

# Dossier Interprofessioneel samenwerken

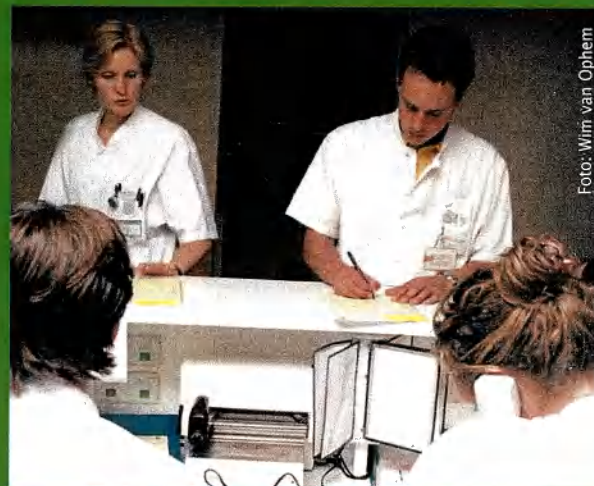


Foto: Wim van Ophem

**De gezondheidszorg wordt complexer door de transitie en alle ontwikkelingen in de sector. Steeds ouder wordende patiënten die meerdere gespecialiseerde hulpverleners tegelijk nodig hebben; dit alles vraagt om goede afstemming tussen de betrokken zorgverleners en de patiënt. Interprofessioneel samenwerken is daarom belangrijk, maar wat is dat eigenlijk precies en wat moeten we nog leren?**

## In dit dossier

### • Inleiding

De transitie en ontwikkelingen in de sectoren zorg en welzijn dwingen tot interprofessioneel samenwerken. De zorg wordt complexer, de organisatie van de zorg verandert en daarbij past een benadering die de aparte disciplines overstijgt. Ontschotting van echelons, domeinen en financiering lijkt daarom onontkoombaar. Alle seinen staan op groen voor een voortvarende aanpak.

### • IPOS: een verkenning

Nederland kent een toenemend aantal ouderen, waarvoor de (chronische) zorg na de transitie verschuift van de tweede- naar de eerstelijns. Daardoor fragmenteert de professionele zorg: er komen steeds meer gespecialiseerde hulpverleners bij een patiënt. Daarnaast wordt de zorg complexer en de participatie van de patiënt komt meer centraal te staan. Dat vraagt om interprofessionele teams van zorgverleners én patiënt. Een overzicht van de achtergronden en ontwikkelingen tot nu toe.

### • Vergeet de voorzitter niet!

Interprofessioneel teamoverleg is nodig voor een goede afstemming tussen de betrokken zorgverleners en de patiënt én een betere afstemming van de zorg op de persoonlijke doelen van de patiënt. In de praktijk blijkt dit nog niet vanzelfsprekend goed te gaan. Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht werken via onderzoeksprojecten aan verbetering. Dat gebeurt samen met patiënten en het werkveld. Voor de verpleegkundige blijkt hierbij een belangrijke rol weggelegd.

### • Ook opleidingen worden interprofessioneel

Op dit moment is de kwaliteit van de interprofessionele samenwerking nog onvoldoende en daar zijn vooral patiënten en cliënten de dupe van. Allerlei redenen worden aangevoerd: van organisatorische aard, werkdrukke, toename van werkzaamheden, digitalisering enz. Maar het begint bij de opleidingen. Ook die moeten interprofessioneel zijn. Twee docenten aan het woord.

## Groene seinen voor interdisciplinaire samenwerking

# De noodzaak is helder

**De transitie en andere ontwikkelingen in de sectoren zorg en welzijn dwingen tot interprofessioneel samenwerken. De zorg wordt complexer, de organisatie van de zorg verandert en daarbij past een benadering die de aparte disciplines overstijgt. Ontschotting van echelons, domeinen en financiering lijkt daarom onontkoombaar. Alle seinen staan op groen voor een voortvarende aanpak.**

Toine de Graaf

‘In onze complexe samenleving is interdisciplinaire samenwerking absolute noodzaak. Interprofessionaliteit vormt daarvoor de voorwaarde.’ Dat zei Paul Rüpp, bestuurslid van de Vereniging Hogescholen, afgelopen juni bij de presentatie van de inspiratiebrieven voor het hoger zorgonderwijs. Interprofessioneel samenwerken in de sectoren zorg en welzijn is één van de thema’s in deze inspiratiebrieven, naast ondernemen en technologie. Het illustreert het belang van interprofessioneel samenwerken in de huidige tijd. ‘De complexiteit van zorgvragen van patiënten en de organisatie van zorg vragen om benaderingen en oplossingen die één enkele discipline overstijgen’, aldus de inspiratiebrief.

Op dit moment wordt samenwerking binnen zorg en welzijn nog voornamelijk georganiseerd en gefinancierd vanuit het perspectief van domeinen en echelons. Maar de sterke fragmentatie van de professionele zorg is niet langer vol te houden, tegen de achtergrond van de maatschappelijke ontwikkelingen. De inspiratiebrief benadrukt dat de huidige veranderingen in zorg en welzijn vragen om innovatieve samenwerkingsvormen.

De transities zetten in op efficiënte, integrale, kwalitatief goede en betaalbare zorg en dienstverlening. Alles passend bij de vraag, eigen kracht en mogelijkheden van de burger. Ontschotting van echelons, domeinen en financiering is hierdoor onontkoombaar geworden. Op weg

**‘De sterke fragmentatie van de professionele zorg is niet langer vol te houden’**

naar integrale samenwerking dienen zich inmiddels nieuwe vormen van interprofessionele samenwerking aan. Denk aan de sociale wijkteams, gezondheidscentra, zorggroepen, netwerken en ketenzorg.

### Ook vanuit de WHO

De roep om interprofessionele samenwerking is geen exclusief Nederlandse aangelegenheid, maar sluit aan bij de internationale context. Het *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* (2010) spreekt in dit opzicht boekdelen. Dit rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), dat werd samengesteld door de Health Pro-

fessions Networks Nursing & Midwifery wijst onder meer op de versnippering in de wereldwijde gezondheidzorgstelsels waardoor veel zorgbehoeften onvervuld blijven. Interprofessionele samenwerking is noodzakelijk, ook in het licht van de toenemende complexiteit van de zorgvraag en het grote tekort aan gezondheidswerkers. ‘Interprofessionele gezondheidsteams begrijpen hoe ze de vaardigheden van hun leden kunnen optimaliseren, delen casemanagement en leveren betere gezondheidsdiensten aan patiënten en de gemeenschap’, zo meldt het WHO-rapport. Interprofessionele teams zijn vaak onder andere beter toegerust voor een meer alomvattende aanpak van

preventie en management van chronisch problematiek zoals dementie, ondervoeding en astma. ‘Deze aandoeningen zijn complex en vereisen vaak een gezamenlijke benadering.’

