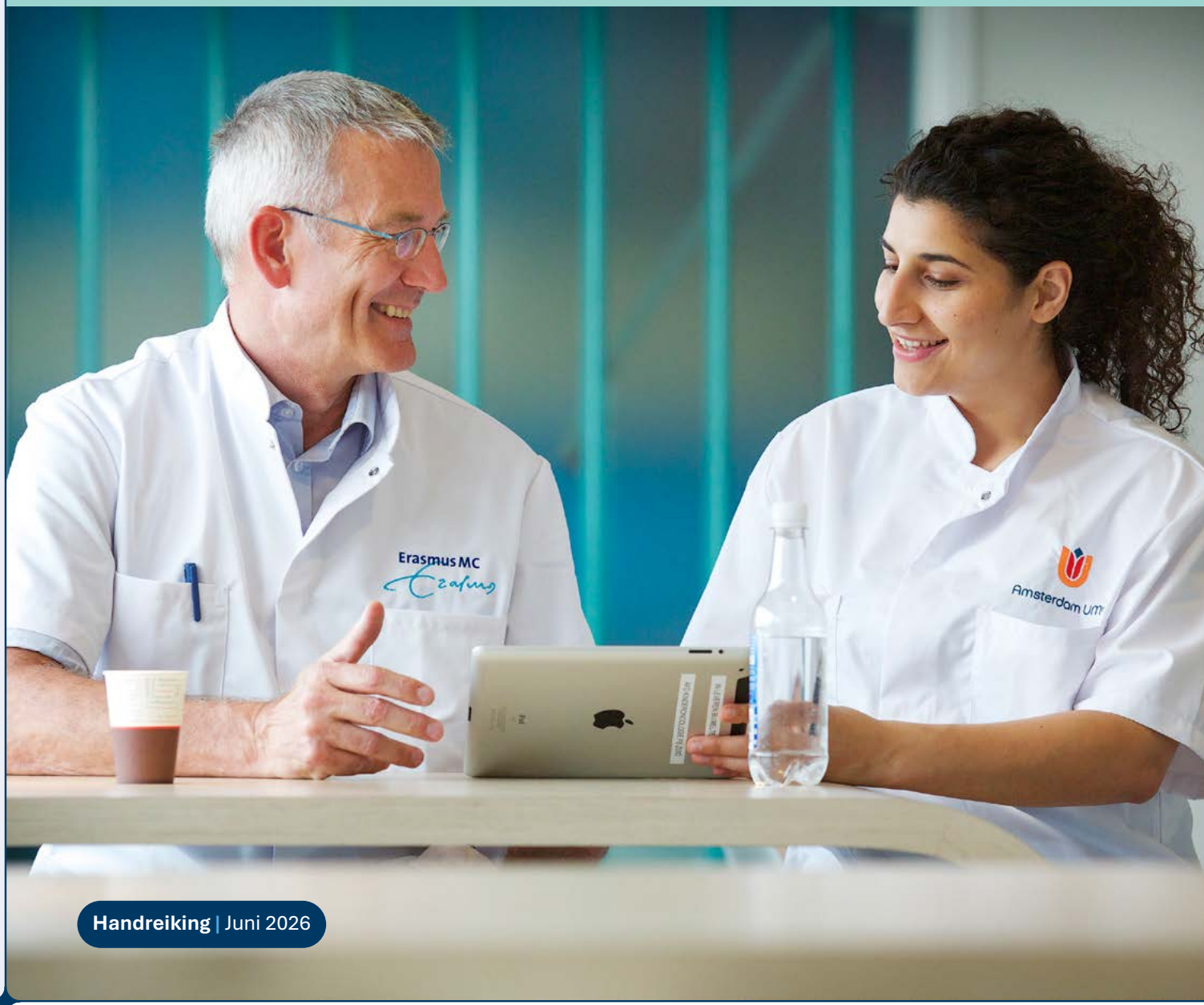
Handreiking Interprofessioneel opleiden op de werkplek

Umc's van Nederland



Handreiking | Juni 2026

Inhoudsopgave

Woord vooraf 5

Samenvatting 6

Inleiding 8

1. Interprofessioneel samenwerken en opleiden: wat is het en waarom is het belangrijk? 11

Wat is interprofessioneel samenwerken? 11

Waarom is interprofessioneel samenwerken belangrijk? 15

Wat is interprofessioneel opleiden? 19

Waarom is interprofessioneel opleiden belangrijk? 20

Wat is werkplekleren van zorgprofessionals? 21

2. Interprofessioneel opleiden: hoe doe je dat? 22

Belang van interprofessionele identiteit in werkplekleren 22

Cultuur van interprofessioneel samenwerken en opleiden op een zorgafdeling versterken 25

Competenties en leerdoelen in het interprofessioneel werkplekleren 28

Vier hoofdstappen in het interprofessioneel leren 30

Organiseren van interprofessioneel leren op de werkplek 31

Interprofessioneel onderwijs en interprofessionele training integreren in bestaande formeel leren-momenten 38

Adviezen voor interprofessionele leergemeenschappen 39

Reflectie is een essentieel onderdeel van interprofessioneel leren 40

Toetsing – wat, waarom en hoe? 44

Verbinding tussen competenties en leerdoelen, leer-/onderwijsmethodieken en voorbeelden van gevalideerde toetsinstrumenten 48

3. Implementatie van interprofessioneel werkplekleren voor opleiders en leidinggevenden 50

Implementatie: wat zijn de pijlers voor succes? 50

Implementatiepijler 1: interprofessionele leerinterventie ontwikkelen en beoordelen op relevantie en kwaliteit 51

Implementatiepijler 2: het implementatieklimaat: voer een systematische analyse uit 56

Implementatiepijler 3: aansluiten bij de waarden van zorgprofessionals en ingaan op belemmeringen die ze ervaren bij implementatie: waarom is dat belangrijk? 59

Implementatiepijler 4: professionele ontwikkeling van het team (de opleiders, rolmodellen, ambassadeurs, docenten en kwalificaties) 62

Bijlage 1. Opleidingen 68

Bijlage 2. Reflectie op het interprofessioneel opleiden van zorgprofessionals: initieel opleiden of werkplekleren? 77

Bijlage 3. Literatuurlijst 80

Bijlage 4. Lijst van afkortingen 84

Bijlage 5. Lijst van betrokkenen 88

Bijlage 6. Verantwoording 89

Woord vooraf

De zorg in het ziekenhuis verandert in hoog tempo. Toenemende complexiteit, technologische ontwikkelingen, transmuralisatie en verschuivende zorgvragen maken nieuwe vormen van samenwerking noodzakelijk. Geen enkele zorgprofessional kan het nog alleen. In deze dynamiek is een goede samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen essentieel, niet als luxe, maar als randvoorwaarde voor goede patiëntenzorg. Goed samenwerken is niet vanzelfsprekend. Daar is veel voor nodig.

Interprofessioneel samenwerken begint met interprofessioneel leren: samen leren mét, van en over elkaar, vanaf het eerste moment op de werkvloer. Alleen dan ontstaat wederzijds begrip, gedeeld eigenaarschap en het benodigde vertrouwen om effectief samen te werken aan complexe zorgvragen.

Deze handreiking is ontwikkeld om verpleegkundigen in opleiding en artsen (al dan niet in opleiding tot medisch specialist, dus a(n)iossen), opleiders en beleidsmakers te ondersteunen bij het structureel vormgeven van interprofessioneel leren in de ziekenhuispraktijk. Want juist daar – in de dagelijkse zorg rondom de patiënt – komt samenwerking tot stand, of juist niet. En samenwerken gebeurt niet vanzelf: het vraagt om het zien en benutten van kansen, het kennen van elkaars rol en expertise, en het oefenen van vaardigheden om te komen tot een gezamenlijk resultaat.

Overigens onderstrepen we dat paramedici en welzijnsdisciplines even noodzakelijk zijn in de samenwerking.

UMCNL ziet interprofessioneel opleiden als een sleutel tot toekomstbestendige ziekenhuiszorg. Het sluit naadloos aan bij onze strategische thema's. Bijvoorbeeld: het versterken van de arbeidsmarkt, het praktijkgericht opleiden van zorgprofessionals en het stimuleren van samen leren en werken in regionale netwerken. Deze handreiking biedt daarbij concrete, toepasbare aanknopingspunten – vanuit onderwijskundige inzichten én met oog voor cultuur en organisatie.

Wij zijn trots op de inzet en betrokkenheid van professionals uit de zorgpraktijk, het onderwijs en de wetenschap die hun kennis en ervaring hebben gedeeld. Deze handreiking is geen eindpunt, maar een uitnodiging: om samen te leren, reflecteren en te bouwen aan een sterkere, gezamenlijke leer- en werkcultuur in het ziekenhuis. Alleen zo kunnen we zorgen voor zorg die recht doet aan de patiënt en de zorgprofessional.

Jacqueline de Graaf, tot 1 november 2025 voorzitter College Medisch Vervolgopleidingen
Hester Vermeulen, voorzitter College Toekomstbestendige Zorg

UMCNL, 2026

Samenvatting

De gezondheidszorg staat voor ingrijpende uitdagingen. De vergrijzing, arbeidsmarktproblematiek, toenemende multimorbiditeit, transmuralisatie en stijgende zorgcomplexiteit vergen betere samenwerking tussen zorgprofessionals. Er is een groeiende vraag naar een geïntegreerde aanpak van zorg. Interprofessioneel samenwerken is daardoor niet langer optioneel, maar noodzakelijk. Onder interprofessioneel samenwerken wordt verstaan: professionals met verschillende achtergronden die gezamenlijk komen tot geïntegreerde patiëntenzorg. Hoe deze samenwerking in de praktijk toe te passen voor complexe zorgvraagstukken? Door structureel aandacht te hebben voor interprofessioneel opleiden. Dit is essentieel voor de zorgprofessionals en de patiënt.

Deze handreiking heeft als doel leidinggevenden, zorgprofessionals, opleiders en beleidsmakers te ondersteunen bij het vormgeven van deze vorm van opleiden in de praktijk van klinische zorginstellingen. Het document biedt een theoretisch kader en concrete handvatten en werkvormen. Die zijn afgestemd op de context van artsen en verpleegkundigen die in opleiding of al werkzaam zijn, maar de handreiking is toepasbaar voor alle zorgprofessionals.

Waarom interprofessioneel opleiden?

Interprofessioneel opleiden (IPO) is het gezamenlijk leren, reflecteren en ontwikkelen van professionals uit verschillende disciplines, direct in de zorgcontext. Het versterkt:

- **kwaliteit van zorg.** Betere afstemming en gedeelde besluitvorming leiden tot betere uitkomsten voor patiënten.
- **team-functioneren.** Door meer wederzijds begrip en duidelijke rolverdeling functioneren teams effectiever en met meer werkplezier.
- **professionele ontwikkeling.** Interprofessioneel opleiden stimuleert reflectie, grensverleggend leren en het benutten van elkaars expertise. Leren samenwerken over disciplines heen bereidt professionals beter voor op een veranderende zorgomgeving; zij kunnen daar ook richting aan geven.
- **duurzame inzetbaarheid.** Als zorgprofessionals elkaar beter kennen en elkaars expertise kunnen benutten, verbetert de teamsamenwerking en kunnen zij ook beter gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen. Hierdoor krijgen ze meer regie over het werk, wat ook meer werkplezier oplevert.

De noodzaak van interprofessioneel samenwerken wordt breed onderkend. Toch blijkt uit onderzoek dat het nog onvoldoende expliciet aandacht krijgt in de opleiding en tijdens het werkplekleren van zorgprofessionals. Ook blijkt het moeilijk hieraan vorm en inhoud te geven. Deze handreiking biedt een oplossing voor het structureel inbedden van interprofessioneel opleiden op de werkvloer.

Wat biedt de handreiking?

De handreiking biedt een concreet kader en praktische ondersteuning voor het organiseren en implementeren van interprofessioneel werkplekleren. Het document bevat onder andere:

- vier kerncompetenties als uitgangspunt voor leerdoelen en toetsing:
1. **rolduidelijkheid** – kennis van elkaars expertise en verantwoordelijkheden;
2. **team-functioneren** – effectief samenwerken en reflecteren als team;
3. **samenwerkend leiderschap** – gedeeld eigenaarschap en besluitvorming;
4. **belangenafweging & conflictoplossing** – omgaan met verschillen van inzicht en prioriteiten.

- werkvormen en tools zoals interprofessionele leergemeenschappen (IPLG's), casusbesprekingen, teamreflectie, intervisie en simulatieonderwijs.
- toetsinstrumenten gericht op zowel individuele als teamgerichte leeruitkomsten, inclusief gevalideerde formats. Voorbeelden hiervan zijn: ICCAS (Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey), TOSCE (Team Observed Structured Clinical Encounter) en peer feedback.
- implementatierichtlijnen voor opleiders en leidinggevenden om IPO lokaal vorm te geven, inclusief randvoorwaarden voor succesvolle verankering in afdelingen en instellingen.

Strategische relevantie

De handreiking sluit aan bij de ambities van de **UMCNL-Strategie Samen voor de gezondheid van morgen (2025–2030)**. Centraal daarin staan: het flexibiliseren van opleidingen, versterken van de leeromgeving en bouwen aan regionale academische netwerken. Interprofessioneel opleiden draagt direct bij aan deze doelstellingen, door het leren en verbeteren in de zorgpraktijk te verbinden met het leren van met en over elkaar.

Voor wie?

Deze handreiking is relevant voor:

- opleiders binnen de medische vervolgopleidingen en verpleegkundeopleidingen
- teamleiders, medisch en verpleegkundig afdelingshoofden
- aios, anios, verpleegkundigen en paramedici
- beleidsmakers en onderwijskundigen
- centrale opleidingscommissies (COC's), onderwijscommissies, raden van bestuur en samenwerkingspartners binnen en buiten umc's

Conclusie

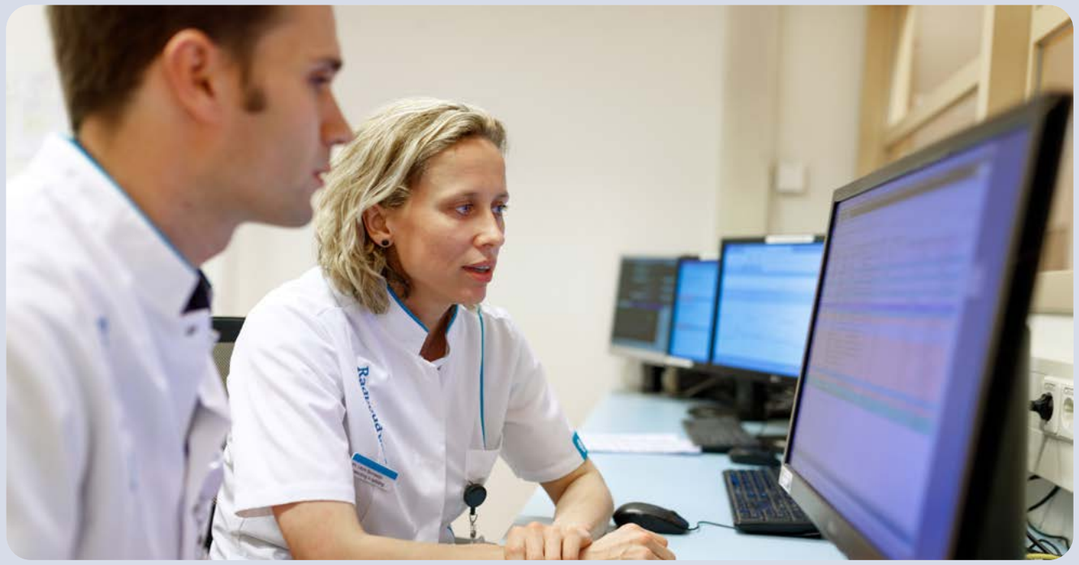
Interprofessioneel opleiden op de werkplek is een krachtig middel voor betere zorg, sterkere teams en duurzame professionele ontwikkeling. Deze handreiking biedt zorginstellingen de inzichten en tools om concreet aan de slag te gaan. Dat vraagt leiderschap, visie en samenwerking: precies datgene waarop interprofessioneel opleiden ook is gericht.

Inleiding

De gezondheidszorg is in hoog tempo aan het veranderen. Er wordt steeds meer gevraagd van zorgprofessionals. Dat is het gevolg van demografische verschuivingen, technologische ontwikkelingen, transmuralisatie en de toegenomen complexiteit van zorgvraagstukken. Veel patiënten kampen met meerdere aandoeningen tegelijk, hun zorg wordt verleend op verschillende plekken en patiënten maken een reis langs vele disciplines die steeds verder gespecialiseerd zijn. In deze dynamische context is samenwerken niet alleen wenselijk, maar essentieel. Niet zomaar samenwerken, maar interprofessioneel samenwerken. Dat betekent: op basis van beroepsinhoudelijke verschillen, complementariteit, gelijkwaardigheid en gedeelde verantwoordelijkheid komen tot geïntegreerde oplossingen voor complexe zorgvragen.

Hoewel samenwerking binnen zorgteams op het eerste gezicht vanzelfsprekend lijkt te zijn, toont onderzoek in de praktijk aan dat lang niet altijd sprake is van expliciet interprofessioneel samenwerken. Sterker: in de dagelijkse werkpraktijk wordt deze vorm van samenwerking zelden als leerdoel benoemd of als expliciet leerproces vormgegeven. Daarmee blijft veel potentieel onbenut, zowel op het gebied van patiëntuitkomsten als team-functioneren.

De ontwikkeling van interprofessionele competenties bij zorgprofessionals vraagt daarom om bewuste aandacht en gericht leren. Dit moet beginnen tijdens de opleiding én op de werkplek, daar waar zorg wordt geleverd. Interprofessioneel samenwerken gaat verder dan het uitwisselen van informatie of het coördineren van zorg. Het vraagt om het overstijgen van disciplinaire grenzen, het benutten van elkaars expertise en het gezamenlijk ontwikkelen van een geïntegreerd zorgplan. Alleen in een dergelijk samenspel – gebaseerd op wederzijds respect, gedeelde besluitvorming en voortdurende reflectie – kunnen we recht doen aan de complexiteit van de patiëntenzorg. Daarmee vormt interprofessioneel opleiden een noodzakelijke voedingsbodem voor toekomstbestendige zorgteams.

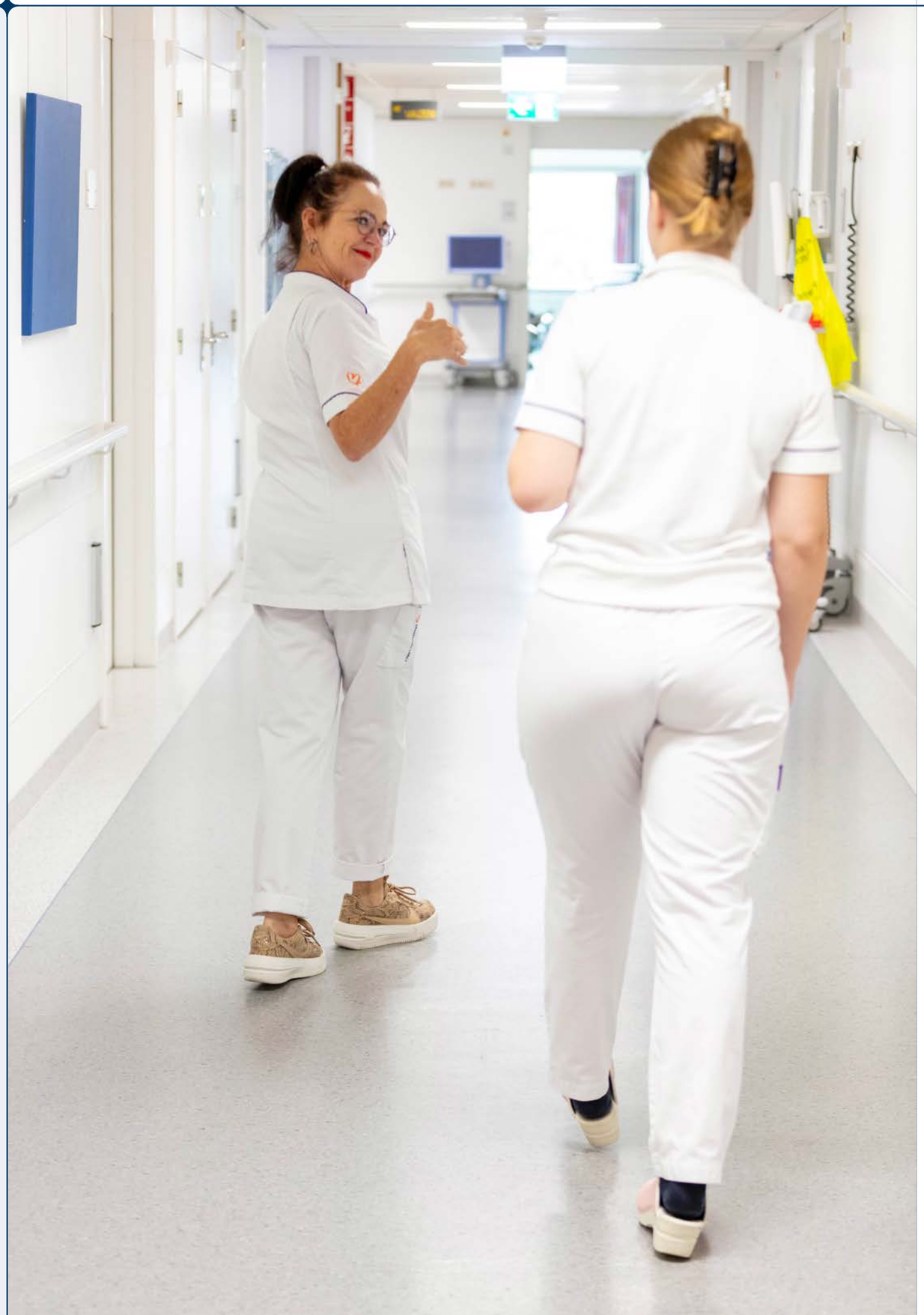


Handreiking

Deze handreiking is onder andere bedoeld om die ontwikkeling te ondersteunen. Zorgorganisaties, opleiders, docenten en zorgprofessionals wel en niet in opleiding, krijgen concrete handvatten om interprofessioneel werkplekleren structureel vorm te geven. Dat doen we door vanuit wetenschappelijke inzichten en praktijkervaringen te beschrijven: (1) wat interprofessioneel opleiden is, (2) waarom het noodzakelijk is en vooral (3) hoe het in de praktijk kan worden gerealiseerd. Daarbij kijken we zowel naar individuele leerdoelen als naar de randvoorwaarden voor een cultuur waarin interprofessioneel leren en samenwerken kunnen floreren.
In de handreiking staat het werkplekleren centraal. Niet alleen in het klaslokaal of de trainingsruimte, maar vooral op de klinische werkvloer. Want dat is de plek bij uitstek waar professionals leren samenwerken. Dit gebeurt nu vaak informeel, in het moment. Maar het kan ook intentioneel worden versterkt door het organiseren van interprofessionele leergemeenschappen, gezamenlijke casusbesprekingen, intervisie en gedeelde reflectiemomenten. Daarvoor is deze handreiking. Juist door interprofessioneel leren te verbinden met het dagelijkse werkproces, ontstaat een duurzaam leerklimaat dat de professionele ontwikkeling en de kwaliteit van zorg bevordert. Wie interprofessioneel werkplekleren wil realiseren, heeft niet alleen kennis van didactiek en samenwerking nodig, maar ook leiderschap, organisatie-inzicht en veranderkunde. De implementatie van het interprofessioneel opleiden is contextafhankelijk en vraagt maatwerk; de samenwerking tussen professionals op een afdeling vrouw-kind heeft bijvoorbeeld een andere samenstelling en dynamiek dan op de intensive care. Daarom is dit een algemene handreiking, met niet alleen theoretische onderbouwing, maar ook praktische instrumenten, voorbeeldcasussen, toetsvormen en suggesties voor implementatie op afdelings- en organisatieniveau. Als hulp bij de praktische implementatie wordt deze handreiking vergezeld van een snel start gids waarin praktische aanwijzingen vor de implementatie worden samengevat.

Deze handreiking richt zich op de samenwerking tussen verpleegkundigen en medisch specialisten in opleiding. Maar de handreiking is zeker ook bedoeld voor andere groepen, want interprofessionele samenwerking gaat in principe alle zorgprofessionals aan. Van paramedici tot welzijnsdisciplines en van verpleegkundigen tot medici.

Verder is de handreiking belangrijk voor iedereen die in de rol of functie van leidinggevende, zorgprofessional, opleider of beleidsmaker het interprofessionele werkplekleren wil vestigen, uitbouwen en verankeren binnen de eigen afdeling of in instelling. Het document is het resultaat van een gezamenlijke inspanning van verpleegkundige en medische zorgprofessionals uit verschillende disciplines en onderzoekers en opleiders die geloven in de kracht van interprofessioneel leren. De handreiking is nadrukkelijk bedoeld als een levend document. Het is een uitnodiging tot gesprek, tot aanpassing aan de lokale praktijk en tot doorontwikkeling in samenspel met de mensen op de werkvloer. Alleen samen, over de grenzen van disciplines heen, kunnen we bouwen aan zorg die zowel mensgericht als toekomstbestendig is.



