

Implementatiestrategie Interprofessioneel Samenwerken in de eerste lijn

Rapport in opdracht van het Vlaams Instituut Voor De Eerste Lijn

December 2020

dr. Giannoula Tsakitzidis (projectmanager vanuit de Academie voor de eerste lijn)

dr. Elfi Goesaert (projectmanager vanuit Domus Medica)

dr. Emy Kool (projectmedewerker vanuit Domus Medica)

prof. dr. Emily Verté (projectpromotor vanuit de Academie voor de eerste lijn)



Inhoud

1.	Introductie	3
1.1	Drempels tot IPS in de praktijk	5
1.2	Link onderwijs en praktijk: de motor van interprofessionele samenwerking	5
1.3	Interprofessioneel samenwerken in termen van bouwstenen.....	6
2.	Doelstelling	7
3.	Verloop van het project.....	8
3.1	Identificatie van stakeholders.....	8
3.2	Verkennde gesprekken met stakeholders voor het één op één toetsen van de bouwstenen en het kader.....	9
3.3	Samenwerking met projectgroep doelgerichte zorg; helpt om het kader te concretiseren	9
3.4	Output	9
3.5	Finale afstemming project- en stuurgroep	9
4.	Resultaten.....	10
4.1	Identificatie van stakeholders.....	10
4.2	Voorstellen en toetsen van een gemeenschappelijk begrip over interprofessioneel samenwerken	11
4.2.1	De toetsing van de bouwstenen aan de stakeholders	11
4.3	Identificeren van bestaande opleidingsmodulen gericht op interprofessioneel samenwerken .	13
4.3.1	Toelichting identificatie van vormingsaanbod	15
4.5	Randvoorwaarden implementatie globaal kader van interprofessioneel samenwerken	16
5.	Reflecties en aanbevelingen	17
5.1.	Belangrijkste resultaten.....	17
5.2.	Reflecties op de resultaten	18
5.3.	Reflecties op het proces	19
5.2.1.	Uitdagingen.....	19
5.2.2.	Facilitators.....	19
5.4.	Aanbevelingen	19
6.	Bijlagen	22
7.	Literatuur	22

1. Introductie

Het aantal mensen met complexe en lange termijn zorgbehoefte vanwege chronische ziekten, handicap en sociale kwetsbaarheid blijft toenemen. Niet voor niets noemt de WHO de organisatie van deze complexe zorg ‘de uitdaging van de eeuw’ [1]. Deze uitdaging speelt zich af op drie niveaus:

1. Het stijgende aantal mensen met complexe ondersteuningsnoden vergroot de druk op de uitgave van de zorg en sociale sector. Terwijl de complexiteit toeneemt, stagneren de middelen alsook het aantal beschikbare zorg- en welzijnsversterkers om deze nood kwaliteitsvol te beantwoorden (het macroniveau).
2. Het zorg- en welzijnslandschap is gefragmenteerd en slecht gecoördineerd. Deze fragmentatie kan worden opgevangen door in te zetten op geïntegreerde zorg en het verbeteren van de samenwerking tussen zorg- en welzijnsverstrekkers (het mesoniveau).
3. De huidige gezondheidszorg focust sterk op pathologie en fysiek functioneren en laat weinig ruimte voor de psychosociale dimensie van gezondheid en welzijn. In een meer persoonsgerichte gezondheidszorg moet ruimte zijn voor de niet-medische noden en doelen van de personen met een zorg- en ondersteuningsnood. Een dussdanig inclusief zorgmodel verlangt continue afstemming tussen alle betrokkenen waaronder gezondheidswerkers, welzijnswerkers en mantelzorgers (het microniveau) [1].

De uitdaging op het tweede en derde niveau zit dus vooral in het optimaliseren van de huidige zorgverleningsprocessen. Toetstenen voor een duurzame en fundamentele optimalisatie zijn de vier pijlers van kwaliteitsvolle zorg, de zogenoemde ‘quadruple aim’ [2]. Deze pijlers zijn vooral gekend binnen de context van de gezondheidszorg, maar zijn ook toepasbaar binnen de welzijnssector. Er zijn vier kwaliteitsdoelen te onderscheiden:

Q1: Verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren (patiëntgerichte zorg);

Q2: Verbeteren van gezondheidstoestand op bevolkingsniveau met bijzondere aandacht voor toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid (gezondheid bevolking);

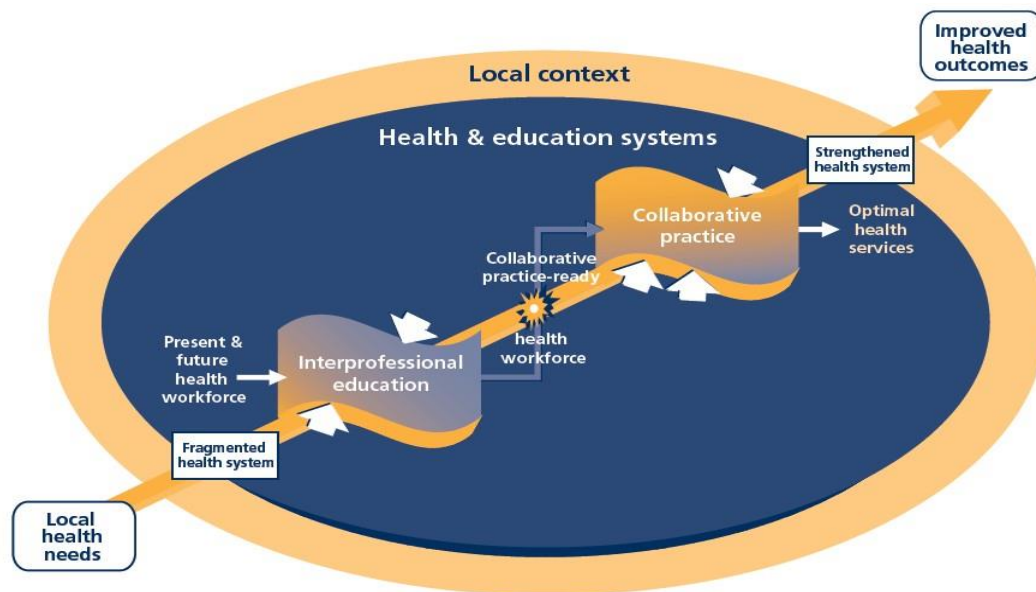
Q3: Het realiseren voor de patiënt van meer "waarde" op het vlak van gezondheid en welzijn met de ingezette middelen;

Q4: Ervoor zorgen dat gezondheids- en welzijnsverstrekkers hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen.

Het gezondheidssysteem kan versterkt worden volgens de quadruple aim door in te zetten op geïntegreerde zorg en doelgerichte samenwerking tussen zorg- en welzijnsverstrekkers. Hierin staat de persoon met zijn zorg- en ondersteuningsnoden (PZON) centraal. Doelgerichte samenwerking tussen zorg- en welzijnsverstrekkers wordt enkel bereikt met een effectieve interprofessionele praktijkvoering. Wanneer een zorgteam goed interprofessioneel samenwerkt leidt dit tot:

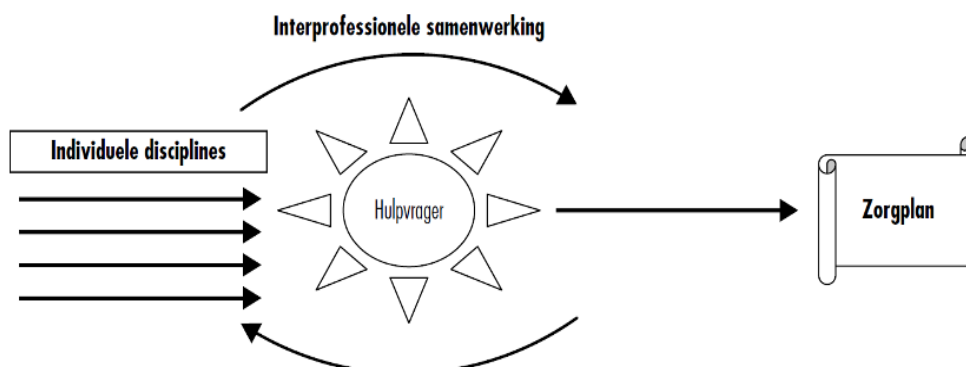
- het beter inspelen op de behoefte van de PZON en betrekken van burgers bij besluitvorming (Q1);
- een verbeterde toegang tot gezondheidsvoorzieningen (Q2);
- efficiënter gebruik van middelen (Q3);
- een betere werkbeleving en verminderd uitputting van gezondheidswerkers (Q4).

Inzetten op goede interprofessionele samenwerking raakt dus alle vier de doelen van de quadruple aim.