Meer interprofessionele samenwerking zal de gezondheidszorg versterken en zo leiden tot betere resultaten. Hiervoor is volgens de WHO inmiddels afdoende bewijs voorhanden, na bijna een halve eeuw onderzoek: ‘In zowel de acute als de eerstelijns gezondheidszorg melden patiënten hogere niveaus van tevredenheid, een betere acceptatie van zorg en betere gezondheidsresultaten na behandeling door een samenwerkend team’.



Interprofessioneel Samenwerken in Zorg & Welzijn



*Interprofessioneel samenwerken is één van de thema's in de inspiratiebrieven voor het hoger zorgonderwijs.*

Verschillende mechanismen bepalen hoe interprofessionele samenwerking wordt geïntroduceerd en uitgevoerd. Ze laten zich volgens de WHO onderverdelen in drie thema's. Allereerst zijn er ondersteunende, institutionele mechanismen. Voorbeelden hiervan zijn bestuursmodellen, gestructureerde protocollen, gedeelde operationele middelen, personeelsbeleid en ondersteunende managementmethoden. Ten tweede zijn er mechanismen die samenhangen met de werkcultuur, zoals communicatiestrategieën, het beleid voor conflictoplossing en de processen rond *shared decision making*. En ten slotte zijn er mechanismen die te maken hebben met de omgeving: gebouwen, faciliteiten en ruimtedesign.

## Zorg in 2030?

De Vereniging Hogescholen staat niet bepaald alleen met haar pleidooi voor meer interprofessionele samenwerking, zoals geuit in de recente inspiratiebrief.

Je zou kunnen stellen dat in ons land alle seinen op groen staan voor een voortvarende aanpak. Ook het advies *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*, dat Zorginstituut Nederland eerder dit jaar uitbracht aan minister Schippers, sluit hierbij aan. Er is geen glazen bol nodig om te voorzien dat de toekomstige gezondheidszorg minder zal worden gedomineerd door professionele beroepskolommen en meer door domeinoverstijgende samenwerking.

De Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, die het advies van Zorginstituut Nederland voorbereidde, liet onder andere *quick scans* uitvoeren. Ook hieruit bleek weer hoe gefragmenteerd de zorg momenteel is. Bij deze scans werden in ons land meer dan 2400 verschillende zorg- en zorgverwante beroepen en functies geturfd, naast 1700 verschillende zorgopleidingen: 'Er worden weliswaar veel vernieuwingen ingezet, maar die vinden plaats vanuit het bestaande aanbod en beroepen en binnen de grenzen van de eigen discipline'.

De commissie liet zich leiden door de vraag welke zorg in 2030 nodig zal zijn en wat voor zorgprofessionals daarbij passen. Tegen die tijd zal om te beginnen de technologie nieuwe mogelijkheden hebben gecreëerd. Hierdoor zullen bur-

aldus de commissie. Iedere toekomstige zorgprofessional zal – behalve over vak-kennis – beschikken over een aantal generalistische bekwaamheden die bijdragen aan het bevorderen en het herstellen van het functioneren. 'Professionals zullen samenwerken in teams die met elkaar beschikken over alle bekwaamheden die nodig zijn.'

In 2030 hebben mensen steeds vaker verschillende aandoeningen en problemen en bewegen ze zich in meerdere zorggebieden: voorzorg (A), gemeenschapszorg (B), laagcomplexe en complexe zorg (C) en hoogcomplexe zorg (D). 'Om hierbij aan te sluiten worden zorgarrangementen uitgevoerd door multidisciplinaire teams', zo meldt het advies. 'De teams worden samengesteld op basis van de zorgvraag en kunnen dus wisselen van samenstelling of locatie.' De meeste zorgprofessionals werken generalistisch en bewegen zich in alle zorggebieden. Ze werken interprofessioneel samen in teams die multidisciplinair zijn samengesteld. Een kleinere groep zorgprofessionals richt zich primair op hoogcomplexe zorg. De burger en diens naasten maken, indien mogelijk, deel uit van het team. In samenspraak met de burger worden keuzes gemaakt en besluiten genomen (*shared decision making*). De burger is eige-

## **'Beter gezondheidsresultaten na behandeling door een samenwerkend team'**

gers veel zelf kunnen regelen, thuis of in de buurt, met zorg op afstand. Daardoor krijgen zorgprofessionals een meer uitvoerende, begeleidende en coördinerende rol. 'Dit kan leiden tot reductie van het aantal specialisaties en beroepsgroepen',

naar van zijn persoonlijk leef- en ontwikkeldossier. De teams zijn gericht op het herstel en het bevorderen van het functioneren. Bijvoorbeeld: wat moet gebeuren om terugkeer naar huis mogelijk te maken? Zorgprofessionals hebben

## INTERPROFESSIONEEL VERSUS MULTIDISCIPLINAIR

Interprofessioneel samenwerken lijkt het nieuwe toverwoord, maar helemaal nieuw is het niet. Door de jaren heen zijn vele vormen en definities van dit type samenwerking ontstaan. Begrippen als multi-, inter- en intradisciplinaire samenwerking worden al tijdenlang gebruikt. Maar deze begrippen zijn niet zomaar onderling uitwisselbaar. Zo maken Tzakidzidis en Van Royen (2012) een onderscheid tussen interprofessionele samenwerking en multidisciplinaire samenwerking. Kenmerkend voor interprofessioneel samenwerken zijn volgens hen onder meer: structurering van het overleg, een gemeenschappelijke visie, werken met één zorgplan en gezamenlijke verantwoordelijkheid daarvoor, elkaar informeren over de contacten met de cliënt of patiënt en bekendheid met elkaars professie.

daarmee ook oog voor oplossingen in de leefomgeving: onderwijs, wonen, veiligheid, sport en infrastructuur.

### Populatiemanagement

Er is nog een ontwikkeling die interprofessioneel samenwerken de wind in de rug geeft: bekostiging via populatiemanagement. Dat betekent dat de organisatie van zorg en welzijn gericht is op de vragen en behoeften van een specifieke groep mensen, oftewel een populatie. Bijvoorbeeld alle mensen in een wijk of regio. In ons land zijn hiertoe verschillende initiatieven gestart met als doel de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten van de zorg te beheersen.

