



Interprofessionele Educatie  
Amsterdam

## **Voorstel Ontwikkelrichting Interprofessionele Educatie (IPE)**

Amsterdam UMC, locatie AMC en Faculteit Gezondheid, HvA

---

Vincent Geukers  
Stephan Ramaekers  
Rien de Vos  
Wolfgang Schlack  
Margo van Hartingsveldt  
Jan Hindrik van Ravesloot

Juni 2020

## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	3
H1. Het Amsterdamse IPE-programma: beknopte beschrijving en actuele stand van zaken.....	5
1.1 Rationale voor interprofessionele samenwerking en educatie (IPS en IPE) .....	5
1.2 Architectuur van het IPE-programma.....	7
1.3 Actuele kansen en uitdagingen .....	9
H2. Het Amsterdamse IPE-programma: ambities en uitwerking voor doorontwikkeling.....	10
2.1 Gedeelde ambities met betrekking tot de toekomst van IPE.....	10
2.2 Uitwerking van de ambities en voorwaarden voor de haalbaarheid.....	11
2.3 Concrete voorstellen voor doorontwikkeling van IPE .....	16
H3. Organisatie van het Amsterdamse IPE in een dynamische omgeving .....	17
3.1 Actoren/stakeholders .....	17
3.2 Complexiteit en hanteerbaarheid .....	18
3.3 Vormen van netwerkorganisatie .....	18
3.4 Mogelijke vertaling naar een netwerkorganisatie Amsterdam IPE.....	20

## Samenvatting

In 2016 startten de opleidingen Geneeskunde (UvA, Amsterdam UMC, locatie AMC)<sup>1</sup>, Verpleegkunde, Fysio-, Oefen- en Ergotherapie (alle faculteit Gezondheid, HvA) een gezamenlijk en innovatief leerprogramma: Interprofessionele Educatie (IPE). Het IPE-leerprogramma van deze opleidingen laat studenten vanaf de start over, met en van elkaar leren, met als **doel** dat zij als toekomstige zorgprofessionals in een toenemend complexe gezondheidszorg daadwerkelijk interprofessioneel kunnen samenwerken. Interprofessionele samenwerking (IPS) is een essentieel instrument om betere kwaliteit van zorg, grotere patiënt- en cliëntveiligheid<sup>2</sup> en kostenreductie te bereiken. IPE is dus geen doel op zich, maar equipeert toekomstige zorgprofessionals om in hun latere beroepspraktijk deze zorguitkomsten te bereiken.

Het 4-jarige IPE-programma is geënt op een **gemeenschappelijke visie** op de zorg van de toekomst en ingebed in een **gedeeld didactisch raamwerk**, met eenduidige leerdoelen, werkvormen, toetsing en een **gemeenschappelijk vocabulaire**. De opbouw en de leervormen volgen het principe van ‘whole task learning’ en zijn geïntegreerd in de vijf deelnemende curricula volgens een **perspectiefverbredende (spiraalsgewijze) opbouw** in de perspectieven ‘IK’ (leerjaar 1), ‘WIJ’ (leerjaren 2 en 3) en ‘SAMEN’ (leerjaar 4 e.v.). De eerste twee fasen zijn inmiddels regulier onderwijs en onderwerp van gebruikelijke kwaliteits- en bijstellingscycli.

In juni 2019 zijn door het AMC en de HvA een viertal **ambities** voor het vervolg neergelegd:

1. Versterking van het IPE-concept in de bachelorcurricula
2. De ontwikkeling van authentieke leerwerk-stageplaatsen voor de ‘SAMEN’-fase
3. Het neerzetten van een doorlopende leerlijn van de bacheloropleiding, via de vervolgopleidingen tot en met ‘continuous professional development’ van zorgmedewerkers
4. Het uitbouwen van het onderzoeksprogramma als gedeelde ambitie

Deze ambities zijn vertaald naar drie **beleidslijnen**:

1. Borging van de reeds bereikte resultaten
2. Doorontwikkeling van onderwijs
3. Onderzoek in het kader van van evidence based education

Parallel hieraan zijn drie **randvoorwaarden** geformuleerd:

1. Een infrastructuur in de vorm van een goede fysieke leeromgeving
2. Docentprofessionalisering om de kwaliteit van bestaande en nieuwe programma’s te optimaliseren
3. De mogelijkheid tot innovatie

Voor de realisatie van deze drie randvoorwaarden zijn voldoende **financiële middelen** voorwaardelijk. Alleen bestaand onderwijs en docentprofessionalisering kan gefinancierd worden uit reguliere middelen. Voor de doorontwikkeling en bepaalde aspecten van de leeromgeving moeten in de toekomst aanvullende middelen gevonden worden.