Figuur 1: From local health needs to improved health outcomes [3]

De World Health Organisation definieert interprofessionele zorg als teamwerk met een hogere graad van engagement gebaseerd op wederzijds begrip van het bestaan en het belang van verschillende en soms conflicterende kijk op goede zorg van de diverse leden van het zorgteam [3]. Door interprofessionele samenwerking kan het gezondheidssysteem sterker worden en is de samenwerking tussen onderwijs en praktijk een motor om dit mogelijk te maken (fig. 1). De praktijk dient vanuit een rolfunctie interprofessionele samenwerking steeds te tonen zodat toekomstige beroepsbeoefenaars dit ook sneller als een competentie kunnen ontwikkelen. Sterke uitkomstmaten voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zijn slechts mogelijk als elke professie binnen onze competitieve maatschappij ziet dat het niet om 'winnen' gaat [3, 4]. Een interprofessionele samenwerking kenmerkt zich bovendien met de interactie tussen verschillende professionals, waarbij de persoon met een zorg en ondersteuningsnood lid is van dat team, om samen persoonsgericht [5-7] een (zorg)plan van aanpak te kiezen, uit te voeren en regelmatig te evalueren en bij te stellen indien nodig (fig 2) [8].



Figuur 2: Interprofessioneel samenwerken [8]

Interprofessioneel samenwerken (IPS) is in wezen een interpersoonlijk proces dat de aanwezigheid vereist van een reeks elementen in de relaties tussen de professionals in een team. Deze elementen

betreffen bereidwilligheid tot samenwerken, vertrouwen in elkaar, wederzijds respect en communicatie. Maar door de toenemende complexiteit in de zorg is het onmogelijk al deze elementen en voorwaarden tot samenwerken succesvol zelf te creëren. Organisationele determinanten spelen een belangrijke rol, voornamelijk capaciteiten op het gebied van human resource management en sterk leiderschap [4].

1.1 Drempels tot IPS in de praktijk

Vandaag de dag worden we nog te vaak geconfronteerd met onvoldoende of gebrekkige interprofessionele samenwerking in de eerste lijn. Een aantal voorbeelden uit de praktijk [9]:

- Vaak klopt een persoon met een complexe zorgvraag aan bij meerdere zorg- en welzijnsverstrekkers. Hier doet hij of zij elke keer opnieuw zijn of haar verhaal. De zorg- en welzijnsverstrekkers kijken elk met hun eigen bril naar deze zorgvraag, waardoor de zorg gefragmenteerd verloopt en niet goed wordt afgestemd.
- Zorg- en welzijnsverstrekkers weten vaak niet wat ze van elkaars expertise en kwaliteiten kunnen verwachten.
- Afspraken tussen zorg- en welzijnsverstrekkers en PZON worden niet nageleefd of oneindig vaak aangepast waardoor ze soms volledig vervallen.
- Informatie-uitwisseling is nog steeds niet voor iedereen toegankelijk. Bovendien wordt er vaak vanuit gegaan dat de communicatie duidelijk is, maar dat klopt niet altijd.

Uit deze voorbeelden kunnen we **drie drempels** van interprofessioneel samenwerken identificeren

1. Zorg- en welzijnsverstrekkers kunnen elkaar niet vinden;
2. Zorg- en welzijnsverstrekkers weten onvoldoende wat ze aan elkaar hebben;
3. Er bestaat een gebrek aan kwaliteitsvolle informatie-uitwisseling.

Daar komt bij dat zorg- en welzijnsverstrekkers onvoldoende kennis hebben van wat samenwerken is en/of spreken zij niet eenzelfde taal op dit gebied. Daardoor kunnen zij lastig identificeren *wanneer* er iets misloopt en *wat* er dan precies misloopt in de samenwerking. Bovendien, IPS vraagt specifieke vaardigheden en competenties die in de opleiding van de diverse zorg en welzijn disciplines nu werkzaam in het veld onvoldoende aan bod is gekomen. In het huidige opleidingsaanbod is hier meer aandacht voor [9, 10]. Hierdoor is er vermoedelijk ook nog een kloof ontstaan tussen gevestigde zorg- en welzijnsverstrekkers en net afgestudeerden.

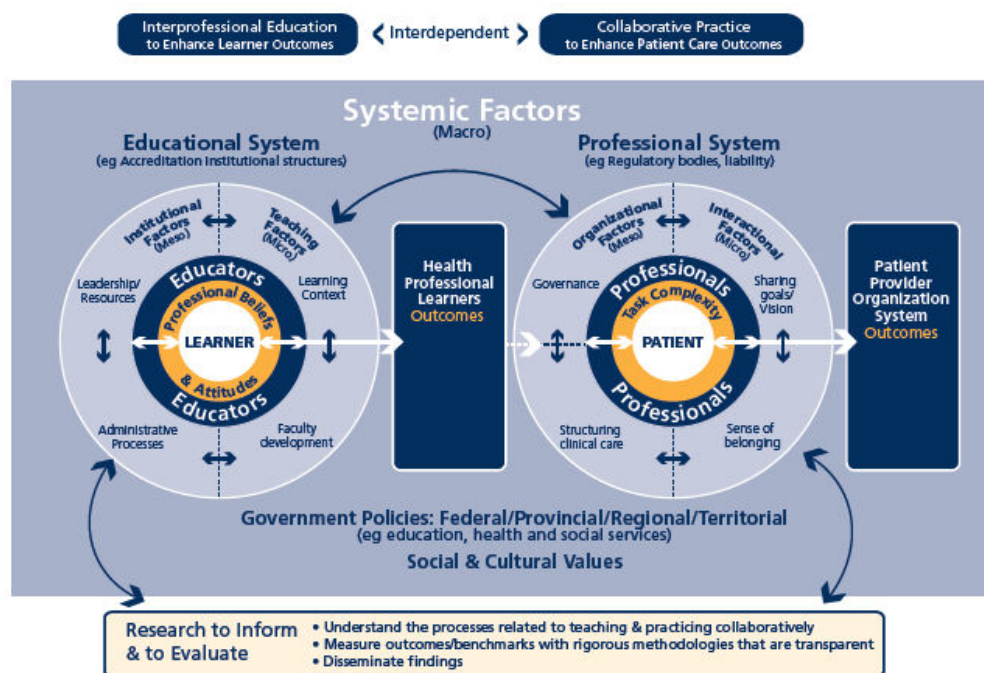
Om deze drempels te overkomen is een belangrijke rol weggelegd voor Interprofessioneel onderwijs in de navorming van zorg- en welzijnsverstrekkers [9].

1.2 Link onderwijs en praktijk: de motor van interprofessionele samenwerking

Interprofessioneel leren (IPL) veronderstelt een begrip van verschillende professionele culturen, de geschiedenis van de beroepen, strategieën voor het creëren van robuuste IPL-leerervaringen die relevant en zinvol zijn. Daarnaast is het ook belangrijke om geschikte manieren te vinden om het leereffect op zowel op korte termijn te evalueren als hoe dit hun praktijk op langere termijn beïnvloedt [11].

De samenwerking tussen onderwijs en praktijk is de motor van IPS. Idealiter handelt de praktijk vanuit een voorbeeldfunctie en toont interprofessionele samenwerking zodat toekomstige beroepsbeoefenaars dit ook sneller als een competentie kunnen ontwikkelen. Vandaag is dat nog niet de standaard handeling. Sterke uitkomstmaten voor de PZON zijn slechts mogelijk als elke professie

binnen onze competitieve maatschappij ziet dat het niet om 'winnen' gaat. (9) Het model van interprofessioneel onderwijs en interprofessionele praktijkvoering van D'Amour en Ouandasan [12] (fig. 3) laat duidelijk de link zien tussen onderwijs- en praktijksystemen. Dit kader biedt de mogelijkheid om bruggen te maken tussen enerzijds reeds bestaande opleidingsonderdelen en deze te vertalen naar de praktijk. En anderzijds de ervaringen uit de praktijk mee te nemen in het opmaken van opleidingsonderdelen en bijscholingen voor het onderwijs en professionals.