Het ministerie van VWS heeft op voordracht van de zorgverzekeraars negen van deze regionale initiatieven geselecteerd als 'proeftuinen'. Het RIVM volgt deze proeftuinen om beter zicht te krijgen op het implementatieproces, op de succes- en faalfactoren en op het effect van de initiatieven op de gezondheid van de populatie en de kwaliteit en kosten van de zorg. Deze Landelijke Monitor Populatiemanagement (LMP) loopt tot na-

jaar 2017. Het eerste product van deze monitor was een briefrapport uit 2014, met een beschrijving van de negen proeftuinen. Vorig jaar zijn ook een procesmonitor en een uitkomstmonitor gestart. Iedere proeftuin heeft verschillende programma's (thema's) en een bijbehorende set interventies opgesteld. De scope van de programma's is breed en varieert tussen de proeftuinen. De interventies richten zich vaak op thema's als substitutie van zorg, integratie van zorg (eventueel met welzijn) en preventie. In eerste instantie worden de interventies vooral toegepast op chronische zorg, medicatiegebruik en zorg rondom ontslag. De proeftuinen richten zich grotendeels nog op de eerste- en tweedelijnszorg. Wel is de ambitie om dit gaandeweg uit te breiden met interventies in andere domeinen, zoals GGZ en jeugdzorg.

Nog niet voor alle geplande interventies is (structurele) financiering verworven. Voornamelijk zijn tussen de deelnemende zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraars in de proeftuinen geen definitieve afspraken gemaakt over uitkomstbekostiging en *shared savings*.

Alle proeftuinen omarmen de zogenaamde 'Triple Aim-doelen': betere gezondheid van de populatie, betere kwaliteit van zorg en minder kosten (groei). Er zijn ook een aantal tussendoelen geformuleerd. De verwachting is dat bij het behalen van deze doelen ook vooruitgang wordt bereikt op de hoofddoelen. Eén van de tussendoelen is integratie van preventie en eerste- of tweedelijnszorg en welzijnszorg. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in de proeftuin GoedLeven in Zeeuws-Vlaanderen. GoedLeven kent vier programma's, waaronder 'Preventie Dit programma kenmerkt zich 'door het leggen van verbindingen tussen welzijn, publieke gezondheid en eerstelijnszorg'. Doel hierbij is te komen tot 'netwerkzorg voor hoogrisicogroepen voor COPD, cardiovasculair risicomanagement en diabetes. Volgens de planning zou deze vorm van samenwerking vanaf 2017 deel kunnen uitmaken van reguliere processen.

### Referenties

- Drewes, H.W., Heijink, R., Struijs, J.N & Baan, C.A. (2014). Landelijke monitor populatiemanagement. Deel 1: beschrijving proeftuinen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Health Professions Networks Nursing & Midwifery, WHO (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.
- Kaljouw, M. & Vliet, K. van (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Zorginstituut Nederland.
- Tsakidzidis, G. & Royen, P. van (2012). Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg. Standaard uitgeverij professional.
- Vereniging Hogescholen (2015). Inspiratiebrieven voor alle Hogere Gezondheidszorgopleiding in Nederland.

# IPOS: een verkenning

**Nederland kent een toenemend aantal ouderen, waarvoor de (chronische) zorg na de transitie verschuift van de tweede- naar de eerstelijns. Daardoor fragmenteert de professionele zorg: er komen steeds meer gespecialiseerde hulpverleners bij een patiënt. Daarnaast wordt de zorg complexer en de participatie van de patiënt komt meer centraal te staan. Dat vraagt om interprofessionele teams van zorgverleners én patiënt. Een overzicht van de achtergronden en ontwikkelingen tot nu toe.**

Albine Moser, Ine Boermans, Loes van Amsterdam

In Nederland hebben ruim 2,5 miljoen mensen een of meer chronische aandoeningen, zoals astma, COPD, of hart- en vaatziekten (*van Duivendijk & ten Hoeve, 2013*). Het aantal ouderen neemt toe en vanaf 2025 stijgt ook de dubbele vergrijzing sterk: dat wil zeggen het aandeel 80-plussers binnen de groep 65-plussers (*Nationaal Kompas Volksgezondheid*). De huidige transitie in zorg, welzijn en het maatschappelijk domein focust op efficiëntie, integrale, kwalitatief goede en betaalbare zorg en dienstverlening passend bij de eigen kracht en mogelijkheden van de patiënten. Daardoor verschuift veel zorg en minder complex medisch en verpleegkundig handelen van de tweede- naar de eerstelijns. Het gaat daarbij vooral om de chronische zorg. Een ander gevolg is dat ouderen langer thuis blijven wonen met complexe zorgbehoeften. Deze verschuiving gaat gepaard met een fragmentatie van de professionele zorg: patiënten krijgen te maken met een grote verscheidenheid aan (gespecialiseerde) zorgverleners.

Daarnaast wordt inmiddels een andere benadering van gezondheid bepleit door Huber en collega's (2011): *'the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges'*. Bij deze benadering staat dus het aanpassingsvermogen en het vermogen tot zelfmanagement van mensen centraal. De participatie van patiënten en hun naasten gaat een steeds belangrijkere rol spelen. Dit alles vraagt om een nieuwe, betere samenwerking: interprofessionele samenwerking.

## Interprofessioneel team

Het rapport Kaljouw (*Zorginstituut Nederland, 2015*) benadrukt dat hulpverleners in de nabije toekomst moeten werken in samenwerkende teams. Teams die bestaan uit zorgprofessionals die samen alle bekwaamheden hebben die nodig zijn om het functioneren van de patiënt te herstellen of te bevorderen. De patiënt maakt deel uit van het team en voert, per definitie, zelf de regie (complexe uitzonderingen daargelaten). De teams worden samengesteld op basis van de vragen op het gebied van zorg, welzijn en maatschappelijk domein. Ze kun-

nen daardoor wisselen van samenstelling en locatie. Bij zorg- en medische vragen zijn verpleegkundigen vaak de spin in het web. Zij kunnen een leiderschapsrol op zich nemen. Kern in de samenwerking is dat die hulpverlener die op basis van de benodigde dienst- en zorgverlening voor de patiënt de *lead* (soms tijdelijk) moet nemen, deze *lead* ook krijgt! Interprofessionele samenwerking kenmerkt zich door nonhierarchy samenwerking, wederzijds respect en gelijkwaardigheid. Niet de regionale of organisatie-afspraken bepalen wie regie voert, noch het opleidingsniveau of wie de belangrijkste functie heeft, maar dat wat de patiënt en diens naasten nodig hebben.

Dit vraagt nadrukkelijk om nieuwe vormen van opleiden en leren samenwerken met andere disciplines dwars door de domeinen, zodat de verpleegkundige haar rol optimaal inhoud kan geven.

