

## Rapportage Interprofessioneel onderwijs HvA-FG UvA

Opdrachtgever: Programmacommissie IPE

Datum: 13 november 2023 (v3)

Uitvoering: Stephan Ramaekers

## Aanleiding en vraagstelling

Sinds 2016 wordt uitvoering gegeven aan een onderwijsprogramma voor de studenten van de gezamenlijke opleidingen aan de faculteiten Gezondheid (HvA) en Geneeskunde (UvA), gericht op het leren interprofessioneel samen te werken in de zorg. Het programma is ingebed in de verschillende jaren van alle participerende opleidingen, met een omvang van 1 ECTS per studiejaar. Aan de gezamenlijke delen van het programma nemen ieder jaar ruim 1700 studenten deel.

Het programma wordt periodiek geëvalueerd en -waar nodig of gewenst- op onderdelen bijgesteld. Thans lijkt er sprake van een inhoudelijk stabiel programma waar de 'kinderziektes' uit zijn. Tegelijkertijd is dit te beschouwen als een tussenmoment in een doorlopende ontwikkeling naar hoogwaardig IPE, een moment om balans op te maken en te onderzoeken of de beoogde leerresultaten worden bereikt, en hoe het IPE-programma eventueel verder kan worden geoptimaliseerd. Deze rapportage omvat, aldus, een evaluatie van IPE op programmaniveau, en een bepaling van aanknopingspunten c.q. prioriteiten voor de verdere ontwikkeling van het IPE-programma.

De hoofdvragen in deze rapportage zijn dan ook:

1. In hoeverre leidt deelname aan het IPE-programma als geheel tot de beoogde leerresultaten bij de studenten? En in hoeverre dragen de huidige inhoud, didactische vormgeving en onderwijsorganisatie optimaal bij aan het bereiken van die leerresultaten?
2. In het licht van ontwikkelingen in het werkveld op terrein van interprofessionele samenwerking, welke adviezen zijn er met betrekking tot de verdere ontwikkeling van het IPE-programma?

## Gevolgde werkwijze en referentiekader

Deze evaluatie vond plaats in opdracht van de programmacommissie IPE<sup>1</sup>. De aanpak ervan is geënt op 'mixed-method' benadering (met documentanalyse, vragenlijsten en interviews) en triangulatie van bevindingen. Als bronnen werden daarbij gebruikt:

- Gebruikte onderwijsmaterialen (cases, oefeningen, referentiematerialen, e.d.);
- Evaluatieresultaten van afgelopen jaren + besluiten over bijstellingen;
- Verslagen c.q. documentatie van stuurgroep/programmacommissie over de ontwikkeling van IPE en keuzes daarin gedurende de afgelopen jaren;
- IPE-coördinatoren (ervaringen en visie), docenten en studenten (verschillende jaren van de betrokken opleidingen),

---

<sup>1</sup> De programmacommissie IPE, voorheen stuurgroep, is samengesteld uit de hoofden opleidingen HvA, de directeurs Ba en Ma Geneeskunde UvA, de beiderzijdse coördinatoren en de programmaleiders IPE.

Als perspectieven en referentiekaders bij deze evaluatie van IPE werden actuele onderwijskundige en leerpsychologische inzichten gehanteerd betreffende:

- Dimensies van *interprofessioneel samenwerken* zoals: inhoud van het competentieprofiel (Canadian framework), en de vertaling daarvan naar doelen (inhoud, niveau en haalbaarheid);
- Kenmerken van *competentieontwikkeling* en het *faciliteren* daarvan, met name: aard van de competenties, longitudinale ontwikkelingslijnen, 4CID-model, authenticiteit en scaffolding;
- Realisatie van *curriculumfuncties*, waaronder: samenhang en opbouw in het IPE-programma, inbedding van IPE in het gehele curriculum, assessment for learning,

## Bevindingen IPE-programma

### 1. Doelen en conceptueel fundament

Het IPE-programma is in beginsel geënt op de competenties, geformuleerd door het Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Het CIHC-raamwerk omvat de domeinen: 1) interprofessionele communicatie, in de context van 2) patiënt-, cliënt-, familie- en gemeenschapsgeoriënteerde zorg, met daarbinnen competenties ten behoeve van 3) het functioneren in een team, 4) rolverheldering, 5) samenwerkend leiderschap, en 6) conflicthantering.

Gerelateerd aan de CanMEDS hebben de CIHC-competenties betrekking op vervulling van vrijwel alle zeven rollen/domeinen, maar met name op aspecten van het ‘samenwerken’, ‘communiceren’, ‘leiderschap’ en ‘professionaliteit’. De verschillende opleidingen hebben IPE gepositioneerd onder hun onderwijseenheden ‘professionele ontwikkeling of vorming’, dan wel ‘professionalisering’.

Studiejaar	Leerdoelen	Leervorm	Label fase
Bachelor jaar 1	Begrip van de rol, verantwoordelijkheden en taken van de eigen beroepsgroep. Observaties van de aanwezigheid van andere professionals, regievoering en overdracht van leiderschap, alsook overeenkomsten en verschillen in taal, en reflecties hierop (Kirkpatrick niveau 1-2)	Reflectieve observaties gedurende stageperiode	IK
Bachelor jaar 2	Leren toepassen van ICF-model in interprofessioneel overleg (MDO) en hanteren van beroepseigen richtlijnen in simulatie casuïstiek. Voeren van interprofessioneel teamoverleg, herkennen van verschillende rollen daarin en eigen bijdrage daaraan evalueren (Kirkpatrick niveau 2-3)	Simulatie casuïstiek	WIJ-1
Bachelor jaar 3	Leren voeren van interprofessioneel overleg bij complexe zorgvraag, opstellen van integraal zorgplan vanuit hulpvraag en verschillende beroepsperspectieven, omgang met normen en waarden van andere zorgverleners en eigen ontwikkelpunten identificeren.	Simulatie casuïstiek	WIJ-2
Bachelor jaar 4 (HvA)/ Master GNK	Toepassen van alle voorgaande aspecten van IP samenwerken in stagesetting c.q. IP-leerwerkstage in reële zorgomgeving bij patiënten en interprofessioneel samengestelde (studenten-) teams, onder supervisie (Kirkpatrick niveau 3).	Opdrachten in stages / IP-leerwerkplaats stages	SAMEN

Tabel 1. Schematisch overzicht van leerdoelen en -vormen in het IPE-programma (v. 2022-2023)

Waar de beoogde leerresultaten aanvankelijk nog geformuleerd waren op niveau van competenties zijn ze in de jaren daarna aangescherpt en in niveau bijgesteld, in lijn met hetgeen binnen de omvang van een IPE-onderdeel zou passen (zie tabel 1). Daarbij is er zowel focus/aandacht voor zorginhoudelijke aspecten, als voor verschillende dimensies van het interprofessioneel samenwerken, in het bijzonder de interprofessionele communicatie, het team functioneren, helderheid over rollen daarin, en reflecties van het team en individuele teamleden daarover. Die opzet sluit aan bij huidige opvattingen over het ondersteunen of faciliteren van studenten in hun verwerving van samenwerkingscompetenties (o.a. Slavin, 2014; Tsakitzidis & Van Royen, 2015; Geese & Schmitt, 2023).