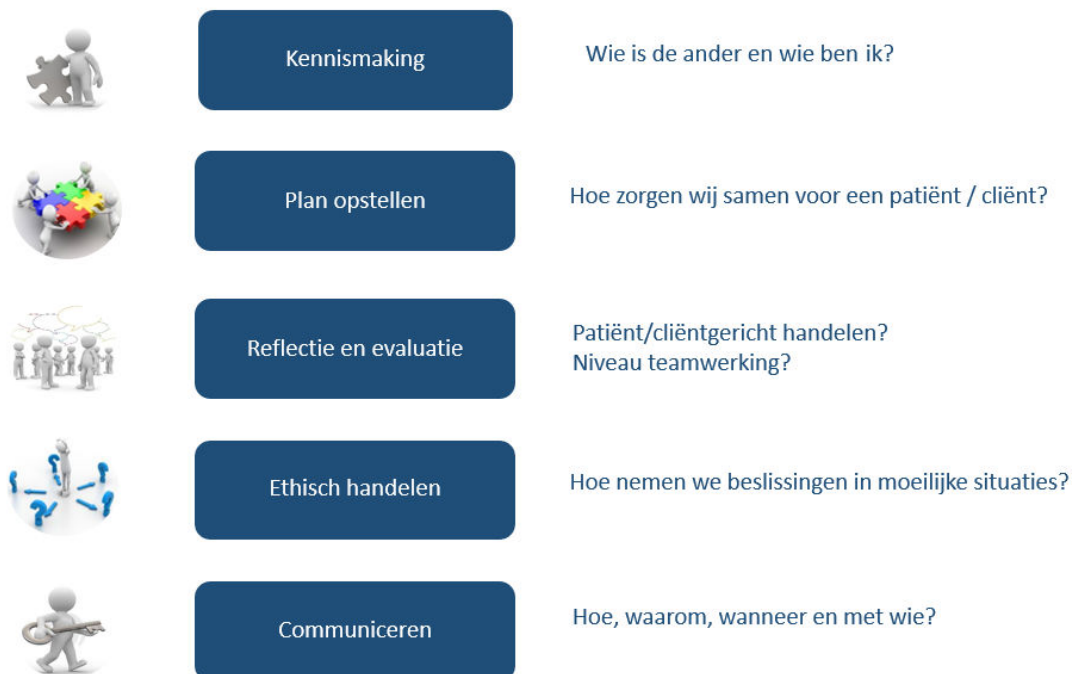


Figuur 3: Interprofessional education for collaborative patient-centered practice[12]

1.3 Interprofessioneel samenwerken in termen van bouwstenen

De universiteit van Antwerpen (partner van de Academie voor de eerste lijn) ontwikkelt, organiseert en coördineert reeds meer dan 16 jaren interprofessionele onderwijsmodules. In samenwerking met hogescholen van de associatie Antwerpen alsook met Thomas More en Hogeschool Zeeland, van buiten de Antwerpse associatie wordt jaarlijks ervaring opgedaan in het eerder finetunen van de interprofessionele module. Daarnaast is er ook onderzoek verricht in het leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg [13]. Het werd steeds duidelijker dat er vijf bouwstenen (fig. 4) zijn waarmee rekening dient gehouden te worden om te kunnen spreken over een interprofessionele samenwerking en of onderwijsmodule. De vijf bouwstenen zijn 'elkaar leren kennen', '(zorg)plan maken', 'reflecteren en evalueren', 'ethisch handelen' en 'communicatie'. De bouwstenen veronderstellen dat je in de eerste plaats steeds aandacht hebt en geeft voor elkaars expertise en de kwaliteiten van de ander gericht inzet bij het plannen en uitvoeren van zorg. Daarnaast is het uiteraard van basisbelang dat er goede afspraken worden gemaakt en verwerkt in het (zorg)plan. Zo weten zorg- en welzijnsverstrekkers van elkaar wie, wat, tegen wanneer en vooral *waarom* zij het doen. Dit veronderstelt ook dat er ruimte wordt voorzien om stil te staan en samen met de PZON te evalueren wat er al dan niet veranderd dient te worden. Niets is zo moeilijk als ethische problematiek alleen aan te pakken, samen moeilijke beslissingen nemen helpt om professioneel verantwoorde en begrijpelijke

keuzes te maken. Tot slot valt of staat alles in samenwerking met goede en duidelijke communicatie. Informatiedeling, zoals eerder vermeld is nog steeds niet evident anno 2020 [9].



Figuur 4: De vijf bouwstenen van interprofessioneel samenwerken [13]

2. Doelstelling

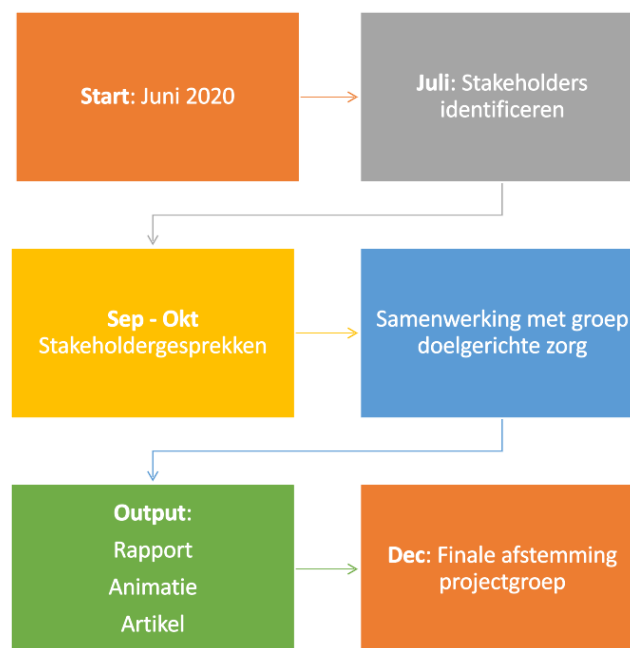
Om de IPS tussen zorg- en welzijnsverstrekkers te stimuleren beoogden we met dit project een kader te bieden om op Vlaams en Brussels niveau alvast te kunnen aligneren en allen hetzelfde uitgangspunt te nemen in het begrijpen en toepassen van IPS in de eerste lijn.

De doelstelling van dit project was tweeledig:

1. **Voorstellen en toetsen van een gemeenschappelijk begrip van wat interprofessioneel samenwerken is**, zodat zorg- en welzijnsverstrekkers kunnen identificeren in hoeverre zij of hun team interprofessioneel samenwerkt.
2. Identificeren van diverse organisaties met bestaande **opleidingsmodulen gericht op interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn** en deze **samen brengen onder één globaal kader**.

3. Verloop van het project

Het project is officieel van start gegaan in juni 2020. Een overzicht van de verschillende stappen kan hieronder gezien worden (fig 5). De leden van de projectgroep zijn niet enkel vertegenwoordigers van de verschillende deelnemende organisaties (Domus Medica en Academie voor de eerste lijn), maar bovendien ook een interprofessioneel samengestelde kerngroep. De kerngroep bestaat uit een psycholoog (Goesaert E), ethicus (Kool E) en kinesitherapeut (Tsakitzidis G) waardoor er tijdens zowel het ontwikkelingsproces als bij de analyse van de verworven data vanuit verschillende perspectieven werd gekeken. Hieronder wordt de procedure van het project stap voor stap verder toegelicht.



Figuur 5: Overzicht procedure project

3.1 Identificatie van stakeholders

In de eerste plaats is het belangrijk om de stakeholders te identificeren. Als startpunt namen wij hiervoor de 'early adopters' geïdentificeerd in een brede stakeholderidentificatie gedaan in de context van een eerder onderzoekstraject vanuit de Academie gerapporteerd in *'Vorming in de eerste lijn in Vlaanderen in 2020: Onderzoek naar het huidige en gewenste multidisciplinaire en blended vormingsaanbod'* [14]. In dit onderzoek zijn beschikbare opleidingsinitiatieven en/of vormingen voor professionals in de eerste lijn, en waar een opleidingsnood ervaren wordt, in kaart gebracht. Hierbij was er aandacht voor zowel de scope van de gezondheidszorg alsook de scope van de welzijnszorg en dus het ideale startpunt om stakeholders te identificeren.

Een uitnodiging werd opgemaakt met de korte toelichting van het doel van onze bevraging, de kern van het gemeenschappelijk kader en een link ernaar toe (bijlage 1 en 2). Op basis van de resultaten van deze bevraging is gebleken dat niet elke deelnemer de bevraging helder en transparant vond, en er vooral meer toelichting nodig was over het gemeenschappelijk kader en hoe dit in de doelstellingen

van het project past. In een volgende fase is op basis van deze resultaten de methode aangepast naar verkennende gesprekken met een deel van de deelnemers van de bevraging. In eerste instantie werden de stakeholders uitgenodigd die het meeste vragen hadden bij de bevraging, daarna werden ook andere relevante stakeholders uitgenodigd voor een gesprek om hun ervaring en verwachtingen af te toetsen met de doelstellingen van het project.

3.2 Verkennende gesprekken met stakeholders voor het één op één toetsen van de bouwstenen en het kader

Tijdens de gesprekken werd het theoretisch kader getoetst. De stakeholders werd gevraagd of zij de principes van het kader begrepen, of ze zich konden vinden in dat kader, en of hun projectenopdrachten of taken daarin passen. Verder werd ook afgetoetst of dit paste in hun visie op een goede interprofessionele samenwerking. Er werd ook geluisterd naar eventueel andere modellen of kaders waarmee ze eventueel werkten.