## Wat is interprofessioneel opleiden en samenwerken?

Interprofessioneel opleiden en samenwerken gaan hand in hand en spelen een belangrijke rol op weg naar integrale gezondheidszorg. Interprofessioneel opleiden betekent dat 'twee of meer studenten van verschillende disciplines van, met en over elkaar leren om effectief te kunnen samenwerken en betere zorg te kunnen verlenen' (*Wereld Gezondheidsorganisatie, 2013*). Als studenten geleerd hebben en competent zijn om interprofessioneel te kunnen samenwerken, zijn ze er klaar voor (*collaboration practice ready*) om leden van een interprofessionele samenwerkingspraktijk of interprofessioneel

Tabel 1. Verschillende vormen van samenwerking (bron: Tsakisizides en van Royen, 2012).

Is er sprake van	Multidisciplinair werken	Interdisciplinair werken	Interprofessioneel werken
Verschillende disciplines	Ja	Ja	Ja
Overlegmomenten	Soms	Ja	Ja
Gemeenschappelijke visie	Nee	Soms / nee	Ja
Evenwaardigheid van rollen	Kan	Kan	Ja
Werken met één zorgplan	Nee	Nee	Ja
Weten wie waar mee bezig is met cliënt	Nee	Soms, nee	Ja
Kennis van elkaars professie	Nee, soms	Ja meestal	Ja
Holistisch perspectief	Kan	Kan	Ja
Cliëntgerichtheid	Ja, vooral op mono-disciplinair niveau	Ja, op monodisciplinair niveau of breder	Ja, op breed niveau
Eén verantwoordelijke als aanspreekpunt voor de cliënt	Nee	Nee	Ja
Samen verantwoordelijk voor realisatie zorgplan	Nee	Soms / nee	Ja

team te worden. De Wereld Gezondheidsorganisatie (2013) definieert interprofessioneel samenwerken als ‘meerdere hulpverleners uit verschillende disciplines werken samen met patiënten, naasten en de samenleving om kwalitatief hoogstaande zorg te leveren.’ Dit maakt het mogelijk dat meerdere hulpverleners betrokken zijn bij de zorg van individuele mensen om gezondheidsdoelen te bereiken.

### Multidisciplinair, interdisciplinair of interprofessioneel?

Interprofessioneel samenwerken is niet nieuw. In de literatuur komen we diverse begrippen op dit gebied tegen die door elkaar gebruikt worden: interdisciplinair, multidisciplinair, interprofessioneel, multiprofessioneel. Alle begrippen geven aan dat er ‘iets’ samen gedaan wordt. Het verschil zit hem in de manier waarop wordt samengewerkt, het hebben van een gezamenlijke visie en het delen van verantwoordelijkheid. ‘Interprofessioneel’ als begrip is bewust gekozen in navolging van de Wereld Gezondheidsorganisatie.

Vaak, en zeer terecht, geven verpleegkundigen aan dat ze al samenwerken. Dit ligt ook in de natuur van het beroep. Immers, verpleegkundige zorg kan niet zonder gelijkwaardige samenwerking met andere hulpverleners, zoals artsen, ergo-, logo- en fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen, maatschappelijk werkers enzovoorts. Maar wat is er anders? Wij sluiten ons aan bij Tsakisizides en van Royen (2012), die aangeven dat interprofessioneel samenwerken net een stapje verder gaat dan multidisciplinair en interdisciplinair werken. Qua hiërarchie in samenwerking staat interprofessioneel samenwerken als het ware hoger op de ladder. Belangrijk bij interprofessioneel samenwerken is de structurering van het overleg, de gemeenschappelijke visie, het werken met één zorgplan en de gezamenlijke verantwoordelijkheid daarvoor, weten wie waarmee bezig is, een verantwoordelijke als aanspreekpunt voor de patiënt en samen verantwoordelijk zijn voor de realisatie van het zorgplan (zie tabel 1). In essentie gaat het er bij interprofessioneel werken om dat iedereen op de hoogte is van de gezamenlijke patiëntge-

richte aanpak. ‘Client centred care’ is het uitgangspunt.

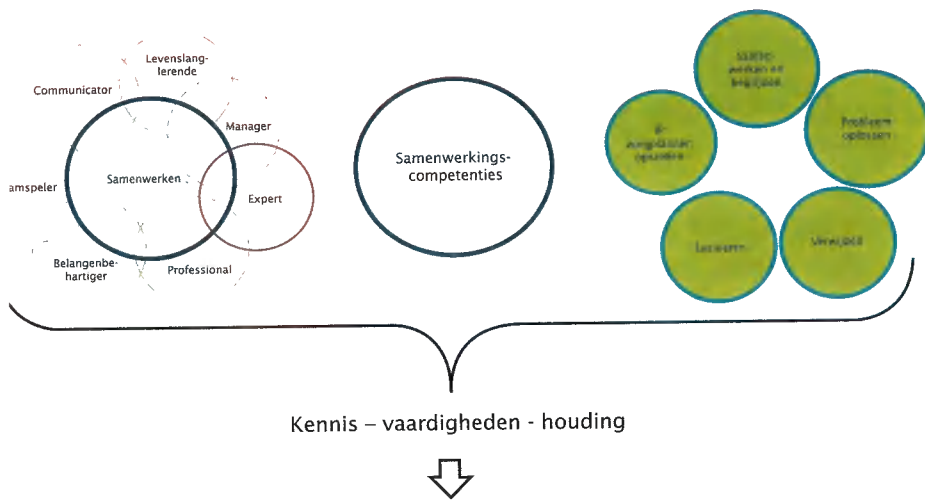
### Interprofessionaliteit en het verpleegkundig beroep

In 2012 is het verpleegkundig beroepsprofiel herzien (V&VN, 2012). Daarbij is gebruikgemaakt van de ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Kern van de beroepsuitoefening is de verpleegkundige als zorgverlener. Alle andere rollen raken aan die centrale rol en krijgen er richting door, zo ook de rol van samenwerkingspartner en hieraan verbonden samenwerkingscompetenties. V&VN definieert de rol van samenwerkingspartner als volgt: ‘Als samenwerkingspartner handelt de verpleegkundige vanuit haar eigen deskundigheid en werkt op basis van gelijkwaardigheid samen met de patiënt en zijn naasten, eigen en andere disciplines, en met leidinggevenden. Zij deelt kennis en informatie, is gericht op samenwerking en overdracht in de keten. Dat



COMPETENTIEGEBIEDEN VERPLEEGKUNDIGE IN CANMEDS

Figuur 1. De zeven competentiegebieden van a CanMEDS (bron: V&VN, 2012).