Om het reeds gerealiseerde gemeenschappelijk onderwijs te borgen en de gestelde ambities waar te maken is een vorm van organisatie gewenst waarin het AMC, de HvA en nieuw aan te sluiten partners optimaal kunnen samenwerken.<sup>3</sup> Gelet op de grote diversiteit aan zorgpraktijken, de

---

<sup>1</sup> In dit stuk zullen wij deze officiële naam inkorten tot AMC als onderwijslocatie, tenzij de Alliantie van Amsterdam UMC bedoeld wordt.

<sup>2</sup> Wij zullen verder spreken over patiënt, patiëntveiligheid, etc.

<sup>3</sup> Te denken valt aan: Alliantietraject Amsterdam UMC (AMC/VUmc), Hogeschool InHolland, Amstelacademie, andere affiliatienetwerkpartners AMC/HvA.

hoeveelheid stakeholders uit het zorg- en onderwijsveld en de onderlinge verschillen in positie en belangen is een hiërarchische organisatiestructuur daarvoor niet passend. Veeleer gaat het om het verbinden van initiatieven en ‘best practices’ binnen een **netwerkstructuur**, die zich kenmerkt door flexibele, functionele samenwerkingsverbanden en ‘eenheid in diversiteit’. De aspecten van een netwerk IPE voor alle zorgopleidingen in Amsterdam zijn beknopt uitgewerkt.

# H1. Het Amsterdamse IPE-programma: beknopte beschrijving en actuele stand van zaken

## 1.1 Rationale voor interprofessionele samenwerking en educatie (IPS en IPE)

### 1.1.1 *Toegenomen complexiteit in de gezondheidszorg*

De gezondheidszorg bevindt zich in een transitie van beleid gericht op ‘Ziekte en Zorg’ naar beleid gericht op ‘Gedrag, Gezondheid en Maatschappij’, waarbij maatschappelijke participatie, veerkracht en zelfregie van de zorgvrager door de overheid centraal wordt gesteld.<sup>4</sup> Zorgvragen van patiënten zijn steeds complexer geworden en overstijgen vaak het competentiedomein van een enkele beroepsgroep. De toename van complexiteit speelt zich af op de niveaus van: a) de aandoening, b) de zorgvrager, en c) de zorgorganisatie.

- a) De aandoening: als gevolg van vooruitgang in de gezondheidszorg zijn steeds meer voorheen dodelijk verlopende aandoeningen veranderd in chronische ziekten, met als gevolg op populatieniveau een toenemende vergrijzing en multimorbiditeit (zowel bij kinderen als volwassenen).
- b) De zorgvrager: met de gewenste autonomie van de patiënt/cliënt hebben zorgconcepten zoals ‘patient-centered care’ (PCC) en ‘shared decision making’ (SDM) hun intrede gedaan. Mede als gevolg van deze patiëntemancipatie verbreedde de notie van gezondheid zich naar welbevinden op zowel lichamelijk, geestelijk, sociaal en maatschappelijk vlak als in andere domeinen. In deze visie past een integralere benadering van de patiënt dan waarin een enkelvoudige professional kan voorzien. Deze ontwikkeling van gezondheid naar welbevinden wordt ook wel ‘positive health’ genoemd.<sup>5</sup>
- c) De zorgorganisatie: de steeds kortere opnameduur in intramurale zorginstellingen heeft geleid tot een verschuiving van (complexe en/of specialistische) zorg naar extramurale zorgsettings of de thuissituatie. De patiënt beweegt zich hierdoor frequenter tussen zorginstuties van eerste-, tweede- en derdelijnsgezondheidszorg heen, waardoor er een betere afstemming en samenwerking wordt gevraagd van zorgprofessionals en instituties over de traditionele grenzen heen. In een adviesrapport aan de minister van VWS wordt een beeld van de zorg en welzijn in Nederland na 2030 geschetst, waarin ook zorgprofessionals zich door steeds complexere zorggebieden bewegen (ontschotting), en onder regievoering van de zorgvrager in interprofessionele teams zorgarrangementen aanbieden die zijn gericht op betere kwaliteit en tijdigheid van zorg. Parallel aan deze ontschotting zijn ook nieuwe beroepsgroepen ontstaan (ontzuiling). Voorbeelden zijn ‘physician assistant’, ‘nurse practitioner’, verpleegkundig specialist (bijv. ‘ventilation practitioner’ of sedatiepraktijkspecialist), etc.

