in de training | Info en training over 4Gmethode opnemen |

| | | | |
|--|--|--|---|
| • Deelnemers denken na over situaties waarin ze graag een collega feedback (hadden) willen geven | | | |
| Grote visite, expertise benut | Minder geschikt | | Niet opnemen |
| Vitale dokters | Minder geschikt | | Niet opnemen |
| Interprofessionele identiteit en teamprestaties | Kennismaken, bevorderen socialisatie kan | Dit zijn de testen IPS die we eerder gedaan hebben | Als suggestie |
| Innoveren door te experimenteren | nee | | Als suggestie |
| Chronische zorg voor ouderen | nee | | Niet opnemen |
| Interprofessioneel samenwerken bij slecht nieuwsgesprekken | | | Als suggestie |
| Learning from excellence: leren van en door complimenten in de dagelijkse praktijk Sluit aan bij behoeftes en kan met surveys en linkjes/e-mail buttons etc gerealiseerd worden | kan | Complimenten en werkplezier is hier focus dus wel relevant | opnemen |
| Casuïstiek bespreking met multidisciplinaire of interprofessionele insteek | Elkaars beleving | | Als suggestie |
| Rich pictures | | | Als suggestie |
| Videreflectie: interprofessioneel leren van de dagelijkse praktijk | nee | Wel heel mooi maar wordt ws als niet haalbaar ervaren | Niet opnemen |
| Ontwerpprincipes voor interprofessioneel leren samenwerken | | | Niet echt een werkvorm, meer informatief, evt. naar verwijzen in wat en waarom info tekst |

Het is wel heel veel tekst, Dus zou fijn zijn om het te vertalen naar ons doel, dus korter en actiegericht
 We hebben nu 7 werkvormen om op te nemen: wat mij betreft kunnen die wel integraal opgenomen worden, met 2 opmerkingen vooraf:

- Waar de andere lijn of specialisme staat kan ook andere discipline worden ingevuld, op deze manier zijn de werkvormen ook te gebruiken in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen
- De werkvormen zijn geschreven voor leersituaties. Mogelijk zijn wat aanpassingen nodig om ze geschikt te maken voor leerwerksituaties van professionals in de dagelijkse praktijk.