1. Interprofessioneel samenwerken en opleiden: Wat is het en waarom is het belangrijk?

De toenemende complexiteit van de gezondheidszorg vraagt om innovatieve en duurzame oplossingen. Interprofessioneel opleiden is een effectieve manier om toekomstige zorgprofessionals voor te bereiden op hun rol in samenwerkingsgerichte teams. Het draagt bij aan beter samenwerken, betere patiëntenzorg, efficiëntere processen en een hogere tevredenheid bij zorgverleners. Interprofessioneel opleiden is daarmee een essentieel onderdeel van toekomstbestendige gezondheidszorg.

Wat is interprofessioneel samenwerken?

Aan interprofessioneel samenwerken in de context van de gezondheidszorg liggen de vier onderstaande kenmerken ten grondslag (Tsakitzidis & Royen, 2018). Die hebben als doel tot een geïntegreerd behandelplan te komen.

Patiëntgerichte benadering

De behoeften en doelen van de patiënt staan centraal.

Reflectie en evaluatie

Teams bespreken elkaars inbreng en beslissingen om steeds te verbeteren.

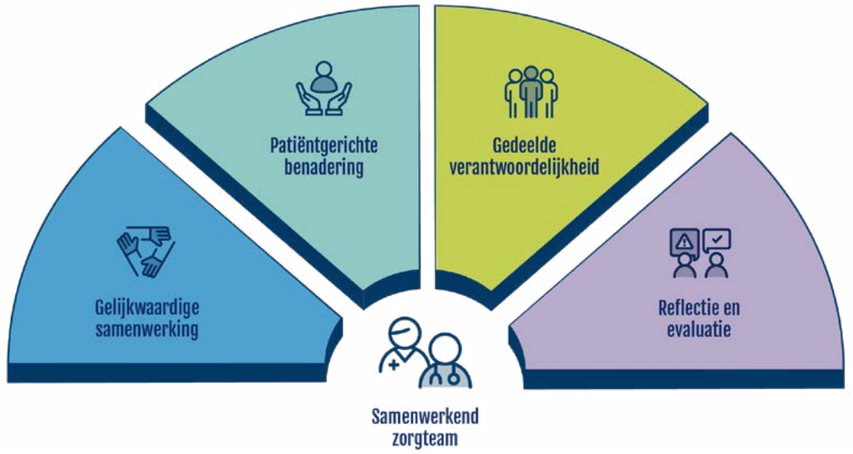
Gelijkwaardige samenwerking

Zorgprofessies verschillen van elkaar, ze zijn complementair, en ieders waarde is gelijk; zij werken op basis van wederzijds respect en kennis van elkaars deskundigheid.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Zorgprofessies werken gezamenlijk aan doelen en aanpakken om te komen tot een geïntegreerd plan.

Fundamenten van interprofessioneel samenwerken



Samenwerken en interprofessioneel samenwerken: wat is het verschil?

Als zorgprofessionals werken in de kliniek, werken ze vanzelfsprekend toch al samen? Wat maakt interprofessionele samenwerking dan anders dan de huidige samenwerking in de praktijk? Een samenwerking gericht op het goed afstemmen van informatie en het coördineren van taken, verschilt fundamenteel van interprofessionele samenwerking. Interprofessioneel samenwerken gaat uit van het gezamenlijk opstellen van een geïntegreerd plan van aanpak. Oftewel: het bevorderen van synergie van perspectieven. Dat is wezenlijk anders dan redeneren met een onafhankelijk perspectief vanuit eigen expertise. Bij goed interprofessioneel samenwerken is het geheel groter dan de som van delen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert deze samenwerking als volgt: wanneer professionals uit verschillende gezondheidsberoepen samenwerken met patiënten, families, verzorgers en gemeenschappen om de best mogelijke zorg te leveren.

Interprofessionele zorg is geen doel op zichzelf, maar een middel. Deze zorg zou idealiter georganiseerd moeten worden op een wijze die aansluit bij de complexiteit van de zorgsituatie, zoals beschreven door Reeves et al. (2017). Zij onderscheiden vier vormen van samenwerking die weliswaar verschillend zijn, maar ook aan elkaar verwant. Het gaat om: teamwork, collaboration, coordination en networking. Deze modellen beschrijven een spectrum van interactie, variërend van nauw geïntegreerd teamwork tot meer losse netwerken. Elke vorm heeft zijn eigen kenmerken en behoeften.

Teamwork. Dit is de meest geïntegreerde vorm, waarbij professionals uit verschillende disciplines met een gedeeld doel en gedeelde verantwoordelijkheden nauw samenwerken. Het vereist een hoge mate van communicatie en onderlinge afhankelijkheid binnen een team.

Collaboration. Dit samenwerken richt zich op het benutten van diverse perspectieven en het uitwisselen van ideeën. De kern hiervan is meer gericht op het delen van kennis en in los verband samenwerken aan een gezamenlijk doel.

Coordination. Hierbij draait het louter om het afstemmen van de activiteiten van verschillende professionals rondom één patiënt of project. Dit gebeurt vaak via formele en informele structuren om te zorgen voor een gecoördineerde aanpak, zonder noodzakelijkerwijs de diepe integratie van teamwork.

Networking. Dit is de meest losse vorm, waarbij professionals communiceren en contact onderhouden met elkaar, maar niet noodzakelijkerwijs samenwerken aan een specifiek, gezamenlijk doel. Het gaat om het leggen en onderhouden van contacten voor kennisuitwisseling en het delen van informatie en het naar elkaar verwijzen. Dit laatste is primair een samenwerkingsmodus voor laagcomplexe zorg.

Het onderscheid in de vier samenwerkingsmodi (teamwork, collaboration, coordination en networking) zit dus in de mate van onderlinge afhankelijkheid, duidelijkheid van rollen en doelen, ervaren integratie, en gedeelde verantwoordelijkheid en teamidentiteit.

Interprofessionele zorg zoals in deze handreiking beschreven, bevindt zich op het niveau van interprofessioneel teamwork en is bedoeld voor hoogcomplexe zorg. Een voorbeeld van hoogcomplexe zorg is wanneer er stoornissen zijn op het gebied van verschillende domeinen waarbij deze interacteren bijvoorbeeld: organen, activiteiten en dagelijks participeren in de maatschappij. Te denken valt bijvoorbeeld aan patiënten met fysieke en mentale problemen, in de context van een lage sociaaleconomische status. Of multimorbiditeit gecombineerd met een kwetsbare leeftijd en een afwezig sociaal netwerk. Omdat verbetering in het medisch domein kleine kans van slagen heeft, zonder een adequate oplossing voor de vragen in de andere domeinen is intensieve samenwerking essentieel, waarbij teamleden van verschillende professies elkaars expertise kennen en sterk op elkaar vertrouwen om vervolgens gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor het geheel van de zorg. De organisatie dient dus nadrukkelijk te steunen op ‘teamwork’. Wanneer de complexiteit afneemt, is het wenselijk om over te gaan op minder intensieve samenwerkingsvormen, zoals ‘collaboration’ of ‘coordination’. In deze context kunnen doelen en verantwoordelijkheden meer verspreid worden binnen het netwerk, terwijl de onderlinge afstemming behouden blijft. Een voorbeeld hiervan zijn orthopeden die schouderoperaties verrichten en werken met vaste fysiotherapeuten binnen en buiten het ziekenhuis op basis van protocollen en periodieke monodisciplinaire consulten.

Voor zorg met een lage complexiteit of routinematig karakter is het gepast om te werken binnen een losjes verbonden ‘lokaal netwerk’. Deze organisatievorm gaat uit van minimale onderlinge afhankelijkheid, beperkte integratie en slechts noodzakelijke coördinatie. Een typisch voorbeeld hiervan is een huisarts die bij geconstateerde obesitas en verhoogd bloedsuikergehalte verwijst naar een lokale diëtistenpraktijk.

Een dergelijke gedifferentieerde organisatie van samenwerking (in vier lagen) maakt het mogelijk om zorg efficiënt en doelgericht te organiseren, afgestemd op de aard van de zorgvraag en de mate van complexiteit. Interprofessionele zorg zoals in deze handreiking beschreven zit op het niveau van teamwork. Het betoog is dan ook om niet alle zorgvraagstukken interprofessioneel te benaderen, maar alleen de zorgvraagstukken die complex zijn.

Aan goed interprofessioneel samenwerken ligt een open houding ten grondslag. Die houding wordt gekenmerkt door erkenning van verschillen, complementariteit, de gelijke waarde van elke professional en wederzijds begrip voor elkaars expertise en verantwoordelijkheden. Evenals het vermogen om met, van en over elkaar te leren. Belangrijk is ook het gebruikmaken van elkaars expertise (Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (2010)). Om dat te kunnen is het nodig dat zorgprofessionals het eigen zorgdomein en het zorgdomein van de andere zorgprofessionals kennen. Dan zijn ze in staat de grensgebieden te verkennen. Zo wordt collectieve kennis benut voor betere zorg (Akkerman & Bakker, 2011). Deze benadering maakt het mogelijk om de ervaren discontinuïteit (voortkomend uit verschillen binnen en tussen beroeps-, team- en instellingsdomeinen) te overbruggen. Overbrugging leidt dan tot interprofessioneel samenwerken.

Samenwerking is niet vanzelfsprekend

Samenwerken tussen professies is geen vanzelfsprekendheid. Niet is minder waar. (Teheux et al., 2023) toonden aan dat intraprofessioneel leren op de werkvloer binnen de academische kindergeneeskunde vaak onbedoeld en reactief plaatsvindt, in plaats van dat het een bewuste en geplande praktijk is. De primaire focus van arts-assistenten lag vooral op het uitvoeren van dagelijkse patiëntenzorgtaken, in plaats van op intraprofessioneel leren of het verbeteren van samenwerking in de praktijk.
(Teheux et al., 2023)

Met de introductie van de term *interprofessioneel samenwerken* rijst de vraag of dit hetzelfde is als *multidisciplinair samenwerken*. In de praktijk worden deze termen door elkaar gebruikt, maar theoretisch is er een belangrijk verschil. Bij multidisciplinair samenwerken komen professionals uit verschillende disciplines samen, maar dragen zij afzonderlijk bij aan een gemeenschappelijk doel, zoals patiëntenzorg, zonder hun aanpakken te integreren. In de eerstelijnspraktijk leidt dit bijvoorbeeld tot sequentieel verwijzen van patiënten van de ene naar de andere individuele zorgprofessional. Interprofessioneel samenwerken gaat een stap verder: disciplines kennen elkaars expertise, werken actief samen, delen verantwoordelijkheden en stemmen van meet af aan hun aanpak af voor een geïntegreerde oplossing. Op het eerste gezicht lijkt het verschil semantisch te zijn, maar het is cruciaal om dit onderscheid te maken in de praktijk en bij het opleiden, omdat het leidt tot een ander zorgarrangement: geïntegreerde teamsamenwerking.

Waarom is interprofessioneel samenwerken belangrijk?

De vraag naar gezondheidszorg is de afgelopen decennia explosief gestegen in westerse landen, waaronder Nederland (OECD, 2016). Dit komt onder meer door de toegenomen levensverwachting, dubbele vergrijzing, een groeiend aantal patiënten met multimorbiditeit en technologische vooruitgang in de zorg (Kaljouw & Van Vliet, 2015). Complexiteit en superspecialisatie van zorg zijn sterk toegenomen, wat vraagt om nauwe samenwerking tussen professionals vanuit verschillende professies. Dit geldt niet alleen voor individuele professionals, maar ook voor teams, organisaties en transmuraal. Zelfs als meer generalisten worden opgeleid, blijft de samenwerking tussen generalisten, superspecialisten en anders professies essentieel. Hoewel richtlijnen en protocollen zijn ontwikkeld om zorgprocessen te ondersteunen, blijken deze vaak onvoldoende effectief te zijn bij het verbeteren van de zorgkwaliteit. Een oorzaak is dat ze mono-professioneel en aandoening-specifiek zijn opgesteld en niet op elkaar afgestemd (Reeves et al., 2013). Interprofessionele richtlijnen en protocollen zijn dus helpend, maar het doel van het behandelteam blijft een geïntegreerd zorgplan dat is afgestemd op de specifieke patiënt.

Valpreventie

Vaak is valpreventiebeleid in een instelling ontwikkeld door één beroepsgroep, meestal de verpleegkundigen of fysiotherapeuten. Dat is opmerkelijk, want beide beroepsgroepen zijn belangrijk en een valrisico is complex en raakt meerdere domeinen. Verpleegkundigen letten bijvoorbeeld op fysieke en geestelijke gesteldheid, looproutes, bedhekken of het gebruik van veiligheidsmiddelen. En fysiotherapeuten richten zich op spierkracht, mobiliteit en evenwichtstraining.
Dikwijls ontbreken nog meer noodzakelijke disciplines bij de ontwikkeling van het valpreventiebeleid:

- **artsen**, die onderliggende medische oorzaken beoordelen (bijvoorbeeld hartritmestoornissen, bijwerkingen van medicatie en orthostatische hypotensie);
- **apothekers**, die medicatie kunnen beoordelen die het valrisico verhoogt (zoals slaapmedicatie of bloeddrukverlagers);
- **ergotherapeuten**, die de thuissituatie of kamerinrichting analyseren en advies geven over aanpassingen;
- **psychologen of geriaters**, die cognitieve en psychische factoren bij de zorg betrekken (bijvoorbeeld dementie, angst voor vallen);
- **diëtisten**, die letten op ondervoeding of deficiënties in macro- of micronutriënten.

Gevolgen van een te monodisciplinaire aanpak zijn:
- sommige oorzaken blijven buiten beeld;
- ineffectieve implementatie van hulpmiddelen of aanpassingen;
- herhaalde valincidenten;
- verlies van motivatie en toename van frustratie bij zorgverleners.

De conclusie: een interprofessionele richtlijn is essentieel. Goed valpreventiebeleid vereist een interprofessioneel team, want vallen kan het gevolg zijn van verschillende factoren. Ontwikkelt één beroepsgroep alleen het protocol, dan is de kans groot dat interventies ineffectief of zelfs contraproductief zijn.

Ondervoeding

Een ander voorbeeld. In veel verzorgingsinstellingen is het één beroepsgroep die het beleid of de signalering van ondervoeding initieert en uitvoert. Meestal zijn dat verpleegkundigen of diëtisten. Dat is niet gewenst, want beide beroepsgroepen spelen een belangrijke rol en ondervoeding is een complex, multifactorieel probleem dat meerdere domeinen raakt. Verpleegkundigen signaleren vaak gewichtsverlies, verminderde eetlust of veranderde inname. Ook observeren ze eetgedrag aan het bed. Diëtisten analyseren voedingsinname, berekenen tekorten, stellen voedingsadviezen op en monitoren voortgang.

Vaak ontbreken ook andere noodzakelijke disciplines bij het ontwikkelen van beleid:

- artsen, die medische oorzaken analyseren – zoals slikstoornissen, depressie, of misselijkheid – of chronische ziekten die de eetlust beïnvloeden of zorgen voor verhoogd energieverbruik;
- logopedisten, die slikproblemen beoordelen en behandelen die directe impact hebben op voedselinname;
- fysiotherapeuten, die fysieke achteruitgang en sarcopenie signaleren die mede kunnen worden veroorzaakt of versterkt door ondervoeding;
- apothekers, die controleren op medicatie die eetlust remt of spijsvertering beïnvloedt;
- psychologen, die cognitieve of psychologische factoren in beeld brengen, zoals depressie, eenzaamheid of apathie;
- zorg/voedingsassistenten of helpenden, die vaak dagelijks contact met de patiënt hebben tijdens maaltijden en die praktisch eetgedrag signaleren, zoals moeite hebben met het openen van verpakkingen of verminderde motoriek.

Gevolgen van een te monodisciplinaire aanpak zijn:

- belangrijke oorzaken van ondervoeding blijven onopgemerkt (bijvoorbeeld depressie, slikstoornissen);
- maatregelen sluiten niet aan op de werkelijke belemmeringen;
- laag effect van verrijkte voeding of supplementen omdat de onderliggende oorzaken niet worden aangepakt;
- ondervoeding blijft bestaan of verslechtert;
- verlies van functionele zelfstandigheid en verhoogd risico op complicaties.

De conclusie: effectieve preventie en behandeling van ondervoeding vereist een interprofessioneel team. Ondervoeding heeft medische, functionele, psychologische en sociale componenten. Als een beroepsgroep die op eigen houtje probeert op te lossen, is de kans groot dat interventies onvoldoende effect hebben of voorbijgaan aan kernoorzaken. Gezamenlijke signalering en afstemming zijn cruciaal voor duurzame verbetering.

Interprofessioneel samenwerken, wérkt dat ook?

Tal van wetenschappelijke studies laten zien dat interprofessionele samenwerking de gezondheidsuitkomsten van patiënten verbetert. In een systematische review (Kaiser et al. 2018, Kaiser et al. 2022) worden uitkomsten geëvalueerd op de volgende domeinen:

- kwaliteit van leven
- coping
- functionele capaciteiten en gezondheidstoestand
- psychische morbiditeit
- pijn
- zelfmanagement van de eigen zorg
- behandelsucces
- tevredenheid
- therapeutische relatie

De review kent weliswaar methodologische beperkingen, maar de algehele resultaten wijzen erop dat interprofessionele samenwerking positieve invloed kan hebben op patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PRO's) over alle onderzochte domeinen. Tegelijkertijd is het zo dat interprofessioneel opleiden geen panacee is voor alle zorgproblemen. En dat interprofessioneel samenwerken niet altijd betere zorguitkomsten oplevert, zoiets is afhankelijk van de context.

Hoewel de verbetering van zorguitkomsten uiteindelijk zeer belangrijk is, hoeft dit niet altijd het doel te zijn. Sommige studies tonen aan dat interprofessionele samenwerking leidt tot meer werktevredenheid en efficiëntere processen.

Toegang tot zorg optimaliseren

'Als arts, docent en onderzoeker zet ik me in voor gelijkwaardige zorg. Maatschappelijke ontwikkelingen en oplopende kosten maken dat niet iedereen dezelfde kans heeft op gezondheid. Met toenemende druk op de zorg en een groeiend tekort aan zorgverleners is interprofessioneel onderwijs cruciaal om de toegang tot zorg te optimaliseren. Wanneer we interprofessioneel onderwijs kunnen implementeren dat studenten en professionals voorbereidt op gelijkwaardige samenwerking, kunnen we samen gelijkwaardige zorg bieden.'

Marco Versluis, gynaecoloog en kwartiermaker Interprofessioneel Onderwijs, geneeskundeopleiding, UMCG

Nu wél met succes ontslagen

Wat is in de zorgpraktijk het verschil tussen mono-professioneel samenwerken voor een behandelplan en interprofessioneel samenwerken voor een geïntegreerd behandelplan? Een casus maakt dat duidelijk.

De heer Van Dijk is 70 jaar en heeft in de voorgeschiedenis diabetes mellitus type 2, chronisch obstructieve longziekte (COPD) (GOLD III) en hypertensie. Hij wordt op de interne geneeskunde opgenomen vanwege ontregelde bloedglucoseregulatie, acuut op chronische prerenale nierinsufficiëntie en exacerbatie COPD. Sinds enkele maanden ervaart hij toenemende dyspneu bij minimale inspanning, hoesten en verminderde eetlust. Twee keer eerder heeft hij de spoedeisende hulp (SEH) bezocht met soortgelijke klachten. Hij woont alleen in een appartement, zijn zelfzorg en mobiliteit nemen af. Zijn HbA1c is verhoogd en zijn nierfunctie achteruitgegaan (geschatte glomerulaire filtratiesnelheid van 38 ml/min). Bij opname blijkt hij 5 kilo te zijn afgevallen in 3 maanden tijd.

In overleg met de supervisor op de interne geneeskunde stelt een aios een behandelplan op vanuit medisch perspectief (mono-professioneel behandelplan). Dat bestaat uit:

- optimaliseren van diabetes- en COPD-behandeling;
- herstel acuut op chronische nierinsufficiëntie;
- consult diëtetiek voor voedingsstatus en gewichtsverlies;
- consult fysiotherapeut voor mobiliseren;
- consult voor medicatieherziening in verband met polyfarmacie en nierfunctie;
- consult transferverpleegkundige.

Op de afdeling knapt de patiënt goed op. Medisch gezien herstelt de nierfunctie, vermindert de kortademigheid en zijn de bloedglucosewaarden stabiel. Hij wordt ontslagen uit het ziekenhuis en gaat naar huis. Tot frustratie van de behandelaars wordt hij kort erna opnieuw ingestuurd naar de SEH met een ontregeling van diabetes en een exacerbatie COPD.
In een bijeenkomst achteraf stelde het medisch team twee reflectievragen. Eén: had deze heropname voorkomen kunnen worden? Twee: zou de patiënt gebaat zijn bij een andere aanpak en hoe ziet deze er dan uit?

Het team besluit in antwoord daarop tot een interprofessionele benadering. De fysiotherapeut, diëtist en transferverpleegkundige worden opnieuw erbij betrokken in gezamenlijk overleg.
Tijdens heropname valt de milde vergeetachtigheid van meneer op. Hij vertelt eenzaam te zijn. De verpleegkundige neemt een heteroanamnese af met de buurvrouw, want de patiënt is weduwnaar en zijn kinderen wonen ver weg. De buurvrouw meldt dat hij soms zijn medicatie vergeet, maaltijden overslaat en minder activiteiten uitvoert. Ook bespreekt de verpleegkundige met de patiënt en de mantelzorger (buurvrouw) wat belangrijke doelen zijn voor de patiënt. Hij vertelt dat hij graag thuis wil blijven wonen. En weer wat meer zou willen ondernemen, zodat hij minder eenzaam is. De buurvrouw zegt dat dit alleen kan slagen als hij hulp krijgt bij medicatie innemen en maaltijden.
Hierna stelt het interprofessionele team een geïntegreerd behandelplan op tijdens een teamoverleg. Dit behelst:

- doel van de patiënt: terugkeer naar huis, herstel van sociale activiteiten;
- gezamenlijk vaststellen van het hoofdprobleem en van gezamenlijke verantwoordelijkheden van het team:
- medisch stabiliseren (COPD, diabetes, nierfunctie);
  - herstellen voedingstoestand door advies van diëtist over eiwitrijke voeding en door op afdeling aandacht te schenken aan eetmomenten, bijvoorbeeld gezamenlijk eten met andere patiënten;
  - reconditionering en herstel spiermassa door aandacht voor dagprogramma met verpleegkundige en door trainen met fysiotherapeut;
  - inzicht in cognitief functioneren: observatie op afdeling door verpleegkundige en andere betrokken professionals (een nadere analyse wordt overwogen wanneer de patiënt is hersteld);
  - medicatiereview met aandacht voor therapietrouw in de thuissituatie;
  - het interprofessionele team, de patiënt en zijn omgeving en huisarts beslissen samen of terugkeer naar huis mogelijk is of dat wordt gezocht naar een alternatief. Er is aandacht voor verzorging, beweging, sociale activiteiten, medicatie en voeding.

Het gevolg van de interprofessionele samenwerking? Op de afdeling knapt de patiënt goed op.
Hij mag naar huis en krijgt daar hulp bij medicatie en een maaltijdvoorziening. De buurvrouw zal hem een keer per week meenemen naar het buurthuis, waar activiteiten worden georganiseerd.
Hij wordt verwezen naar geriatrie voor een cognitieve analyse. Verder worden afspraken gemaakt over het hoofdbehandelaarschap.

Wat is interprofessioneel opleiden?

Interprofessioneel opleiden (IPO) is: opleiden waarbij zorgprofessionals van verschillende professies binnen het zorgdomein interactief met, van en over elkaar leren samenwerken in een klinische setting en transmuraal om door integratie de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het praktische doel is om zorgprofessionals te leren samen (complexe) zorgvraagstukken aan te pakken en dit beter te doen dan nu al gedaan wordt. In bijlage 1 ‘Opleiden’ van deze handreiking treft u een overzicht aan van de initiële verpleegkundeopleiding en de vervolgopleidingen voor verpleegkundigen en artsen in het kader van interprofessioneel opleiden. Bijlage 2 geeft een reflectie op de kansen en belemmeringen bij het initieel opleiden. Uit de bijlages wordt duidelijk dat interprofessioneel opleiden in het initiële onderwijs en in de praktijk hand in hand gaan.

Waarom is interprofessioneel opleiden belangrijk?

Sámen leren, veiligere, toekomstbestendige zorg

‘Als we zorgprofessionals willen opleiden voor de complexe praktijk van morgen, moeten we vandaag al opleiden over de grenzen van disciplines heen. IPO is geen onderwijsinnovatie — het is een randvoorwaarde voor veilige, toekomstbestendige zorg. Zorgprofessionals die sámen leren, leveren ook samen betere zorg. Het leerklimaat is de voedingsbodem voor samenwerking.’