### *Leerdoelen fasering*

Het conceptueel fundament voor de fasering in de opbouw van het IPE-programma en de bijbehorende doelen is bondig verwoord in de reeks: *Ik – Wij (1 en 2) – Samen*. Onderliggend lijkt een vooronderstelling dat beeldvorming over de eigen identiteit vooraf moet gaan aan beeldvorming over de identiteit van andere zorgverleners waarmee wordt samengewerkt en dat dit uiteindelijk resulteert in het ontstaan van een gedeelde identiteit.

Die vereenvoudigde blik op identiteitsvorming past niet bij inzichten over de ontwikkeling van professionele identiteit. Deze ontwikkeling is niet zozeer een lineair proces als wel de resultante van complexere interacties tussen verschillende processen en omstandigheden zoals socialisatie, het ervaren van professionele waarden, normen en cultuur in groepen, het krijgen van erkenning, waardering, vertrouwen en autonomie, het leren via rolmodellen en mentoren, blootstelling aan dilemma's en grenzen, enz. (Wood, 2022; Cornet et al., 2023).

Hoewel de vooronderstelde ontwikkeling en fasering dus niet passen bij te verwachten patronen in beeldvorming en identificatie, dragen de ervaringen in IPE wellicht wel bij aan een eerste bewustwording van verschillen of fricties in benaderingswijzen en perspectieven tussen professies (Shinkaruk et al., 2023; Best & Williams 2019). Met de huidige omvang en intensiteit van IPE-programma geven die bijdragen vooral verdieping van de beeldvorming over de eigen professie.

### *Realisatie van leerdoelen volgens studenten*

In de evaluaties van de afgelopen jaren gaven studenten in jaar 2 wisselende scores op de gepercipieerde leeropbrengsten aan<sup>2</sup>. Er was (op een schaal 1-5) een:

- hogere waardering (3,5 - 3,7) voor: begrijpen van het belang c.q. doel IPS, het beeld over en perspectief van andere zorgverleners, eigen bijdragen aan team;

---

<sup>2</sup> Evaluaties vanaf academisch jaar 2019-2020 hadden (deels) andere ijkpunten dan in de jaren daarvoor,

- lagere waardering (2,8 - 3,1) voor: inzicht in betekenis van ICF, het voeren van IP-overleg, verwerving van specifieke vaardigheden, veranderd beeld van eigen rol in overleg, opstellen van zorgplan bij complexe vraag;
- dip in de waardering van leeropbrengsten, mogelijk door COVID (3,1 - 3,4), terwijl post-covid er een duidelijke stijging in de waardering is (3,4 - 3,9),

In de evaluaties bij de studenten van jaar 3:

- hogere waardering (3,4 - 3,7) voor: samen zorgplan opstellen, regie nemen in team, patiëntenperspectief meewegen in het zorgplan;
- lagere waardering (2,5 – 2,9) voor: IP samenwerken, omgaan met belangentegenstellingen, de eigen bijdrage aan team evalueren;
- vanaf 2021 gemiddeld ook een stijging in waardering van leeropbrengsten.

Overall geven de evaluaties door de jaren heen een -indicatief- beeld dat de leerresultaten in jaar 2 vooral rondom beeldvorming en het belang van IPS hoger worden ingeschat, terwijl in jaar 3 het zelf kunnen uitvoeren als leerresultaat aan waardering wint. Complexere competenties zoals conflicthantering en omgaan met belangentegenstellingen blijven ook hier buiten het bereik van het IPE-programma.

## **2. Programma opzet, didactisch ontwerp**

Aan de basis van het IPE-programma stond het document 'Visie op interprofessioneel samenwerken en het verwerven van interprofessionele competenties tijdens opleidingen in de gezondheidszorg' (Projectgroep IPE, 2015) en dat beschreef, vanuit een gedeelde visie van FG-UvA en HvA, de beoogde competenties en leerdoelen, als ook de leer- en toetsvormen die zouden worden gehanteerd. Onderdelen van die visie m.b.t. de programmaopzet waren o.a. de keuzes om:

- studenten al vanaf de start van hun opleiding te leren denken en handelen in termen van 'teamwork' in relatie tot een complexe zorgvraag van de patiënt;
- in te zetten op een longitudinaal programma door de hele opleiding heen;
- het CIHC-raamwerk te hanteren voor de uitwerking van beoogde competenties;
- de 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) te gebruiken als gemeenschappelijk kader en taal voor interprofessionele overleg.

Bij de verdere uitwerking van de programmaopzet is gekozen voor aanvullende ontwerpkenmerken en programma-afbakeningen, waaronder: verplichte deelname; fasering en opbouw vanuit toenemende perspectiefverbreding; een omvang van 1 ECTS per jaar; in reeksen van 2 à 3 bijeenkomsten; focus op het maken van een integraal zorgplan; met casuïstiek en contexten waarbinnen voor studenten van alle opleidingen een rol is weggelegd; vanuit dezelfde casusinformatie voor ieder teamlid; beoordeling op basis van actieve participatie; en een opleidings-specifieke invulling van jaar 1 en 4 / Ma-GNK.

Deels zijn die keuzes beïnvloed door beperkingen in de haalbaarheid van een programma waarin studenten van alle opleidingen tegelijkertijd aanwezig zijn, deels zijn keuzes op andere overwegingen gemaakt of in de loop van tijd bijgesteld op basis van ervaringen met het programma. De complexiteit van inbedding van het IPE-programma in de curricula van alle opleidingen bleek veelal een dominante factor v.w.b. flexibiliteit in de opzet van het programma, en voor de organisatie/coördinatie van de uitvoering.

De keuze voor een longitudinale opzet met een start vanaf vroeg in de opleiding voor het verwerven van een positieve grondhouding en functioneren op niveau van bekwaamheid, is in overeenstemming met actuele inzichten daarover (Verplanken en Orbell, 2022). Het bereiken van een niveau van bekwaamheid in interprofessioneel samenwerken als geïntegreerd onderdeel van het dagelijks denken en handelen van zorgverleners vergt, niettemin, een langduriger investering in de professionele ontwikkeling van studenten, met cultivering in een verscheidenheid aan situaties en contexten (o.a. Eraut, 2009; Kee & Eraut, 2012; van Merrienboer, 2005). Er kan dus niet worden volstaan met enkelvoudige momenten van instructie of een smalle leerlijn die eigenstandig aandacht geeft aan interprofessioneel werken.