Figuur 2. De leerlijn Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken (IPOS) (bron: werkgroep IPOS Zuyd Hogeschool).

...rgt permanente onderlinge afstemming, ... te voorkomen dat de zorg gefragmenteerd raakt. Zij geeft in samenwerking vorm aan het ontwikkelen van beleid met trekking tot de individuele patiëntenzorg over de grenzen van de individuele zorgorganisatie. Zij doet dit vanuit het perspectief van de continuïteit van de zorg voor het individu. De verpleegkundige werkt daarvoor naast over de grenzen van gezondheidsorganisaties heen, met onder meer woningbouwverenigingen, politie, ouderensociëteit, wijkcentra, kerken en moskeeën, buurtregisseurs, scholen, kinderdagverblijven, kunstenaars. Via deze samenwerking voort zij ook zorgmijders op en mensen met (dreigende) gezondheidsproblemen.

...it sluit naadloos aan bij interprofessioneel samenwerken. Het beroepsprofiel, zoals gedefinieerd door het verpleegkundige werkveld, heeft grote invloed op de opleidingsprofielen van de hogescholen. De CanMEDS-rollen zijn ook overgenomen door een aantal paramedische opleidingen zoals fysiotherapie, ergotherapie en creatieve therapie. Dit schept een gemeenschappelijke basis voor de imple-

mentatie van interprofessioneel opleiden op de hogescholen want de kern is 'over de grenzen van de eigen professie kijken'.

### Interdisciplinaire initiatieven

In veel regio's zijn multi- en interdisciplinaire initiatieven, *best practices* en richtlijnen gericht op integrale zorg die gerelateerd kunnen worden aan interprofessioneel opleiden en samenwerken.

Denk aan sociale wijkteams of *home teams*. Kanttekening hierbij is dat er over het algemeen nog geen sprake is van een doelbewuste hantering van het woord 'interprofessioneel' en de 'andere' werkwijze. Wel maken de revalidatie en de richtlijnen voor huiselijk geweld en ouderenmisshandeling eerste stappen richting een gezamenlijk interprofessioneel zorgplan.

### Onderzoek

Het lectoraat Autonomie en Participatie van chronisch zieken van de Zuyd Hogeschool en de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht zijn in nauwe samenwerking met verschillende praktijkinstellingen gestart met praktijkgericht onderzoek naar interprofessioneel

nele zelfmanagementondersteuning in de eerstelijnszorg. Daarbij werken meerdere professies, zoals wijkverpleegkundige, POH, huisartsen en fysiotherapeuten, samen. Er zijn inmiddels meerdere methodieken ontwikkeld om interprofessionele teams op maat te ondersteunen in het verbeteren van interprofessionele samenwerking rondom patiënten met complexe zorgvragen in de eerstelijnszorg.

### Leerlijn

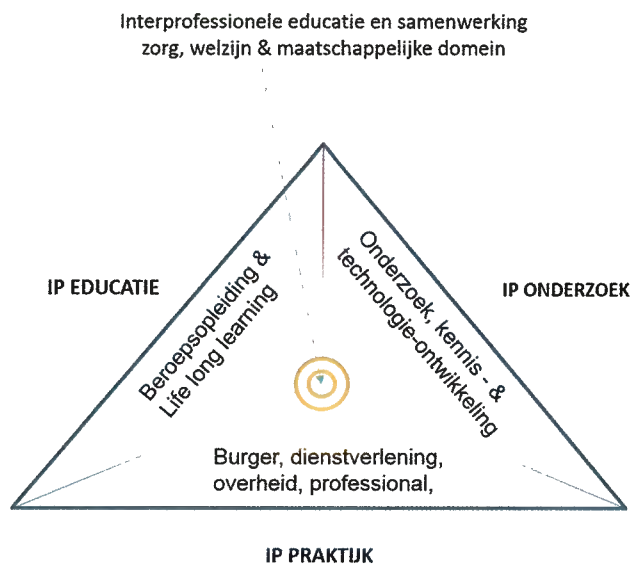
Daarnaast is de Zuyd Hogeschool bezig met het uitwerken van de leerlijn 'Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken' (IPOS). Het samenvoegen van verschillende competentie modellen (CanMeds, Barr en EIPEN) leverde interprofessionele sleutelcompetenties op. Deze competenties zijn van toepassing voor verpleegkunde en alle paramedische opleidingen (ergo-, logo- en fysiotherapie, biometrie en creatieve therapie) op Zuyd. De sleutelcompetenties worden nog verder uitgewerkt tot een Zuyd Interprofessioneel raamwerk.

### LinkedIn-netwerk

In 2014 is het LinkedIn-netwerk Interprofessionele Educatie en Samenwerking zorg, welzijn en maatschappelijk domein (IPES) opgericht. Via dit netwerk kunnen professionals uit onderwijs, zorg en beleidsmakers de ontwikkelingen rond interprofessionele educatie en samenwerking delen, zoals (post-)hbo-onderwijs, trainingen en bijscholingen. Doel is het bijdragen aan landelijke samenhang en afstemming op dit gebied.

Het IPES heeft een werkmodel ontwikkeld met drie hoofdelementen: educatie (beroepsontwikkeling en levenslang leren), praktijk (patiënt, burger, dienstverlening, overheid, professionals) en innovatie (onderzoek, kennis & technologieontwikkeling).

## IPES werkmodel samenwerkingsdriehoek



IPES werkmodel afb. I. Boermans, L. van Amsterdam, A. Moser

Figuur 3. Interprofessionele educatie en samenwerking in zorg, welzijn en het maatschappelijk domein: een werkmodel (bron: IPES netwerk).

### De toekomst

Het klinkt logisch en eenvoudig om op interprofessionele manier goede zorg te verlenen. Maar het zorgsysteem, dat wil zeggen de opleidingen en de praktijk, is op dit moment nog niet interprofessioneel ingericht. De zorg is nog te zeer systeemgericht en de patiënt en zijn naasten moeten zich hier ondergeschikt aan maken. En dat terwijl interprofessioneel opleiden en samenwerken juist deze behoefte en wensen van de patient als gezamenlijk uitgangspunt ziet.

We zien Communities of Practice als een van de mogelijke oplossingen voor de verpleegkundige beroepsgroep in de toekomst. In Communities of Practice gaat het om een groep van mensen die een belang, een vraagstuk of een passie voor een bepaald onderwerp delen en die kennis en expertise op dit gebied verdiepen door voortdurend in interactie met elkaar te zijn (Wenger, 1998).