Saskia Weldam, manager zorgopleidingen (verpleegkunde(vervolg)opleidingen)
UMC Utrecht

Interprofessioneel samenwerken gaat niet vanzelf. Daarom is IPO van zorgprofessionals de essentiële opstap naar goed interprofessioneel samenwerken in de toekomst.
Bij het IPO van studenten en professionals helpt het om al in de opleiding te starten met integratief samenwerken bij complexe zorgvraagstukken. En om deze werkwijze vroegtijdig te internaliseren.

Studies tonen aan dat interprofessioneel onderwijs positieve effecten heeft op de houding, kennis en vaardigheden van studenten, en uiteindelijk ook op klinische uitkomsten (Reeves et al, 2013). Het vergroot de cohesie binnen teams, verbetert patiëntgerichte zorg en vermindert professionele fragmentatie. IPO zou dus leiden tot meer interprofessionele samenwerking.

Definities

Onderwijs: het gestructureerd overdragen van kennis en vaardigheden aan anderen via het geven van lessen, bijvoorbeeld in een onderwijsinstellinsg of een training/cursus. Onderwijs is een manier om mensen nieuwe kennis en vaardigheden te leren, vaak met de hulp van een docent/ trainer. Binnen het onderwijs hebben verschillende vormen van leren een plek.
Opleiding: een leertrsaject gericht op het verwerven van kennis en vaardigheden voor een specifiek beroep of specifieke functie. Opleiden is gericht op beroepsbekwaamheid. Binnen opleiden hebben verschillende vormen van leren een plek.
Leren: het proces waarbij iemand informatie betekenis geeft en nieuwe dingen ontdekt of begrijpt die toepasbaar zijn in werk of dagelijks leven. Leren kan spontaan of gestructureerd plaatsvinden.
Ontwikkelen: is gericht op professionele groei en beter worden in wat je kunt of weet (en geleerd hebt), zodat je professionele vaardigheden toenemen en ook zelf meer sturing kunt geven aan processen. Waar leren vaak een moment is, gaat ontwikkelen over langere perioden.

Interprofessioneel leren voor passende zorg

‘Samen beslissen was een leermodule die we verzorgden in de interprofessionele UMCNL-opleiding kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg. Dit is typisch een onderwerp dat de meerwaarde van interprofessioneel leren liet zien, hierdoor zagen de studenten elkaars meerwaarde bij de verschillende onderdelen van samen beslissen. Bijvoorbeeld dat de verpleegkundige bij het onderdeel “waardegesprek” naar boven haalde dat de passie van de patiënt paardrijden was en daardoor helder werd welke nadelen van de verschillende behandelopties bij autologe mamareconstructie die de plastisch chirurg voorlegde juist niet passend waren. Samen kwamen deelnemers tot de keuze die echt passend was bij deze unieke patiënt.’

Hester Vermeulen, voorzitter CTZ UMCNL, hoogleraar Verplegingswetenschap, IQ Health, Radboudumc

Wat is werkplekleren van zorgprofessionals?

Op de werkplek komen de opleiding en het leven lang leren van zorgprofessionals met een diploma samen. Want met het verkrijgen van een diploma en een startkwalificatie is voor zorgprofessionals het leren nog niet afgelopen. Zorgprofessionals met een diploma, bijvoorbeeld basisartsen en verpleegkundigen, leren verder op de werkplek (zie ook bijlage 1 ‘Opleiden’). Dit zogenaamde werkplekleren is vaak informeel (leren door evaluatie en reflectie) en soms formeel (trainingen op de werkplek). Daarmee is het werkplekleren een proces waarbij de professional zich nieuwe kennis, vaardigheden, houdingen en gedragingen eigen maakt buiten formele educatieve settings. De focus van het werkplekleren komt uit het werk(proces) zelf. De praktijk bepaalt dus het leerdoel. Reflectie en feedback (in teamverband) als onderdeel van werkplekleren zijn gericht op hoe het zorgdoel interprofessioneel wordt bereikt. En op de kwaliteit van het teamproces.
Interprofessioneel opleiden is volop in ontwikkeling. We realiseren ons dat dit contextafhankelijk is en zich meebeweegt met de professionele ontwikkeling. Daarom beschouwen we het als een onderwerp dat past bij een professioneel leven lang leren.
Er zijn incidentele voorbeelden van werkplekleren bij discipline-overstijgend onderwijs van aios. Ook zijn er voorbeelden waarbij de patiënt partner is in de opleiding van zorgprofessionals. Toch signaleert UMCNL een specifiek tekort aan systematisch onderwijs op het gebied van werkplekleren. Niet alleen is dit onvoldoende ontwikkeld, het ontbreekt ook aan kaders en handvatten om ermee aan de slag te gaan. Deze handreiking beoogt hierin te voorzien en daarmee een concrete bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling en toepassing van werkplekleren.

Gebruikmaken van andere onderwijsgelegenheden

Werkplekleren betekent niet slechts nieuw onderwijs en nieuwe leersituaties ontwikkelen. Er liggen ook kansen in bestaande simulatietrainingen, waarbij wordt getraind met verschillende professies. Vaak zijn deze gericht op spoedeisende procedures (Crew Resource Management (CRM)-trainen). Deze trainingen focussen op protocollaire behandelingen en korte-termijnresultaten, in tegenstelling tot de aanpak bij complexe zorgpatiënten in de bovenstaande context.
Hier liggen kansen. CRM-trainingen bieden waardevolle handvatten om hierbinnen een interprofessioneel karakter te ontwikkelen (zie de vier kenmerken van interprofessioneel samenwerken), zodat ze aansluiten bij het interprofessioneel werkplekleren, en het interprofessioneel werkplekleren ook verbreden. Verderop, in hoofdstuk 2 van de handreiking, wordt deze suggestie verder uitgewerkt met Ook aanbevelingen om andere bestaande leermomenten te benutten voor interprofessioneel leren.

2. Interprofessioneel opleiden: hoe doe je dat?

Belang van interprofessionele identiteit in werkplekleren

Een interprofessionele identiteit betekent dat de zorgprofessional zichzelf niet alleen ziet als lid van de eigen beroepsgroep, maar ook als onderdeel van een breder team van professionals met verschillende achtergronden. Te denken valt aan artsen, verpleegkundigen, psychologen, sociaal werkers, fysiotherapeuten et cetera. Met een interprofessionele identiteit wordt het mogelijk:

- jezelf te herkennen en identificeren als een samenwerkende professional;
- de waarde van andere disciplines te (h)erkennen;
- gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor de zorg of het resultaat ervan.

In het klinisch werkplekleren speelt de ontwikkeling van een interprofessionele identiteit een cruciale rol bij het verbeteren van samenwerking, patiëntenzorg en organisatiecultuur. Waar de professionele identiteit de identificatie van een individu met zijn of haar beroepsgroep weerspiegelt, verwijst interprofessionele identiteit naar de psychologische identificatie van een individu met een diverse groep professionals.
Deze twee identiteiten zijn niet concurrerend, maar complementair. Een sterke interprofessionele identiteit versterkt zowel de interprofessionele samenwerking als de professionele identiteit van het individu binnen de eigen beroepsgroep.

Het ontwikkelen van een interprofessionele identiteit vereist inzet van de professional zelf, doelgerichte leerinterventies en een ondersteunende cultuur. Daarom lees je in dit hoofdstuk hoe werkplekleren effectief kan bijdragen aan de ontwikkeling van interprofessionele identiteit. En welke praktische implicaties dit heeft op drie niveaus: individueel, team en organisatie.

Investeren in interprofessioneel opleiden is investeren in de identiteit en veerkracht van het zorgsysteem zelf

‘In een complexe zorgrealiteit, waarin samenwerking over beroepsgrenzen heen noodzakelijk is, vormt interprofessioneel opleiden een krachtig fundament voor passende zorg. Professionals leren niet alleen samen te werken, maar ontwikkelen ook een gedeeld perspectief op zorg als onderdeel van een bredere professionele gemeenschap: ze bouwen een interprofessionele identiteit op. Deze identiteit stelt hen in staat om de grenzen van hun eigen professie te overstijgen, eigenaarschap te nemen voor gezamenlijke doelen en bij te dragen aan een teamcultuur die gekenmerkt wordt door gelijkwaardigheid, open communicatie en gedeelde verantwoordelijkheid.

Onderzoek toont aan dat interprofessioneel leren en werken direct bijdraagt aan de vijf doelen van de Quintuple Aim (2022):

- betere gezondheidsuitkomsten, doordat professionals elkaar aanvullen en sneller tot integrale oplossingen komen;
- hogere ervaren kwaliteit van zorg, doordat patiënten en cliënten merken dat zorgverleners als team opereren;
- meer werkplezier, omdat professionals zich erkend, gesteund en competent voelen in samenwerking;
- efficiëntere en doelmatigere zorg, door betere afstemming, minder dubbel werk en snellere besluitvorming;
- versterking van maatschappelijke betrokkenheid, doordat professionals samen inspelen op lokale behoeften en contexten.

Interprofessionele competenties zijn daarmee geen bijzaak, maar essentieel voor het leveren van zorg die recht doet aan de mens, de professional én de samenleving. Investeren in interprofessioneel opleiden is investeren in de identiteit en veerkracht van het zorgsysteem zelf.’

Jan-Jaap Reinders, arbeids- en organisatiepsycholoog, onderzoeker interprofessionele identiteit en samenwerking, UMCG

Kenmerken van een interprofessionele identiteit

Interprofessionele identiteit wordt gevormd door:

- interprofessionele overtuigingen (beliefs). Het gaat om de mate waarin een individuele zorgprofessional denkt zoals de soort groep waarvan hij of zij lid is of wil zijn. Dit zijn denkbeelden over hoe verschillende perspectieven en handelswijzen complementair zijn en dienen te worden gecombineerd voor een optimaal resultaat.
- interprofessionele verbondenheid (sense of belonging). Dit is de mate waarin iemand voelt dat hij of zij deel uitmaakt van een interprofessionele groep of een groep met diverse soorten professionals. Dit gebeurt ook in beroepsgroepen: zelfs een onbekende uit dezelfde beroepsgroep wordt dan als relatief vertrouwd ervaren.
- interprofessionele commitment (sociaal-emotionele binding). Dit is de mate waarin een individu gemotiveerd is om actief en langdurig te willen samenwerken met andere beroepsgroepen.

Als gevolg van regelmatig contact met diverse beroepsgroepen kan een begin van interprofessionele identiteit ontstaan. Iedere zorgverlener heeft dan een bepaalde mate van interprofessionele identificatie. Maar zonder concrete interprofessionele ervaringen is deze identificatie vaak beperkt.

Een interprofessionele identiteit ontstaat gestructureerd in leersituaties waarin werk interprofessioneel wordt voorbereid of geëvalueerd. Bijvoorbeeld bij interprofessionele intervisie of debriefing. De herhaling van dit proces binnen een eigen leergemeenschap versterkt de interprofessionele identiteit. De interprofessionele leergemeenschappen (IPLG) leiden tot groepsbanden en commitment. Hierdoor associëren zorgverleners de interprofessionele manier van denken en werken met hun lidmaatschap van die groep. Dat resulteert in de ontwikkeling van een interprofessionele identiteit.

Dit handboek noemt drie niveaus van impact van interprofessionele identiteit.

Individueel niveau

- Gedragsvoorspelling. Een sterke interprofessionele identiteit voorspelt gedrag ten opzichte van interprofessionele samenwerking. Voorbeelden: het delen van perspectieven en het samen zoeken naar complementaire oplossingen.
- Synergie van identiteiten. De versterking van de interprofessionele identiteit leidt ook tot een sterkere professionele identiteit. De reden: het individu leert de unieke waarde van zijn of haar eigen beroep binnen een interprofessionele context te waarderen (het affectieve commitment voor de eigen beroepsgroep neemt dan toe).

Teamniveau

- Groepsdynamiek. Teams met leden die een sterke interprofessionele identiteit hebben, tonen meer wederkerige uitwisseling, gezamenlijke besluitvorming en gedeelde inzet.
- Probleemoplossend vermogen. Kleine IPLGs die elkaar vaker ontmoeten met een (tijdelijk) vaste kern en het af en toe overstappen naar een andere IPLG bevorderen binding, diversiteit en innovatie in probleemoplossing.

Organisatie- en cultuurniveau

- Kantelpunt. Volgens massapsychologische modellen is 25% van een populatie met een bepaalde manier van denken en doen, in dit geval een sterke interprofessionele identiteit, voldoende voor een culturele transformatie (kritieke massa) binnen een organisatie (o.a. Centola et al., 2018).
- Culturele impact. Commitment aan een gedeelde interprofessionele mindset leidt tot een inclusieve werkcultuur die zowel interprofessionele samenwerking als professionele groei ondersteunt.

Belangrijke inzichten

Een sterke interprofessionele identiteit stimuleert gedrag dat gericht is op samenwerking, waarbij gedeelde besluitvorming en gedeelde verantwoordelijkheid in de klinische praktijk centraal staan. De zorgprofessional die regelmatig samenwerkt met professionals uit andere disciplines, ziet deze identiteit groeien bij zichzelf. Het wordt dan geen kwestie van zich aanpassen aan één specifiek team. De zorgprofessional voelt zich juist onderdeel van een bredere interprofessionele cultuur. Het zien en ervaren van effectief interprofessioneel gedrag werkt motiverend. Na verloop van tijd vormt het een interne drijfveer om zelf ook zo te handelen – vooral in situaties die belangrijk zijn voor de professionele identiteit.

Cultuur van interprofessioneel samenwerken en opleiden op een zorgafdeling versterken

Het verschil maken

‘Door te investeren in interprofessioneel opleiden creëren we een cultuur waarin wederzijds begrip, gelijkwaardigheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid vanzelfsprekend zijn. Zo bouwen we samen, ieder vanuit de eigen professie, aan zorg die niet alleen effectief is, maar ook mensgericht. En maken we als interprofessioneel team écht het verschil voor de patiënt. Investeren in interprofessioneel opleiden is hierbij essentieel.’

Marjan van den Berg, adviseur toekomstbestendige ontwikkeling en professionalisering verpleegkunde, UMCG

Bij IPO wordt toegewerkt naar generalistische zorgteams, met specialistische kennis en een holistische werkwijze. Daarvoor is een interprofessionele cultuur noodzakelijk. Kernwaarden, normen, gedragingen en gebruiken van de verschillende professies op zorgafdelingen zijn essentieel voor het bouwen aan de gewenste interprofessionele cultuur, houden deze in stand, ontwikkelen deze en geven de interprofessionele cultuur door. Hieronder staan acties die leidinggevenden, opleiders en beleidsmakers kunnen gebruiken om deze cultuur te bouwen en versterken.

1. Erkennen van (werk)plekleren

- Stel als leiding en team vast dat (werkplek)leren belangrijk is voor betere kwaliteit en veiligheid.
- Erken dat leren een proces is en continue facilitering van teams en medewerkers nodig heeft.
- Zorg ervoor dat naast of in de zorgproductieprocessen tijd wordt vrijgemaakt voor interprofessioneel werkplekleren.
- Zorg ervoor dat artsen, (regie)verpleegkundigen en andere zorgprofessionals interprofessioneel leren als aandachtsgebied hebben.
- Neem interprofessioneel leren op in opleidingsplannen.

2. Zorg voor een veilige leeromgeving

- Zorg voor een cultuur waarin fouten maken ook wordt gezien worden als een kans voor een leerproces (zie hoofdstuk 1).
- Zie het aanpakken en oplossen van fouten als een gedeelde verantwoordelijkheid.
- Bespreek fouten in een sfeer van gezamenlijkheid, op basis van wederzijds respect en met kennis van elkaars deskundigheid.
- Zorg ervoor dat alle betrokken medewerkers zich welkom en gewaardeerd voelen in overleggen, vergaderingen, op de operatiekamer (OK), de afdeling, et cetera.
- Reflecteer en evalueer elkaars inbreng en beslissingen, met als doel om je als team steeds te verbeteren.

3. Schep een gemeenschappelijke basis

- Benoem en benadruk gedeelde doelen en waarden van interprofessioneel leren en werken tijdens teamvergaderingen.
- Zorg voor erkenning en waardering van de unieke expertise van elke beroepsgroep.
- Zorg voor regelmatig en positief contact.

4. Zorg ervoor dat leidinggevenden en opleiders interprofessioneel gedrag expliciet benoemen, belonen en dit gedrag zelf laten zien.

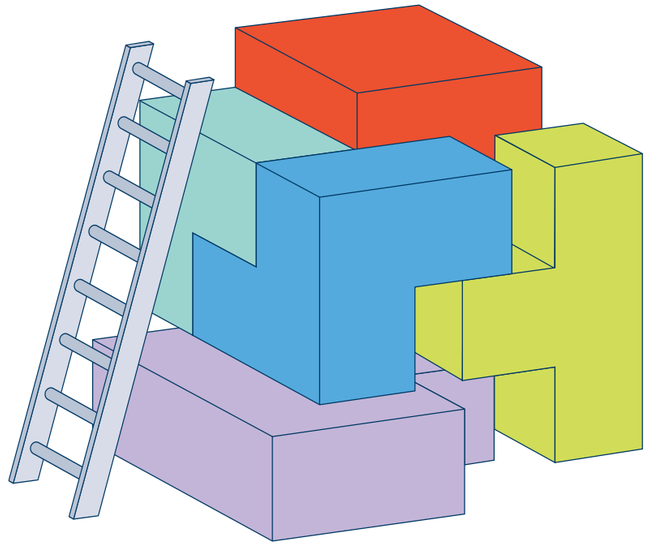
Interprofessioneel gedrag is te herkennen aan:

- **effectieve communicatie.** Zorgprofessionals communiceren duidelijk en respectvol met elkaar. Ze luisteren actief naar elkaars input, geven constructieve feedback en delen informatie op een transparante manier.
- **respect voor verschillende deskundigheden.** Elk teamlid waardeert en respecteert de expertise van anderen. De teamleden erkennen elkaars rollen en hebben vertrouwen in de kennis en ervaring van anderen om de zorg te verbeteren.
- **duidelijke rollen en verantwoordelijkheden.** Zorgprofessionals hebben een duidelijk begrip van hun rol binnen het team, maar zijn ook flexibel in het overnemen van verantwoordelijkheden wanneer dat nodig is. Dit maakt het mogelijk om samen te werken zonder dat er verwarring of conflicten ontstaan.
- **samenwerking en teamgeest.** Zorgprofessionals zijn bereid om samen te werken, ongeacht hun discipline, functie of specialisme. Ze leveren gezamenlijk patiëntenzorg en helpen elkaar wanneer dat nodig is. Het draait om een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg.
- **gezamenlijke besluitvorming.** Zorgprofessionals betrekken iedereen in het team bij beslissingen. Ze streven naar een gezamenlijke aanpak, waarbij verschillende perspectieven worden overwogen om te komen tot de beste zorgbeslissing voor de patiënt.
- **focussen op gemeenschappelijke doelen.** Zorgprofessionals streven naar een gedeeld en gezamenlijk doel: het leveren van de best mogelijke zorg voor de patiënt. Alle teamleden werken samen om dit doel te bereiken, waarbij zij elkaars bijdragen waardevol vinden.

5. Versterk interprofessionele identiteit via selectiebeleid

Een interprofessionele cultuur begint al bij de instroom van professionals op de afdeling. Het selectiebeleid en de samenstelling van sollicitatiecommissies spelen een belangrijke rol in het bevorderen van interprofessionele identiteit en samenwerking. Hieronder staan drie aanbevelingen voor selectiebeleid.

- **Selecteer professionals op basis van hun motivatie en openheid voor interprofessioneel leren en samenwerken.** Onderzoek toont aan dat de context waarin professionals worden opgeleid – inclusief de selectieprocedure – invloed heeft op hun interprofessionele identiteitsvorming.
- **Zorg ervoor dat leden van sollicitatiecommissies bekend zijn met interprofessionele waarden en deze actief uitdragen.** Hoewel er nog beperkt expliciet onderzoek naar is verricht, wijzen praktijkervaringen en literatuur erop dat commissieleden met een sterke interprofessionele houding bijdragen aan het selecteren van kandidaten die passen binnen een interprofessionele leeromgeving.
- **Integreer interprofessionele competenties als expliciete selectiecriteria in sollicitatieprocedures.** Denk hierbij aan het vermogen tot samenwerken, communicatie over beroepsgrenzen heen, en het tonen van respect voor andere disciplines.



Competenties en leerdoelen in het interprofessioneel werkplekleren

Zoals eerder beschreven: de ontwikkeling van een interprofessionele identiteit speelt een cruciale rol bij het verbeteren van samenwerking, patiëntenzorg en organisatiecultuur. Daarbij is het belangrijk te beseffen dat het ontwikkelen van een interprofessionele identiteit een aantal zaken vereist: doelgericht leren, specifieke competenties en een ondersteunende cultuur in het werkplekleren.

De onderbouwing van het interprofessioneel leren is gebaseerd op het Interprofessional Capability Framework (Barr, 1998 / CAIPE (zie ook het Jennings-model onder 'Voorbeelden van interprofessionele leergemeenschappen op de werkplek en informele contexten')). Dit onderscheidt vier lagen van interprofessioneel leren:

- common learning – wat alle professionals moeten kunnen (gedeelde kern);
- complementary learning – wat verschillende beroepen aan elkaar leren;
- collaborative learning – samenwerkend leren;
- role-specific learning – unieke beroepsvaardigheden.

Interprofessionele competenties omvatten gedragskenmerken van een interprofessionele cultuur. Internationale organisaties als de WHO, IPEC (Interprofessional Education Collaborative), AIPPEN (Australasian Interprofessional Practice and Education Network) en CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative) hebben competentiesets ontwikkeld. Die bieden waardevolle richtlijnen, maar kennen ook beperkingen. De reden: achter de competentiemodellen schuilen culturele waarden, ambities en doelen. Daarom ligt het niet voor de hand deze zonder meer en allemaal over te nemen. Voor de Nederlandse situatie kiest deze handreiking vier competenties die de kern van het interprofessioneel opleiden samenvatten en geen overlap vertonen met andere competenties. De vier competenties zijn gebaseerd op de gemene deler van internationale modellen. Ze zijn gebaseerd op internationale modellen en aangepast aan de Nederlandse context. De competenties bieden een gemeenschappelijke taal en structuur om leeractiviteiten vorm te geven, te evalueren en te borgen.

Rolduidelijkheid (role clarification)
Begrijpt de expertrol van samenwerkingspartners, hun taken, bevoegdheden en grenzen. Erkent de rol van de patiënt en benut de inzichten van samenwerkingspartners en patiënten voor een gezamenlijk behandelplan.

Team-functioneren (team functioning)
Herkent de voordelen van teamwerk bij complexe zorgvraagstukken. Kan professionele relaties opbouwen, onderhouden en verbeteren, en reflecteert op het functioneren van het team.

Samenwerkend leiderschap (collaborative leadership)
Neemt verantwoordelijkheid binnen een team en draagt deze over als het nodig is. Erkent wederzijdse afhankelijkheid en werkt samen aan behandelplannen.

Belangenafweging en conflictoplossing (conflict resolution):
Signaleert barrières en kansen voor samenwerking, weegt conflicterende medische belangen en vraagt waar nodig hulp om de samenwerking te verbeteren.

Leerdoelen zijn context-specifiek

De leerdoelen voor het bereiken van de vier competenties binnen interprofessioneel klinisch werkplekleren verschillen per situatie. Ook hangen ze af van de startpositie van de deelnemers en de klinische context (zie ook bijlage 1 'Opleiden'). Het opleidingsteam van de afdeling of het instituut kan de specifieke leerdoelen per opleidingsfase en context formuleren. Hieronder staan voorbeelden van algemene leerdoelen die zijn gericht op interprofessioneel leren. Ze kunnen afhankelijk van de context verder worden gespecificeerd en/of uitgesplitst.

Competentie 'rolduidelijkheid'
Leerdoel: je kan de rollen en verantwoordelijkheden van de interprofessionele teamleden (inclusief de belangen van de patiënt) beschrijven en een houding aannemen die past bij de situatie.

Competentie 'team-functioneren'
Leerdoel: je kan tijdens de interprofessionele samenwerking je kennis, vaardigheden en attitude gericht inzetten om te komen tot een gezamenlijk besluit.

Leerdoel: je kan communicatiemodellen en gesprekstechnieken inzetten die passen bij de interprofessionele situatie.

Competentie 'samenwerkend leiderschap'
Leerdoel: je kan reflecteren op jouw aandeel in de samenwerking en communicatie van het interprofessionele team, waarbij je de rollen, verantwoordelijkheden en machtsdynamieken meeneemt. Je kan deze reflectie toepassen ter ontwikkeling van jezelf.

Competentie 'belangenafweging en conflictoplossing'
Leerdoel: je herkent spanningen en/of meningsverschillen in een interprofessioneel team en je draagt bij aan de bespreking hiervan.

Vier hoofdstappen in het interprofessioneel leren

Hieronder lees je wat de hoofdstappen zijn in het ontwikkelen van interprofessionele samenwerking en identiteit (Universiteit Utrecht, z.d.). Dit zijn de hoofdprincipes van interprofessioneel onderwijs (IPE). Als de lerende begrijpt waar hij/zij staat in dit leerproces, kan hij/zij zich gericht verder ontwikkelen. Via de vier (theoretische) stappen maakt de lerende geleidelijk de overgang van monodisciplinair denken naar interprofessioneel denken.