Gegeven de beperkte tijd die beschikbaar is voor gezamenlijk onderwijs is de inbedding van IPE in de curricula, geïntegreerd met andere onderwerpen en naast de ruimte voor gefocust IPE-onderwijs, essentieel.

Opleiding	Vorm	Opmerkingen
Ergotherapie	De eigen professionele identiteit komt in diverse introducties van onderdelen aan de orde. Studenten maken ook kennis met grote verscheidenheid aan contexten waarin ze als ergotherapeut zouden kunnen werken.	De link van professionele identiteit met IPE wordt niet expliciet gelegd.
Fysiotherapie	Opdrachten gericht op zowel oriëntatie eigen beroep als op andere zorgprofessionals, gedurende de twee projectperiodes (eind ieder semester).	Aanvullend op specifieke aandacht voor beroepsprofiel, zorgproces, dilemma's en grenzen professie.
Geneeskunde	Opdrachten in in- en extramurale stages, gericht op: andere zorgverleners in de betreffende setting en hun wijze van onderling communiceren en samenwerken.	IPE is onderdeel van PO-onderwijs.
Oefentherapie	Beeldvorming over eigen beroep en de specifieke eigen invalshoek is geïntegreerd onderdeel van het eerste jaar (inclusief hoe zich dat verhoudt tot andere zorgverleners).	
Verpleegkunde	Opdrachten, rondom diversiteit en inclusie, met IPE-ingredienten (beeldvorming over eigen professie en identiteit) gedurende de beroepsoriëntatie.	

Tabel 2. Schematisch overzicht van onderwijsvormen in jaar 1 bij het IPE-programma

Tabel 2 geeft een overzicht van de onderdelen in de verschillende opleidingen (jaar 1) die aansluiten op beeldvorming over de eigen professie en -waar mogelijk- eerste indrukken van andere zorgprofessionals. Naar oordeel van de coördinatoren van de verschillende opleidingen komen de afgesproken inhoud en in hun opleiding goed aan bod, zij het per opleiding op ietwat verschillende manieren. Het IPE-programma jaar

2 bouwt in activiteiten niet expliciet voort op de eerste ervaringen opgedaan in jaar 1; er wordt niettemin van uitgegaan dat studenten dan deelnemen vanuit voldoende zicht op de inhoud en grenzen van de eigen professie, en die ook als zodanig in onderling overleg kunnen en zullen inbrengen.

De kern van het IPE-programma in jaar 2 en 3 (WIJ- fase) wordt gevormd door een interprofessioneel overleg over complexere casus, met als doel gezamenlijk te komen tot een integrale benadering en samenhangend zorgplan waarin de bijdragen vanuit de verschillende professies optimaal op elkaar zijn afgestemd. De keuze om bepaling van de behandel aanpak en het zorgplan centraal te stellen biedt gelegenheid expliciet stil te staan bij verschillende perspectieven op de gezondheidsproblemen in de casus en de rationale achter gemeenschappelijke keuzes en beslissingen. De wijze van bespreking, het 'zorgoverleg', en de aanvullende opdrachten (samenwerken, teamrollen en -functioneren) staan in het teken van beter begrip van de dynamiek van interprofessioneel overleg in een zorgsetting.

De invulling van IPE in Ba jaar 4 of de Ma-fase van de opleiding varieert van gerichte opdrachten in de stages of co-schappen (zoals deelname aan MDO) tot en met participatie in een leerwerkplaats die door interprofessioneel samengestelde zorgteams van studenten wordt gerund. De nadruk ligt op actief participeren in de praktijk; de gelegenheid hiervoor en vorm zijn veelal locatie- en contextafhankelijk. De impact van een intensievere vorm zoals een leerwerkplaats, gerund door zorgteams van studenten zal zonder twijfel groter zijn dan van een opdracht waarin slechts één aspect van interprofessionele samenwerking aan bod komt.

#### *Waardering kernelementen gezamenlijk IPE-programma (studenten en docenten)*

In de evaluaties van de afgelopen jaren gaven 2<sup>e</sup>-jaars studenten wisselende scores voor de verschillende kernelementen van het IPE-onderwijs<sup>3</sup>. Er was (op een Likert schaal 1-5) een:

- hogere waardering (3,5 - 3,8) voor: peerfeedback, prettige leeromgeving, stimulering actieve deelname, beoordeling op participatie;
- lagere waardering (2,6 – 2,9) voor: kwaliteit van het studiemateriaal, stimulering kritisch denken, het algemeen oordeel over leerzaamheid module, gebruik game (GRIP), de lestijden en voorbereidingsopdrachten;
- een overall lage waardering voor elementen van het online onderwijs in het eerste jaar COVID, met nadien weer een duidelijke stijging in de waardering.

---

<sup>3</sup> Evaluaties vanaf academisch jaar 2019-2020 hadden andere (en minder) ijkpunten dan in de jaren daarvoor.

In de evaluaties bij de studenten van jaar 3:

- hogere waardering (3,9 – 4,2) voor: actieve deelname in team, prettige leeromgeving, hulpmiddel voor zorgplan, beoordeling op participatie;
- lagere waardering (2,1 – 2,7) voor: voorbereidingsopdrachten, gebruik game (GRIP), feedback docent, lestijden;
- vanaf 2021 gemiddeld ook een stijging in waardering voor kernelementen onderwijs.

Door de jaren heen, en onafhankelijk van al dan niet online uitvoeringen van het IPE-programma, werd aanvullend vaker feedback gegeven over een teleurstellend niveau van bespreking en gebrekkige voorbereiding van het onderwijs door medestudenten, hetgeen de motivatie voor IPE afzwakte. Sommigen zien dit primair als gevolg van onvolkomenheden in de casuïstiek, anderen menen vooral dat docenten in hun begeleiding onderling veel verschillen en hierin vaker tekortschieten.

De casus zijn opgezet om voor alle professies aanknopingspunten te bevatten voor te overwegen interventies als onderdelen aan het zorgplan. De ICF wordt hierbij gebruikt als referentiekader voor de verschillende perspectieven (van anatomisch/ (patho)fysiologische fundament van een aandoening tot en met de gevolgen ervan voor het functioneren en participatie in de samenleving). Evaluatief komt vaker als aandachtspunt naar voren dat zorgplannen blijven steken op het niveau van een opsomming van hetgeen alle afzonderlijke professies voor ogen staat (maar geen geïntegreerde zorgverlening of substitutie). Studenten missen in de begeleiding soms aandacht voor hun specifieke professie. En het ICF is voor de studenten geneeskunde een kader dat verder in hun opleiding nauwelijks navolging krijgt.

Overall tonen de evaluaties door de jaren heen een geleidelijke stijging in de overall waardering voor het IPE-programma (jaar 2: 5,4 – 6,3 en jaar 3: 4,4 – 6,0), en voor de kernelementen ervan, met uitzondering van het eerste jaar waarin het onderwijs online werd verzorgd.