Verpleegkundigen, in samenwerking met opleidingen, lectoraten en vooral met andere professies, kunnen hierin een sleutelrol vervullen. Ze kunnen interprofessioneel opleiden en interprofessioneel samenwerken doorontwikkelen. En zo kunnen ze *best practices* ontwikkelen en medebepalen hoe om te gaan met de noodzakelijke veranderingen in de zorg. Dat kan als ze over de eigen professionele grenzen heen kijken en samen met andere professies leren. ■

### De auteurs

**Dr. Albine Moser** is verpleegkundige en senior docent-onderzoeker bij het lectoraat Autonomie en Participatie van chronisch zieken en de Masteropleiding Advanced Nursing Practice van de Zuyd Hogeschool in Heerlen (e-mail: [albine.moser@zuyd.nl](mailto:albine.moser@zuyd.nl)).

**Ine Boermans** is verpleegkundige NP (niet praktiserend), docent verpleegkunde, coördinator Kennisplein Chronische Zorg en

senior medewerker Kennis Continue bij Vilans (e-mail: [i.boermans@outlook.com](mailto:i.boermans@outlook.com)).

**Drs. Loes van Amsterdam** is consultant bij het Jan van Es Instituut (e-mail: [loesvanamsterdam@xs4all.nl](mailto:loesvanamsterdam@xs4all.nl)).

### Referenties

- Huber, M.A.S., Knottnerus, J.A., Green, L., et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343:d4163.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid 2013, [www.nationaalkompas.nl/bevolking/toekomst](http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/toekomst).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2013) *De participerende patiënt*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Tsakizidis, G. & Van Royen, P. (2012). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij Professional.
- Van Duivendijk, I. & Ten Hoeve, M. (2013). *Zorgverleners in beeld: inzicht in behandeling van een chronische ziekte*. Utrecht: Nictiz en Vektis.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, Meaning and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020 (2012). *Beroepsprofiel Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020*. Utrecht: V&VN.
- Wereld Gezondheidsorganisatie (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organisation.
- Werkgroep Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken (IPOS), Zuyd Hogeschool (2012). *Grondslag Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken*. Heerlen: Hogeschool Zuyd
- Zorginstituut Nederland (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Den Haag: Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.



# Vergeet de voorzitter niet!

**De voorgaande artikelen in dit dossier maakten het belang van interprofessioneel teamoverleg al inzichtelijk: de zorg wordt complexer, wat vraagt om goede afstemming tussen de betrokken zorgverleners en de patiënt én een betere afstemming van de zorg op de persoonlijke doelen van de patiënt. Interprofessioneel teamoverleg is dus nodig, maar blijkt in de praktijk nog niet vanzelfsprekend goed te gaan. Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht werken via onderzoeksprojecten aan verbetering. Dat gebeurt samen met patiënten en het werkveld. Voor de verpleegkundige blijkt hierbij een belangrijke rol weggelegd.**

Jerôme van Dongen, promovendus Zuyd Hogeschool en Loes van Bokhoven, huisarts

Uit de verschillende kwalitatieve studies (tabel 1) binnen dit onderzoek blijkt dat de aanpak van interprofessioneel teamoverleg divers is. Teamoverleg varieert in de manier waarop het wordt georganiseerd, de frequentie en tijdsduur van overleg, de locatie, aanwezigheid van een voorzitter, aantal aanwezigen en het gebruik van een gezamenlijk zorgplan. Ook de inhoud en het aantal patiënten dat wordt besproken tijdens een overleg verschilt per praktijk. Verder zijn er verschillende benamingen voor dit interprofessione-

le team in omloop, zoals: sociaal wijkteam, multidisciplinair overleg (MDO) of *home team*.

## De drie uitdagingen

Uit observaties in de praktijk wordt duidelijk dat er nog veel winst te behalen is in het beter organiseren en begeleiden van teamoverleg, maar ook in het betrekken van het patiëntperspectief. Samengevat zijn er uitdagingen in drie categorieën: 1) inhoud en patiëntgerichtheid, 2) structuur en organisatie van het overleg en 3) onderlinge interacties.

## Inhoud en patiëntgerichtheid

Als we kijken naar de inhoud van het teamoverleg dan zien we dat het vaak vooral een gezellig bijeenkomen is, waarbij de professionals erg in de mededelingensfeer blijven hangen en weinig concrete zorgafspraken maken. Verder wordt er meestal geredeneerd vanuit het professionele perspectief, waarbij zorgprofessionals vanuit hun discipline aanbodgericht te werk gaan. De doelen van de patiënt blijven vaak onduidelijk of komen helemaal niet ter sprake. Ook met de zelfmanagementgedachte gebeurt weinig; slechts zelden wordt geïnventariseerd wat een patiënt en diens omgeving zelf nog kunnen doen om persoonlijke doelen te behalen.

## Structuur en organisatie

Uit onze observaties in de praktijk blijkt dat het interprofessionele teamoverleg vaak ongestructureerd en rommelig verloopt en er een gebrek is aan een duidelijke rolverdeling. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) waaruit bleek dat met name de organisatorische aspecten van

Tabel 1. Raak Pro-studie.

Raak Pro-studie: 'Naar interprofessionele zelfmanagement-ondersteuning in de eerstelijnszorg'		
<b>Observaties</b>	8 observaties van verschillende interprofessionele teamoverleggen	Doel: achterhalen van de huidige werkwijze.
<b>Individuele interviews</b>	60 individuele interviews	Doel: achterhalen hoe de huidige manier van samenwerken door de deelnemers van interprofessioneel teamoverleg wordt ervaren.
<b>Focusgroepen</b>	4 focusgroepinterviews (met zowel experts als zorgprofessionals)	Doel: in kaart brengen wat de knelpunten en bevorderende factoren zijn bij interprofessioneel samenwerken. En het verkennen van mogelijke oplossingsrichtingen.
<b>Literatuurstudie</b>	Scoping review	Doel: in kaart brengen wat er op dit moment in de wetenschappelijke literatuur bekend is over het samen opstellen van zorgplannen.

interprofessioneel teamoverleg te verbeteren zijn (van Drielen et al, 2012).

### Onderlinge interacties

Tijdens het teamoverleg is er interactie tussen de verschillende zorgprofessionals. Soms zien we dat onderlinge irritaties het groepsproces belemmeren. Ook de aanwezigheid van een of meerdere dominante personen, of verschil in machtsverhoudingen, kunnen de bijdrage en input van teamleden hinderen. Soms is ook de diversiteit in taal/vakjargon van de zorgprofessionals een knelpunt. Tot slot zien we frictie tussen twee belangen: de zorgprofessional wil goede patiëntenzorg leveren, maar er moet ook een bedrijf worden gerund. Uit een studie van Jones & Jones (2011) bleek dat het creëren van vertrouwen en respect tussen de verschillende teamleden van essentieel belang is.