1. Verkenning en begripsvorming (disciplinary grounding)

Doel: oriëntatie op het probleem en vertrouwd raken met de relevante professies.
In deze fase wordt basiskennis opgedaan over het probleem en de betrokken professies. Zorgprofessionals onderzoeken in hun leerfase hoe verschillende vakgebieden het probleem benaderen. Belangrijk hierbij is het begrijpen van de concepten, methoden en taal van elke professie. Belangrijk is ook het vermogen om in deze fase het eigen beroepsperspectief zichtbaar en begrijpelijk te maken voor anderen.

2. Perspectieven innemen (perspective taking)

Doel: inzicht krijgen in de verschillende perspectieven en hoe deze het zorgprobleem beïnvloeden.
Zorgprofessionals onderzoeken in hun leerfase hoe bewust te kijken door de bril van elk vakgebied. Zij proberen de unieke invalshoeken, waarden en aannames van elk vakgebied te begrijpen. Dit vraagt om kritische reflectie en het waarderen van andere zienswijzen.

3. Overeenkomsten vinden (finding common ground)

Doel: een gedeelde basis creëren van waaruit integratie van kennis mogelijk wordt.
Zorgprofessionals zoeken in hun leerfase naar overlappingen en aansluitende begrippen of doelen tussen professies. Ze proberen tegenstrijdigheden te overbruggen en een gemeenschappelijk kader te vormen. Dit vereist dialoog, samenwerking en onderhandeling.

4. Integratie (integration)

Doel: tot een geïntegreerd begrip of zorgplan komen dat individuele professies overstijgt.
De inzichten uit de vorige stappen worden samengebracht in een nieuw, samenhangend geheel.
Er ontstaat een vernieuwde kijk op het probleem, die rijker is dan een kijk vanuit één discipline. Vanuit het leren over, van en met elkaar wordt een interprofessioneel antwoord of interprofessionele oplossing ontwikkeld.

Organiseren van interprofessioneel leren op de werkplek en interprofessionele leergemeenschappen

De auteurs van deze handreiking kiezen ervoor om interprofessioneel leren te integreren in de bestaande zorgpraktijk. Daarvoor zijn vijf belangrijke redenen:

- Vanuit een cultuur van interprofessioneel werken kan het leren op de werkplek worden vormgegeven en versterkt. Omgekeerd draagt een goed ingebedde structuur van interprofessioneel leren op de werkplek bij aan het verder opbouwen en verdiepen van die cultuur;
- de dagelijkse praktijk biedt als vanzelf aanleiding tot interprofessionele samenwerking;
- de complexiteit van zorgvraagstukken vereist zowel een gezamenlijk leerproces als concrete samenwerking voor het vinden van oplossingen;
- in een academische setting gaat vanwege de taak van UMC's het leren, opleiden en werken al vaak hand in hand;
- de werkdruk in de zorg is hoog, waardoor het efficiënter en effectiever is om leren te verweven met het werkproces dan het als een aparte activiteit te organiseren.

Hieronder volgen praktische aanwijzingen voor het opzetten van interprofessionele leergemeenschappen binnen de dagelijkse zorgpraktijk.

Idealiter is het interprofessioneel opleiden en daaraan verbonden werkplekleren onderdeel van de hele zorgafdeling. Met die ambitie zou de implementatie van interprofessionaliteit ook afdelingsbreed zijn. De werkgroep heeft deze aanpak overwogen. Maar uit de arbeids- en organisatiepsychologie is bekend dat samenwerkingsgedrag zich makkelijker ontwikkelt in kleinere groepen, omdat daarbinnen de nabijheid en afhankelijkheid groter zijn. De auteurs adviseren daarom selectief met interprofessionele initiatieven op de werkplek te beginnen en de activiteiten zich als een olievlek te laten uitbreiden.

Het advies voor IPLG's is gebaseerd op de theorie van communities of practice (CoP), ontwikkeld door Jean Lave en Etienne Wenger. Deze beschrijft hoe mensen binnen sociale groepen leren door actieve deelname aan een gedeelde praktijk. Een IPLG komt overeen met een 'community of practice'.

Deze community is een groep:

- met een gemeenschappelijk domein van interesse of expertise;
- waarvan de leden regelmatig samenwerken en interacteren om kennis te delen en problemen op te lossen;
- die een gedeelde praktijk ontwikkelt, bestaande uit tools, verhalen, routines en manieren van werken.

Kernpunten:

- leren is sociaal: de zorgprofessionals leren vooral door mee te doen en samen te werken;
- participatie leidt tot kennisdeling: nieuwe leden leren van ervaren leden via ‘legitieme perifere participatie’;
- identiteitsvorming: lid worden van een CoP helpt bij de (inter)professionele en persoonlijke ontwikkeling van een individu.

De eerste stappen voor een IPLG zijn:

- breng in kaart welke thema’s zich lenen voor interprofessioneel samen leren. Denk hierbij aan complexe en multidimensionale thema’s zoals kwaliteit en veiligheid, transmurale samenwerking en complexe patiëntengroepen.
- breng ook afdelingsprocessen in kaart, zoals overlegvormen, het multidisciplinair overleg (MDO) en het visite lopen.
- organiseer rondom deze thema’s en overlegmomenten meerdere interprofessionele teams als IPLG’s.
- het is essentieel dat het leerproces van de deelnemers centraal staat.

Interprofessioneel MDO

Richt een MDO interprofessioneel in door er een brede vertegenwoordiging van disciplines bij te betrekken. Laat het overleg verlopen langs de vier interprofessionele kenmerken zoals beschreven in hoofdstuk 1. Evalueer en reflecteer na afloop op zowel het interprofessionele proces als op het resultaat van het MDO. Zo kan hiervan gezamenlijk worden geleerd.
Organiseer bijvoorbeeld een interprofessionele visite. Dit betekent meer dan gezamenlijk klinisch redeneren en besluiten nemen. Het houdt ook in dat er wordt gereflecteerd op team-functioneren, conflictoplossing en rolduidelijkheid: allemaal elementen die verbonden zijn aan interprofessionele kenmerken uit hoofdstuk 1 en de genoemde competenties (zie: ‘Competenties en leerdoelen in het interprofessioneel werkplekleren’).

Voorbeelden van interprofessionele leergemeenschappen op de werkplek en informele contexten

Hieronder vind je inspirerende voorbeelden van opleidingsmethodieken die je kunnen helpen IPLG’s tot bloei te laten komen in het interprofessioneel opleiden en samenwerken. De methodieken zijn geordend volgens het referentiemodel van Jennings (2013) over Performance Based Workplace Learning.

Het Jennings-model onderstreept dat effectieve interprofessionele samenwerking het duurzaamst ontwikkeld wordt door het leren in de praktijk, aangevuld met sociale interactie en gerichte scholing. Hierbij vormt praktijkervaring de sleutel tot gedragsverandering en wederzijds begrip tussen disciplines.

Het model gaat uit van:

- leren door ervaring (leren op de werkvloer, experiential learning);
- leren door anderen (coaching, feedback, netwerken, social learning);
- formeel leren (trainingen, cursussen).

Alle opleidingsmethodieken sluiten aan bij de kerncompetenties en bijbehorende leerdoelen. Alle methodieken zijn helpend om te komen tot de gewenste performance in het interprofessioneel samenwerken. Daarmee zijn ze ondersteunend voor interprofessioneel opleiden.

Bij elke opleidingsmethodiek is het leerdoel duidelijk aangegeven. Zo kan eenvoudig de methode worden gekozen die het beste aansluit bij de behoeften van de doelgroep binnen het interprofessioneel leren of samenwerken.

User stories

User stories maken abstracte leerdoelen tastbaar en persoonlijk. Door leerdoelen om te zetten naar user stories, krijgen teamleden de kans om hun eigen leerbehoeften helder te formuleren vanuit hun eigen perspectief. Dit helpt niet alleen om het leerproces concreet en doelgericht te maken, maar versterkt ook het bewustzijn van waarom en waaraan ze werken. Het resultaat? Meer betrokkenheid en een duidelijke richting.

Deze aanpak stimuleert bovendien interprofessioneel leren: samenwerking en gezamenlijke doelen komen centraal te staan, wat de onderlinge verbinding en de collectieve groei vergroot. Door user stories te formuleren, kan het team precies de onderwijsactiviteiten kiezen die aansluiten bij de leerdoelen. Dat zorgt voor gerichte en betekenisvolle leerervaringen.

Ten slotte maakt het werken met leerdoelen en user stories de voortgang van het leerproces inzichtelijk en meetbaar. Dit biedt niet alleen handvatten voor een gerichte evaluatie, maar maakt ook bijsturing mogelijk, zodat het leertraject altijd in de juiste richting blijft bewegen.

Als interprofessioneel teamlid wil ik...

Als interprofessioneel teamlid wil ik...gezamenlijk complexe patiëntcasussen analyseren en ervan leren. Naar aanleiding van dit doel van de opleider maakte een aios de volgende user story: 'Als interprofessioneel teamlid wil ik gezamenlijk complexe patiëntcasussen analyseren en ervan leren, zodat we onze samenwerking en communicatie kunnen verbeteren en de beste zorg kunnen bieden aan onze patiënten.'

Een ander voorbeeld: het doel is werkprocessen en zorgtrajecten te optimaliseren. Dit heeft geleid tot de volgende user story: 'Als interprofessioneel teamlid wil ik gezamenlijk werkprocessen en zorgtrajecten optimaliseren, zodat we efficiënter kunnen werken en de kwaliteit van zorg voor onze patiënten kunnen verbeteren.'

De meeste leren-door-ervaring-opleidingsmethodieken kunnen worden uitgevoerd in slechts 20 tot 60 minuten.

Voorbeelden van leren door ervaring

1. Casuïstiekbesprekingsgroepen

- **Verantwoording.** Door gezamenlijk realistische casussen uit de praktijk te analyseren en oplossingsgericht te benaderen, leren professionals op ervaringsbasis. Bovendien draagt dit bij aan de interprofessionele identiteitsontwikkeling van het team (Thistlethwaite et al, 2014).
- **Doel.** Bevorderen van effectieve samenwerking tussen professionals via gezamenlijke casuïstiekbesprekingen waarbij gereflecteerd wordt op diverse perspectieven, rollen en expertise. Zo worden onderling begrip en communicatie versterkt én wordt gezamenlijk de kwaliteit van zorg en ondersteuning verbeterd.
- **Werkvorm.** Wekelijkse of tweewekelijkse casuïstiekbesprekingen aan de hand van actuele patiëntcasussen uit de praktijk. Elke deelnemer levert vanuit zijn of haar discipline een bijdrage aan de analyse van de situatie. Samen bespreken de professionals de doelen, verantwoordelijkheden, mogelijke interventies en knelpunten. De groep gebruikt een vaste gespreksstructuur, bijvoorbeeld de Situatie, Taak, Actie, Resultaat en Reflectie (STARR)-methode of Subjectief, Objectief, Analyse en Plan (SOAP)-methodiek, om focus en diepgang te waarborgen. Besproken verbeterpunten worden opgevolgd en geëvalueerd bij een volgende bijeenkomst. Een facilitator of teamlid bewaakt de structuur en borgt de vertaling naar concrete acties in de zorgpraktijk.

2. Debriefinggroepen

- **Verantwoording.** Reflectie op recente real-life-gebeurtenissen, bijvoorbeeld reanimaties, stimuleert om te leren in de directe werkcontext. De reflectie op concrete ervaringen draagt bij aan gedrags- en procesverbetering.
- **Doel.** Reflecteren op uitgevoerde procedures of crisissituaties, zoals reanimaties of spoedgevallen.
- **Werkvorm.** Gedeelde reflectie met een focus op samenwerking, communicatie en verbeterpunten.

3. Kwaliteits- en procesverbeteringsgroepen

- **Verantwoording.** Leren door procesanalyse, verbetering en directe implementatie van veranderingen binnen de praktijk.
- **Doel.** Optimaliseren van werkprocessen en zorgtrajecten door gezamenlijke reflectie van en samenwerking tussen disciplines.
- **Werkvorm.** Analyse van knelpunten, co-creatie van verbeteringen en evaluatie van geïmplementeerde veranderingen.

Voorbeelden: leren van en met anderen

1. Mentor- en leergroepen

- **Verantwoording.** Door begeleiding van junioren en studenten vindt sociaal leren plaats. Ervaringsuitwisseling en coaching zijn centrale leermechanismen.
- **Doel.** Coachen van junioren en studenten in een interprofessionele setting.
- **Werkvorm.** Gestructureerde begeleiding en reflectiesessies gericht op leerdoelen en samenwerking. (Projectplan_Werken_met_interprofessionele_leerteams_2425.pdf)

2. Moreel beraad-groepen

- **Verantwoording.** Leren vindt plaats door gezamenlijke reflectie en door dialoog over ethische dilemma's. Het gesprek en het gezamenlijk doordenken stimuleren het interprofessioneel moreel bewustzijn.
- **Doel.** Bespreken van ethische dilemma's en morele vragen in de patiëntenzorg.
- **Werkvorm.** Gebruik een gestructureerde methodiek, zoals de dilemmamethode, om gezamenlijk te komen tot een afgewogen oordeel.

3. Cross-functionele leiderschapsgroepen

- **Verantwoording.** In deze setting ontwikkelen professionals leiderschapscompetenties door peer learning, discussie en feedback. De groepsdynamiek is cruciaal.
- **Doel.** Bevorderen van leiderschapsvaardigheden in interprofessionele samenwerking.
- **Werkvorm.** Discussies en simulaties op het vlak van strategische besluitvorming en cultuurverandering.

4. Paradox benutten

- **Verantwoording.** Deze werkvorm helpt teamleden om een veilige en open communicatieomgeving te creëren door paradoxen te bespreken en te benutten.
- **Doel.** Het verbeteren van communicatie en samenwerking binnen teams.
- **Werkvorm.** Bespreek en benut paradoxen in een teamcontext. Een voorbeeld: het idee dat veiligheid nodig is om je uit te spreken, maar dat veiligheid pas ontstaat als je je daadwerkelijk uitspreekt. https://teamq.org/artikel/ingredienten-voor-een-succesvol-team/

5. Reframen met de ladder der gevolgtrekkingen

- **Verantwoording.** Deze werkvorm helpt teamleden om onbewuste aannames en overtuigingen expliciet te maken.
- **Doel.** Het verbeteren van communicatie en samenwerking binnen teams.
- **Werkvorm.** Maak onbewuste aannames en overtuigingen expliciet, zodat teamleden hun denkprocessen kunnen analyseren en eventueel herzien. https://teamq.org/artikel/ingredienten-voor-een-succesvol-team/

Nota bene: deze werkvorm omvat zowel de interactie met anderen als persoonlijke reflectie en analyse. Daarom kan deze werkvorm ook worden gecategoriseerd onder 'Leren door ervaring'.

Voorbeelden: formeel leren

1. Innovatie-en onderzoeksgroepen

- **Verantwoording.** Participeren in onderzoek of innovatieprojecten vraagt om actief leren in de praktijk, waarbij professionals kennis en vaardigheden ontwikkelen binnen reële contexten. Als ze samen reflecteren op interprofessionele casuïstiek en systematisch onderzoek doen, ontstaat ruimte voor verdieping, kritische analyse en duurzame verbeteringen in de zorg.
- **Doel.** Bevorderen van interprofessionele samenwerking in wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Dit gebeurt om zorgkwaliteit en effectiviteit te verbeteren.
- **Werkvorm.** Professionals en eventueel patiënten werken samen aan projecten die gericht zijn op bijvoorbeeld patiëntveiligheid, technologie-integratie of het ontwikkelen van nieuwe zorgmodellen. Hierbij worden concrete casussen onderzocht en geanalyseerd. Dat gebeurt met behulp van actieonderzoek of participatief onderzoek. De opbrengsten worden vertaald naar verbeterstrategieën of beleidsaanbevelingen die direct toepasbaar zijn in de zorgpraktijk.

2. Training- en simulatiegroepen

Verantwoording. Deze groepen zijn expliciet ingericht als gestructureerde leerinterventies met vooraf bepaalde leerdoelen en feedbackmomenten. Te denken valt bijvoorbeeld aan rollenspellen en gesimuleerde scenario's.
Doel. Oefenen op interprofessionele communicatie en samenwerking in gesimuleerde situaties.
Werkvorm. Rollenspellen, simulatie met feedback, gericht op zowel technische als niet-technische vaardigheden.

Inspirerend: boek en toolbox

Hieronder staan tips over gedetailleerde voorbeelden van werkvormen.

- Het boek 'Werkvormen interprofessioneel opleiden in de zorg' (FMS_Werkvormen_IPL.pdf). Hierin staan interprofessionele werkvormen bedoeld voor opleiders, onderwijskundigen en zorgprofessionals die betrokken zijn bij de opleiding van artsen. De werkvormen zijn ontwikkeld en toegepast door zorgprofessionals zelf. Dit gebeurde op initiatief van psycholoog en onderzoeker Natasja Looman (Radboudumc) en geriater Dieneke van Asselt (Radboudumc). De meeste werkvormen richten zich op samenwerking tussen aios en andere zorgprofessionals, maar zijn ook toepasbaar voor studenten uit andere zorgdisciplines.

- De 'Toolbox interprofessionele werkvormen' (Toolbox-IP-werkvormen-versie-mei-202331.pdf). In deze toolbox, uitgebracht door de Federatie Medisch Specialisten (FMS), zijn voor professionals interprofessionele werkvormen uitgewerkt die ondersteunend zijn om het interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden te bevorderen.

Interprofessioneel onderwijs en interprofessionele training integreren in bestaande formeel leren-momenten

Bestaande onderwijs- en trainingsmomenten bieden niet alleen kansen om te leren op de werkplek, maar ook om interprofessioneel leren te verweven in de dagelijkse praktijk. Een krachtig uitgangspunt is om IPE niet apart te organiseren, maar te integreren in klassikale formele onderwijsvormen. Hieronder staan voorbeelden van zulke onderwijsvormen.

DOO's (Discipline Overstijgend Onderwijs)

Er ontstaat ruimte voor een dialoog over prioriteiten, rollen en verantwoordelijkheden als discipline-overstijgende thema's en casuïstiek niet alleen worden benaderd vanuit medisch oogpunt, maar ook vanuit verpleegkundig en eventueel farmaceutisch perspectief. Denk bijvoorbeeld aan het bespreken van: ethische dilemma's, leiderschap & management, diversiteit & inclusie, ontslagplanning of communicatie met familie vanuit meerdere perspectieven. Ook leent een dergelijke setting zich ervoor om specifieke interprofessionele vaardigheden aan bod te laten komen. Bijvoorbeeld: kennismaken met elkaars perspectieven.

Klinische lessen en journal clubs

Traditioneel 'zendt' één discipline in deze sessies; door eenzijdige kennisoverdracht. In plaats daarvan kunnen deze sessies worden ingericht als gezamenlijke leerbijeenkomsten, met co-presentatie door artsen en verpleegkundigen. Beide professies delen dan hun bijdrage en visie op de zorgsituatie of het wetenschappelijke artikel delen. Dit bevordert niet alleen kennisdeling, maar ook respect voor elkaars expertise.

Teamtrainingen zoals CRM

CRM-trainingen zijn bij uitstek geschikt voor interprofessioneel leren. De reden: ze gaan over communicatie, samenwerking, leiderschap en situational awareness – allemaal thema's die gedeeld worden tussen disciplines. Als deze trainingen interprofessioneel worden aangeboden en de professies gezamenlijk reflecteren, worden geleerde vaardigheden direct toegepast in de reële werkomgeving.
Let wel: dit vereist een herformulering van de leerdoelen en de lesopzet in bestaande formeel leren-momenten. En het toevoegen van reflectie op de vier aspecten van interprofessionele samenwerking (zie hoofdstuk 1). In de tabel hieronder staan meer opleidingsmethodieken ingedeeld naar formeel en informeel leren.

Dialooggesprekken

Zogeheten dialooggesprekken waarin het real time-perspectief van de patiënt wordt meegenomen. Die worden gevoerd in het Maastricht UMC+. Het gaat om een driehoekgesprek tussen vertegenwoordigers van twee medische disciplines en de patiënt. Er is dus geen grote groep voor nodig.

Laatste adviezen voor de implementatie van interprofessionele leergemeenschappen

Interprofessionele leeromgeving in een bestaand team: eenvoudig te organiseren en met een groot effect

'Door in te zoomen op gezamenlijk leren krijgen we kennis en begrip voor elkaars werk, motivaties en drijfveren. Dit versterkt het teamgevoel en potentieel de kwaliteit van zorg, maar in ieder geval het werkplezier. Het creëren van een interprofessionele leeromgeving in een bestaand team heeft geen grote uitdagende logistiek en grote financiële budgetten nodig, dus is het gemakkelijk op te zetten. Zo wordt voldaan aan de individuele leerbehoeften van teams en is de opbrengst optimaal en direct relevant voor de werkvloer.'

Abbey Schepers, chirurg, COC-voorzitter, LUMC, lid College Medische Vervolgopleidingen UMCNL

Bestaande overlegstructuren zoals MDO's en visites kunnen structurele interprofessionele leergemeenschappen binnen de afdeling worden. Om relevant en actueel te blijven, is flexibiliteit in interprofessionele groepen en thema's belangrijk.

- Richt de IPLG's daarom deels projectmatig in, met een mix van structurele én tijdelijke thematische groepen.
- Stel elke IPLG samen uit vijf tot acht deelnemers, met een mix van minstens twee disciplines of beroepsgroepen. Kleinschalige groepen bevorderen een snelle groepsontwikkeling en sterke cohesie.
- Laat de IPLG-deelnemers gezamenlijk besprekingen voeren, problemen analyseren, oplossingen formuleren, doelen stellen en reflecteren op de samenwerking en resultaten. Zo wordt het zelf-organiserend vermogen van het team gestimuleerd.
- Kies voor IPLG's teams en teamleden die oog hebben voor hun interprofessionele identiteit. De ontwikkeling van zo'n identiteit verloopt doorgaans vlotter wanneer teamleden al in zekere mate interprofessioneel georiënteerd zijn. Een voorselectie op basis van deze houding kan dit proces versnellen. Maar dit is geen voorwaarde; zonder selectie is ontwikkeling nog steeds mogelijk, al kan het meer tijd vergen.
- Wijs voor elke leergemeenschap ten minste één ambassadeur interprofessioneel samenwerken aan. Die fungeert als rolmodel en aanjager: iemand met gezag, ervaring en enthousiasme, die het goede voorbeeld geeft, collega's inspireert en ondersteunt in het leerproces.
- Richt je hierbij op het ontwikkelen van gedeelde doelen, wederzijds begrip en vertrouwen tussen de disciplines. De ambassadeur voor interprofessioneel leren speelt hierin een belangrijke ondersteunende rol.
- Zorg voor regelmatige bijeenkomsten (eens per twee of drie weken). Herhaling helpt bij het succesvol op gang brengen van IPLG.
- Zorg ervoor dat zorgprofessionals structureel overstappen naar een andere IPLG, als dat mogelijk is. Als interprofessioneel denken en doen de standaard wordt bij steeds meer gelegenheden, raakt het namelijk meer verankerd in de cultuur van de reguliere zorgcontext en wordt het beschouwd als de norm.

- Zorg voor ten minste drie overstapmogelijkheden. Dit zorgt voor opbouw van kennis, ervaring en interprofessioneel gedrag.
- Behoud een balans tussen continuïteit (vaste IPLG-leden) en vernieuwing (wisseling naar andere IPLGs). Het duurt even om commitment van groepsleden te ontwikkelen; houd rekening met minimaal drie sessies.
- Organiseer expliciet reflectie en feedback om de interprofessionele identiteit te versterken. EPIS (Extended Professional Identity Scale) is een gevalideerd meetinstrument dat ook wordt gebruikt voor zulke reflectie. Met de geaggregeerde gegevens kan eveneens eventuele culturele verandering worden gemonitord (en gemonitord of het kantelpunt voor culturele verandering al is bereikt omdat de denkwijze zich sneller uitbreidt door de organisatie).
- Creëer een cultuur waarin interprofessioneel leren een continu proces is. Wees je ervan bewust dat interprofessionele identiteit anders na drie maanden weer op het startniveau is. Interprofessionele identiteit wordt stabieler en minder veranderlijk naarmate de identificatie sterker is.

Belangrijk inzicht

De transfer naar de interprofessionele identiteit ontstaat door de combinatie van structureel en projectmatig overleg, en als onderdeel van de normale werkwijzen.

Reflectie is een essentieel onderdeel van interprofessioneel leren

‘De kracht van reflectie in interprofessionele samenwerking’

‘In de dagelijkse zorgpraktijk werken artsen en verpleegkundigen voortdurend samen in situaties die complex en emotioneel geladen kunnen zijn. Juist dan blijkt hoe belangrijk het is om niet alleen elkaars expertise te kennen, maar ook jezelf.