3.3 Samenwerking met projectgroep doelgerichte zorg; helpt om het kader te concretiseren

Al snel was duidelijk dat een samenwerking met de werkgroep rond 'Doelgerichte zorg' een zeer waardevolle en complementaire invloed had op de beide projecten. De projecten werden aan elkaar voorgesteld en hielden elkaar op regelmatige basis op de hoogte van de ontwikkelingen. Samen werd ook beslist om doelgerichte zorg mee op te nemen als een voorbeeld van 'good practices' van IPS opleiding. Doelgerichte zorg en IPS zijn niet los van elkaar te zien in de praktijk, maar leggen verschillende accenten in de focus op de elementen die het zorgaanbod kunnen verbeteren of versterken. Waar interprofessioneel samenwerken vooral inspeelt op het bredere plaatje van samenwerkende professionals, past doelgerichte zorg dit bredere kader concreet toe.

3.4 Output

De expliciete output vanuit dit project is een begrippenkader bieden van wat IPS betekent. Dit is vertaald in het implementeren van de vijf bouwstenen te komen tot IPS. Dit kader wordt op een eenvoudige manier gepresenteerd via een korte animatie. Deze informatieve animatie wordt later beschikbaar gesteld via VIVEL (bijlage 3).

Het begrippenkader biedt enerzijds aan de collega's uit de praktijk de mogelijkheid om voor zichzelf na te gaan in welke mate zij al interprofessioneel samenwerken. Het helpt hen identificeren wat hun werkpunten zijn, en waar of hoe zij deze competenties kunnen aanleren of verder ontwikkelen. Dit betekent dat opleidingen (basisopleidingen, gespecialiseerde opleidingen of bij- en nascholingen) die inspelen op (elementen van) IPS, het kader kunnen gebruiken om hun opleidingsaanbod duidelijker te positioneren rond de verschillende aspecten/bouwstenen van IPS. Zo is er voor zorg- en welzijnsverstrekkers en opleidingsaanbieder een gemeenschappelijk kader dat een houvast biedt in het uitbouwen van interprofessionele vaardigheden.

Om een nog breder publiek te kunnen bereiken is er ook een tekst geschreven dat op korte termijn in Huisarts Nu gepubliceerd zal worden. Hierin zal het kader toegelicht worden aan de hand van praktische voorbeelden en op basis van de opgedane ervaringen tijdens dit project.

3.5 Finale afstemming project- en stuurgroep

Door presentatie van onze gegevens aan de opdrachtgever werd nagegaan of de opdracht nog steeds uitgevoerd werd conform de afspraken en eventueel wijzigingen daarin (bijlage 4).

4. Resultaten

4.1 Identificatie van stakeholders

In totaal hebben 36 organisaties/personen gereageerd op de stakeholdersbrief (er waren 2 dubbele inschrijvingen). Tabel 1 geeft een overzicht van de organisaties, hun expertisegeried en het aantal respondenten.

Tabel 1: overzicht geïdentificeerde stakeholders		
Expertisegeried	Organisatie	Aantal respondenten
Docenten en onderzoekers van de vier Vlaamse universiteiten met masteropleidingen vanuit de faculteiten: - huisartsgeneeskunde - geneeskunde - verplegingswetenschappen - farmaceutische zorg - Family Medicine and Population Health (FAMPOP)	KU Leuven, VUB, UA, UGent	9
Docenten en onderzoekers van Vlaamse hogescholen vanuit de opleiding - verpleegkunde - eerstelijnszorg - organisatiesociologie - vroedkunde - logopedie - audiologie - ergotherapie	Artevelde hogeschool, hogeschool West-Vlaanderen (howest), UCLL, Vives	4
Vertegenwoordigers van diverse beroepsverenigingen binnen de eerstelijnszorg in Vlaanderen - ergotherapie - diëtisten - huisartsen - klinisch psychologen - vroedvrouwen - apothekers - (thuis)verpleging - kinesitherapeuten	Domus Medica, Vlaams apothekers netwerk, Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen, Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten, Ergotherapie Vlaanderen, Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Kinesitherapeuten	9
Docenten en onderzoekers van expertisecentra in domeinen van de eerste lijn waaronder - thuisverpleging - kraamzorg en vroedkunde - evidence based werken - apothekers / farmacie	Mediri, De Bakermat, EBPracticenet, Het Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers (IPSA vzw), kenniscentrumwwz, Bakermat KIK samenwerking'	7
Vertegenwoordigers van eerstelijnszones en netwerkorganisaties die zorgverleners binnen, en onderwijsinstellingen gericht op de eerste lijn samenbrengen in een bepaalde regio	Huisvoorgezondheid Zorgzaam Leuven ELZ Rupelaar Zorggezind	5
Gemeenten	De stad Antwerpen	1
Mutualiteiten	CM	1

4.2 Voorstellen en toetsen van een gemeenschappelijk begrip over interprofessioneel samenwerken

De basis voor het gemeenschappelijk begrip over interprofessioneel samenwerken ligt in het kader 'InterProfessioneel Samenwerken In de Gezondheidszorg' (IPSIG) [8]. Na zestien jaar ervaring met het ontwikkelen, organiseren en coördineren van interprofessionele onderwijsmodules heeft IPSIG vijf bouwstenen van goed interprofessioneel samenwerken geïdentificeerd:

De vijf bouwstenen van interprofessioneel samenwerken

Bouwsteen 1: Kennismaken

Verhelderen van elkaars expertise om de kwaliteiten van de ander gericht in te zetten bij het plannen en uitvoeren van zorg. Benoemen van rollen, verwachtingen en verantwoordelijkheden binnen een team om efficiënte samenwerking en opvolging van kwaliteit van zorg te kunnen garanderen.

Bouwsteen 2: Plan opstellen

Het is van basisbelang dat het maken van het plan steeds vertrekt vanuit de behoeften van de persoon met een zorg en ondersteuningsnood. Zorg op maat leveren veronderstelt goede afspraken maken en verwerken in het (zorg)plan met de hoogste betrokkenheid van de persoon met een zorg en ondersteuningsnood. Zo weten professionals en de persoon met een zorg en ondersteuningsnood van elkaar wie, wat, hoe, tegen wanneer, en vooral, waarom zij iets wel of niet doen.

Bouwsteen 3: Reflectie en evaluatie

Ruimte voorzien om als team stil te staan en, indien mogelijk, samen met de persoon met een zorg en ondersteuningsnood het (zorg)plan te evalueren. Wat dient er al dan niet veranderd te worden? Op teamniveau stilstaan bij: hoe gaan wij met elkaar om, is ons werk kwaliteitsvol en zorgen wij ook voor onszelf en elkaar als zorg- en welzijnsverstrekkers?

Bouwsteen 4: Ethisch handelen

Niets is zo moeilijk als ethische problematiek alleen aan te pakken, samen moeilijke beslissingen nemen helpt om professioneel verantwoordelijke en begrijpelijke keuzes te maken.

Bouwsteen 5: Communiceren

Samenwerking valt of staat met goede en duidelijke communicatie tussen collega's en de persoon met een zorg en ondersteuningsnood. Enerzijds gaat het technisch over hoe, wanneer, hoe vaak en wie is de contactpersoon voor de persoon met een zorg en ondersteuningsnood? Anderzijds gaat het over gepast communiceren, hoe gaan wij met elkaar om?

Tabel 2: Bouwstenen van interprofessioneel samenwerken [13]

4.2.1 De toetsing van de bouwstenen aan de stakeholders

We hebben de vijf bouwstenen van IPS getoetst aan de hand van een korte online survey onder de stakeholders en deze bevindingen aangevuld met een tiental gesprekken met een kleine groep stakeholders. In hoeverre worden de bouwstenen door hen herkenbaar en bruikbaar gevonden? En zijn de bouwstenen geschikt om opleidingen te duiden en kaderen? In de gesprekken met stakeholders zijn we bovendien samen nagegaan in hoeverre het interprofessioneel vormingsaanbod van de desbetreffende organisatie naar de bouwstenen te 'vertalen' is. Vanuit de korte survey en diverse gesprekken hebben we de volgende punten geleerd over de bouwstenen:

- Er is nood aan een definiëring van interprofessioneel samenwerken en een gemeenschappelijke taal. Tijdens de gesprekken reageerde het merendeel van de stakeholders positief op het concept

van de vijf bouwstenen en was men enthousiast over het initiatief. Diverse stakeholders uitten een “eindelijk gevoel” en benadrukte dat zij het belang van interprofessionele samenwerking inzien en hoop hebben dat dit project de implementatie in de eerste lijn katalyseert.