In de evaluaties bij docenten springen positief eruit: samenwerking met andere docenten, zinvolle introductiebijeenkomst, docentinstructie, en voorbereidingstijd voor docenten. Inhoudelijk zijn ze vooral positief over het hulpmiddel 'zorgplan'. Als zwak werden beoordeeld: de wijze van beoordeling, gelegenheid om feedback te geven, het teamrollen model vlg. Quinn, en de voorbereiding door studenten. Hun overall waardering voor het jaar 2 en 3 programma steeg van 6,0 naar 7,3.

### **3. Leerresultaten studenten**

Aanvullend op de bij 2 aangegeven realisatie van leerdoelen is met een vragenlijst, gebaseerd op de ISVS (modified *Interprofessional socialisation and valuing scale*), nagegaan in hoeverre de perceptie van eigen bekwaamheid en waardering voor



interprofessioneel samenwerken positief is bij studenten die afgelopen jaar hebben deelgenomen aan het IPE-programma van jaar 2 of jaar 3. De ISVS, een instrument gevalideerd voor gebruik bij studenten in diverse zorgopleidingen, bestaat uit 24 statements die op een schaal van 1 – 7 worden gescoord (King et al, 2010, 2016).

In totaal namen 347 studenten<sup>4</sup> (response ca, 29%) van de verschillende opleidingen, hieraan deel<sup>5</sup>. Van hen had zo'n 39% IPE jaar 2 en 61% IPE van jaar 3 als laatste gevolgd. Verpleegkunde is met 43% ruim vertegenwoordigd onder de respondenten, Ergotherapie met 10%, Fysiotherapie met 36%, Oefentherapie met 4% en Geneeskunde met zo'n 7%. De overall waardering voor het IPE-programma onder alle deelnemers was gemiddeld 6,18 (Sd 2,0).

	Jaar 2 (n=211)		Jaar 3 (n=136)	
	Gem	Sd	Gem	Sd
1. Ik voel me comfortabel bij het nemen van verantwoordelijkheden voor taken in een interprofessioneel team.	5,60	0,92	5,38	1,17
2. Ik voel me in staat als een volwaardig lid van een interprofessioneel team op te treden.	5,49	0,95	5,44	1,11
3. Ik heb inzicht in het perspectief van mijn eigen discipline binnen integrale zorg.	5,75	0,80	5,79	0,88
4. Ik voel me aanspreekbaar op de taken en verantwoordelijkheden in het team die ik op me heb genomen.	5,74	0,99	5,59	0,97
5. Ik voel me in staat de behoeften en voorkeuren van patiënten / cliënten bij gezamenlijke besluiten voorop te stellen.	5,88	0,76	5,73	0,96
6. Ik ben in staat om actief naar de inbreng van andere leden van het interprofessioneel team te luisteren.	5,87	0,69	5,78	0,86
7. Ik voel me comfortabel om mijn bijdrage aan het functioneren van het interprofessioneel team kritisch te evalueren.	5,55	0,93	5,37	1,16
8. Ik voel me vertrouwd om eventuele misvattingen over mijn discipline bij de andere teamleden te corrigeren.	5,56	0,94	5,40	1,23
9. Ik waardeer een open en eerlijke communicatie met alle leden van het team.	6,31	0,70	6,13	0,80
10. Ik heb reële verwachtingen over de bijdragen van de andere disciplines aan het integrale zorgplan.	5,40	1,12	5,44	1,05
11. Ik ben me bewust van de teamrollen die anderen kunnen hebben in de samenwerking.	5,55	0,98	5,57	0,92
12. Ik zie mezelf als iemand die bij voorkeur in een interprofessioneel team werkt.	4,78	1,45	5,17	1,40
13. Ik begrijp het nut van gebruik van de ICF bij interprofessioneel teamoverleg over het verlenen van integrale zorg.	5,24	1,28	4,93	1,15
14. Ik erken het belang van een gezamenlijk teamaanpak bij complexe zorgvragen.	5,90	0,98	6,07	0,88
15. Ik voel me comfortabel bij het initiëren van een discussie over gedeelde verantwoordelijkheid voor goede zorg.	5,50	0,95	5,26	1,22
16. Ik waardeer zorgteams waarin ook de patiënt/cliënt zelf als lid deelneemt.	5,24	1,21	5,37	1,08
17. Ik verwacht dat de praktijk van interprofessioneel samenwerken mij sterkt in het uitoefenen van mijn beroep als zorgprofessional.	5,56	1,13	5,40	0,92
18. Ik draag bij aan een efficiënt verloop van interprofessioneel overleg.	5,62	0,76	5,53	0,96
19. Ik voel me prettig bij actieve deelname aan discussies in interprofessionele teams.	5,43	1,18	5,16	1,13
20. Ik voel me comfortabel in de positie van voorzitter en gedeeld leiderschap in een interprofessioneel team,	4,68	1,51	4,53	1,46
21. Ik voel me vertrouwd in het kunnen aannemen van verschillende rollen in een team,	5,19	1,15	5,10	0,96
22. Ik ben in staat mijn professionele inzichten over een behandelaanpak te delen in een teamdiscussie.	5,61	0,91	5,51	0,82
23. Ik voel me verantwoordelijk om me uit te spreken wanneer er onvoldoende rekening wordt gehouden met de wensen en belangen van de patiënt/cliënt.	5,74	0,93	5,62	1,10
24. Ik verwacht dat interprofessioneel samenwerken in de praktijk moeilijk is.	4,56	1,46	4,26	1,57

<sup>4</sup> Respondenten: JR2 ingedeeld 720, volledige deelname IPE 627; JR3 ingedeeld 693, volledige deelname IPE 574.

<sup>5</sup> De resultaten voor de studenten Geneeskunde kunnen later worden geüpdatet.

Zowel na het IPE-programma jaar 2 als na jaar 3 staan studenten positief tegenover interprofessioneel samenwerken, én schatten zij hun eigen bekwaamheden relatief hoog in. Tabel 3 toont op welke dimensies zij zich met name vertrouwd en/of bekwaam voelen. De scores van tweedejaars zijn vaker hoger dan van derdejaars maar die verschillen blijken niet significant. Dat laatste geldt ook voor verschillen tussen studenten van de afzonderlijke opleidingen; er zijn slechts enkele verschillen tussen opleidingen significant. Zo voelen studenten geneeskunde zich o.a. eerder comfortabel in een rol als gespreksleider in het casusoverleg of verpleegkundigen in een rol als lid van een interprofessioneel team.