Door bewust stil te staan bij de eigen professionele waarden, kwetsbaarheden en communicatiestijl, leren we niet alleen beter samen te werken, maar ook om met meer empathie, begrip en zelfvertrouwen te handelen in uitdagende zorgsituaties. Reflectie maakt zichtbaar wat vaak impliciet blijft: hoe onze overtuigingen, emoties en ervaringen invloed hebben op de manier waarop we communiceren, besluiten nemen en verantwoordelijkheid delen.
In interprofessioneel opleiden creëren we ruimte voor reflectie en gezamenlijke leerervaringen over de grenzen van disciplines heen. Artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals leren daarin om verschillen in perspectief niet als obstakel, maar als verrijking te zien.’

Frederike Oud, educational innovator interprofessioneel opleiden en samenwerken, klinisch geriater, UMC Utrecht, vicevoorzitter werkgroep van deze handreiking

Reflectie op het interprofessionele proces is een essentieel onderdeel van het interprofessioneel leren. Het doel is dat zorgprofessionals in opleiding inzicht te krijgen in elkaars discipline, teamsamenwerking, gedeelde verantwoordelijkheid, gezamenlijke besluitvorming en het oplossen van tegengestelde belangen. En dat ze hierover leren door training en leren vanuit reflectie.
Het is nuttig vóór een training in gesprek met de te trainen zorgprofessionals de vier interprofessionele samenwerkingscompetenties uit dit hoofdstuk te bespreken.

Vanuit deze vier competenties zijn leerdoelen voor het onderwijsmoment te formuleren.

Voorbeelden van leerdoelen

Leerdoel 1: zorgprofessionals kunnen de rollen en verantwoordelijkheden van de interprofessionele teamleden (inclusief de belangen van de patiënt) beschrijven en een houding aannemen die past bij de situatie.
Leerdoel 2: zorgprofessionals kunnen reflecteren op hun aandeel in de samenwerking en communicatie van het interprofessionele team, waarbij ze de rollen, verantwoordelijkheden en teamdynamieken meenemen.

Bron: UMC Utrecht, Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie. (z.d.). Docentenhandleiding IPL [Ongepubliceerd manuscript]. UMC Utrecht.

Voor de introductie van het IPE-leermoment kunnen de volgende vragen als voorbeeld dienen:

Kennismaking als persoon en professie.
- Wat weet je van elkaars vak? Wat zien jullie als elkaars taken?
- Wat zijn overeenkomsten en verschillen tussen elkaars vakken en taken?
- Heb je het idee dat artsen anders onderling communiceren dan verpleegkundigen? Zo ja, hoe?
- Wie neemt het voortouw als de teamleider het even niet meer weet, en waarom?
- Welke feedback over je functioneren zou je willen krijgen van de andere professie?
- Hoe merk je dat er mogelijk spanningen en belangentegenstellingen optreden, en welke zijn dat? Hebben jullie vooroordelen, aannames en stereotyperingen ten opzichte van elkaars professie?
- Hoe zou de samenwerking tussen de professies idealiter verlopen?

Het is functioneel om de training te evalueren aan de hand van de interprofessionele doelen die vóór de training zijn vastgesteld, zowel globaal als specifiek.

1. Globale evaluatie: je kunt onderstaande generieke reflectievragen gebruiken.
- Hoe vonden jullie het om de activiteit uit te voeren?
- Waar zijn jullie tegenaan gelopen?
- Wat is er gebeurd en met welk effect?
- Wat verbaasde je aan je eigen handelswijze en de handelswijze van anderen?
- Waardoor voelde je je gefrustreerd of onprettig?

2. Specifieke evaluatie van de interprofessionele leerdoelen (vier competenties). Je kunt onderstaande reflectievragen gebruiken.

Voorbeeld bij leerdoel 1
- Welke verschillen en/of overeenkomsten tussen de rollen en verantwoordelijkheden van beroepsgroepen zijn jullie opgevallen tijdens de activiteit?
- Hoe beïnvloedt dit het beeld dat jullie van elkaar hebben?
- Hoe beïnvloedt dit jullie samenwerking?

Voorbeeld bij leerdoel 2
- Welke verschillen en/of overeenkomsten in de communicatie tussen professies zijn jullie opgevallen?
- Hoe beïnvloedt dit jullie samenwerking?

3. Interprofessionele afsluitende reflectievragen
- Welke nieuwe inzichten heb je opgedaan tijdens het interprofessioneel leren?
- Wat doen deelnemende disciplines nu niet gezamenlijk, terwijl dat wel meerwaarde zou hebben?
- Welke ervaring van vandaag neem je mee wanneer je gaat samenwerken met een andere professie? Wat ga je ermee doen in de dagelijkse praktijk?

Het bovenstaande is gebaseerd op supervisoren-handleiding Interprofessioneel leren Divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie, UMC Utrecht.

Interprofessionele reflectie toevoegen als leermiddel aan bestaande samenwerkingstrainingen

In de zorg bestaan al geruime tijd samenwerkingstrainingen. Ze worden standaard gevolgd door professionals uit verschillende disciplines. Toch is de vraag of er voldoende aandacht is voor de interprofessionele dimensie van die samenwerking. In simulatietrainingen staat doorgaans het volgen van een protocol of vaste werkwijze centraal. Denk aan Airway, Breathing, Circulation, Disability en Environment (ABCDE)-methode, Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR)-methode, Closed Loop Communication (CLC), Advanced Life Support (ALS) of Pediatric Trauma Life Support (PTLS). Van ieder teamlid wordt verwacht dat het deze protocollen kent, zijn of haar taak begrijpt (zoals leidinggeven, ventilatie op gang houden, bloedcirculatie continueren) en weet wat te doen in afwijkende situaties.

De evaluaties van samenwerkingstrainingen richten zich vaak op: (1) wat was de situatie, (2) is het protocol gevolgd, (3) was de communicatie effectief en (4) wat ging goed, wat niet, en waarom? Dit zijn waardevolle reflectievragen. Toch zijn de kansen dan niet allemaal benut. In de praktijk is er namelijk overlap tussen de kennis en vaardigheden van professionals – zowel technisch als niet-technisch. Een internist, cardioloog en anesthesioloog kunnen vaak soortgelijke diagnostiek uitvoeren. En gespecialiseerde verpleegkundigen en artsen beschikken geregeld over dezelfde technische vaardigheden, bijvoorbeeld bij het inbrengen van een infuus of het defibrilleren. Het benutten van deze gedeelde expertise – juist op de werkvloer – kan bijdragen aan betere patiëntenzorg. Daarvoor is het nodig dat bestaande samenwerkingstrainingen ook expliciet aandacht besteden aan interprofessioneel leren:

- inzicht in elkaars rol en expertise;
- samenwerken over grenzen van vakgebieden heen;
- gedeeld leiderschap;
- omgaan met spanning of conflict in teams.

Simulatieteamtraining

De toolbox interprofessionele werkvormen biedt werkvormen die ondersteunend zijn om het interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden te bevorderen. Hierin wordt ook aandacht besteed aan interprofessionele simulatieteamtraining. Zie: https://www.radboudumc.nl/getmedia/21bb9168-f9ab-4d5d-b273-61aac70b0366/Toolbox-werkvormen-IPL-december-2018.aspx

De toolbox is tot stand gekomen na een inventarisatie naar gebruikte werkvormen binnen de faculteit Gezondheid, Gedrag en Maatschappij van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en het Radboudumc.

Toetsing – wat, waarom en hoe?

Waarom is formele toetsing van kennis, vaardigheden en gedrag van belang in het kader van interprofessioneel opleiden? En waarom vraagt interprofessioneel samenwerken om verschillende benaderingen? De werkgroep vindt toetsing alleen zinvol als het een duidelijk doel dient. Ook wil de werkgroep administratieve lastendruk voorkomen.

Hoofdindeling van toetsing

Toetsen zijn een hulpmiddel voor zorgprofessionals in opleiding, opleiders en medewerkers. Toetsing kan inzicht geven in het leren en het leerproces. Dat maakt duidelijk wat er nog moet worden bereikt (formatief) en of kennis en vaardigheden van voldoende niveau zijn (summatief). Summatieve toetsing is naar oordeel van de samenstellers van deze handreiking alleen aan de orde bij opleidingssituaties.

De algemene doelen van toetsing zijn:

- het meten van leerprestaties (kennisbeheersing, weten wat);
- het meten van vaardigheden (weten hoe);
- het sturen van leerprocessen;
- het evalueren van onderwijs';
- het bieden van feedback voor verbetering.

Interprofessionele aspecten van toetsing

Als het gaat om doelen, accenten en toetsvormen, verschilt de toetsing van interprofessioneel leren op een aantal manieren van reguliere monodisciplinaire toetsing. De focus verschuift bij interprofessioneel leren van individuele competenties naar gezamenlijk functioneren in een team van professionals uit verschillende disciplines. Als gevolg daarvan worden doelen en dimensies toegevoegd aan de reguliere toetsing. Deze staan hieronder vermeld.

- **De reflectie op de professionele identiteit van het individuele teamlid en de professionele identiteit van andere teamleden**
  - Kunnen aios, verpleegkundigen en artsen, met respect voor elkaars competenties, professionele domeinen verkennen en verdiepen? Begrijpen en respecteren ze elkaars rollen en verantwoordelijkheden?
- **Samenwerking tussen disciplines**
  - Het toetsen van de samenwerkingscompetenties van elk afzonderlijk teamlid en van de teamleden in samenhang
  - Waarin wordt samenwerking verwacht?
  - Hoe komt die samenwerking tot stand?
  - Waaruit blijkt dat aios, verpleegkundigen en artsen met elkaar samenwerken?
  - Hoe positioneren zij zichzelf in een team?
  - Hoe verhouden ze zich tot andere disciplines?
- **Communicatie tussen disciplines**
  - Zijn alle teamleden in staat tot speaking up, oftewel het woord nemen en elkaar aanspreken?
  - Kunnen de teamleden hun vaktaal vertalen naar andere disciplines?
- **Besluitvorming**
  - Zijn de teamleden in staat tot gezamenlijke verantwoordelijkheid?
  - Zijn de teamleden in staat om tot een gemeenschappelijk behandelplan te komen en daarin de patiënt een centrale plaats te geven?
- **Conflicthantering**
  - Worden interprofessionele belangen en misverstanden (h)erkend en opgelost in het team?

Tijdens de opleiding worden teamleden individueel getoetst. Een algemeen uitgangspunt bij toetsing, en ook bij toetsing in het kader van interprofessionele opleiden, is om de bestaande instrumenten te gebruiken die ook worden opgenomen in het individueel opleidingsplan en eveneens het bestaande portfolio te gebruiken.

Voorbeelden van formele toetsinstrumenten voor aios zijn:

- 360-graden-feedback, waarbij feedback uit verschillende hoeken wordt meegenomen, ook van verpleegkundigen of andere directe collega's (of soms ook patiënten);
- IPE-gerichte leerdoelen opnemen in het individueel opleidingsplan;
- korte praktijkbeoordelingen (KPB's) laten invullen door supervisors, met aandacht voor de Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS)-competenties die van belang zijn voor IPE (communicatie, samenwerking, professionaliteit & kwaliteit).

Formatieve toetsvormen voor teams zijn: peer-assessment, groepsopdrachten (eindproducten van interprofessionele samenwerking), rollenspellen, et cetera. En ook de beoordeling van het groepsproces zelf, dus niet alleen het eindproduct.
Hieronder staat een overzicht van voorbeelden van gevalideerde instrumenten voor het meten van aspecten van interprofessiosneel leren.

Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey (ICCAS)

- Veelgebruikte pre-post-zelfrapportagevragenlijst om samenwerkingscompetenties te meten.
- Gericht op onder andere communicatie, teamwerking, ethiek en rolbegrip.
- Gevalideerd in diverse IPE-settings.

TeamSTEPPS Teamwork Perceptions Questionnaire

- Focus op percepties van teamgedrag en samenwerking.
- Medisch en zorg-gerelateerd gevalideerd.

Reflectie op professionele identiteit: Professional Identity Essay (PIE)

- Kwalitatief instrument dat studenten laat reflecteren op hun (en andermans) professionele identiteit.
- Wordt vaak gekoppeld aan gebruik van rubrics.

Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)

- Meet attitudes en bereidheid tot interprofessioneel leren, inclusief rol- en identiteitsbewustzijn.
- Wijdverspreid, maar validatie is soms afhankelijk van de context (let op bij interpretatie).

Communicatie tussen disciplines

- SBAR Communication Assessment Tool.
- Specifiek gericht op communicatie in interprofessionele klinische situaties.
- SBAR wordt vaak gebruikt in simulaties.

Interprofessional Collaborator Assessment Rubric (ICAR)

- Beoordeelt interprofessionele communicatie in praktische settings.
- In Canada ontwikkeld, goed onderbouwd.

Team-based assessment

- Team Observed Structured Clinical Encounter (TOSCE)
- Beoordeelt teamwork via gesimuleerde praktijksituaties (vergelijkbaar met Objective Structured Clinical Examination (OSCE), maar met teamfocus).
- Zeer geschikt voor IPE-simulaties.

360-graden-feedback of multisource feedback tools

- Studenten worden beoordeeld door medestudenten, docenten en soms simulatiepatiënten.
- Context-specifiek inzetbaar, niet altijd gestandaardiseerd, maar zeer waardevol.

Contextualiseren van kennis (interprofessionele praktijksituaties)

- Case-based assessment with reflective prompts
- Geen standaardinstrument, maar veel IPE-programma's gebruiken gevalideerde casussen met scoringsrubrieken om toepassing van kennis in interprofessionele contexten te beoordelen.

Entrustable Professional Activities (EPAs) met interprofessioneel element

- Interprofessioneel samenwerken is geen EPA op zichzelf, maar wel frequent onderdeel van professionele activiteiten. EPAs kunnen dus interprofessionele competenties meenemen. Bijvoorbeeld: 'werken in interprofessionele teams'.
- Vaak gekoppeld aan portfolio's en leeruitkomsten.

Na de opleiding kan worden gebruikgemaakt van:

- IFMS. Dit is een gestructureerde periodieke evaluatie van het individuele functioneren van een medisch specialist. Het is sinds 2010 een verplicht onderdeel voor herregistratie in het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-register en bedoeld als instrument voor kwaliteitsverbetering en professionele groei.

Samenvattend: toetsing in interprofessioneel onderwijs verschilt qua doelen, accenten en toetsvormen van toetsing in regulier, monodisciplinair onderwijs. Er ligt meer nadruk op competenties die te maken hebben met samenwerking, communicatie, rollenbewustzijn en gezamenlijke besluitvorming. In traditioneel onderwijs worden deze competenties minder expliciet getoetst.

Verbinding tussen competenties en leerdoelen, leer-/onderwijsmethodieken en voorbeelden van gevalideerde toetsinstrumenten

Op basis van het bovenstaande geeft het onderstaande schema op beknopte en overzichtelijke wijze inzicht in de samenhang tussen de beschreven competenties en leerdoelen. Per competentie en leerdoel worden voorbeelden van methodieken weergegeven die bijdragen aan de ontwikkeling en het onderhoud ervan, toegespitst op werkplekleren binnen de drie leerdomeinen: leren door ervaring, leren van en met anderen en formeel leren. Daarnaast worden passende en gevalideerde toetsinstrumenten aangereikt waarmee de voortgang en ontwikkeling op deze competenties en leerdoelen systematisch gevolgd kunnen worden.

Toelichting op de structuur van het schema

Het model volgt de driedeling van Jennings (2013): leren door ervaring, leren van en met anderen, en formeel leren. Deze dimensies versterken elkaar in een cyclisch leerproces waarin reflectie, praktijkervaring en formele scholing elkaar aanvullen.

Gebruik van meetinstrumenten

- ICCAS – Zelfbeoordeling van interprofessionele competenties.
- TOSCE – Observatie van teamwork en communicatie.
- EPIS – Reflectie op interprofessionele identiteit en sensitiviteit.
- TeamQ – Evaluatie van teameffectiviteit en samenwerking.
- LPI/ILPS – Meting van samenwerkend leiderschap.

Competentie	Leerdoelen	Leren door ervaring	Leren van & met anderen	Formeel leren	Gevalideerde toetsinstrumenten
Rolduidelijkheid (Role clarification)	• Herkennen van rollen en verantwoordelijkheden van teamleden, inclusief de patiënt. • Passende houding aannemen binnen interprofessionele samenwerking.	• Casuïstiekbesprekingen om rollen te verduidelijken. • Interprofessioneel MDO en gezamenlijke visites.	• Mentoren-leergroepen om rolverwachtingen te bespreken. • Moreel beraad bij rolconflicten. • Professional Identity Essay (PIE)	• DOO's en CRM-trainingen waarin rolduidelijkheid expliciet wordt geoefend.	• ICCAS – meet verandering in percepties over rolbegrip en samenwerking. • Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS)
Team-functioneren (Team functioning)	• Inzetten van kennis, vaardigheden en attitude om tot gezamenlijke besluiten te komen. • Communicatiemodellen gebruiken die passen bij de interprofessionele context.	• Debriefinggroepen na praktijkervaringen. • Casuïstiekbesprekingen volgens STARR- of SOAP-methodiek. • Procesverbetergroepen op de afdeling.	• Cross-functionele leiderschaps-groepen met interprofessionele teams. • Reframing met de 'ladder der gevolgtrekkingen'. • Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)	• Simulatietrainingen (CRM) met feedbackmomenten. • Teamtrainingen gericht op communicatie en samenwerking.	• TeamQ of TOSCE – observeert samenwerking en communicatie in teams. • Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (TeamSTEPPS) • Interprofessional Collaborator Assessment Rubric (ICAR) • 360 graden-feedback
Samenwerkend leiderschap (Collaborative leadership)	• Reflecteren op de eigen rol en machtsdynamiek binnen het team. • Verantwoordelijkheid nemen én delen bij gezamenlijke besluiten.	• Kwaliteits- en verbeterprojecten met gedeeld leiderschap. • Casusbesprekingen met rotatie van voorzitterschap. • SBAR-methode	• Moreel beraad-groepen voor ethische reflectie. • Paradox benutten of reframen van aannames in het team.	• Formele leiderschapstrainingen met deelnemers uit verschillende disciplines.	• Individual Learning Plans (ILPS) of Leadership Practices Inventory (LPI) – evaluatie van gedeeld leiderschap en invloed in teams.
Belangenafweging & Conflictoplossing (Conflict resolution)	• Spanningen en meningsverschillen herkennen en bespreekbaar maken. • Constructief bijdragen aan oplossingen.	• Debriefing na morele of team-gerelateerde incidenten. • Casuïstiekbesprekingen over dilemma's en keuzes.	• Moreel beraad-groepen voor ethische reflectie. • Paradox benutten of reframen van aannames in het team.	• Trainingen in conflicthantering en morele reflectie.	• Extended Professional Identity Scale (EPIS) – meet ontwikkeling van interprofessionele identiteit en conflictvaardigheid.

3. Implementatie van interprofessioneel werkplekleren voor opleiders en leidinggevenden

‘Het organiseren van een interprofessionele leeractiviteit is op zichzelf al een proces van leren over, van en met elkaar. Dit vraagt om de vier essentiële interprofessionele competenties.’ (zie de inleiding)

Implementatie: wat zijn de pijlers voor succes?

Interprofessioneel opleiden op de werkplek is een innovatie. Innovatie is een vernieuwing die leidt tot verandering en verbetering. Of het lukt om interprofessioneel opleiden te implementeren op de werkplek, hangt af van twee belangrijke factoren. De eerste: de eigenschappen van de innovatie zelf. En de tweede: de manier waarop de innovatie wordt geïmplementeerd (Klein & Sorra, 1996). De effectiviteit van de implementatie – oftewel in hoeverre interprofessionele principes consequent en kwalitatief worden toegepast in werkplekleren – wordt bepaald door:

1. het organisatieklimaat rondom de innovatie;
2. de mate waarin de innovatie aansluit bij de waarden van zorgprofessionals.

Daarnaast vraagt interprofessioneel werkplekleren niet alleen om kennis en vaardigheden, maar ook om een daarbij passende houding. Hierdoor is de implementatie sterk contextafhankelijk en bestaat er geen standaardaanpak. Dit document biedt dan ook geen vast stappenplan, maar een overzicht van belangrijke aandachtspunten voor leidinggevenden, zorgprofessionals, opleiders en beleidsmakers. Hiermee kan een lokaal team de kwaliteit van zowel de interprofessionele leerinterventie als de implementatie vooraf beoordelen.

De uitwerking hiervan is gebaseerd op het implementatiewerk van Klein & Sorra (1996) en het Consolidated Framework for Implementation Research (2009), aangevuld met gebruikersfeedback.

De vier pijlers van implementatie:

1. de leerinterventie ontwikkelen en beoordelen op relevantie en kwaliteit;
2. het organisatieklimaat voor innovaties;
3. de mate waarin de innovatie aansluit bij de waarden van zorgprofessionals;
4. de professionele ontwikkeling van het team.

Interprofessioneel opleiden enkel meenemen in het beleid van een zorgafdeling maakt het werkplekleren niet per se succesvol. De reden: er is altijd de korte-termijn-urgentie van de zorg, waarbij zorg snel de prioriteit krijgt boven het leren en opleiden. Interprofessioneel opleiden opnemen als een beleidsvoornemen in een opleiding tot zorgprofessional is vaak wel succesvol, omdat daarmee het interprofessioneel leren contextonafhankelijk wordt verplicht, en ook extern via visitaties wordt getoetst. Het werkplekmanagement en opleiders zijn dus cruciaal bij het interprofessionele leren. Om die reden is het advies om bij de implementatie zowel de afdeling als de opleiding in de planvorming mee te nemen om elkaar van twee kanten te stimuleren.

Good practice: transfer challenges

Een good practice: in het UMC Utrecht wordt in het KKO (Kwalificatie Klinisch Onderwijs), vergelijkbaar met BKO (Basiskwalificatie Onderwijs), gewerkt met ‘transfer challenges’. Aan het einde van een bijeenkomst moeten deelnemers opschrijven wat ze anders gaan doen op de werkvloer (transfer challenges). Zo wordt van het concurrerende aspect (leren of werken) een leerdoel gemaakt en maak je van een concurrerend principe een synergerend principe.

Implementatiepijler 1: interprofessionele leerinterventie ontwikkelen en beoordelen op relevantie en kwaliteit

In de voorgaande hoofdstukken is een lans gebroken voor het interprofessioneel werkplekleren. Dat heeft vele beroepscontexten en vormen. Het is aan leidinggevenden, zorgprofessionals, opleiders en beleidsmakers van de verpleegkundige, medische en paramedische disciplines om dit lokaal context-specifiek verder te ontwikkelen. Hieronder staat een generieke handreiking daarvoor.
De onderstaande tekst biedt een stapsgewijze aanpak voor het ontwikkelen en implementeren van een gezamenlijke breed gedragen leerinterventie op de werkvloer. Centraal in dit proces staat een procesverantwoordelijke die het traject faciliteert en bewaakt. Het proces bestaat uit zes stappen: van voorbereiding tot implementatie en evaluatie (gebaseerd op ‘Toolbox interprofessioneel leren op jouw afdeling’ van het UMC Utrecht).

Stap 1: benoem een procesverantwoordelijke

Een succesvolle implementatie begint met het aanwijzen van een procesverantwoordelijke. Deze persoon heeft als taak het hele traject te begeleiden en moet daarvoor voldoende tijd, mandaat en middelen krijgen. Bij de selectie van deze persoon gelden belangrijke criteria:

- Onafhankelijke positie. De procesverantwoordelijke mag geen aanspreekpunt zijn voor een professie op de afdeling. Zo wordt belangenverstrengeling voorkomen.
- Doorzettingsvermogen en verbindend vermogen zijn essentieel om professies samen te brengen.
- Ervaring of affiniteit met projecten en het managen ervan.
- Affiniteit met onderwijs en nieuwsgierigheid naar andere disciplines dragen bij aan een effectieve aanpak.
- Creativiteit en flexibiliteit zijn gewenst, omdat innovatieve oplossingen nodig zijn om interprofessioneel werkplekleren vorm te geven in een complexe zorgcontext.

Stap 2: inventariseer de betrokken professionele disciplines

De volgende stap is het in kaart brengen van alle disciplines op de werkvloer, inclusief externe professionals die worden betrokken bij casuïstiek. De procesverantwoordelijke verzamelt deze informatie via interviews of mailcontact met medewerkers. Belangrijke vragen hierbij zijn:

- Wie zijn betrokken bij de zorg voor de patiënt?
- Wie werken er samen in overlegvormen?
- Welke rollen zijn zichtbaar op de afdeling en daarbuiten?

Deze stap biedt de basis voor inclusieve en breed gedragen werkvormen.

Stap 3: organiseer één of meer gezamenlijke brainstormsessies

In deze fase worden ideeën verzameld, doelen geformuleerd en kaders vastgesteld. Deze gezamenlijke sessies zijn essentieel om draagvlak te creëren en de werkvloer actief te betrekken bij het interprofessioneel werkplekleren.