- De bouwstenen zouden kunnen werken als gemeenschappelijke taal voor interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn. De bouwstenen werden herkenbaar en een goede duiding en kadering gevonden door diegene die bekend waren met de concepten van interprofessionele samenwerking. Deze personen konden de verschillende elementen van interprofessioneel samenwerken gemakkelijk benoemen in de vorm van de bouwstenen. Zij waren ook zelfzeker om dat interprofessioneel samenwerken uit te dragen aan de hand van de bouwstenen. Dit kwam ook naar voren in de diverse gesprekken die we gevoerd hebben met de projectgroep doelgerichte zorg.
- Niet alle stakeholders waren zich ervan bewust dat zij in de praktijk deden aan interprofessioneel samenwerken in lijn met de vijf bouwstenen. Voor hen was het concept van de bouwstenen dan ook nieuw. Daaruit kunnen we concluderen dat veel “goede” IPS-praktijken impliciet gebeuren, bijvoorbeeld bij de ‘Bakermat KIK samenwerking’ en “Evaluatie MFO”. Tijdens de gesprekken konden we gezamenlijk de elementen waaruit hun interprofessionele samenwerking is opgebouwd expliciteren aan de hand van de bouwstenen en zo naar een gemeenschappelijke taal toewerken. De stakeholders gaven aan dat zij de bouwstenen herkenbaar vonden en een laagdrempelig hulpmiddel om IPS te kaderen en toetsen of aan alle elementen werd voldaan.
- In de 2e lijn is het zorgteam zichtbaar, dit wil zeggen dat de verschillende disciplines vaak met elkaar op dezelfde afdeling of in dezelfde instelling werken. In de 1e lijn is het team onzichtbaar. Meer bepaald: leden van het zorgteam bevinden zich fysiek op verschillende plaatsen. IPS in de eerste lijn begrijpen aan de hand van de vijf bouwstenen kan helpen om het multidisciplinaire team zichtbaar te maken.
- Het kader van de vijf bouwstenen is van toepassing op opleidingen gericht op het micro, meso en macroniveau van samenwerking. De bouwstenen zijn in eerste instantie gericht op samenwerking op het niveau van het individu, de praktijk en de buurt (micro), en willen een houvast bieden voor zorg- en welzijnsverstrekkers om hun onderlinge samenwerking te gaan verbeteren. Specifiek wordt er rond de vraag gewerkt ‘hoe werk je IPS rond de PZON?’. Daarnaast zijn de bouwstenen ook van toepassing op het meer meso niveau van de zorgraden en eerstelijnszones. Binnen de eerstelijnszones kan zo een kader geboden worden voor de onderlinge samenwerkingen tussen zorg- en welzijnsverstrekkers, en kunnen de eventuele sterke of ontbrekende competenties beter in kaart worden gebracht. En tot slot biedt het kader ook een meerwaarde op het macroniveau zoals bijvoorbeeld VIVEL. Hier kan in het opleidingsaanbod de verschillende elementen van IPS verduidelijkt worden, zodat de zorgverleners of eerstelijnszones die op zoek zijn naar specifieke opleidingen, weten waar ze terecht kunnen. Het moet in een opleiding met focus op samenwerking bijgevolg steeds duidelijk zijn op welk niveau van samenwerken het gericht is.

4.3 Identificeren van bestaande opleidingsmodulen gericht op interprofessioneel samenwerken

Via een korte online vragenlijst hebben we de stakeholders gevraagd om hun bestaande IPS-vormingsaanbod en of specifieke expertise op dit gebied te specificeren. Tabel 3 geeft een overzicht van de diverse opleidingen en vormingen opgegeven door de stakeholders, in welke context van de eerste lijn de vorming zich richt, voor welke disciplines de vorming toegankelijk is en in welke bouwsteen de stakeholders de opleiding zouden plaatsen.

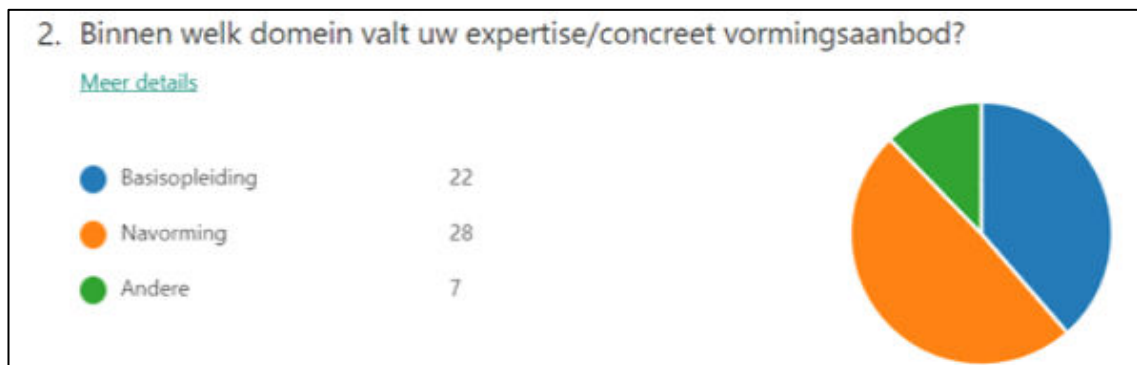
Tabel 3: Overzicht van interprofessioneel vormingsaanbod van stakeholders

Samenwerking in de context:	Concreet vormingsaanbod	Disciplines	Bouwsteen	Instelling
Eerstelijns geneeskunde in het algemeen	Driedaagse module 'leren interprofessioneel samenwerken' in de basisopleiding.	Huisartsen Geneeskundestudenten?	Kennismaken (zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie	Diverse universiteiten en hogescholen
Prenatale en kraamzorg	kringwerking met de apotheken omtrent medicatie binnen de ELZ omtrent samenwerking	Vroedvrouwen Huisartsen Verpleegkundigen Apothekers Gynaecologen	Kennismaken (zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie Ethisch handelen Communiceren	Vlaamse beroepsorganisatie voor vroedvrouwen
(Transmurale) farmaceutische zorg	Master Farmaceutische Zorg: OPO 'Werkveldstage'; OPO 'Interprofessionele Educatie Navorming: module 'Interprofessioneel samenwerken' – e-learning Come ON studie; MFO pakketten	Apotheker Huisarts Verpleegkundigen CRA	Kennismaken (zorg)plan opstellen Communiceren	KU Leuven
	interactieve workshops (bv. wondzorg), EHBO-lessen Masterclasses farmacologie en specialisatiecursussen (dermatocosmetologie, zwangerschap & borstvoeding, medicatienazicht,...).	Farmaceutische technisch assistenten Apothekers Dermatologen Vroedvrouwen	Kennismaken (zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie	Vrije Universiteit Brussel
Communicatie en registratie van gezondheidsgegevens	Gebruik van samenwerkingsplatformen re-use van data voor organisatorische en doeleinden.	Eerstelijnszorg verleners	Reflectie en evaluatie Ethisch handelen Communiceren	Universiteit Antwerpen Eenlijn.be
Thuisverpleging	Communiceren en samenwerken in basisopleiding en coaching	Huisarts Verpleging Kinesist	(zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie Communiceren	Mediri
Verpleegkunde/VIHP	'interprofessionele avond' binnen opleiding VPG	Huisartsen HAOIs VIHP Verpleegkundigen	Kennismaken	Artevelde Hogeschool
	basisopleiding Begeleiding/coaching in de HAP-integratie van een VIHP	Huisartsen HAIO VIHP Overige disciplines uit HAP	Kennismaken (zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie	Universiteit Antwerpen
Zorgethiek	Inleefsessies over zorgafhankelijkheid Moreel beraad casus bespreking	Verpleegkundige Paramedici	Ethisch handelen Reflectie en evaluatie	sTimul (Vives)

	Instaptheater			
	Vormingen over morele veerkracht	Verpleegkundige Paramedici	Ethisch handelen Reflectie en evaluatie	Hogeschool West-Vlaanderen (Howest)
Palliatieve zorg	Basisopleiding samenwerking binnen de thuiszorg (met de palliatieve netwerken samenwerking in de intramurale zorg (met de PST's).	Huisarts Specialisten Verpleging Thuiszorg	Kennismaken (zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie Ethisch handelen Communiceren	Universiteit Antwerpen
Gezonde voeding en diëtik	Opleidingen Voeding en Dieetkunde. Insteek vanuit de rol en taken van diëtisten binnen de eerstelijnszorg, afstemmen tussen actoren en gericht doorverwijzen. Toekomstig: meerwaarde kennis en kunde diëtiste naar HA	Huisarts Diëtist Verpleegkundige (in de huisartsenpraktijk)	Kennismaken (zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie Communiceren	Vlaamse beroepsvereniging van diëtisten
(Gelijke) toegang tot zorg/ Buurtzorg	Maatwerk op het gebied van tools/ expertise rond verkleinen gezondheidsongelijkheid	Divers	Kennismaken (zorg)plan opstellen Communiceren	Stad Antwerpen – dienst gezondheid
	Vormingen, interviews, tools, uitwisseling, coaching op vlak van cultuur sensitieve zorg (kruispunt denken), buurtgerichte zorg, personen met een handicap, informele zorg, vrijwilligerswerk, alternatieve woon(zorg)vormen en intersectoraal samenwerken.	Divers	Kennismaken (zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie	Kenniscentrum WWZ
'evidence-based' werken.	Ondersteuning bij ontwikkeling en implementatie van onderwijs rond evidence based werken vanuit verbeteren van interprofessioneel samenwerken	Eerstelijns zorgverleners	(zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie	EBMPracticeNet vzw
Populatiegerichte geïntegreerde zorg	Navorming over hoe en wat van populatiemanagement incl zorgmodel met buurtteams en Nieuw financieringsmodel met teamfinanciering en Cappuccino model.	Eerstelijns zorgverleners	Kennismaken (zorg)plan opstellen Reflectie en evaluatie Communiceren	Zorgzaam Leuven Kenniscentrum wwz
Multidisciplinair overleg oncologie	trainingen/navormingen die zorgprofessionals hands-on aanleren hoe overleg niet enkel multidisciplinair maar ook interdisciplinair kan verlopen in functie van een méér patiëntgericht behandelplan in de praktijk	Medici en niet medici uit de 1e en 2e lijn	Zorgplan opstellen Communiceren	Vrije Universiteit Brussel
Klinische psychologie	In ontwikkeling	Eerstelijns zorgverleners	Kennismaken Zorgplan opstellen	Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen
Ondersteuning in de huisartsenpraktijk	kwalitatief vormingsaanbod voor HA/HAIO maar ook VIHP, praktijkassistenten. continue professionele vorming: e-learning, LOK-pakketten, plenaire sessies, praktische doe-dagen, intervisiemomenten	Huisartsen VIHP Apothekers	Kennismaken Reflectie en evaluatie Communiceren	Domus Medica