[NB. Een gedetailleerder analyse van de resultaten ISVS is separaat beschikbaar]

## Bevindingen m.b.t. toekomst IPE-programma

Het initiatief voor de ontwikkeling van een gezamenlijk IPE-programma kwam voort uit 1) erkenning van de *toenemende complexiteit van het werken in de zorg*, en de aanspraken die dat doet op de *kwaliteit en intensiteit van het samenwerken* van zorgprofessionals, als ook 2) de ambitie van FG-UvA en HvA om hun *studenten daarop adequaat voor te bereiden* en aldus bij te dragen aan de kwaliteit van zorg. Dit resulteerde in een voor die tijd uniek onderwijsprogramma waarin studenten vanuit de verschillende opleidingen samen deelnemen en leren.

### 1. Ontwikkelingen in het werkveld m.b.t. IPS en IPE

Sinds de start van het IPE-programma in 2016 is de aandacht voor versterking van het interprofessioneel samenwerken in de zorg nog verder toegenomen. Die trend kreeg momentum door een aantal (doorlopende) ontwikkelingen en perspectieven:

1. *Patiëntgerichte zorg (PCC)*: Meer focus op patiëntgerichte zorg benadrukt dat zorgprofessionals uit verschillende disciplines moeten samenwerken om patiënten die beoogde integrale maatwerkzorg te bieden (Marwati et al., 2023);
2. *Patiëntveiligheid*: Veel voorkombare fouten in de zorg zijn (deels) gevolg van gebrekkige communicatie of afstemming tussen verschillende leden van het zorgteam. Kwalitatief hoogwaardige samenwerking kan die helpen voorkomen door de communicatie of informatie-uitwisseling te verbeteren;
3. *Efficiëntie en kosteneffectiviteit*: Door zorg beter te coördineren en duplicatie of onnodige diagnostiek en behandeling te voorkomen, kan onnodige zorg worden tegengaan en het gebruik van middelen verbeteren;
4. *Complexiteit* van de gezondheidszorg: Door de continue vooruitgang in medische technologie en behandelingsmogelijkheden wordt zorg veelal ook complexer. Die complexiteit kunnen hanteren vereist vaak expertise van diverse disciplines;

5. *Onderzoek, EBP en specialisatie*: voortdurend voortschrijdende inzichten stimuleren specialisatie die gepaard moet gaan met interprofessionele samenwerking om de behoefte aan integrale zorg te kunnen beantwoorden;
6. *Onderwijs en opleiding*: Veel opleidingen en beroepsorganisaties hebben erkend dat hun toekomstig zorgprofessionals voorbereid moeten worden op het werken in samenwerkende zorgomgevingen. Er is een groeiend aantal IPE-programma's waarin studenten van diverse disciplines samen leren en oefenen in teamwork<sup>6</sup>.

#### *Inhoudelijke ontwikkelingen in IPS*

Parallel aan de toegenomen focus op IPS kwam er ook meer oog voor differentiatie, vanuit het besef dat de aard en inhoud van samenwerking veelal contextspecifiek zijn. In onderzoek en training worden die verschillen herkend en meegenomen in hun opzet (bv. Muuse et al, 2023). Belangrijke verschillen die in actuele publicaties over IPS en IPE naar voren komen, betreffen onder meer de specifieke zorgsetting, het type patiëntenpopulatie, het scala van zorgdisciplines of -beroepen die betrokken (moeten) zijn, en de specifieke doelstellingen van die samenwerking.

Erkenning van contextuele variaties in de aard van IPS is belangrijk; het leren IP samenwerken vergt immers van zorgverleners telkens aanpassing aan de specifieke omstandigheden en behoeften in elke zorgsituatie. Het benadrukt ook het belang van effectieve communicatie, inzicht in teamdynamiek en aanpassingsvermogen binnen interprofessionele teams om de best mogelijke zorg te bieden, ongeacht die context (CIHC, 2010).

#### *Inhoudelijke ontwikkelingen in IPE*

Interprofessioneel onderwijs is zich, nationaal en internationaal, blijven ontwikkelen om studenten en werkzame zorgprofessionals beter te trainen in samenwerking in een complexe zorgomgeving. Duidelijke ontwikkelingen, trends en ambities zijn:

1. *Uitbreiding van de disciplines*: IPE begon vaak met samenwerking tussen twee of drie disciplines (artsen onderling, met verpleegkundigen, en met apothekers; paramedici onderling) maar het heeft zich verbreedt naar andere disciplines (zoals psychologie, sociaal werk, verloskunde, en meer). Het weerspiegelt de realiteit van moderne zorgteams, waarin diverse professionals samenwerken;
2. *Inbedding in curricula*: IPE wordt steeds vaker geïntegreerd bij curriculum-innovaties van zorg- en welzijnsopleidingen. Dit betekent dat studenten IPE-ervaringen leren integreren in hun professionele ontwikkeling, in plaats van ze als eigenstandige entiteit te ervaren en beschouwen;
3. *Technologie en virtueel leren*: Met het toegenomen gebruik van technologie zijn er nieuwe mogelijkheden, bv. voor een virtueel IPE. Hierin werken studenten of

---

<sup>6</sup> Voorbeelden in Nederland zijn o.a. het raamplan voor de geneeskunde opleidingen, het TOKIO project van de Federatie Medisch Specialisten, de nieuwe brede paramedische basisopleiding IPZ, de hogeschool Rotterdam waar hogeschoolorbreed opleidingen IPE invoeren.

professionals van verschillende disciplines samen via online platforms, in MDO-simulaties of via digitale patiëntendossiers;

4. *Interprofessioneel leiderschap*: Er is toenemend aandacht voor het belang van leiderschap binnen interprofessionele teams. IPE-programma's richten zich ook meer op het ontwikkelen van leiderschapsvaardigheden die nodig zijn om effectief te zijn in diverse zorgomgevingen (Folkman et al., 2019);
5. *Evaluatie en onderzoek*: Er is groeiende nadruk op het bepalen van de impact van IPE, of en hoe IPE uiteindelijk bijdraagt aan verbeterde patiëntenzorg, zodat opleidingen de effectiviteit van hun IPE-programma's kunnen verbeteren en het aanpassen van IPE aan veranderende behoeften in de gezondheidszorg (Kaiser et al., 2023);
6. *Patiëntbetrokkenheid*: Geleidelijk komen er nieuwe IPE-programma's, waarbij patiënten deelnemen aan onderwijsactiviteiten en bijdragen aan het leren van zorgprofessionals en het begrijpen van zorg vanuit het patiëntperspectief (Jensen et al., 2022);
7. *Cultuurverandering*: Groeiend is er aandacht voor de vraag of er een verdergaande, culturele verandering in de gezondheidszorg nodig is om IPS volledig te omarmen. Dit heeft o.a. betrekking op het realiseren van open communicatie, respect voor verschillende disciplines en het inzicht dat samenwerking de kwaliteit van zorg verbetert (Weller et al, 2014; Fowler et al, 2023).

## **2. Gewenste ontwikkelingsrichting van het IPE-programma**

In gesprek met leidinggevendenden c.q. coördinatoren van de betrokken opleidingen over de door hen gewenste doorontwikkeling van het IPE-programma kwamen o.a. de volgende verwachtingen, voorkeuren en overwegingen naar voren.