Tips voor effectieve sessies

- Plan ruim van tevoren en stuur tijdig herinneringen.
- Zorg voor een gastvrije setting (koffie, thee, iets lekkers).
- Laat deelnemers zich voorbereiden met vooraf toegestuurd materiaal.
- Neem sessies op (audio). Als de procesverantwoordelijke geen aantekeningen hoeft te maken, heeft hij/zij de handen vrij om de sessie te faciliteren.
- Werk in kleine groepjes en benut hun input.
- Wees concreet: bied voorstellen en doelen aan waarop deelnemers kunnen reflecteren.
- Bevorder openheid, voorkom oordelen en stimuleer actieve deelname.

Stap 4: werk concrete voorstellen uit en leg ze voor

Na één of meerdere sessies worden één of meer conceptvoorstellen uitgewerkt.
Deze voorstellen bevatten:

- een pakkende titel en samenvatting;
- informatie over frequentie en duur;
- randvoorwaarden en benodigdheden;
- begeleiding en betrokken disciplines;
- inhoudelijke bijdrage en opbrengst voor studenten.

De voorstellen worden getoetst aan de hand van eerder geformuleerde leerdoelen. Daarna worden ze gepresenteerd aan vertegenwoordigers van de betrokken disciplines. Als er al aanspreekpunten zijn, kunnen die deze rol vervullen. De voorstellen worden bij voorkeur besproken in groepjes, waarin deelnemers hun voorkeuren delen en gezamenlijk tot keuzes komen. Het is cruciaal dat de groep de besluitvorming draagt.

Stap 5: werk het gekozen voorstel uit

De implementatie vergt nadere afstemming met de aanspreekpunten per professie. Het voorstel wordt verder uitgewerkt in samenwerking met de betrokkenen. Denk aan:

- vastleggen van data, frequentie en tijdsinvestering;
- benoemen van aanspreekpunten per discipline;
- inhoudelijke uitwerking en materialen (zoals handleidingen);
- inrichten van communicatie- en evaluatiestructuren;
- supervisors erbij betrekken en roosters regelen;
- afspraken maken over overdracht aan nieuwe collega's.

Deze fase vraagt maatwerk: afhankelijk van de gekozen interventie kunnen de werkzaamheden sterk variëren.

Stap 6: implementeer en evalueer

De implementatie start met een kick-offbijeenkomst voor de aanspreekpunten. Dit moment dient om het enthousiasme aan te wakkeren, verantwoordelijkheden te benadrukken en duidelijke afspraken te maken over communicatie en evaluatie. Hieronder staan voorbeelden van afspraken.

- Als er supervisors nodig zijn, vanuit welke professies zullen die die dan afkomstig zijn en wie gaat de roostering doen?
- Hoe komen nieuwe lerenden te weten over de IPL-momenten?
- Handleidingen maken voor de lerenden, supervisors en aanspreekpunten.
- Eventueel ruimtes reserveren voor het IPL-moment.
- Met de professies een evaluatiemoment inplannen.
- Inhoud van eventuele opdrachten vormgeven.
- Wat gebeurt er bij ziekte van een supervisor?
- Wanneer is het eerste gezamenlijke evaluatiemoment?

De eerste fase van implementatie zal onvermijdelijk gepaard gaan met aanpassingen van het voorstel. Dit is normaal en is een kans tot verbetering.

Tips voor de eerste fase

- Vraag actief feedback van lerenden, aanspreekpunten en supervisors.
- Wees benaderbaar en open voor suggesties.
- Plan structurele evaluatiemomenten.
- Wees transparant over wijzigingen en stem ze af met alle betrokkenen.

Conclusie

Zorgvuldige investeringen in voorbereiding, samenwerking en iteratie leiden tot een leerinterventie die niet alleen aansluit bij de praktijk, maar ook verankerd raakt in de cultuur van de afdeling. Zo wordt de werkplek een levendige leeromgeving waarin samenwerking en professionele groei centraal staan.

Snelle inhoudelijke beoordeling van een interprofessionele leerinterventie

Een leerinterventie is pas effectief als deze zo goed mogelijk aansluit bij de praktijk. In dit hoofdstuk staat de inhoudelijk beoordeling van de leerinterventie centraal. Aan de hand van een aantal criteria en praktijkinzichten krijg je praktische tips over hoe de beoordeling of de leerleerinterventie aansluit bij de doelgroep. En of de gebruikelijke voorzorgsmaatregelen zijn getroffen.

1. Relevantie voor de praktijk

- De leerinhoud sluit direct aan bij de klinische praktijk, actuele casuïstiek en dagelijkse rollen en verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals.
- De inhoud is up-to-date en gebaseerd op actuele richtlijnen, wetgeving en evidence-based practices.
- Sluit aan bij professionele en maatschappelijke ontwikkelingen (bijvoorbeeld digitalisering of persoons-gerichte zorg).
- Oefen met casuïstiek uit de eigen werkpraktijk.
- De interventie helpt de deelnemer het geleerde toe te passen in de eigen werksituatie.
- Werkplekleren of opdrachten op de werkvloer zijn onderdeel van het programma.

2. Toegankelijkheid en haalbaarheid

- De leerinterventie is realistisch in tijd, inzet en middelen en past bij de werkomstandigheden.

3. Integratie met werkprocessen

- Werkplekleren is verweven met bestaande werkprocessen. Het vormt geen onevenredige belasting en is een verrijking van het dagelijks werk.

4. Activerend, begeleiding, feedback en reflectie

- De leerinterventie voorziet in deskundige begeleiding van de deelnemers.
- Trainers of begeleiders zijn vakinhoudelijk én didactisch competent.
- Begeleiding is coachend en stimulerend.
- Deelnemers worden gestimuleerd tot zelfreflectie, het formuleren van leerdoelen en het zelf monitoren van hun leerproces.
- Ondersteuning wordt geboden waar het nodig is.
- Deelnemers worden er actief bij betrokken; bijvoorbeeld via intervisie, simulatie en rollenspellen.
- Ruimte voor kennisdeling en reflectie.

5. Veilige leeromgeving

- Zorgprofessionals verschillen van elkaar, maar ieders waarde is gelijk. De zorgprofessionals werken op basis van wederzijds respect en kennis van elkaars deskundigheid. Er zijn maatregelen getroffen om de leeromgeving psychologisch veilig te maken en te houden. Fouten worden erkend als leermomenten. Er is ruimte voor vragen, reflectie en het benoemen van onzekerheden.

6. Duidelijke leerdoelen en evaluatiecriteria

- Elke interventie heeft vooraf geformuleerde leerdoelen. Er zijn expliciete en transparante criteria om de voortgang en uitkomsten te beoordelen.

7. Continuïteit en borging

- Leren is ingebed in een bredere leercultuur en wordt cyclisch opgevolgd.
- De leerinterventie wordt geëvalueerd
- Idealiter: de leerinterventie dient als nascholing en telt mee voor herregistratie of permanente educatie.

Implementatiepijler 2: het implementatieklimaat: voer een systematische analyse uit

Samenwerking als lesmateriaal

‘Het organiseren van interprofessioneel leren op de werkplek ís op zichzelf al een interprofessionele leerervaring. Het organiseren vereist dezelfde competentie als het leren. Je brengt artsen, verpleegkundigen, paramedici, opleiders, onderwijskundigen, managers en bedrijfsvoerders samen – ieder met een eigen perspectief. Alleen al die samenwerking vraagt om begrip, gelijkwaardigheid en echte teamafstemming. Dáár, waar professie elkaar dagelijks ontmoeten, is samenwerking zélf het lesmateriaal.’

Rien de Vos, hoogleraar onderwijs en opleiden, in het bijzonder de interprofessionele zorg, Amsterdam UMC, voorzitter werkgroep van deze handreiking,

In het voorgaande hoofdstuk hebben leidinggevenden, zorgprofessionals, opleiders en beleidsmakers van de verpleegkundige, medische en paramedische disciplines een handreiking gekregen om de leerinterventie te beoordelen op relevantie en kwaliteit. Stemt die beoordeling tot tevredenheid? Dan is het tijd voor hun volgende stap: het implementeren zelf. Ook dan is een stappenplan nuttig. Met een korte check van onderstaande punten kunnen leidinggevenden, zorgprofessionals, opleiders en beleidsmakers aan de slag gaan. Tussendoor staan gecursiveerd korte praktische inzichten en ervaringen vermeld.

1. Wie zijn cruciaal in dit proces?

- Maak omgevingsscan op vier niveaus:
  - buiten de organisatie;
  - binnen de organisatie;
  - van de afdeling/divisie;
  - van het team.
- Breng in kaart wie op deze vier niveaus formele beslissingen neemt over:
  - beleid, financiën en personeelsinzet;
  - welke niveaus van belang zijn voor het welslagen van de interprofessionele samenwerking. Bijvoorbeeld het niveau buiten de zorgorganisatie: beroepsorganisatie, andere koepelorganisaties. Of het niveau binnen de organisatie: COC, raad van bestuur et cetera. Wat is hun rol in verschillende fasen van het traject?
- Identificeer vervolgens medewerkers/personen met informele invloed op houding en gedrag van de medewerkers die te maken krijgen met interprofessioneel werkplekleren. Hoe kunnen zij bijdragen aan het draagvlak?
- Stel op basis van de scan een implementatieteam samen dat een mix vormt van experts en gebruikers.

‘Zorgprofessionals willen zeggenschap, goedkeuring en duidelijke plannen. Worden zij achteraf met voldongen feiten geconfronteerd, dan ontstaat er weerstand.’

2. Onderzoek het implementatieklimaat

- Welke behoefte vervult interprofessioneel werkplekleren voor de afdeling en de betrokken beroepsgroepen?
- Zijn de benodigde kennis, vaardigheden en attitudes aanwezig? Wat zijn de randvoorwaarden bij de start en gedurende het proces? Te denken valt onder meer aan beschikbare tijd, extra menskracht en begeleiding.
- Hoe beschikbaar en gemotiveerd zijn de betrokken medewerkers?
- Lees hiervoor ook het bevorderen van een cultuur van interprofessioneel leren en werken op een zorgafdeling (zie hoofdstuk 2).

‘Is deze leerinterventie ontstaan vanuit idealisme of noodzaak? Wordt het gezien als een “nice to have” of een “need to have”? Dit bepaalt het draagvlak.’

3. Anticipeer op de waarden binnen het team en bepaal daarmee het draagvlak

- Welke waarden heersen er op het gebied van patiëntgerichtheid, gelijkwaardigheid, gedeelde besluitvorming, verantwoordelijkheid, reflectie en kwaliteit & veiligheid? Zijn deze ook geïntegreerd in het dagelijks handelen van de professionals?
- Hoe sluiten deze waarden aan bij het IPO en samenwerken?
- Classificeer de mate van steun voor IPO en samenwerken: weerstand, neutraal of stimulerend.

‘Voorkom spraakverwarring: interprofessioneel werkplekleren introduceert nieuwe begrippen zoals gedeeld leiderschap en gelijkwaardigheid. Elke beroepsgroep heeft een eigen taal; ontwikkel daarom een gemeenschappelijk vocabulaire.’

4. Breng hindernissen en kansen in kaart

- Welke belemmeringen en ondersteunende factoren spelen op afdelings-, team- en individueel niveau?
- Kan de oude werkwijze geleidelijk worden afgebouwd ten gunste van interprofessioneel werkplekleren?

‘Wat voor de één een voordeel is, kan voor de ander een nadeel zijn. Versnelde patiëntontslag in het weekend kan bijvoorbeeld gunstig zijn voor de zorg, maar ongunstig voor ziekenhuisopbrengsten.’

‘Innovatie wordt geprezen, maar niet altijd gefinancierd.’

5. Maak een planning

- Wanneer is de implementatie geslaagd? Formuleer concrete succescriteria.
- Welke stappen zijn noodzakelijk? Stel doelen en tussentijdse mijlpalen op.
- Hoe om te gaan met obstakels en kansen?

'Ziekenhuizen zijn praktijkgericht, dus het is verleidelijk om direct aan de slag te gaan. Een snelle start benut de motivatie van betrokkenen en kleine stappen maken groei mogelijk. Tegelijkertijd is een doordachte aanpak nodig om anderen te overtuigen van de haalbaarheid.'

6. Overige

- Stimuleer zorgprofessionals om actief deel te nemen aan het ontwerp en de implementatie van de leerinterventie.
- Begin klein en implementeer via korte pilotcycli om de aanpak te verfijnen.
- Verzamel en evalueer de beoogde uitkomsten.
- Zorg voor borging, zodat de interventie niet blijft hangen in een tijdelijke projectstructuur.

'Een professionele implementatiestructuur helpt: bepaal eigenaarschap, leg commitment vast, spreek elkaar aan, zorg voor een feedbackloop en bepaal wie welke kosten draagt.'

'Blijf niet te lang in de projectfase hangen. Als iets als "tijdelijk experiment" wordt gezien, kunnen tekortkomingen aangegrepen worden aan om ermee te stoppen.'

Implementatiepijler 3: aansluiten bij de waarden van zorgprofessionals en ingaan op belemmeringen die ze ervaren bij implementatie: waarom is dat belangrijk?

Het gedrag en de keuzes van zorgprofessionals worden sterk beïnvloed door de vraag of zij zich kunnen herkennen in de waarden achter een innovatie. Denk aan waarden als samenwerking, veiligheid of patiëntgerichtheid. Zulke waarden zijn diep verankerd in de beroepspraktijk – in professionele standaarden, de eed of ethische richtlijnen die richting geven aan goed handelen.
Als de waarden van een innovatie aansluiten bij die van het management, vergroot dat de kans dat leidinggevenden zich er echt voor inzetten (Klein & Sorra, 1996). Voor afdelingsmanagers is het daarom niet alleen belangrijk om te weten wat een innovatie inhoudt, maar vooral om te ervaren waarom die ertoe doet. Die innerlijke overtuiging maakt hun steun niet alleen geloofwaardig, maar ook duurzaam.
Het belangrijkste aspect bij de implementatie van IP-werkplekleren is waarschijnlijk de mate van noodzakelijke gedragsverandering (zie ook hoofdstuk 1: 'Interprofessioneel samenwerken en opleiden: wat is het en waarom is het belangrijk?').
De houding van zorgprofessionals wordt ook gevormd door concrete problemen die zij dagelijks ervaren in de organisatie. Bijvoorbeeld tijdsdruk, gebrekkige afstemming of onduidelijke processen.
Hieronder wordt specifiek ingegaan op de waarden die het gedrag beïnvloeden en de meest voorkomende dagelijkse belemmeringen.

Welke waarden?

Voor de verschillende zorgprofessies zijn er belangrijke gedeelde waarden. Bijvoorbeeld kwaliteit en veiligheid. Deze waarden worden beïnvloed door professionele standaarden, zoals de beroepseed, beroepsrichtlijnen, ethiek en de visie en cultuur van de zorginstelling.
IPO en de implementatie van IP-werkplekleren hebben enkele kernwaarden gemeen:

- patiëntgerichtheid. Iedere patiënt wordt als de centrale focus van de zorg gezien, ongeacht zijn of haar aandoening, achtergrond, geloof, leeftijd of status.
- verbeteren. Zorgprofessionals hebben de professionele houding om steeds beter voor de patiënt te zorgen, met de nadruk op kwaliteit en veiligheid.
- zorgvuldigheid. Zorgprofessionals willen nauwkeurig en deskundig handelen volgens de laatste richtlijnen en standaarden.
- kennis van de grenzen van eigen deskundigheid. Als een zorgprofessional hulp nodig heeft, vraagt hij of zij hierom aan andere experts.
- samenwerken. Met collega's bij twijfel of in complexe situaties.

Belangrijke officiële bronnen waarin beroepswaarden zijn terug te vinden:

- Beroepsprofiel verpleegkundigen (www.venvn.nl);
- BIG-registratie – wettelijk kwaliteitsregister;
- Eed van Hippocrates;
- KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst Gedragscode voor artsen);
- WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) – wettelijk kader voor de rechten en plichten van arts en patiënt.

Ingaan op belemmeringen die zorgprofessionals ervaren bij implementatie

De manier waarop zorgprofessionals en managers op veranderingen reageren, wordt niet alleen bepaald door de waarden en normen die zij belangrijk vinden. De dagelijkse problemen waar zij tegenaan lopen, hebben hierop ook een grote invloed. Bijvoorbeeld werkdruk of onduidelijke verantwoordelijkheden.

De ervaring leert dat zorgprofessionals vaak voor dezelfde organisatieproblemen staan. Deze algemene belemmeringen in het werken in de zorg kunnen leiden tot oppositie tegen de in te voeren verandering van het interprofessioneel leren en opleiden. We noemen er een paar om op voorhand rekening mee te houden bij implementatie:

- hoge werkdruk. Zorgprofessionals hebben te maken met veel patiënten in beperkte tijd en zien daarom op tegen veranderingen en innovatie die aanvankelijk ontegenzeggelijk tijd kosten, omdat gedragspatronen zullen veranderen.
- administratielast. Zorgprofessionals ervaren dat te veel tijd wordt besteed aan administratieve taken, wat ten koste gaat van de directe patiëntenzorg, laat staan dat ze toekomen aan werkplekleren. Hoewel interprofessioneel leren op zichzelf geen extra administratielast met zich meebrengt, wordt het wel vaak genoemd als argument tegen verdere veranderingen.
- overlegdruk. De patiëntenzorg is vaak versnipperd. Door de wens om meer en interprofessioneel samen te werken, lijken meer beroepen, afdelingen en instellingen een aandeel in de zorg te krijgen. Dat verhoogt de communicatiebehoefte.
- Hoofdbehandelaarschap. Interprofessionele samenwerking vraagt om gedeeld leiderschap. Dit kan botsen met de medische waarde van eindverantwoordelijkheid voor de patiënt en het daarmee verbonden hoofdbehandelaarschap. Er bestaat bezorgdheid over wie verantwoordelijk is voor welke taak in gedeeld leiderschap en hoe dit de arts-patiëntrelatie zou kunnen beïnvloeden.
- Bij interprofessioneel leren en opleiden botsen vaak drie belangen:
  - professionele autonomie – elke discipline wil haar eigen expertise en beslissingsruimte behouden.
  - organisatorische prioriteiten – productie- en efficiencydoelen kunnen samenwerking en leeractiviteiten onder druk zetten.
  - opleidingsdoelen versus patiëntenzorg – het streven naar optimale leerervaringen kan conflicteren met tijdsdruk en kwaliteitseisen in de zorg.

Als antwoord op de belemmeringen van werkdruk en overlegdruk kan worden opgemerkt dat interprofessioneel samenwerken geen doel op zichzelf is, noch een tijdelijke trend. Het is een logisch antwoord op de toegenomen complexiteit, de veranderende arbeidsmarkt en de behoefte om zelf professionele zeggenschap over de zorg te krijgen. Interprofessionele samenwerking komt ook niet boven op de bestaande werkwijze, maar in plaats van de bestaande werkwijze. De netto-opbrengst is groot. Er is op verschillende manieren aangetoond dat de zorg en het arbeidsplezier van professionals verbeteren (zie inleiding hoofdstuk 2).

Het argument van hoofdbehandelaarschap raakt precies aan de kern van de spanning tussen traditionele hiërarchische verantwoordelijkheidsverdelingen in de zorg en de meer horizontale vormen van samenwerking die bij interprofessionele en netwerkzorg horen. Het hoofdbehandelaarschap is een wettelijk verankerd principe uit de WGBO.

De hoofdbehandelaar:
- is eindverantwoordelijk voor de medische behandeling van de patiënt;
- bewaakt de samenhang en continuïteit van de zorg;
- zorgt voor goede informatie-uitwisseling met de patiënt en tussen betrokken zorgverleners;
- fungeert als aanspreekpunt voor patiënt en collega's.

Het doel is veiligheid, duidelijkheid en coördinatie van de medische behandeling. Het is primair een juridisch en professioneel geborgd mechanisme.

Gedeeld leiderschap in interprofessionele zorg
In interprofessionele of netwerkzorg werken meerdere disciplines gelijkwaardig samen aan één zorgdoel. Daarbij past het concept van gedeeld of netwerkleiderschap:

- leiderschap is collectief en situationeel: de leiding verschuift, afhankelijk van de vraag en context;
- bij complexe zorg is er een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij iedere professional een eigen professionele verantwoordelijkheid voor het eigen handelen heeft en houdt, en er een gezamenlijke focus is op de integrale behandeling van de patiënt.
- besluitvorming en reflectie zijn gedeelde processen, gebaseerd op vertrouwen en open communicatie.

Het doel is afstemming, gezamenlijke verantwoordelijkheid en innovatie in de zorgverlening.

Verhouding tussen hoofdbehandelaarschap en netwerkleiderschap

Aspect	Hoofdbehandelaarschap	Netwerkleiderschap
Karakter	Wettelijk, formeel, individueel	Relationeel, functioneel, gedeeld
Doel	Continuïteit en veiligheid	Integrale samenwerking en innovatie
Verantwoordelijkheid	Eén hoofdbehandelaar	Gedeelde verantwoordelijkheid
Relatie met patiënt	Duidelijk aanspreekpunt	Gezamenlijke betrokkenheid
Context	Binnen één organisatie of behandeltraject	Over organisatie- en domeingrenzen heen

In de praktijk vullen beide elkaar aan:
- het hoofdbehandelaarschap blijft noodzakelijk voor juridische borging;
- netwerkleiderschap is nodig om samenwerking effectief en persoonsgericht te organiseren.

De hoofdbehandelaar maakt dus deel uit van een netwerk van gedeeld leiderschap.

Implementatiepijler 4: professionele ontwikkeling van het team (de opleiders, rolmodellen, ambassadeurs, docenten en kwalificaties)

Eigenschappen ambassadeur

Een effectieve ambassadeur voor interprofessioneel samenwerken:

- heeft natuurlijk gezag binnen de organisatie;
- is een zichtbaar en herkenbaar rolmodel;
- brengt expertise mee rond interprofessionele samenwerking;
- stimuleert, begeleidt en faciliteert het team actief;
- begeleidt en coacht de teams bij de start van de interprofessionele samenwerking.

Het interprofessioneel werkplekleren veronderstelt dat docenten, opleiders en IP-ambassadeurs hiervan kennis hebben en deze ook kunnen overdragen. Maar de praktijk ziet er vaak anders uit. Ambassadeurs, opleiders en docenten hebben meestal geen rolmodellen, omdat het interprofessionele samenwerken nieuw is (zie hoofdstuk 1: ‘Interprofessioneel samenwerken en opleiden: wat is het en waarom is het belangrijk?’). Om die reden ligt het voor de hand dat bij de introductie van IP-werkplekleren ook de onderwijsstaf zich zal moeten ontwikkelen. Vanuit hun rol hebben docenten en opleiders al veel kennis en vaardigheden. Daarop kan worden voortgebouwd en de kennis en vaardigheden kunnen verder worden ontwikkeld.

Docenten, opleiders en ambassadeurs van het interprofessioneel werkplekleren en samenwerken, focussen vooral op het versterken van de benodigde vaardigheden om zorgprofessionals effectief te laten werken.

Het trainen van docenten en opleiders in interprofessionele samenwerking is daarmee gericht op het ontwikkelen van vaardigheden die passen bij de vier competenties van het interprofessionele samenwerken. Dus: vaardigheden in het omgaan met de verschillende beroepsrollen, teamsamenwerking, gedeeld leiderschap en belangenafweging en conflictoplossing. Een aanvullende vaardigheid is het kunnen leiden van reflectie op interprofessionele samenwerking.

Het gaat niet alleen om deze instrumentele vaardigheden, maar ook om het stimuleren van een algemene professionele mindset die een aantal zaken bevordert. Het betreft bevordering van samenwerking tussen zorgprofessionals, kennis van en respect voor elkaars professie en gedeelde verantwoordelijkheid in de zorg.

Soms zal meteen duidelijk zijn wie de organisatie moet vragen IP-ambassadeur, (werkplek)opleider of docent te worden. Hierna volgen handreikingen voor profielen.

Rol van ambassadeur

Doel van de rol

De IP-ambassadeur stimuleert, ondersteunt en verankert de implementatie van interprofessionele samenwerking binnen het ziekenhuis. De ambassadeur fungeert als bruggenbouwer tussen de disciplines. Ook treedt diegene op als voortrekker bij de gewenste cultuurverandering die is gericht op de vier IP-competenties.

Zowel klinisch als niet-klinisch personeel komt in aanmerking, mits iemand draagvlak en invloed heeft in zijn of haar vakgroep, team of afdeling. Een verpleegkundige, arts, paramedicus of lid van de onderwijsstaf kan bijvoorbeeld IP-ambassadeur zijn.

Taken

Deze rol is informeel, wat betekent dat de ambassadeur zijn of haar taken uitvoert zonder formeel omschreven opdracht of leidinggevende positie. Die vrijwillige betrokkenheid en interne motivatie van het onderwerp maken de rol vaak krachtig en authentiek.