4.3.1 Toelichting identificatie van vormingsaanbod

- Het merendeel van het IPS-vormingsaanbod wordt gegeven in de vorm van navorming (oranje) aan twee of meer verschillende disciplines vanuit een bepaalde thematiek of 'hoofddiscipline'. Bijvoorbeeld op het gebied van diëtië worden diverse navormingen georganiseerd vanuit de vereniging voor diëtisten waar ook verpleegkundige en huisartsen bij kunnen aansluiten. Hierin wordt IPS niet op zichzelf behandeld, maar vaak in het kader van een bepaalde behandeling of gezondheidsuitdaging, en via het delen van expertise tussen zorgstrekken.



- De stakeholders hebben hun vormingsaanbod gelabeld aan de hand van de bouwstenen. In onderstaande figuur is te zien dat de bouwstenen redelijk gelijkmatig aan bod komen. Echter, we identificeren een onvoldoende expliciet aanbod aan IPS-navorming op het gebied van ethisch handelen. Ondanks dat we vanuit de projectgroep organisaties hebben aangeschreven die zich specifiek richten op de bouwsteen ethisch handelen.
- De stakeholders die in het bruine vlak aangaven dat zij niet wisten onder welke bouwstenen hun onderwijs viel, hebben we uitgenodigd voor een gesprek om dit toe te lichten en samen uit te zoeken. Dat diverse stakeholders aangaven niet te weten onder welke bouwsteen hun opleiding viel bevestigde de nood aan het meer 'eigen maken' van de bouwstenen door zowel degene die opleidingen willen volgen als diegene die de opleiding vormgeven en aanbieden.



- Naast concreet uitgewerkte opleidingen wordt er op het gebied van IPS ook veel 'maatwerkondersteuning' aangeboden in het veld, zowel in de vorm van coaching van een

zorgteam als uitgewerkte onderwijsmodules op basis van een specifieke vraag. Vaak zoeken mensen gericht naar een opleiding om kennis en vaardigheden te verbreden, maar weten zij niet af van de maatwerkmogelijkheden. De stakeholders onderstreepten het belang van het meer zichtbaar en kenbaar maken van deze maatwerkondersteuning binnen het IPS kader.

- Momenteel vindt er naast stages nog weinig interactie plaats met betrekking tot samenwerken tussen onderwijs, onderzoek en praktijk. Vanuit de reacties en gesprekken van stakeholders zien we bevestigd dat veel beroepsorganisaties en onderwijs- en onderzoeksinstituten bezig zijn met het 'interprofessionaliseren' van hun (vormings)aanbod. Zij bevestigen dat er een momentum is om schotten weg te halen tussen de disciplines én tussen onderwijs, onderzoek en praktijk. Verschillende stakeholders hebben aangegeven zich hiervoor te willen engageren.

4.5 Randvoorwaarden implementatie globaal kader van interprofessioneel samenwerken

Vanuit de feedback van diverse stakeholders hebben we **zes randvoorwaarden** geformuleerd voor een stapsgewijze implementatie van het kader op opleidingsbehoeften en aanbod op het gebied van IPS vorm te geven.

1. Het kader met de vijf bouwstenen expliciteert de elementen rond IPS die aan bod komen in opleidingen binnen de eerstelijns zorg, zoals bijvoorbeeld palliatieve zorg of polyfarmacie, waar niet direct duidelijk is dat samenwerken een belangrijk thema is. Met houvast van het kader kunnen opleidingen duidelijker maken in welk mate hun aanbod bepaalde IPS vaardigheden versterkt. Naast opleidingen en navormen voor diverse disciplines in de eerste lijn moeten ook **mogelijkheden tot coaching en maatwerkondersteuning en praktijkvoorbeelden rond IPS opgezet worden om IPS-vaardigheden te leren (her)kennen en ontwikkelen.**
2. Het kader is toepasbaar op diverse niveaus van de eerste lijn waarin interprofessionele samenwerking plaatsvindt
 - a. Microniveau: in eerste instantie op individueel niveau, buurt en praktijkniveau.
 - b. Mesoniveau: zorgraden en eerstelijnszones
 - c. Macroniveau: VIVEL, de Academie, beroepsorganisaties en onderwijs- en onderzoeksinstituten, overhedenHet is van meerwaarde om het **samenwerkingsniveau waarop de opleidingen, praktijkvoorbeelden en maatwerkondersteuning gericht zijn te expliciteren.**
3. **Het begrippenkader biedt de mogelijkheid om te toetsen in hoeverre een opleiding of ondersteuningsaanbod past binnen de definitie van IPS en dus daadwerkelijk kan worden opgenomen in een globaal opleidingskader.** Deze toetsing vindt plaats op twee niveaus
 - a. Is de opleiding of ondersteuning gericht op minimaal twee verschillende disciplines vanuit de zorg en/of welzijnssector?
 - b. Worden één of meerdere bouwstenen van IPS aangeraakt en constructief ondersteund?Om instellingen te ondersteunen in het expliciteren van de mate waarin hun specifieke opleiding constructief ondersteunt in interprofessioneel samenwerken (niveau 2) zijn de vijf bouwstenen van IPS uitgewerkt in de vorm van een checklist (bijlage 5). Concreet kan bijvoorbeeld op basis van

deze checklist bepaald worden hoeveel en welke bouwstenen worden aangeraakt in de opleiding of ondersteuning.

4. **Het globale opleidingskader kan gevisualiseerd worden door een 'vlag' of 'tag' toe te wijzen afhankelijk van welke bouwsteen of -stenen de specifieke opleiding aanraakt.** Bijvoorbeeld in de opleiding over doelgerichte zorg die momenteel wordt uitgewerkt in een projectgroep onder leiding van Prof. Boeckstaens komen alle bouwstenen van interprofessioneel samenwerken aanbod. Die opleiding zou dus vijf 'tags' of 'vlaggen' krijgen. Een opleiding over het coderen van het elektronisch patiëntendossier zou enkel de tag of vlag 'communicatie' krijgen. Op deze manier wordt zichtbaar aan welke bouwstenen een opleiding bijdraagt en kunnen mensen via de tags gemakkelijk de opleidingen bij de juiste bouwstenen terugvinden. De visualisatie hangt natuurlijk sterk af van de mogelijkheden van het toekomstig leerplatform van VIVEL.
5. **In het uitdragen van het kader is het belangrijk om naast éénzelfde taal te spreken (via de bouwstenen) ook het gedeeld eigenaarschap van diverse stakeholders te onderstrepen.** Dit kan bereikt worden door continue in gesprek te blijven over wensen en verwachtingen van zowel diegene die nood hebben aan opleiding als diegene die een opleidingsaanbod vormgeven. Hier is eventueel een rol weggelegd voor een 'lerend netwerk interprofessioneel samenwerken', of een projectgroep die hierrond de verschillende initiatieven ondersteunt. De eerste stappen voor een dergelijk netwerk zijn binnen dit project gezet.
6. **Het is belangrijk om het kader dynamisch en duurzaam te maken** door deze op termijn in te bedden in het digitaal leer- en deelplatform van VIVEL en de Academie. Aangezien dit platform nog in ontwikkeling is, zou het goed zijn om daarnaast in te zetten op een korte termijn implementatie. Door de vlaggen of 'tags' aan opleidingen te koppelen, zijn hier op korte termijn ook heel wat oplossingen rond te bedenken.