Er is een breed gedeelde overeenstemming over de inhoud en vormgeving van het huidige IPE-programma, onder erkenning van de beperkingen in ruimte die er binnen de verschillende curricula vrij kon worden gemaakt. Gegeven alle hindernissen om een daarvoor passende inbedding in de eigen opleiding te realiseren wordt uitbreiding in de omvang van het gemeenschappelijk deel niet als haalbaar beschouwd. Versterking van IPE, gericht op een hoger basisniveau van competentie en andere dimensies van IPS in lijn met ontwikkelingen in het werkveld, zal dus vooral gevonden moeten worden door integratie van IPE binnen andere onderdelen in de eigen opleiding.

De diverse opvattingen en voorkeuren voor verdere optimalisatie van het huidige IPE-programma hebben vooral betrekking op:

- Vergroting van het aantal locaties en mogelijkheden om studenten in de SAMEN-fase (jaar 4 / Ma-GNK) in interprofessionele teamsettings eigen praktijkervaringen op te laten doen;
- Het betrekken van andere disciplines (farmacie, verloskunde, diëtetiek, klinische of GZ psychologie, e.d.) om de samenstelling van 'zorgteams' in IPE meer overeen te laten komen met die in de realiteit;
- Het aanscherpen van de beoordelingen om de mate waarin het programma door studenten voldoende 'serieus genomen wordt' (bv. in de zin van hun voorbereiding) te verhogen, dan wel het consequent (stringenter) omgaan met situaties waarin studenten onvoldoende actief deelnemen in onderwijs;
- Aanpassing van de programmering (bv. in één week in plaats van diverse reeksen) om meer tegemoet te komen aan de voorkeuren van studenten en een evenwichtiger vertegenwoordiging door studenten uit de kleinere opleidingen te realiseren.

De wenselijkheid van deze aanpassingen wordt door de verschillende opleidingen niet eenduidig ingeschat. Het realiseren van elk van de genoemde punten is tot nog toe ook lastig gebleken.

In termen van verwachte ontwikkelingen en de wijze waarop daarop kan worden ingespeeld komen er uit de diverse interviews drie scenario's naar voren:

- a. *Optimalisatie*. In dit scenario wordt het IPE-programma met z'n huidige inhoud en omvang min of meer gehandhaafd en -slechts waar nog mogelijk binnen de huidige kaders- geoptimaliseerd. Het IPE-programma vormt a.h.w. een basis; verdieping van het geleerde en verbreding naar andere dimensies van IPS worden geïntegreerd in andere onderdelen van de eigen opleiding.
- b. *Fade-out*. Het IPE-programma wordt geleidelijk afgebouwd aangezien het interprofessioneel samenwerken "*een 'natuurlijk' deel van het curriculum zal worden*", d.w.z. in verschillende onderdelen van de opleiding geïntegreerd aan de orde komt of door andere, nieuwe activiteiten is vervangen waardoor er geen eigenstandig gemeenschappelijk (en organisatorisch complex) programma meer nodig is.
- c. *Transitie*. Er wordt m.n. in het (praktijk)onderwijs een overgang gemaakt naar een sterkere interprofessionele opzet waarbij het teamfunctioneren een belangrijk ijkpunt wordt. Voorbereidend en ondersteunend hierop krijgt het IPE-programma als voornaamste functie om studenten het belang en de urgentie van IPS in de zorg bij te brengen, en bij te dragen aan beeldvorming over de eigen discipline in relatie tot interprofessionele zorgverlening.

## Conclusies en overwegingen

1. Het IPE-programma heeft in zijn huidige vorm een opzet met inhoudelijke en didactische ingrediënten die op veel terreinen voldoet. Krachtige ontwerpkenmerken voor realisatie van de nagestreefde doelen zijn het 'jaarlijks terugkerend' patroon -in een opbouw- gedurende een groot deel de opleiding, in interprofessioneel samengestelde studentengroepen, rondom realistische situaties en vraagstukken, met een focus op samenwerken in het vormen van professionele oordelen en nemen van besluiten. Het programma is inhoudelijk, organisatorisch en logistiek in de loop van tijd stabiel geworden en er bestaat bij studenten en docenten acceptatie c.q. draagvlak voor het programma.
2. Binnen de huidige omvang (1 EC per jaar) zijn niet alle competenties uit het CIHC-raamwerk haalbaar. Onderwijsmaterialen zijn daarop ook aangepast. Realistische doelen voor het gemeenschappelijk deel liggen op het vlak van bewustwording van de vele vormen van samenwerking in de organisatie van zorgverlening, oefening met IP communicatie, cultivering van een positieve grondhouding ten aanzien van IP samenwerken en communiceren, en beeldvorming over de eigen professionele identiteit en die van de andere deelnemende opleidingen.
3. Om die doelen bij een grotere groep studenten te (blijven) realiseren is verdere finetuning van het huidige IPE-programma nodig. Kritische verbeterpunten in het gemeenschappelijk deel van het programma zijn nu met name: onvoldoende lesvoorbereiding door een deel van de studenten, en vaker slechts beperkte bespreking van de gemeenschappelijke zorgplannen op niveau van een integratief plan van aanpak. Die verschillen in voorbereiding tussen studenten blijken voor medestudenten een bron van irritatie, met gevolgen voor diepgang in de bespreking, maar ook voor de waardering van en beeldvorming over elkaar.
4. Voor het bereiken van een hoger niveau van competentieverwerving, dan wel verbreding naar andere aspecten van interprofessionele samenwerking (bv. IPS in de context van wijkgerichte zorg of verwerving van competenties ten behoeve van samenwerkend leiderschap en conflicthantering) is inbedding c.q. integratie in andere delen van de curricula nodig, bij voorkeur in praktijkonderdelen (Spelt et al., 2009; Tarrant, Thiele, 2017).
5. Stages in interprofessionele leerwerkplaatsen en 'living labs' in een latere fase in de opleiding (SAMEN fase in het IPE-programma) zijn in potentie daarvoor passende vormen (o.a. Nguyen et al., 2018) en werden ook in de ontwikkeling van IPE voorzien. Tegelijkertijd zijn de complexiteit en beperkte mogelijkheden om IP leerwerkplaatsen of geschikte Living Labs (gericht op zorgverlening in de wijk) te ontwikkelen, reële knelpunten, zeker in relatie tot het aantal te realiseren plaatsen voor studenten. De thans door afzonderlijke opleidingen gehanteerde invullingen van IPE in deze fase zijn dan een haalbaar alternatief. In hoeverre daar IPS optimaal focus krijgen, bleef in deze evaluatie onduidelijk.