### Verpleegkundige als voorzitter

Om meer uit het overleg te halen, kan een van de teamleden worden benoemd tot voorzitter/leider. Uit onder andere de studie van West en collega's (2003) bleek namelijk dat dat een belangrijke succesfactor is in het goed functioneren van het team. Ook richtlijnen zoals bijvoorbeeld de *Handreiking Multidisciplinair Overleg* van Verenso bevelen de aanstelling van een voorzitter aan. Zijn/haar taak is onder andere de tijd en gelijkwaardigheid van inbreng van de deelnemers te bewaken (*Handreiking Verenso*, 2015). We zien dat de voorzittersfunctie steeds vaker wordt ingevuld door de verpleegkundige, die fungeert als *linking pin* tussen de zorgprofessionals van verschillende disciplines. De verpleegkundige heeft naast verpleegkundig inhoudelijke competenties vaak ook de competenties in huis om

goed samen te kunnen werken, te organiseren en de regie te kunnen nemen tijdens teamoverleg. Het begeleiden van een interprofessioneel team vereist namelijk flexibiliteit en diverse competenties (Tsakitzidis & Van Royen, 2012) zoals: faciliteren, committeren, luisteren, vragen stellen, samenvatten, doelstelling verhelderen en de besluitvorming versnellen. Verder moet de voorzitter aandacht besteden aan alle drie de hiervoor beschreven categorieën uitdagingen. Hij heeft dus allereerst een rol in het bewaken van de patiëntgerichtheid. Concreet kan dit door bij elke bespreking uit te gaan van de doelen en wensen van de patiënt en de hiervan afgeleide vraagstelling van de zorgprofessional. Ten tweede speelt de voorzitter een belangrijke rol in het organiseren en structureren van interprofessioneel teamoverleg, door samen met het team goede afspraken te maken over procedure en werkwijze van het team. Tot slot heeft de voorzitter nog een bredere taak: het bevorderen van de teamontwikkeling. Een team ontwikkelt zich namelijk door de tijd, waarbij problemen, die vaak minder zichtbaar aanwezig zijn (onderlinge irritaties, hiërarchie, waardering) een belemmerende rol gaan spelen. De voorzitter kan hierop inspelen door ook op deze interpersoonlijke issues te letten en regelmatig samen met het team te reflecteren.

### Conclusie

Gebaseerd op observaties in de praktijk, kunnen we concluderen dat er nog veel winst te behalen is in het beter organiseren en begeleiden van teamoverleg. Verder blijkt uit interviews met zorgprofessionals dat er behoefte is aan een voorzitter die de rest van het team actief op sleeptouw neemt bij het bespreken van patiënten en

structureren van overleg. Een meer actieve en directieve rol van de voorzitter zou worden gewaardeerd. Of zoals een van geïnterviewden het formuleert: 'Het invullen van deze leidende rol als voorzitter vraagt om durf en doorzettingskracht!'

### Auteurs

**Jérôme van Dongen** is promovendus aan de Zuyd Hogeschool (Heerlen) bij het lectoraat Autonomie en Participatie van Chronisch Ziek

**Loes van Bokhoven** is huisarts bij de Academische huisartsenpraktijk Dorine Verschure Elsloo en daarnaast staflid van de vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht University, CAPHRI School for Public Health and Primary Care.

### Referenties

- Hammelburg, R., Lubbers, W.J. & Nauta, N. (2014). *Veranderende samenwerking in de zorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tsakitzidis, G. & Van Royen, P. (2012). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.
- West, M.A., Borill, C.S., Dawson, J.F., Brodbeck, F., Shapiro, D.A. & Haward, B. (2003). *Leadership clarity and team innovation in health care. The Leadership Quarterly* 14, 393-410
- Van Drielen, E., de Vries, A.W., Ottevanger, P.E. Hermens, P.M.G. (2012). Beter multidisciplinair overleg past bij betere zorg. *Ned. tijdschr geneesk.* 156:A4856
- Handreiking Multidisciplinair Overleg (MDO) (2015). *Het MDO als basis voor heldere regievoering door de specialist ouderengeneeskunde*. Verenso.
- Jones, A. & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care* 25: 175-181.

# Ook opleidingen worden interprofessioneel

**Op dit moment is de kwaliteit van interprofessionele samenwerking in de zorg nog onvoldoende. En daar zijn vooral patiënten, cliënten en bewoners de dupe van. Allerlei zaken van organisatorische aard, werkdrukke, toename van werkzaamheden, digitalisering enz. worden als redenen aangevoerd. Maar het begint bij de opleidingen. Ook die moeten interprofessioneel zijn. Twee docenten aan het woord.**

Nick Olfen en Thea Verstappen

De leden van de IPOS-werkgroep van Zuyd Hogeschool zijn al in 2011 gestart met nadenken over interprofessionele kerncompetenties voor hun studenten. Onder andere studenten *social work*, biometrie, creatieve therapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, verloskunde en verpleegkunde zouden deze competenties aan het einde van hun opleiding moeten beheersen. Bij de start doet ook de huisartsenopleiding van de Universiteit Maastricht mee, wat vooral de medische inbreng compleet maakt. Verderop in dit artikel meer over de leerprojecten waarin de samenwerking wordt uitgevoerd.

## Vijf sleutelcompetenties

In 2013 verstrekke de Zuyd Hogeschool een subsidie voor de IPOS-werkgroep en maakte daarbij extra ruimte om de interprofessionele kerncompetenties verder uit te werken in vijf *Building Blocks*: de IPOS-sleutelcompetenties. In de vier jaar van iedere hbo-opleiding komt de opbouw als volgt aan bod:

1. Elkaars competenties kennen en begrijpen.
2. Werken met IP-zorgplannen.
3. Probleemoplossend handelen in IP-teams.
4. Passend IP verwijzen.
5. Evalueren van IP-teamwork.

Deze zijn als kerncompetentie als volgt uitgewerkt:

1. Effectief kunnen samenwerken en consulteren in interprofessionele teams op basis van het begrip van de competenties van de verschillende professionals.
2. Het kunnen uitwerken van cliëntgerichte zorg-/behandelplannen op basis van de informatie en de interactie met de verschillende zorgprofessionals.
3. Het kunnen anticiperen op, identificeren en oplossen van problemen in interprofessioneel teamwork en de gezamenlijke planning.
4. Het kunnen verwijzen op een passende manier naar de verschillende zorgprofessionals op basis van het begrip van de competenties die de

verschillende zorgprofessionals bezitten.