5. Reflecties en aanbevelingen

5.1. Belangrijkste resultaten

Er is nood aan een definiëring van interprofessioneel samenwerken en een gemeenschappelijke taal. De bouwstenen zouden kunnen werken als gemeenschappelijke taal voor interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn en helpen om het multidisciplinaire team zichtbaar te maken. Ook voor stakeholders die zich minder bewust waren van het feit dat zij in de praktijk deden aan interprofessioneel samenwerken. Een belangrijk aandachtspunt voor het uitbouwen van een kader is het meer 'eigen maken' van de bouwstenen door zowel degene die opleidingen willen volgen als diegene die de opleiding vormgeven en aanbieden. Via de gesprekken hebben we hiervoor een start gemaakt bij de early adopters, en met de informatieve animatie en het artikel kan dit 'eigen maken' verder gezet worden naar een breder publiek. Stakeholders bevestigen dat er een momentum is om schotten weg te halen tussen de disciplines én tussen onderwijs, onderzoek en praktijk.

We hebben diverse opleidingen en ondersteuningsmogelijkheden op het gebied van IPS geïdentificeerd (tabel 3). Het merendeel van het IPS-vormingsaanbod wordt gegeven in de vorm van navorming aan twee of meer verschillende disciplines vanuit een bepaalde thematiek of 'hoofddiscipline'. Naast concreet uitgewerkte opleidingen wordt er op het gebied van IPS ook veel

‘maatwerkondersteuning’ aangeboden in het veld. Het vormingsaanbod is redelijk gelijk vertegenwoordigd onder de bouwstenen, behalve de bouwsteen ‘ethisch handelen’. Hier identificeren we een onvoldoende expliciet aanbod.

5.2. Reflecties op de resultaten

- De in dit project geïdentificeerde stakeholders zijn werkzaam in gezondheidszorg. We missen dus de relevante spelers in onderwijs en ondersteuning van de welzijnssector. Om toe te komen aan de uitdagingen op de drie niveaus zoals vermeld in de introductie is het echter cruciaal om deze welzijnsspelers te identificeren en te betrekken in de implementatie van IPS. Het feit dat we in dit project geen of weinig stakeholders in de welzijnssector hebben geïdentificeerd, laat zien dat dit een andere specifieke aanpak vraagt.
- Bij het meer ‘eigen maken’ van de bouwstenen door zowel degene die opleidingen willen volgen als degene die de opleiding vormgeven en aanbieden is het belangrijk om duidelijk te maken dat interprofessioneel samenwerken een continu proces is waarin de bouwstenen steeds opnieuw worden doorlopen. Het is dus niet enkel een theoretisch concept, maar een kapstok of hulpmiddel om te duiden ‘waar gaat het mis in mijn samenwerking?’. Voor degene die een opleiding aanbieden kunnen de bouwstenen een leidraad zijn om samenwerking in de diverse modules aan bod te laten komen. De bouwstenen moeten zo helpen om samenwerkingsprocessen waaraan gewerkt wordt in de module expliciet te gaan benoemen. De eerste stappen in het breder uitdragen van de bouwstenen, en in het leren kennis maken van de eerste lijn met het bredere kader zijn vanuit dit project gezet met de gelijknamige informatieve animatie (bijlage 3) en artikel ‘Hoe zorg en welzijn leren samenwerken’. Op termijn kan een train-the-trainer aanbod deze kennis verder consolideren op het terrein.
- De gap in opleidingen gericht op ‘ethisch handelen’ kan enerzijds verklaard worden doordat de bouwstenen die de stakeholders via de survey hebben aangegeven niet allemaal zijn getoetst in een gesprek. Wellicht wordt de bouwsteen wel aangeraakt in hun onderwijs maar zijn zij zich daar niet bewust van. Een andere reden kan zijn dat ethiek ondersteuning niet in de vorm van concrete opleidingen wordt aangeboden, maar bijvoorbeeld in de vorm van moreel beraad en ad hoc adviezen.
- Uit de resultaten wordt duidelijk dat er een momentum is om interprofessionele samenwerking en onderwijs op te schalen. Diverse onderwijsinstellingen, maar ook duidelijk de verschillende beroepsorganisaties denken na over hoe ze dat deel van hun aanbod waarin dit van toepassing is, kunnen openstellen voor meerdere disciplines. Ook is er een verlangen om schotten te verwijderen tussen studenten en zorg- en welzijnsverstrekkers werkzaam in de praktijk. Er is bereidwilligheid om in samenwerkingen het huidige aanbod te ontschotten of nieuwe navormingen en ondersteuningsvormen te ontwikkelen en uitvoeren.
- Er is nood aan een evidence based onderbouwing van de meerwaarde van het bredere kader en het kunnen begrijpen en analyseren van interprofessioneel samenwerken aan de hand van de vijf bouwstenen. Met dit actie-onderzoek zijn hier de eerste stappen toe gezet, maar het is waardevol om in een uitgebreide studie te toetsen of het kennen en begrijpen van samenwerken aan de hand

van de bouwstenen, professionals daadwerkelijk handvaten biedt om te identificeren waar de samenwerking misloopt. Verder moet worden nagegaan of het hen in staat stelt om op deze pijnpunten in te spelen en uiteindelijk daadwerkelijk de IPS gaan verbeteren in de eerste lijn.

5.3. Reflecties op het proces

5.2.1. Uitdagingen

Het zal geen verrassing zijn dat Covid-19 ook op dit project een impact heeft gehad. De start is er pas in juni gekomen en dat allemaal op basis van online meetings. Doordat het project startte vlak voor een zomervakantie en gedurende de covid-19 pandemie hebben we stakeholders meer tijd gegeven om het formulier in te vullen. Dit heeft het proces van dataverzameling vertraagd. Ook de interviews en analyses waren daardoor uitgesteld. Desondanks zijn we al in augustus van start kunnen gaan met het inplannen van de eerste gesprekken en werd er al werk gemaakt van het voorontwerp van de informatieve animatie.

De vooropgestelde doelen in de originele projectaanvraag (bijlage 6) zijn herbekeken naar haalbaarheid en relevantie door de impact van alle reeds opgesomde belemmerende factoren. Het verschuiven van een train-the-trainer naar één-op-één gesprekken heeft echter ook voordelen gehad: er zijn nieuwe inzichten verzameld over hoe het theoretisch kader ontvangen wordt op het terrein, zowel bij opleidingsaanbieders als zorg- en welzijnsverstrekkers. Deze inzichten hielpen om de doelstellingen van het project bij te sturen en de lange termijn haalbaarheid en meerwaarde van het project in te schatten. De wijzigingen in het project ten opzichte van de originele projectaanvraag zijn ook toegelicht in een presentatie aan de opdrachtgever VIVEL (bijlage 4).

5.2.2. Facilitators

Wij hebben kunnen rekenen op een grote flexibiliteit van de uitvoerders en de enthousiaste participatie van de bevrageden. De herkenning en erkenning van de bouwstenen na een korte mondelinge introductie maakte dat de gesprekken snel en vlot verliepen. De projectgroep kwam na een reflectie al snel tot de vaststelling dat een schriftelijke uitnodiging met een bevraging onvoldoende was. Dat bevestigde de nood aan een eenvoudige animatie en praktische toelichting van het theoretisch kader en dus de vijf bouwstenen.

5.4. Aanbevelingen

Op basis van de reflecties op de resultaten vanuit dit project hebben we **zeven aanbevelingen** geformuleerd voor de duurzame ontwikkeling en verdere uitwerking van het implementeren van interprofessionele samenwerking in de eerste lijn. De aanbevelingen zijn opgesomd in volgorde van meest prioritaire stappen. Ook wordt bij iedere aanbeveling een voorstel gedaan welke actoren in co-creatie met het veld (o.a. VIVEL, de Academie, Domus Medica) hier een kartrekkende rol in kunnen opnemen.

1. **De identificatie van welzijnsactoren met een vormingsaanbod en ondersteuning op het gebied van IPS.** Deze identificatie vraagt om een vervolgonderzoek met een andere aanpak. De welzijnspartners van VIVEL zouden bijvoorbeeld rechtstreeks kunnen worden aangesproken over

hun verwachtingen rond de mogelijkheden tot het verbeteren van interprofessionele samenwerking tussen zorg en welzijnsactoren. Van daaruit kunnen hopelijk de stappen worden gezet om al deze welzijnsactoren te identificeren en bij hen de bouwstenen te toetsen alvorens wordt verder gewerkt aan de implementatie van het kader. Een eerste stap zou zijn om in een eventueel vervolg van dit traject naast de medisch partner Domus Medica, ook één welzijnspartner op te nemen in de projectgroep.