6. In het licht van de groei aan interprofessionele samenwerkingssituaties binnen de zorg (Eddy et al., 2016; Piers et al., 2017) is verbreding naar andere dimensies van IPS (dan het 'gemeenschappelijk zorgplan') nodig en mogelijk, geïntegreerd met andere inhoudelijke onderwerpen binnen de eigen opleidingen (scenario 'optimalisatie'). Vanuit de verwachting dat er nieuwe ontwikkelingen in de zorg blijven komen die ook de organisatie van zorgverlening en IPS onder druk kunnen zetten, is bovendien aandacht nodig in de begeleiding van studenten in relatie tot ontwikkeling van hun professionaliteit, professionele identiteit en grenzen, en processen van socialisatie en subjectificatie binnen de zorg (August, Gortney & Mendez, 2020; Biesta, van Braak, 2020).
7. Gegeven het karakter van de competenties op terrein van interprofessionele samenwerking en communicatie, en de variëteit van relevante contexten zou voor de ontwikkeling hiervan sprake moeten zijn van een doorlopende 'leerlijn' vanaf de bachelor tot en met vervolgoopleidingen en specifieke teamtrainingen (Yang, 2009; Reynolds, 2012; Frodman, et al., 2017). Het aandeel daarvan met een gerichte, specifieke focus op IP samenwerking kan beperkt in omvang en begint met erkenning van de urgentie van IPS in de zorg, als ook het cultiveren van een positieve grondhouding ten opzichte van samenwerking vanuit mogelijk eerdere negatieve ervaringen met groepsdynamiek (Ha Le, Janssen en Wubbels, 2018). Door aanvullende onderdelen waarin IPS is geïntegreerd met andere onderwerpen en leeractiviteiten in teamverband kan binnen een opleiding de verwerving van relevante samenwerkingscompetenties worden gecultiveerd.

## Referenties

1. Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). *Canadian National Interprofessional Competency Framework* (CIHC). Vancouver: College of Health Disciplines.
2. Slavin, RE (2014). Cooperative learning and academic achievement: Why does groupwork work? *Ann Psycho*, 30(3), 7.
3. Tsakitzidis, G, & Van Royen, P (2015). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*: De Boeck.
4. Geese, F, and K Schmitt (2023). Interprofessional Collaboration in Complex Patient Care Transition: A Qualitative Multi-Perspective Analysis. *Healthcare* 11, no, 3: 359.
5. Wood, A, Copley, J, Hill, A & Neil Cottrell (2022). Interprofessional identity in clinicians: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 36: DOI: 10,1080/13561820,2022,2086222

6. Cornett M, Palermo C, Ash S (2023) Professional identity research in the health professions-a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 2023; 28(2): 589-642,
7. Shinkaruk, K, Carr, E, Lockyer, JM & KG Hecker (2023). Exploring the development of interprofessional competence and professional identity: A Situated Learning Theory study. *Journal of Interprofessional Care*, 37:4, 613-622
8. Best, S & S Williams (2019). Professional identity in interprofessional teams: findings from a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 33:2, 170-181
9. Projectgroep IPE HvA/AMC (2015). *Visie op interprofessioneel samenwerken en het verwerven van interprofessionele competenties tijdens opleidingen in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Fac. Gezondheid HvA, Fac. Geneeskunde AMC
10. Verplanken, B and S Orbell (2022). Attitudes, Habits, and Behavior Change. *Annual Review of Psychology*, 73:1, 327-352
11. Wijnen, M, & Moser, A, (2014). Interprofessioneel samenwerken, leren en opleiden. *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 38, 3-6,
12. Eraut, M (2009). *Transfer of Knowledge Between Education and Workplace Settings*. Online.
13. Kee, A & Eraut, M (2012). *Learning Trajectories, Innovation and Identity for Professional Development*. DOI: 10.1007/978-94-007-1724-4,
14. Merrienboer, JIG van (2005). *Het Ontwerpen van Leertaken binnen de Wetenschappen: 'Four-Components Instructional Design' als Generatief Ontwerpmoedel*. Open Universiteit,
15. King G, Shaw L, Orchard CA, Miller S (2010). The interprofessional socialization and valuing scale: a tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. *Work*; 35(1):77-85,
16. King G, Orchard C, Khalili H, Avery L (2016). Refinement of the Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21) and Development of 9-Item Equivalent Versions. *J Contin Educ Health Prof*, 2016 Summer; 36(3):171-7;
17. Marwiati, Aeni, WN & APM Tyas (2023). Interprofessional collaboration to support patient-centered care: literature review. *Bali Medical Journal*, Volume 12, 3: 3070-3073
18. Muusse, JSC, Zuidema, R, van Scherpenseel, MC *et al.* (2023). Influencing factors of interprofessional collaboration in multifactorial fall prevention interventions: a qualitative systematic review. *BMC Prim Care* 24, 116
19. Folkman, AK, Tveit, B & S Sverdrup (2019). Leadership in interprofessional collaboration in health care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* Volume 12, 97-107 | Published online: 30 Jan 2019, DOI:10.2147/JMDH.S189199
20. Kaiser, L, Neugebauer, EAM & Pieper, D (2023). Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes: a secondary data analysis based on large scale survey data. *BMC Health Serv Res* 23, 5,



21. Jensen, CB, Norbye, B, Dahlgren, MA & A Iversen (2022). Patient participation in interprofessional learning and collaboration with undergraduate health professional students in clinical placements: A scoping review. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, Vol. 27, June
22. Weller J, Boyd M, Cumin D (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*; 90(1061): 149-54
23. Fowler TO, Wise HH, Mauldin MP, Ragucci KR, Scheurer DB, Su Z, Mauldin PD, Bailey JR, Borckardt JJ (2023). Alignment of an interprofessional student learning experience with a hospital quality improvement initiative. *J Interprof Care*,1;37 (sup1): S53-S62
24. Nguyen, Q, Tong, M, Brennan Congdon, H, Goodwin, J & T Gimeno, (2018). Implementation of a student-led interprofessional education clinic at a safety net community health center. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 11, 74-79
25. Spelt, EJH, Biemans, HJA, Tobi, H, *et al*, (2009). Teaching and Learning in Interdisciplinary Higher Education: A Systematic Review. *Educ Psychol Rev* 21, 365–378
26. Tarrant, SP, Thiele, LP (2017). Enhancing and promoting interdisciplinarity in higher education. *J Environ Stud Sci* 7, 355–360
27. Eddy K, Jordan Z, Stephenson M (2016). Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBI Database System Rev Implement Rep*; 14(4): 96-137,
28. Piers RD, Versluys KJJ, Devoghel J, Lambrecht S, Vyt A, Van Den Noortgate NJ (2017). A Typology of Interprofessional Teamwork in Acute Geriatric Care: A Study in 55 units in Belgium. *J Am Geriatr Soc*; 65(9): 2064-2070,
29. Biesta, GJJ & M van Braak (2020). Beyond the Medical Model: Thinking Differently about Medical Education and Medical Education Research, *Teaching and Learning in Medicine*, 32:4, 449-456, DOI: [10.1080/10401334.2020.1798240](https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1798240)
30. August, BA, Gortney, J, Mendez, J (2020). Evaluating interprofessional socialization: Matched student self-assessments surrounding underserved clinic participation. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 12, 8, 926-931,
31. Ha Le, Janssen, J & T Wubbels (2018) Collaborative learning practices: teacher and student perceived obstacles to effective student collaboration, *Cambridge Journal of Education*, 48:1, 103-122, DOI: [10.1080/0305764X.2016.1259389](https://doi.org/10.1080/0305764X.2016.1259389)
32. Gerritsen, AGA, & AP Nauta (2008). Samenwerking is te leren! Maar hoe? *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 27(3), 109-119,
33. Yang, M, (2009). Making interdisciplinary subjects relevant to students: an interdisciplinary approach. *Teaching in Higher Education*, 14(6), 597–606
34. Reynolds, E, (2012). Creating cross-disciplinary courses. *Journal of Undergraduate Neuroscience Education*, 11(1), A72–A75