- Energie en draagvlak creëren
  - Enthousiasmeren en motiveren om mee te doen.
  - Verhalen vertellen die het waarom van de innovatie duidelijk maken.
  - Een positieve sfeer creëren rondom verandering en vernieuwing.
  - Uitleg op een begrijpelijke, enthousiasmerende manier.
  - Voortgang en successen delen met collega’s of belanghebbenden.
  - Misverstanden of weerstand tegemoet treden.
- Verbindingen leggen
  - Mensen koppelen die iets aan het project kunnen bijdragen.
  - Netwerken mobiliseren, binnen én buiten de organisatie.
  - Interne silo’s doorbreken door bruggen te slaan tussen afdelingen.
- Voorbeeldgedrag vertonen
  - Zelf het goede voorbeeld geven, bijvoorbeeld door met de innovatie te werken.
  - Laten zien dat het veilig is om mee te doen met vernieuwing.
- Feedback ophalen en terugkoppelen
  - Luisteren naar collega’s en signaleren wat leeft.
  - Kritiek en ideeën verzamelen en terugspelen naar het innovatieteam.
  - Bijdragen aan bijstelling van het project op basis van input.

Kwalificaties

1. Verbindend leiderschap
- Inspireert anderen en creëert draagvlak voor samenwerking tussen personen en professies.
- Kan mensen motiveren op basis van gelijkwaardigheid en respect.

2. Samenwerkingsgericht
- Heeft ervaring met en gelooft in de meerwaarde van interprofessionele samenwerking en gedeeld leiderschap.
- Kent het belang van elkaars rollen en perspectieven.

3. Organisatiesensitiviteit
- Begrijpt hoe het ziekenhuis op de verschillende niveaus werkt.
- Weet hoe invloed uit te oefenen binnen formele en informele structuren.

4. Communicatieve vaardigheden
- Kan helder en verbindend communiceren met collega's van verschillende disciplines.
- Luistert actief en weet standpunten van anderen te vertalen en te verbinden.

5. Reflectief vermogen
- Staat open voor feedback en stimuleert reflectie in teams.
- Bevordert een lerende houding binnen en tussen disciplines.

Rol van opleider en docent

Doel van de rol

De opleider interprofessioneel werkplekleren ondersteunt en begeleidt (leer)professionals bij het ontwikkelen van interprofessionele competenties op de werkvloer. De opleider: (1) stimuleert de ontwikkeling van competenties, (2) bevordert gezamenlijke reflectie op de interprofessionele inhoud en het interprofessionele proces, (3) bevordert kruisbestuiving tussen professies en (4) draagt bij aan een goed leerklimaat waarin interprofessionele samenwerking centraal staat.

Een opleider voor het werkplekleren komt vanuit een zorgprofessie.

Taken en verantwoordelijkheden
- Ontwikkelen en begeleiden van interprofessionele leeractiviteiten op de werkplek.
- Coachen van teams en individuele professionals in interprofessioneel leren.
- Creëren van leeromgevingen waarin disciplines effectief kunnen samenwerken.
- Ondersteunen van mede-opleiders, werkbegeleiders en praktijkopleiders bij het implementeren van interprofessioneel leren.
- Signaleren van leerbehoeften en deze vertalen naar praktische werkvormen.
- Samenwerken met onderwijs- en kwaliteitsafdelingen binnen het ziekenhuis.

Kwalificaties

1. Didactische vaardigheden
- Heeft ervaring met het begeleiden van leerprocessen, zowel individueel als in groepsverband.
- Kan leeractiviteiten ontwerpen die interprofessioneel leren bevorderen.

2. Kennis van interprofessioneel leren en samenwerken
- Begrijpt het concept 'leren over, van en met elkaar'.
- Is bekend met interprofessionele leeruitkomsten en toetsvormen.

3. Faciliterend leiderschap
- Kan interprofessionele leeractiviteiten coördineren en begeleiden.
- Treedt op als procesbegeleider bij interprofessionele reflectie en casusbesprekingen.

4. Coachend vermogen
- Begeleidt collega's op een stimulerende, niet-oordelende manier.
- Bevordert zelfinzicht en onderlinge communicatie.

5. Organisatiesensitiviteit
- Weet hoe formeel en informeel leren plaatsvindt binnen de zorgpraktijk.
- Kan interprofessioneel leren inpassen binnen bestaande opleidingsstructuren.

6. Stimuleert een goed leerklimaat
- Herkent en adresseert hiërarchie, cultuurverschillen en (on)veiligheid binnen teams.
- Werkt aan optimale leefomstandigheden en gelijkwaardigheid in interprofessionele leersituaties.

Begrippen voor docenten en opleiders van het werkplekleren

Hieronder staan belangrijke aspecten vermeld van interprofessionele samenwerking voor docenten en opleiders. Ze geven aan wat docenten en opleiders zouden moeten weten en kunnen.

1. Begrip van beroepsrollen en -perspectieven

- Wat docenten/opleiders moeten weten. Docenten moeten diepgaande kennis ontwikkelen over de verschillende rollen en verantwoordelijkheden van zorgprofessionals in interprofessionele teams. Ze moeten in staat zijn de dynamiek tussen disciplines (zoals artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten et cetera) te begrijpen, te verklaren en uit te leggen. Dit resulteert in het ontwikkelen van breder begrip van hoe elke rol bijdraagt aan het patiëntresultaat (zie disciplinary grounding in paragraaf 2.5). Het is ook belangrijk dat docenten weten hoe ze zorgprofessionals kunnen helpen om vaardigheden en kennis te delen tussen disciplines. Dit bevordert wederzijds respect en begrip voor de waarde van de bijdragen van elk teamlid.
- Praktisch voorbeeld. Leer hoe je de specifieke disciplinaire kennis van elke zorgprofessional in een team kunt herkennen en benutten bij een gemeenschappelijk behandelplan.

2. Begrip van team-functioneren

- Wat docenten/opleiders moeten weten. Het creëren van een hecht, vertrouwensvol team is essentieel voor interprofessionele samenwerking. Docenten moeten weten hoe ze zorgprofessionals kunnen helpen om een sterke teamcultuur op te bouwen waarin vertrouwen, respect en samenwerking centraal staan. Reflectie is essentieel in interprofessionele teams. Docenten moeten leren hoe ze zorgprofessionals kunnen begeleiden in het geven en ontvangen van constructieve feedback over het functioneren in een team. Die feedback moet ook kunnen worden gegeven in teamverband. Dit helpt teams niet alleen om de samenwerking en het resultaat van teamsamenwerking te verbeteren. Maar ook om constant te leren en zich aan te passen aan veranderende omstandigheden.
- Praktisch voorbeeld 1. Leer hoe je teamactiviteiten kunt organiseren die de onderlinge relaties versterken, zoals simulaties of teambuildingsoefeningen, waardoor teamleden elkaar beter begrijpen en vertrouwen.
- Praktisch voorbeeld 2. Leer hoe je een cultuur van open feedback en reflectie kunt bevorderen. Een cultuur waarin teamleden elkaar regelmatig feedback geven over hoe ze gelijkwaardig en respectvol samenwerken, dus niet alleen over de patiëntenzorg.

3. Begrip van gedeeld leiderschap

- Wat docenten/opleiders moeten leren. Het is belangrijk dat docenten begrijpen hoe leiderschap werkt binnen een interprofessioneel team. Dit betekent niet alleen formeel of hiërarchisch leiderschap. Het gaat ook om het nemen van initiatief door andere professionals, het begeleiden van teamleden in gezamenlijke besluitvorming en het aanleren van gedeeld leiderschap, afhankelijk van de situatie. Een tweede punt is gedeelde besluitvorming: het gezamenlijk nemen van beslissingen, waarbij ieders professionele expertise en ervaring worden benut, gewogen en gerespecteerd.
- Praktisch voorbeeld. Leer hoe je leiderschap kunt delen in teams, waar verschillende teamleden afhankelijk zijn van elkaars expertise en naargelang de situatie tijdelijk leiderschap kunnen overdragen of juist op zich nemen.
- Praktisch voorbeeld. Trainen in methodes voor gezamenlijke besluitvorming. Voorbeelden: het gebruik van casuïstiek en het creëren van scenario's. Of trainen aan de hand van een patiënt die nu wordt behandeld. Alle teamleden kunnen hun input geven en besluiten nemen op basis van gezamenlijke expertise.

4. Begrip van belangenafweging en conflictoplossing

- Wat docenten/opleiders moeten leren. In interprofessionele teams kunnen conflicten ontstaan als gevolg van verschillende belangen, prioriteiten, perspectieven, waarden of benaderingen. Docenten moeten weten hoe ze zorgprofessionals kunnen helpen om professionele conflicten over de aanpak of prioritering van de zorg constructief aan te pakken. Dit kan een aantal zaken omvatten: het ontwikkelen van vaardigheden in het bemiddelen van conflicten, het begeleiden van onderhandelingsprocessen en het zoeken naar oplossingen die relevant zijn voor de patiënt.
- Praktisch voorbeeld. Training in het begeleiden van gesprekken waarin verschillende meningen samenkomen. Zo kunnen zorgprofessionals effectief samenwerken, zelfs wanneer er meningsverschillen zijn.

5. Begrip van interprofessionele reflectie

- Wat docenten/opleiders moeten leren. De kern is leren van, met en door elkaar om de samenwerking en uiteindelijk de zorg voor de patiënt/cliënt te verbeteren. Reflectie helpt om verschillen in perspectieven, rollen en verantwoordelijkheden beter te begrijpen en benutten. Een docent moet de zorgprofessionals bewustmaken van de eigen professionele rol én die van anderen. Effectieve interprofessionele samenwerking valt of staat met goede samenwerking. Reflectie helpt om samenwerkingspatronen te herkennen, te verbeteren en openheid te bevorderen tussen disciplines. Dat geldt eveneens voor het leren om: gedeelde verantwoordelijkheid te nemen, samen een geïntegreerd zorgplan te maken en om te gaan met professionele belangentegenstellingen.
- Praktisch voorbeeld. Een opleider faciliteert interprofessionele reflectie door teamleden uit verschillende professies samen te brengen in gestructureerde reflectiebijeenkomsten. Tijdens deze sessies bespreken zij casussen vanuit hun eigen expertise en leren ze van elkaars perspectieven. Ook analyseren ze dan samenwerking, het nemen van gedeelde verantwoordelijkheid en de communicatie bij belangenconflicten. De opleider stelt verdiepende vragen, bewaakt een veilige leeromgeving en stimuleert wederzijds begrip. Zo bevordert hij of zij interprofessioneel leren, wat leidt tot betere patiëntenzorg en effectievere samenwerking binnen het zorgteam.

Bijlage 1. Opleidingen

De organisatie van beroepen in de Nederlandse gezondheidszorg bestaat voor elk van de zorgberoepen uit eigen beroepsverenigingen, eigen beroepsprofielen, eigen opleidingen, eigen specialisaties, eigen bij- en nascholing. Door deze professionalisering van de opleidingen is er een geïnstitutionaliseerd kader ontstaan met een kwaliteitssysteem met een (BIG)register. Dit sluit anderen die deze zorgberoepskenmerken niet bezitten uit van de uitoefening van het beroep. Alles is gericht op de bewaking van de kwaliteit en de instandhouding van de professie. Dit heeft ook een keerzijde. In een omgeving van toenemende complexiteit worden zorgprofessionals in silo's opgeleid zonder goed inhoudelijk van elkaar op de hoogte te zijn. Om goed interprofessioneel te kunnen samenwerken is kennis over elkaars opleiding nodig. Waarom?

- Kennis van elkaars opleiding is voor zorgprofessionals de basis voor wederzijds begrip, duidelijke rolverdeling, effectieve samenwerking en veilige en kwalitatief goede zorg.
- Kennis over elkaars opleiding en aard en omvang van de werkplekstages geeft de mogelijkheid tot interprofessioneel werkplekleren tijdens de opleiding aan.
- Kennis over elkaars competentieraamwerken geeft inzicht in het opleidingsvocabulaire en indicaties over een mogelijk gemeenschappelijk interprofessioneel opleidingsvocabulaire.

In deze bijlage wordt de opbouw geschetst van de medische (vervolg)opleiding, de verpleegkunde-opleidingen en specialisaties. Welke mogelijke kansen bieden ze op het gebied van interprofessioneel opleiden? En wat zijn potentiële belemmeringen?

Medische (vervolg)opleidingen

Initiële geneeskundeopleiding

Algemeen kader

De Nederlandse initiële geneeskundeopleiding (via bekostiging door ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW)) bestaat uit een bachelor- en een masterfase. De bachelor Geneeskunde duurt drie jaar en richt zich vooral op de basiskennis (anatomie, fysiologie, pathologie en klinisch redeneren, practica en vroege patiëntcontacten). De masterfase duurt eveneens drie jaar en omvat hoofdzakelijk praktijkgerichte coschappen (stages, leren op de werkplek), waarin studenten meedraaien in verschillende medische specialismen. Tijdens de master ontwikkelen studenten klinische vaardigheden, diagnostisch en klinisch redenerend vermogen en werken ze professionele identiteitsontwikkeling en hun professioneel gedrag. De CanMeds-competenties zijn sturend op het gehele programma. Na afronding van beide fasen ontvangen afgestudeerden de titel arts en kunnen zij zich inschrijven in het BIG-register of starten met een vervolgopleiding tot medisch specialist. Voor meer toelichting zie ook het Raamplan Artsopleiding | UMCNL.

Medische vervolgopleidingen

Algemeen kader

De organisatie en financiering van de medische vervolgopleidingen (MVO) vallen onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De MVO bestaan grotendeels uit werkplekleren: aios verlenen patiëntenzorg onder afnemende supervisie, afhankelijk van hun opleidingsfase en ervaring en gestuurd op Entrustable Professional Activities (EPAs). Alle MVO werken met EPAs, maar de interpretatie en uitwerking daarvan verschillen per specialisme. Zowel de EPAs als CanMEDS zouden aanknopingspunten kunnen bieden voor het integreren van interprofessioneel opleiden.

Daarnaast worden landelijke, regionale en lokale onderwijsmomenten georganiseerd. Lokaal bestaan ook discipline-overstijgende onderwijsactiviteiten.

Opbouw MVO

Arts-assistenten in een MVO volgen hun opleiding doorgaans in meerdere ziekenhuizen of opleidingsinstellingen vaak binnen een Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR). De opleidingen kennen zowel academische als perifere onderdelen, waarvan de onderlinge verdeling verschilt per specialisme. In een zesjarige MVO kan de verdeling bijvoorbeeld bestaan uit twee jaar academisch, gevolgd door twee jaar perifeer en tot slot opnieuw twee jaar academisch. Op deze hoofdstructuur bestaan per specialisme talrijke varianten.

Betrokkenen in de MVO

De medische vervolgopleidingen zijn dus decentraal georganiseerd. De OOR's zijn daarbij dus leidend. Binnen een opleidingsinstelling bewaakt de Centrale OpleidingsCommissie (COC) onder eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur (RvB) de kaders en kwaliteit van de MVO en ziet toe op naleving daarvan. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ziet erop toe dat instellingen, artsen en medische vervolgopleidingen voldoen aan de regels uit het Kaderbesluit en de Specifieke Besluiten van het College Geneeskundige Specialismen (CGS). De RGS monitort de kwaliteit van opleidingen via evaluatiebezoeken en rapportages van de opleidingsorganisatie. Via instellingsvisitaties beoordeelt de RGS het opleidingsklimaat en het functioneren van de COC tijdens instellingsvisitaties in ziekenhuizen en umc's. Door toenemende regionalisering vinden daarnaast regiovisitaties plaats, gericht op de kwaliteit van een opleidingscluster binnen een regio. Hoewel binnen de MVO per specialisme dus al lokaal en regionaal door opleiders en COC intensief wordt samengewerkt, is dat wat betreft interprofessionele samenwerking samenhangend met de MVO nog veel minder het geval.

Interprofessioneel opleiden in de MVO

Binnen de MVO ontbreken op dit moment dan ook nog centraal geformuleerde leerdoelen voor interprofessionele samenwerking. Dat betekent dat het interprofessioneel leren vooral informeel plaatsvindt, of in beperkte mate formeel in het zogeheten disciplineoverstijgend onderwijs (DOO) voor alle aios, ongeacht MVO-specialisatie. Het aandeel hiervan is beperkt. Arts-assistenten niet in opleiding tot specialist (anios) vallen formeel niet onder de MVO-structuur, maar ook, of vooral bij hen is er een duidelijke behoefte aan versterking van hun deskundigheidsbevordering op het gebied van interprofessionaliteit.

Verpleegkundeopleidingen

Initiële verpleegkundeopleidingen

Algemeen kader

De initiële verpleegkundeopleidingen in Nederland worden net als de bachelor geneeskunde door het ministerie van OCW bekostigd. Er zijn twee opleidingsroutes: via het mbo (3-4 jaar) en hbo (gemiddeld 4 jaar). De urennormen voor verpleegkundeopleidingen (theorie en praktijk) zijn bepaald in de Wet BIG en in de Wet Educatie en Beroepsonderwijs (WEB). Na afronding van de mbo- of hbo-opleiding ontvangen afgestudeerden de titel verpleegkundige en kunnen zij zich inschrijven in het BIG-register.
Zowel de hbo- als mbo-verpleegkundigen leren tijdens hun opleiding vaardigheden die zijn gebaseerd op het beroepsprofiel en de Wet BIG. Hbo- en mbo-verpleegkundigen worden opgeleid binnen de kaders van respectievelijk de Bachelor of Nursing 2030 en het kwalificatiedossier MBO Verpleegkunde (2025). EPA's worden hierin nog niet toegepast.
In beide opleidingsprofielen worden CanMEDS-competenties vertaald naar de rollen: communicator, samenwerkingspartner, gezondheidsbevorderaar, en kwaliteitsbevorderaar. Waar het mbo-profiel verpleegkunde zich daarnaast richt op de CanMEDS-rollen zorgverlener en organisator, benadrukt het hbo-opleidingsprofiel de bachelor verpleegkundige met de rollen van leider en reflectieve EBP professional gericht op klinisch redeneren als kern van het handelen.

Opbouw initiële verpleegkundeopleidingen

De hbo-opleiding duurt gemiddeld vier jaar en bestaat uit een propedeuse, hoofdfase en afstudeerfase. Hbo-verpleegkundigen kunnen tijdens hun opleiding ook zogeheten minors kiezen, die voorbereiden op specifieke zorgsettings.

De mbo-opleiding duurt drie tot vier jaar. Er zijn twee varianten: BOL (beroepsopleidende leerweg: veel theorie, minder praktijk (werkplekleren) en BBL (beroepsbegeleidende leerweg: veel praktijk (werkplekleren), minder theorie).

De hbo- en mbo-opleidingen kunnen een onderwijsvorm hebben waarbij studenten in loondienst zijn van een ziekenhuis (duaal of bbl opleiden).

Betrokkenen in de opleiding

Hbo
Het sectoraal adviescollege Hoger Gezondheidszorgonderwijs (HGZO) adviseert het bestuur van de Vereniging Hogescholen over aangelegenheden in de sector zorg en welzijn. Het adviescollege speelt een belangrijke rol bij het ontwikkelen van beleid en innovaties voor zorgopleidingen aan hogescholen. Het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV) heeft als taak de kwaliteit en actualiteit van de hbo-verpleegkundeopleidingen te waarborgen.

Mbo
De mbo-opleidingen Verpleegkunde baseren hun curriculum op het kwalificatiedossier dat wordt vastgesteld door de Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB) en het ministerie van OCW. Het bestuur van de SBB wordt geadviseerd door vertegenwoordigde branches en onderwijsinstellingen via het marktsegment Zorg en Welzijn en de sectorkamer Zorg, Welzijn en Sport.

Interprofessioneel opleiden

In het beroepsprofiel van de hbo-verpleegkundige worden de meeste basiskenmerken van interprofessionele samenwerking genoemd in de CanMEDS-rol van samenwerkingspartner. In het beroepsprofiel van de mbo-verpleegkundige wordt benadrukt dat de verpleegkundige effectief en interprofessioneel moet kunnen samenwerken binnen diverse teams en met verschillende disciplines. Voor het mbo en het hbo is niet benoemd hoeveel onderwijsuren beschikbaar moeten zijn voor interprofessioneel onderwijs. Het aantal gealloceerde uren die direct herkenbaar in het opleidingsrooster terugkomen is beperkt en omvatten vaak minder dan 1 studiepunt per jaar.

Vervolgopleidingen voor verpleegkundigen

Zorgopleidingen

Algemeen kader

Na het behalen van een verpleegkundig diploma kunnen verpleegkundigen zich specialiseren of extra bekwamen via verpleegkundige zorgopleidingen van het College Zorgopleidingen (CZO). Deze opleidingen zijn opgebouwd uit EPA's (Entrustable Professional Activities). De EPA's beschrijven de kenmerkende professionele activiteiten die het dagelijks werk van een zorgprofessional vormen, welke kennis, vaardigheden en gedrag daarbij nodig zijn en wat de relevantste competenties zijn. Professionals komen alleen in aanmerking voor een landelijk erkend CZO-diploma of -certificaat als de zorgorganisatie én het opleidingsinstituut, vóór de start van de opleiding, erkend zijn door het CZO. Zo wordt de kwaliteit van de CZO-opleidingen en zorg geborgd. De opleidingen worden modulair bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage. Deze bijdrage wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit aan de opleidende zorgaanbieder toegekend.

Opbouw zorgopleidingen

De CZO-zorgopleidingen zijn of worden ingericht met EPA's. Binnen de EPA-gestuurde (vervolg) opleidingen wordt de verpleegkundige bekwaam verklaard voor de EPA's die aansluiten bij de behoeften van de praktijk. Praktijkinstellingen bepalen deze leerroute zelf, steeds in afstemming met de onderwijsaanbieder en de zorgprofessional. Hierdoor ontstaat een flexibel leerpad dat aansluit bij de zorgvraag én de zorgprofessional. Er wordt onderscheid gemaakt tussen kern-, specifieke- en functie-overstijgende EPA's:

- Kern-EPA's zijn op alle werkplekken voor de betreffende functie van toepassing.
- Specifieke EPA's zijn alleen op bepaalde werkplekken voor de betreffende functie van toepassing. Ze zijn alleen te behalen op afdelingen of in organisaties met een specifieke taakstelling, een specifieke patiëntencategorie of een specifieke zorgtaak.
- Functie-overstijgende EPA's zijn kern- of specifieke EPA's die in meerdere opleidingen voorkomen.

De theorie wordt afgenomen door opleidingsinstituten en de bekwaamheid wordt in de praktijk vastgesteld.

Betrokkenen bij het CZO-opleiden

Het CZO toetst en accrediteert de kwaliteit van de zorgopleidingen voor verpleegkundigen. Het stelt kaders voor zowel de student als de opleiding en houdt toezicht op de kwaliteit van de zorgopleidingen en -instellingen. Daarnaast werkt ieder ziekenhuis nauw samen met een of meer opleidingsinstituten om het onderwijs en de begeleiding te kunnen vormgeven en faciliteren.

Interprofessioneel opleiden

Er is op dit moment voor interprofessioneel opleiden geen vaststaande structuur binnen de EPA's. Samenwerken is wel onderdeel van iedere EPA, maar geen op zichzelf staande EPA, en dat is conceptueel ook correct. Binnen sommige EPA's is de interprofessionele samenwerking uitgewerkt onder de thema's kennis, vaardigheden en gedrag, bij andere soortgelijke beroepsactiviteiten niet. De zeven CanMeds-gebieden, waaronder samenwerken, komen in een kernleerroute aan bod. Een kernleerroute wordt gevormd door kern-EPA's en de EPA-overstijgende leeractiviteiten (EOL).

Opleiding verpleegkundig specialist

Algemeen kader

Om de expertise van verpleegkundigen optimaal te benutten in de directe patiëntenzorg én om de doelmatigheid van zorg te verbeteren, bestaat de duale opleiding tot verpleegkundig specialist (VS) op masterniveau, met zelfstandige bevoegdheden. Vanwege het maatschappelijk belang van de opleiding tot VS worden de opleidingen gefinancierd door het ministerie van OCW en het ministerie van VWS. VS'en functioneren autonoom, als (mede)behandelaar en/of regiebehandelaar.

Verpleegkundig specialisten worden opgeleid binnen twee domeinen:

- algemene gezondheidszorg (AGZ);
- geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Binnen het gekozen domein ontwikkelt iedere VS tijdens de opleiding een eigen expertisegebied, passend bij het specifieke specialisme en aandachtsgebied waarbinnen de VS werkzaam is.

Zowel de hogeschool als de praktijkinstelling is verantwoordelijk voor het opleiden van de verpleegkundige in opleiding tot specialist (vios). De werkzaamheden moeten aansluiten bij de EPAs en ruimte bieden voor toenemende zelfstandigheid.

Opbouw opleiding verpleegkundig specialist

Het beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist (VS) vormt, samen met de bepalingen van het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) en andere wettelijke richtlijnen, het referentiekader voor het landelijk opleidingsprofiel Master Advanced Nursing Practice (MANP). Het dient als basis voor de inrichting van het praktijk- en theorieonderwijs.

De vios volgt de duale MANP-opleiding aan één van de tien hogescholen die deze master aanbieden. De opleiding duurt twee jaar (in Utrecht is er voor de GGZ een driejarige variant). De MANP is geregistreerd bij Registratie Instellingen en Opleidingen (RIO) en moet voldoen aan de accreditatie-eisen van de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO). Afgestudeerden ontvangen de internationaal erkende titel Master of Science (MSc).