2. **Het ontwikkelen van een vormingspakket waarin het begrippenkader wordt uitgelegd en actoren worden begeleid in het meer 'eigen maken' van de bouwstenen en toepassen van de screeningstool (de checklist).** In dit project is er gekozen voor het in eerste instantie uitwerken van een informatieve animatie dat de context van het begrippenkader schetst. Echter, om het begrippenkader en eenzelfde taal in de context van IPS te leren spreken, is het naast informeren ook een grote meerwaarde om zorg- en welzijnsverstrekkers en opleidingsinstellingen actief te ondersteunen en te trainen in het begrijpen en toepassen van het kader. Bijvoorbeeld in de vorm van een train-the-trainer zoals in de originele projectaanvraag geschreven stond (bijlage 6). Het vormingspakket kan voortbouwend zijn op de output vanuit dit project, de animatie, artikel en screeningstool. De vorming zou zowel relevant zijn voor zorg- en welzijnsverstrekkers die opleidingen willen volgen, als voor actoren die de opleiding vormgeven en aanbieden én is bij uitstek interprofessioneel.
3. **Naast het aanbieden van een IPS vormingstraject is een 'awareness campagne' binnen de eerste lijn rond het begrippenkader vanuit VIVEL een meerwaarde.** Om te verzekeren dat het terrein de gemeenschappelijke taal ook daadwerkelijk gaat integreren, zal er een pro-actieve campagne nodig zijn die op de verschillende niveaus (micro-meso-macro) interprofessioneel samenwerken en het gemeenschappelijk kader toelicht. De informatieve animatie voortkomend uit dit project kan in een professionelere vorm ook goed onderdeel zijn van deze campagne. Ook de mogelijkheden om daarrond te gaan werken, via het algemene vormingspakket, maar ook via de opleidingen die al elementen van IPS hanteren, moet kenbaar gemaakt worden.
4. **Voor de volledigheid van het globale IPS kader kan in een volgende fase van dit traject specifiek op zoek gegaan worden naar actoren die vorming en ondersteuning aanbieden binnen de bouwsteen ethisch handelen.** De bouwsteen ethisch handelen lijkt in mindere mate in concrete opleiding en navorming te worden aangeraakt. Aangezien ethiekondersteuning in de praktijk vaak wordt geboden in de vorm van moreel beraad en ad hoc adviezen is het ook interessant om die specifieke (interprofessionele) initiatieven te identificeren en op te lijsten. Bovendien zijn zorgverstrekkers vaak bewust van de ethische dimensie binnen de gezondheidszorg, maar is dit misschien minder of op een andere manier 'ingeburgerd' in de context van welzijn. Ook de kruisbestuiving tussen zorg en welzijnsactoren over hoe om te gaan met moeilijke beslissingen kan IPS tussen deze sectoren bevorderen. Aanvullend zou er in samenwerking met de geïdentificeerde actoren een specifieke vorming rond de bouwsteen ethisch handelen in de context van zorg en welzijn ontwikkeld kunnen worden. Zowel de Academie als Domus Medica en VIVEL kunnen een rol spelen in het uitvoeren van deze aanbeveling.

5. **Het zou een meerwaarde zijn om de ontschotting van bepaalde opleidingen en navormingen georganiseerd vanuit beroepsgroepen en onderwijsinstellingen te faciliteren vanuit een centrale projectgroep.** Dit gaat enerzijds om een deel van het bestaande vormingsaanbod dat relevant is voor diverse disciplines vaker en structureler open te stellen voor diverse zorg- en welzijnsdisciplines en anderzijds over het faciliteren van gezamenlijk onderwijs met studenten en zorg- en welzijnsverstrekkers werkzaam in de praktijk. Op deze manier katalyseren we het momentum en de bereidwilligheid merkbaar bij diverse actoren. Het model van interprofessioneel onderwijs en interprofessionele praktijkvoering van D'Amour en Ouandasan [12] (fig. 4) biedt de mogelijkheid om bruggen te maken tussen enerzijds reeds bestaande opleidingsonderdelen en deze te vertalen naar de praktijk. En anderzijds de ervaringen uit de praktijk mee te nemen in het opmaken van opleidingsonderdelen en bijscholingen voor het onderwijs en professionals. Zowel de Academie als Domus Medica en VIVEL kunnen een actieve rol spelen in het uitvoeren van deze aanbeveling.
6. **Het doorontwikkelen van het begrippenkader.** Op middellange en lange termijn is onderzoek nodig dat de effectiviteit van de bouwstenen aantoonst, en nagaat in welke mate het gemeenschappelijk kader helpt om meer interprofessioneel te gaan werken, of om de eigen werkpunten te gaan identificeren en aanpakken. Vanuit dit onderzoek kan de kwaliteit van het opleidingsaanbod bekeken worden en bevindingen aangereikt om de opleidingen te gaan verbeteren: meer te 'interprofessionaliseren'. Dit onderzoek wordt best opgezet in nauwe samenwerking met werkpakket 5 van de Academie.
7. **Uitbouwen van een 'kwaliteitslabel interprofessioneel samenwerken.** In een eerste fase werken we met een checklist voor zorg- en welzijnsverstrekkers en opleidingen om te screenen in welke mate ze al IPS werken of een IPS aanbod hebben. Via de uitkomsten van het onderzoek uit de vorige stap, kan gekeken worden of een projectgroep de bestaande opleidingen ook een 'kwaliteitslabel' IPS kan geven. Hiervoor zal grondig onderzoek moeten worden welke indicatoren op welke manier best gemeten worden. Ook een bevraging en eventuele betrokkenheid van de stakeholders vanuit de praktijk alsook vanuit de opleidingen om dit vorm te geven is aan te bevelen. Dit vraagt om een onderzoeksopzet om van screening te kunnen overgaan naar kwaliteitsmeting en labeling. En anderzijds vraagt dit ook voor de nodige werkracht om opvolging van de implementatie te doen alsook voor communicatie-opvolging. Zowel de Academie als Domus Medica en VIVEL kunnen een rol spelen in het uitvoeren van deze aanbeveling.

Een vervolgtraject voor dit project lijkt ons sterk aangewezen. Dit implementatieproject heeft ons tot inzicht gebracht dat er een grote opportuniteit is, gezien het enthousiasme van de deelnemers alsook de partners in dit project, om een aantal aanbevelingen om te zetten naar verdere (nieuwe) acties. Bij de opvolging en doorontwikkeling van dit project lijkt het ons belangrijk om samen de verschillende rollen en taken transparant in kaart te brengen. Dus ook zelf aan de slag gaan met helder in kaart te brengen welke aanbevelingen door wie opgenomen kunnen worden en met welke mogelijkheden en middelen deze ook aangepakt kunnen en mogen worden. Wij denken hierbij aan het uitwerken van de verdere doorontwikkeling op zowel onderzoeks- als implementatie-niveau.

6. Bijlagen

- 1 Stakeholderbrief
- 2 Vragenlijst voor stakeholders
- 3 Informatieve animatie (wordt later toegezonden)
- 4 Presentatie stand van zaken project
- 5 Screeningstool interprofessioneel samenwerken
- 6 Originele projectindiening

7. Literatuur

1. WHO. *Framework on integrated people-centred health services*. 2016; Available from: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>.
2. Agentschap Zorg & Gezondheid. retrieved June 2017; Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/handleiding-over-kwaliteitsindicatoren-voor-woonzorgcentra>.
3. WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. 2010.
4. Louw JM, Marcus TS, and Hugo JFM, *Patient- or personcentred practice in medicine?— A review of concepts*. Afr J Prm Health Care Fam Med, 2017. **9**.
5. Mead, N. and P. Bower, *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. Soc Sci Med, 2000. **51**(7): p. 1087-110.
6. Santana M, et al., *How to practice person-centred care: A conceptual framework*. Fam Med, 2018. **21**: p. 429-440.
7. Tsakitzidis, G. and P. Van Royen, *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. 2018: de boeck - van Inn uitgeverij p163.
8. Solomon, P., *Inter-professional collaboration: passing fad or way of the future?* Physiother Can, 2010. **62**(1): p. 47-65.
9. Tsakitzidis, G. and H. Philips, *Interdisciplinair overleg. Is er nood aan opleiding over samenwerken? (Interdisciplinary dialogue. Is there a need for training on working together?)*. Huisarts Nu, 2013. **nov-dec 42**(6): p. 291-294.
10. Van Marck, E. and P. Van Meel, *Research on the modalities of cooperation with institutes of higher education in the province of Antwerp with a view to increase the quality of its health care*. Publisher: University of Antwerp, Faculty of Medicine 2003.
11. El-Awaisi A, et al., *Important steps for introducing interprofessional education into health professional education*. Journal of Taibah University Medical Sciences 2016.
12. D'Amour, D. and I. Oandasan, *Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept*. J Interprof Care, 2005. **19 Suppl 1**: p. 8-20.
13. Tsakitzidis, G., *Learning to collaborate interprofessionally in health care*, in *Faculty of Medicine and Health Sciences*. 2018, University of Antwerp: Antwerp Belgium. p. 221.
14. Wuyts M, et al., *Vorming in de eerste lijn in Vlaanderen in 2020. Onderzoek naar het huidige en gewenste multidisciplinaire en blended vormingsaanbod*. 2020.