35. Frodman, R, Thompson, J, & Pacheco, R (Eds.) (2017). *The Oxford handbook of interdisciplinarity* (2nd ed.), Oxford University Press
36. Mann, J, Lown, B, Touw, S, (2020). Creating a culture of respect and interprofessional teamwork on a labor and birth unit: a multifaceted quality improvement project. *J Interprof Care*, 1: 1-7,
37. Graff, HJ (2017). *Undisciplining knowledge, interdisciplinarity in the twentieth century*. John Hopkins University Press
38. August, BA, Gortney, JS & J Mendez (2020). Evaluating interprofessional socialization: Matched student self-assessments surrounding underserved clinic participation. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 12 (8), 926-931
39. Pennington, D (2015). A conceptual model for knowledge integration in interdisciplinary teams: orchestrating individual learning and group processes, *J Environ Stud Sci*
40. Stefani, LAJ, (2009). Assessment in interdisciplinary and interprofessional programs: Shifting paradigms. In: B. Chandramohan & S. Fallows (Eds.), *Interdisciplinary learning and teaching in higher education: Theory and practice*, New York: Routledge
41. Ginsburg L, Bain L, (2017). The evaluation of a multifaceted intervention to promote "speaking up" and strengthen interprofessional teamwork climate perceptions. *J Interprof Care*; 31(2): 207-217,
42. van Zundert, M, Sluijsmans, D, & van Merriënboer, J (2010). Effective peer assessment processes: Research findings and future directions. *Learning and Instruction*, 20(4), 270-279.

## Bijlage A

	VPK (n=152)		Para (n=172)		GNK (n=23)	
	Gem	Sd	Gem	Sd	Gem	Sd
1. Ik voel me comfortabel bij het nemen van verantwoordelijkheden voor taken in een interprofessioneel team.	5,42	1,11	5,48	1,06	5,82	1,03
2. Ik voel me in staat als een volwaardig lid van een interprofessioneel team op te treden.	5,46	1,06	5,45	1,04	5,45	1,16
3. Ik heb inzicht in het perspectief van mijn eigen discipline binnen integrale zorg.	5,75	0,95	5,81	0,71	5,64	1,15
4. Ik voel me aanspreekbaar op de taken en verantwoordelijkheden in het team die ik op me heb genomen.	5,62	1,00	5,74	0,86	4,82	1,64
5. Ik voel me in staat de behoeften en voorkeuren van patiënten / cliënten bij gezamenlijke besluiten voorop te stellen.	5,83	0,91	5,73	0,86	6,09	0,90
6. Ik ben in staat om actief naar de inbreng van andere leden van het interprofessioneel team te luisteren.	5,91	0,83	5,68	0,75	6,45	0,66
7. Ik voel me comfortabel om mijn bijdrage aan het functioneren van het interprofessioneel team kritisch te evalueren.	5,33	1,10	5,49	1,03	6,09	1,16
8. Ik voel me vertrouwd om eventuele misvattingen over mijn discipline bij de andere teamleden te corrigeren.	5,35	1,17	5,55	1,06	5,91	1,00
9. Ik waardeer een open en eerlijke communicatie met alle leden van het team.	6,17	0,89	6,22	0,66	6,55	0,50
10. Ik heb reële verwachtingen over de bijdragen van de andere disciplines aan het integrale zorgplan.	5,54	1,15	5,33	1,02	5,36	0,88
11. Ik ben me bewust van de teamrollen die anderen kunnen hebben in de samenwerking.	5,53	0,98	5,61	0,87	5,36	1,07
12. Ik zie mezelf als iemand die bij voorkeur in een interprofessioneel team werkt.	5,31	1,25	4,76	1,53	4,64	1,55
13. Ik begrijp het nut van gebruik van de ICF bij interprofessioneel teamoverleg over het verlenen van integrale zorg.	4,99	1,18	5,25	1,13	3,45	1,44
14. Ik erken het belang van een gezamenlijk teamaanpak bij complexe zorgvragen.	6,00	0,96	6,03	0,82	5,55	1,56
15. Ik voel me comfortabel bij het initiëren van een discussie over gedeelde verantwoordelijkheid voor goede zorg.	5,22	1,25	5,47	1,01	5,55	0,66
16. Ik waardeer zorgteams waarin ook de patiënt/cliënt zelf als lid deelneemt.	5,43	1,06	5,23	1,17	5,09	1,38
17. Ik verwacht dat de praktijk van interprofessioneel samenwerken mij sterkt in het uitoefenen van mijn beroep als zorgprofessional.	5,63	1,04	5,30	0,92	5,55	1,56
18. Ik draag bij aan een efficiënt verloop van interprofessioneel overleg.	5,66	0,94	5,45	0,86	5,91	0,29
19. Ik voel me prettig bij actieve deelname aan discussies in interprofessionele teams.	5,26	1,19	5,27	1,14	5,27	1,35
20. Ik voel me comfortabel in de positie van voorzitter en gedeeld leiderschap in een interprofessioneel team,	4,40	1,57	4,68	1,35	5,73	1,05
21. Ik voel me vertrouwd in het kunnen aannemen van verschillende rollen in een team,	5,14	1,08	5,12	0,96	5,55	0,99
22. Ik ben in staat mijn professionele inzichten over een behandelaanpak te delen in een teamdiscussie.	5,52	0,87	5,55	0,86	5,91	0,51
23. Ik voel me verantwoordelijk om me uit te spreken wanneer er onvoldoende rekening wordt gehouden met de wensen en belangen van de patiënt/cliënt.	5,69	1,08	5,64	1,03	5,91	0,67
24. Ik verwacht dat interprofessioneel samenwerken in de praktijk moeilijk is.	4,25	1,60	4,51	1,45	4,18	1,75