5. Het kunnen evalueren van interprofessionele communicatiebesluitvorming en planning van zorg op efficiëntie.

## Waarom interprofessioneel opleiden?

Het bespreken van een multidisciplinaire aanpak van een zorgprobleem, waarbij iedere discipline zijn/haar eigen inbreng heeft, vraagt een intensievere vorm van samenwerking. De WHO zegt daarover: 'Het is niet voldoende voor gezondheidswerkers om professioneel te zijn, in het huidige globale gezondheidszorgklimaat moeten de medewerkers interprofessioneel zijn' (*Wereldgezondheidsorganisatie, 2010*). De noodzaak van interprofessioneel samenwerken blijkt uit de eerder beschreven complexiteit van de zorgvraag. Om je deze manier van werken eigen te maken heb je kennis, betrokkenheid en oefening nodig. De disciplines moeten op een gelijkwaardige manier met elkaar kunnen omgaan en ook de inbreng van familie (en eventueel andere mantelzorgers) is een belangrijke inbreng geworden bij de zorgplanbespreking. De behoeften, wensen en doelen van de mensen die zorg nodig hebben is uitgangspunt van het zorgplan. Deze manier van werken wordt op dit moment binnen de opleidingen voorbereid in de vorm van leerprojecten verdeeld over de vier jaar van de hbo-opleiding. De vijf *Building Blocks*/IPOS-sleutelcompetenties zijn de basis van deze leerprojecten.

## Hoe interprofessioneel opleiden?

In het eerste leerjaar leren de studenten van alle opleidingen elkaar beter kennen door te vertellen over hun eigen opleiding. Vervolgens gaan ze kennismaken bij de individuele opleidingen en oefenen met elkaar een handeling die kenmerkend is voor de eigen opleiding. Wat opvalt is dat studenten veel herkenning tegenkomen. Zo zijn tiltechnieken bij meerdere opleidingen van belang. In het tweede leerjaar is er een patiëntencontactdag. Daarbij verdiepen de studenten van alle opleidingen zich in de situatie van een of meerdere patiënten. Ze werken aan gezamenlijke opdrachten en krijgen feedback, ook van de (voormalig) patiënt. In het vierde jaar van de opleiding is er een zorg-/behandelplanbespreking. Meerdere studentdisciplines doen hieraan mee, ook de studenten van de opleiding huisartsgeneeskunde. Op basis van de informatie en interactie met verschillende studentdisciplines wordt een plan uitgewerkt. In een latere fase krijgen studenten ook hier feedback over.

De opleidingen zijn nog in de beginfase van uitwerking en voorbereiding van de IPOS-kerncompetenties. Tot nu toe zijn de evaluaties van studenten zeer positief: zij geven vooral aan veel te leren van elkaars deskundigheid en inzet. Zo werken we op een systematische en gedegen manier aan het ontwikkelen en implementeren van Interprofessioneel Opleiden en Samenwerken. Daarbij maken we ook gebruik van onderzoek dat tot nu toe gedaan is, zowel nationaal als internationaal. Zo heeft EIPEN in het Europees Charter voor interprofessioneel samenwerken aanbevelingen gedaan om interprofessioneel samenwerken binnen opleidingen en de praktijk te implementeren.

## Opleidingsprofielen

De verschillende beroepsopleidingen hebben onlangs hun opleidingsprofielen herzien en daarbij zijn de CanMEDS-rollen de basis geworden van ieders profiel. Ook de verpleegkundeopleidingen zijn hiertoe overgegaan en op dit moment worden de nieuwe opleidingsprogramma's geschreven om in september 2016 te starten met de nieuwe Bachelor Nursing 2020. Ook de mbo-opleiding zal zich hierbij aansluiten. Zo ontstaat een gemeenschappelijk competentiekader, toegepast op de eigen professie.

De CanMEDS-rollen zijn ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2005). Dit kader is wereldwijd overgenomen door de medische discipline en door CZO erkende verpleegkundeopleidingen. Bij een zorgplanbespreking denken en handelen alle disciplines vanuit een gemeenschappelijk competentiekader. Het gebied 'samenwerking' is er namelijk direct aan gekoppeld.

## Van school naar praktijk

De plek waar studenten kunnen leren is toch vooral de praktijk. In de school is er bijvoorbeeld de mogelijkheid een virtuele leeromgeving na te bootsen. Studenten kunnen hier leren als voorbereiding op hun stage. Een andere ingang zijn de al functionerende leerafdelingen en zorginnovatiecentra. Dit zijn afdelingen waar studenten de zorg aansturen onder begeleiding van vaste medewerkers. Het interprofessionele karakter van samenwerken is ook op deze afdelingen een aandachtspunt. Wel is het zo dat deze afdelingen openstaan voor leren en zo is een ingang te vinden. Klinisch redeneren kan verder ontwikkeld worden doordat de verschillende disciplines samenwerken in leren, uitgaan van het principe dat de een de ander

kan aanvullen vanuit zijn eigen professie. Daarnaast wordt o.a. in het nieuwe opleidingsprofiel 2020 gesproken over de mogelijkheid om *communities of learning* op te zetten. Daarin werken de student en docent van de opleiding samen in projecten met een vaste medewerker uit de praktijk in projecten. Doel: kwaliteit van zorg optimaliseren en vooral gebruik maken van elkaars kennis en ervaring. Een ander voorbeeld is het project waarbij de eerstejaarsstudenten elkaars opleiding gaan verkennen. Dit is ook een vorm van *community of learning*, gekoppeld aan interprofessioneel opleiden en samenwerken. De *communities of learning* of *communities of practice* zouden voor meerdere doeleinden opgezet kunnen worden. Opleiden en praktijk kunnen zo nader tot elkaar komen en hier ieder op hun eigen manier voordeel uit halen. Wijkgerichte zorgteams zouden ook als zodanig opgezet kunnen worden. ■

## Auteurs

**Nick Olfen** is praktijkdocent bij Leerhuis Zuyderland Medisch Centrum, locatie Heerlen  
**Thea Verstappen** is MEd en senior docent verpleegkunde aan de Zuyd Hogeschool te Heerlen, opleiding Verpleegkunde.

## Referenties

- Building Blocks 5 IPOS competenties Zuyd, versie 1.0 (juni 2014).  
Collaborative competences van Hugh Barr, de EIPEN competences en aangevuld in 5 kerncompetenties (Nederlandse) door de leden van de IPOS werkgroep van Zuyd (EIP staat voor European Interprofessional Practice and Education Network for Health and Social Care).  
Wijnen, M. & Moser, A. (2014) Interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden, *vakblad Onderwijs en Gezondheidszorg*.