Ongeveer twee derde van de opleiding tot VS bestaat uit praktijkleren. De VS werkt binnen zeven competentiegebieden, gebaseerd op de CanMEDS-rollen: communicatie, samenwerking, organisatie, gezondheidsbevordering, wetenschap, professionaliteit en het centrale taakgebied klinische expertise. Het leerproces wordt gestuurd via EPA's, waarmee de ontwikkeling van de vios toetsbaar wordt gemaakt en aansluit bij actuele zorg- en wetenschappelijke ontwikkelingen.

Tijdens de opleiding verleent de vios direct patiëntenzorg onder supervisie. De voortgang wordt vastgelegd in een digitaal portfolio met onder andere het praktijkleerplan, voortgangsgesprekken, beoordelingen en reflecties.

Betrokkenen bij de MANP

Het College Specialismen Verpleegkunde (CSV) is een onafhankelijk orgaan dat verantwoordelijk is voor het vaststellen van eisen voor de opleiding tot VS, de registratie en herregistratie. De Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde (RSV) is het orgaan dat de regels uitvoert die het CSV heeft vastgesteld. De RSV voert alle taken uit die nodig zijn voor de erkenning van de opleidingen en het beheer van de specialistenregisters.

Interprofessioneel opleiden

In de professionele masterstandaard van de Vereniging van Hogescholen wordt interprofessioneel handelen benoemd als één van de vier pijlers: "Interprofessioneel handelen, waarin het belang van handelen vanuit een breed perspectief en samenwerken in een multidisciplinair netwerk is gekenschetst als voorwaardelijk voor het werk als masterprofessional". In het landelijk opleidingsprofiel van de VS zijn verder echter geen specifieke leerdoelen/kaders rondom interprofessioneel opleiden opgenomen. Dit zou een mooi streven zijn.

Voorbeelden interprofessioneel opleiden VS

Een voorbeeld van interprofessioneel opleiden is van Hogeschool Leiden. De VS-opleiding is er betrokken bij het project Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken (IPOS), samen met de opleiding Geneeskunde van Universiteit Leiden. Een van de afdelingen is ingericht als Clinical Teaching Unit. Op deze afdeling werken coassistenten, verpleegkundestudenten en vios samen, soms zijn er ook physician assistents in opleiding en technische geneeskundestudenten bij betrokken.

Hogeschool Leiden heeft ook een IPOS-project met de opleiding Specialist Ouderengeneeskunde (SO) in Leiden. Hierbij volgen SO in opleiding onderwijs met vios die werkzaam zijn in de ouderengeneeskunde.

Andere vervolgopleidingen

Opleiding physician assistant

Algemeen kader
De PA-opleiding is gepositioneerd binnen het medisch domein. Deze opleiding wordt deels door het ministerie van OCW, en deels door het ministerie van VWS bekostigd. PA's functioneren, net als de VS, autonoom, als (mede)behandelaar en/of regiebehandelaar. Binnen UMCNL is een werkgroep opgezet die adviseert over de positionering en inzet van de VS en de PA, omdat hier binnen en tussen umc's nog geen eenduidig kader voor is.

Betrokkenen opleiding physician assistant
De PA's kunnen hun deskundigheids-bevorderende activiteiten registreren in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA). Hiermee tonen zij aan dat ze hun kennis en deskundigheid op peil houden en voldoen aan de kwaliteitsstandaard van de beroeps-vereniging. Het Landelijk Opleidingsprofiel Master Physician Assistant is geschreven in opdracht van het Landelijk Overleg Opleidingen MPA (LOO-MPA).

Interprofessioneel opleiden
In het opleidingsprofiel van de PA wordt interprofessioneel handelen uit de professionele masterstandaard van de Vereniging van Hogescholen geïntegreerd in verschillende competentie- en taakgebieden en vertaald naar de CanMEDS-rollen organisator, leider en samenwerker. In deze masterstandaard wordt interprofessioneel handelen omschreven als: "Interprofessioneel handelen, waarin het belang van handelen vanuit een breed perspectief en samenwerken in een multidisciplinair netwerk is gekenschetst als voorwaardelijk voor het werk als masterprofessional."

Geraadpleegde bronnen

- Bachelor Nursing 2030
- Beroepsprofiel mbo-opgeleide verpleegkundige
- Beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige
- Beroepsprofiel physician assistant
- Beroepsprofiel verpleegkundig specialist
- CZO
- Landelijk opleidingsprofiel VS
- Landelijk opleidingsprofiel physician assistant
- Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde
- UMCNL-programma Verpleegkundigen Innoveren & Professionaliseren
- Vereniging Hogescholen

Bijlage 2. Reflectie op het interprofessioneel opleiden van zorgprofessionals: initieel opleiden of werkplekleren?

Algemeen kader en interprofessioneel leren

De organisatie van zorgopleidingen via verschillende ministeries, toezichthouders, beroepsverenigingen, beroepsprofielen, opleidingen, specialisaties en vormen van bij- en nascholing is primair gericht op kwaliteitsbewaking en het in stand houden van de professie. Dit heeft echter ook een keerzijde. In een zorgomgeving die steeds complexer wordt, worden professionals nog vaak in afzonderlijke ‘silo’s’ opgeleid, zonder voldoende kennis van elkaars expertise. Van opleiden over de grenzen van zorgdisciplines heen is nog onvoldoende sprake.

Leerproces, competenties en interprofessioneel leren

Competentie-instrumenten zoals CanMEDS en EPA’s fungeren als verbindende elementen die interprofessioneel leren op de werkvloer kunnen ondersteunen en versterken. De meeste opleidingen maken gebruik van CanMEDS, vooral in de initiële fase. EPA’s die specifiek zijn gericht op interprofessioneel leren bestaan echter niet, en dat is conceptueel logisch: interprofessioneel samenwerken is geen doel op zich, maar een middel. Binnen veel EPA’s is interprofessionele samenwerking wel essentieel vanwege de complexiteit van de zorgsituatie. Soms is dit uitgewerkt onder kennis, vaardigheden en gedrag. Idealiter wordt interprofessionele samenwerking in elke EPA expliciet meegenomen wanneer die betrekking heeft op (complexe) zorgvragen.

Opbouw van opleidingen en interprofessioneel leren

De initiële opleidingen en vervolgopleidingen binnen de medische en verpleegkundige beroepen verschillen sterk in duur en in de mate van praktijkleren. Dit leidt tot uiteenlopende curriculumstructuren, toetsprogramma’s en eindbeoordelingen. Deze variatie vormt een belangrijke belemmering voor interprofessioneel leren tijdens de opleiding. Opleidingsmanagers zien, niet zonder reden, op tegen de organisatorische complexiteit van instituutsoverstijgend onderwijs. Toch zijn hier hiervan goede voorbeelden, onder meer in Amsterdam (Amsterdam UMC–HvA, IPE Amsterdam), Nijmegen, Leiden en Heerlen. Voor effectieve interprofessionele samenwerking is interprofessioneel leren een noodzakelijke voorwaarde, en het betreft geen eenvoudige of enkelvoudige competentie. Het is een langdurig en contextafhankelijk leerproces, passend binnen het concept van ‘life long learning’.

Waar ontbreekt het nog aan bij interprofessioneel leren?

Interprofessioneel leren is een activiteit die gedurende de hele loopbaan doorgaat. Het initiële onderwijs biedt goede aanknopingspunten dankzij de CanMEDS-competenties. Onderwijsactiviteiten gericht op het verwerven van deze competenties kunnen al in de klas plaatsvinden, ter voorbereiding op de praktijk. Echte interprofessionele leersituaties doen studenten op tijdens stages en coschappen. Geschikte leeromgevingen hiervoor zijn interprofessionele leerwerkplaatsen, waar studenten van verschillende opleidingen onder supervisie gezamenlijk zorg verlenen. Dit is praktijkleren binnen de opleiding. Opleiden “voor de poort van het ziekenhuis” is veelbelovend, maar vraagt tijd en leidt daardoor niet altijd tot snelle veranderingen in de zorgpraktijk.

Omdat opleidingen lang duren, interprofessionele competenties tijd en context vragen, en het initiële curriculum beperkte ruimte heeft , is het niet haalbaar om interprofessioneel onderwijs volledig tot eindniveau te ontwikkelen vóór afstuderen. Daarom is leren op de werkplek – na diplomering – essentieel om startende professionals verder te ontwikkelen en hun samenwerkingscompetenties af te stemmen op de zorgomgeving. Zorginstellingen moeten hiervoor zelf voorzieningen treffen, maar concrete handvatten ontbreken vaak.

Om die reden is deze handreiking ontwikkeld: ter ondersteuning van verpleegkundigen in opleiding, artsen (inclusief a(n)iossen), opleiders en beleidsmakers bij het structureel vormgeven van interprofessioneel leren in de ziekenhuispraktijk. UMCNL ziet interprofessioneel opleiden als een van de sleutels tot toekomstbestendige ziekenhuiszorg. Het sluit bovendien aan bij strategische thema’s zoals het versterken van de arbeidsmarkt, praktijkgericht opleiden en het stimuleren van samen leren en werken in regionale netwerken.

Bijlage 3. Literatuurlijst

Systematische review over wat professionals zelf kunnen bijdragen aan interprofessionele samenwerking

Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. J Interprof Care 2020; 34, 332-342. DOI: 10.1080/13561820.2019.1636007.

Systematisch review over de competentie gericht leren in zorgonderwijs

Hamza DM, Hauer KE, Oswald A, Van Melle E, Ladak Z, Zuna I, Assefa ME, Pelletier GN, Sebastianski M, Keto-Lambert D, Ross S. Making sense of competency-based medical education (CBME) literary conversations: A BEME scoping review: BEME Guide No. 78, Medical Teacher 2023; 45: 802-815, DOI: 10.1080/0142159X.2023.2168525.

Systematisch review over het ontwerp en het aanbieden van interprofessionele curricula

Hean S, Green C, Anderson E, Morris D, John C, Pitt R, O'Halloran C. The contribution of theory to the design, delivery, and evaluation of interprofessional curricula: BEME Guide No. 49, Medical Teacher 2018; 40: 542-558, DOI: 10.1080/0142159X.2018.1432851.

Systematisch en realist reviews over de effecten van interprofessioneel leren op lerenden, organisaties en diensten aan patiënten, initieel onderwijs

Hammick D, Freeth I, Koppel S, Reeves, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9, Medical Teacher 2007; 29: 735-751, DOI: 10.1080/01421590701682576. https://doi.org/10.1080/01421590701682576

Krystallidou D, Kersbergen MJ, De Groot E, Fluit CRMG, Kuijer-Siebelink W, Mertens F, Oosterbaan-Lodder CSM, Scherpbier N, Versluis MAC, Pype P. Interprofessional education for healthcare professionals. A BEME realist review of what works, why, for whom and in what circumstances in undergraduate health sciences education: BEME Guide No. 83, Medical Teacher 2024. DOI: 10.1080/0142159X.2024.2314203.

Maddock B, Dārziņš P, Kent F. Realist review of interprofessional education for health care students: What works for whom and why. J Interprof Care 2023; 37: 173-186, DOI: 10.1080/13561820.2022.2039105.

Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, McFadyen A, Rivera J, Kitto S. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39, Medical Teacher 2016; 38: 656-668, DOI: 10.3109/0142159X.2016.1173663.

Shuyi AT, Zikki LYT, Mei Qi A, Koh Siew Lin S. Effectiveness of interprofessional education for medical and nursing professionals and students on interprofessional educational outcomes: A systematic review. Nurse Educ Pract 2024; 74: 103864. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103864. Epub 2023 Dec 7. PMID: 38101092.

Spaulding EM, Marvel FA, Jacob E, Rahman A, Hansen BR, Hanyok LA, Martin SS, Han HR. Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action. J Interprof Care 2021; 35: 612-621. DOI: 10.1080/13561820.2019.1697214. Epub 2019 Dec 21. PMID: 31865823; PMCID: PMC7305974.

Meta-analyse over de effectiviteit van interprofessioneel onderwijs

Guraya SY, Barr H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. Kaohsiung J Med Sci 2018; 34: 160-165. DOI: 10.1016/j.kjms.2017.12.009. Epub 2018 Jan 9. PMID: 29475463.

Effectiviteit van leermodellen voor werkplekleren in de klinische setting

Pierce C, Corral J, Aagaard E, Harnke B, Irby DM, Stickrath C. A BEME realist synthesis review of the effectiveness of teaching strategies used in the clinical setting on the development of clinical skills among health professionals: BEME Guide No. 61, Medical Teacher 2020; 42: 604-615, DOI: 10.1080/0142159X.2019.1708294.

Teheux L, Coolen EHAJ, Draaisma JMT, De Visser M, Scherpbier-de Haan ND, Kuijer-Siebelink W, van der Velden JAEM. Intraprofessional workplace learning in postgraduate medical education: a scoping review. BMC Med Educ 2021; 21: 479. DOI: 10.1186/s12909-021-02910-6. PMID: 34493263; PMCID: PMC8424991.

Teheux L, Kuijer-Siebelink W, Bus LL, Draaisma JMT, Coolen EHAJ, Van der Velden JAEM. Unravelling underlying processes in intraprofessional workplace learning in residency. Med Educ. 2024; 58: 939-951. DOI: 10.1111/medu.15271. Epub 2023 Nov 22. PMID: 37990961.

Systematische review over arts-verpleegkundige-communicatie in relatie tot patiëntuitkomsten

Pantha S, Jones M, Moyo N, Pokhrel B, Kushemererwa D, Gray R. Association between the Quantity of Nurse-Doctor Interprofessional Collaboration and in-Patient Mortality: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 2024; 21: 494. https://doi.org/10.3390/ijerph21040494.

Systematisch reviews over de effectiviteit van interprofessionele samenwerking op patiëntuitkomsten

Kaiser L, Conrad S, Neugebauer EAM, Pietsch B, Pieper D. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. Syst Rev 2022; 11: 169. DOI: 10.1186/s13643-022-02027-x. PMID: 35964148; PMCID: PMC9375378.

Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 3: CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3 PubMed+1.

Scoping reviews over het effect van interprofessionele educatie op de werkomgeving van zorgprofessionals

Kaiser L, Bartz S, Neugebauer EAM, Pietsch B, Pieper D. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: protocol for a systematic review. Syst Rev. 2018 Aug 21;7(1):126. DOI: 10.1186/s13643-018-0797-3. PMID: 30126451; PMCID: PMC6102939.

Kaiser L, Conrad S, Neugebauer EAM et al. Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review. Syst Rev 2022; 11: 169. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027-x.

Medina-Córdoba M, Cadavid S, Espinosa-Aranzales AF, Aguía-Rojas K, Bermúdez-Hernández PA, Quiroga-Torres DA, Rodríguez-Dueñas WR. The effect of interprofessional education on the work environment of health professionals: a scoping review. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2024; 29: 1463-1480. DOI: 10.1007/s10459-023-10300-4. Epub 2023 Dec 1. PMID: 38038831; PMCID: PMC11368981.

Systematisch review over de effecten van interprofessionele samenwerking op werkomgeving en patiëntuitkomsten

Körner M, Bütof S, Müller C, Zimmermann L, Becker S, Bengel J. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. J Interprof Care 2016; 30: 15-28, DOI: 10.3109/13561820.2015.1051616.

Professionele identiteit

Reinders JJ, Pype P. Fase 5 Interprofessionele identiteit: Interprofessionele identiteit en motivatie voor interprofessionele samenwerking gerelateerd aan een groter groepslidmaatschap. In: Reinders JJ & Pype P (Red.), Van solo naar synergie: Handboek voor interprofessionele praktijk, onderwijs en onderzoek. Koninklijke van Gorcum, 2023. Geraadpleegd via https://research.hanze.nl/nl/publications/fase-5-interprofessionele-identiteit-interprofessionele-identiteit

Concepten uitgelegd

Akkerman SF, Bakker A. Boundary crossing and boundary objects. Review of Educational Research 2011; 81: 132-169.

Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. J Interprof Care 1998; 12: 181-188. DOI:10.3109/13561829809014104.
Jennings C. The 70:20:10 framework explained. 70:20:10 Institute, 2013. Retrieved from https://702010institute.com).

Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA 2022; 327: 521-522.

Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. J Interprof Care 2017, 32: 1-3.
Universiteit Utrecht. (z.d.). A four-stage model for interdisciplinary learning. Geraadpleegd via https://www.uu.nl/onderwijs/onderwijsadvies-training/publicaties/kennisdossier-hoger-onderwijs/four-stage-model

Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. Medical Education 2012; 46, 58–70. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x.

Tsakitzidis G, Van Royen P. Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Vierde druk. Ed. Wommelgem: Uitgeverij VAN IN; 2018.

Bijlage 4. Lijst van afkortingen

Afkorting	Definitie
ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability en Environment
AGZ	Algemene Gezondheidszorg
Aios	Arts in opleiding tot specialist
AIPPEN	Australasian Interprofessional Practice and Education Network
ALS	Advanced Life Support
Anios	Arts niet in opleiding tot specialist
BBL	Beroepsbegeleidende leerweg
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BKO	Basiskwalificatie Onderwijs
BOL	Beroepsopleidende leerweg
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CGS	College Geneeskundige Specialismen
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CLC	Closed Loop Communication
CMV	College Medische Vervolgopleidingen van UMCNL
COC	Centrale opleidingscommissie
CoP	Communities of practice
CRM	Crew Resource Management
CSV	College Specialismen Verpleegkunde
CTZ	College Toekomstbestendige Zorg UMCNL
CZO	College Zorg Opleidingen
DOO	Discipline Overstijgend Onderwijs

Afkorting	Definitie
EPA	Entrustable Professional Activity
EPIS	Extended Professional Identity Scale
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAN	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
HGZO	Hoger Gezondheidszorgonderwijs
ICAR	Interprofessional Collaborator Assessment Rubric
ICCAS	Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey
IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialisten
ILPS	Individual Learning Plans
IP	Interprofessioneel
IPE	Interprofessioneel onderwijs
IPL	Interprofessional Education Collaborative
IPLG	Interprofessionele leergemeenschap
IPO	Interprofessioneel opleiden
IPOS	Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken
KKO	Kwalificatie Klinische Onderwijs
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KPB	Korte praktijkbeoordelingen
LOOV	Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde
LPI	Leadership Practices Inventory
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum

Afkorting	Definitie
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MC	Medisch Centrum
MDL	Maag, darm en lever
MDO	Multidisciplinair overleg
MPA	Master Physician Assistant
MSc	Master of Science
MUMC+	Maastricht UMC+
MVO	Medische Vervolgopleidingen
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NVAO	Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OK	Operatiekamer
OOG	Oordeel OpleidingsGroep
OOR	Onderwijs- en Opleidingsregio
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PA	Physician assistant
PIE	Professional Identity Essay
PRO	Patiënt-gerapporteerde uitkomst
PTLS	Pediatric Trauma Life Support
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
RIO	Registratie Instellingen en Opleidingen
RIPLS	Readiness for Interprofessional Learning Scale

Afkorting	Definitie
RSV	Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SBB	Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven
SEH	Spoedeisende hulp
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
SOAP	Subjectief, Objectief, Analyse en Plan
STARR	Situatie, Taak, Actie, Resultaat en Reflectie
TeamSTEPPS	Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety
TOP-V	Toekomstbestendige Ontwikkeling en Professionalisering van Verpleegkunde
TOSCE	Team Observed Structured Clinical Encounter
UMC	Universitair Medisch Centrum
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
Vios	Verpleegkundige in opleiding tot specialist
VS	Verpleegkundig specialist
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie

Bijlage 5. Lijst van betrokkenen

Werkgroep:

- Rien de Vos (Amsterdam UMC) – hoogleraar onderwijs en opleidingen (interprofessionele zorg), voorzitter werkgroep
- Frederike Oud (UMC Utrecht) – educational innovator interprofessioneel opleiden en samenwerken, klinisch geriater, vicevoorzitter werkgroep
- Marjan van den Berg (UMCG) – adviseur Opleiden Toekomstbestendige ontwikkeling en professionalisering verpleegkunde (TOP-V) en Lerende afdeling Verpleegkunde TOP-V
- Tessa Bienfait (Erasmus MC) – arts-onderzoeker
- Héleen Helmholt (UMCG) – verpleegkundig opleider dwarsverband patiëntenzorg, regieverpleegkundige O&O Obstetrie, coördinator IPO-unit
- Walther van Mook (MUMC+) – directeur Academie Medische Vervolgopleidingen (MVO) Maastricht UMC+, lid College Medische Vervolgopleidingen (CMV) UMCNL
- Jan-Jaap Reinders (UMCG) – arbeids- en organisatiepsycholoog, onderzoeker interprofessionele identiteit en samenwerking
- Abbey Schepers (LUMC) – chirurg, COC-voorzitter, lid CMV UMCNL
- Liza Lima Setyawan (LUMC) – verpleegkundig specialist Algemene Gezondheidszorg (AGZ), praktijkopleider verpleegkundig specialist LUMC, docent Rolontwikkeling & Praktijkleren bij de Master Advanced Nursing Practice (MANP) aan de Hogeschool Leiden
- Saskia Tak (Erasmus MC) – aios Radiotherapie, lid aios-klankbordgroep CMV UMCNL
- Marco Versluis (UMCG) – gynaecoloog, kwartiermaker Interprofessioneel Onderwijs, geneeskundeopleiding
- Saskia Weldam (UMC Utrecht) – manager zorgopleidingen (verpleegkunde(vervolg)opleidingen)

Stuurgroep:

- Jacqueline de Graaf, tot 1 november 2025 (voorzitter CMV UMCNL, Radboudumc)
- Hester Vermeulen (voorzitter College Toekomstbestendige Zorg (CTZ UMCNL), Radboudumc)
- Abbey Schepers, vanaf 1 november 2025 (lid CMV UMCNL, LUMC)

Reviewers:

- Wessel Schulte (Amsterdam UMC) – learning & development adviseur
- Jelle Tichelaar (Amsterdam UMC) – bijzonder lector Interprofessionele Samenwerking & Medicatieveiligheid, associate professor klinische farmacologie
- Carien van Veelen (UMC Utrecht) – clusterhoofd Zorg
- Janiëlle van der Velden (Radboudumc) – kinderarts-endocrinoloog, hoogleraar Kindergeneeskunde
- Petra Veldman-Goossen (Radboudumc) – verpleegkundig specialist bot- en wekedelen-tumoren
- Leden CMV UMCNL en aios-klankbordgroep CMV UMCNL
- Leden CTZ UMCNL

UMCNL-bureau:

- Job Gerritsen, junior beleidsadviseur
- Keet van de Heuvel, beleidsadviseur opleidingen en arbeidsmarkt
- Ylana Rijsbergen, junior beleidsadviseur
- Dini Smilde, senior beleidsadviseur opleidingen

Bijlage 6. Verantwoording

Deze Handreiking Interprofessioneel opleiden is tot stand gekomen via een samenwerking met meerdere auteurs uit de umc's met een verpleegkundige en medische achtergrond, inclusief aios: elk met een eigen expertise en professionele achtergrond. Zij hebben actuele wetenschappelijke literatuur, praktijkervaring en inzichten uit relevante vakgebieden gebruikt. In bijlage 3 is een overzicht van de literatuur opgenomen waarop de handreiking mede is gebaseerd. Daarnaast is ChatGPT – een AI-ondersteunde teksttool, ontwikkeld door OpenAI – geraadpleegd ter ondersteuning bij het herformuleren en herstructureren van teksten.

Citeren uit deze handreiking is toegestaan als de correcte bron wordt vermeld. Alle rechten op deze handreiking berusten bij UMCNL.

Disclaimer:
Deze Handreiking Interprofessioneel Opleiden is tot stand gekomen in opdracht van UMCNL. Hiervoor is samengewerkt met meerdere auteurs uit de umc's: elk met een eigen expertise en professionele achtergrond. Zij hebben actuele wetenschappelijke literatuur, praktijkervaring en inzichten uit relevante vakgebieden gebruikt.

In bijlage 3 is een overzicht van de literatuur opgenomen waarop de handreiking mede is gebaseerd. Daarnaast is ChatGPT – een AI-ondersteunde teksttool, ontwikkeld door OpenAI, geraadpleegd ter ondersteuning bij het herformuleren en herstructureren van teksten. UMCNL – alle rechten voorbehouden. De inhoud van dit materiaal is eigendom van UMCNL en mag niet worden gekopieerd, verspreid of op enige wijze worden hergebruikt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming. Het gebruik van deze inhoud door of in AI-systemen is uitdrukkelijk niet toegestaan.

Deze publicatie hoort bij de UMCNL-Snelstartgids: interprofessioneel opleiden op de werkplek 26.00457:
https://www.umcnl.nl/projecten/interprofessioneel-opleiden/

umcnl

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

E-mail: umcnl@umcnl.nl
Bel: 030 273 98 80

UMCNL is de koepel van de zeven umc's van Nederland

Amsterdam UMC · Erasmus MC · Leids Universitair Medisch Centrum · Maastricht UMC+ · Radboudumc · UMCG · UMC Utrecht