### 1.1.2 *Belang van interprofessionele samenwerking (IPS)*

De hiervoor beschreven toename van complexiteit van zorgvragen enerzijds en fluïditeit van zorgaanbod en zorgorganisatie anderzijds voedt bij zowel patiënten als zorgprofessionals meer dan ooit de behoefte aan betere afstemming binnen en tussen teams. Deze behoefte is een belangrijke factor in het ontstaan van interprofessioneel samengestelde zorgpraktijken. Medische, verpleegkundige en paramedische zorgprofessionals leveren hier integrale zorg op basis van door de patiënt gestelde doelen (PCC) in hecht verbonden, interprofessioneel samengestelde teams en

---

<sup>4</sup> Nederlands Instituut Zorg en Welzijn (2015)

<sup>5</sup> Machteld Huber, Positive Health (2011)

netwerken. Deze interprofessionele teams en netwerken kunnen snel schakelen en op basis van de gevraagde zorg van samenstelling wijzigen. Het integrale zorgplan komt tot stand door teamgestuurde besluitvorming, op basis van een gemeenschappelijke set van waarden en vocabulaire. In tegenstelling tot multiprofessionaliteit, dat een optelsom is van losstaande onderdelen waarin de zorgvrager vaak zelf zijn weg moet vinden, is interprofessionaliteit een integraal eindresultaat waaraan de zorgvrager zelf mede vorm heeft gegeven.<sup>6</sup>

De doelen van IPS zijn drievoudig (Triple AIM)<sup>7</sup>: 1) betere kwaliteit van integraal aangeboden, patiënt-gecentreerde gezondheidszorg (inclusief een grotere patiëntveiligheid), 2) verbetering van de gezondheid van de bevolking, en 3) waar mogelijk kostenreductie. Soms wordt hier nog een vierde doel aan gekoppeld: vitalere zorgteams die duurzamer kunnen functioneren in (of ondanks) een steeds veeleisender zorglandschap (Quadruple AIM).<sup>8</sup>

### 1.1.3 IPE als didactisch ontwerpprincipe ter voorbereiding op én katalysator van IPS

Zorgopleidingen hebben een verantwoordelijkheid studenten op te leiden voor de gezondheidszorg van de toekomst.<sup>9</sup> Het is daarom zaak dat de opleidingen hun studenten hierin trainen vóórdat zij als professional de arbeidsmarkt betreden, in plaats van reparatie van eventuele lacunes in hiertoe benodigde competenties achteraf. Als patiënt-gecentreerde, integrale zorg door interprofessioneel samengestelde zorgteams het leidend kompas is voor moderne zorgprofessionals, zal interprofessioneel leren (Eng: interprofessional education, IPE) niet minder dan een didactisch ontwerpprincipe van moderne zorgopleidingen moeten zijn. Niet als doel op zich, maar instrumenteel voor het bereiken van de 'Quadruple AIM-doelen'. IPE brengt studenten van verschillende opleidingen samen om hen ván, mét en óver elkaar te laten leren. Ook in een adviesrapport aan het ministerie van VWS over de contouren van de toekomstige gezondheidszorg wordt IPE geïdentificeerd als noodzakelijke stap naar een integralere gezondheidszorg in 2030.<sup>10</sup>

Het bereiken van een niveau van bekwaamheid met IPS als geïntegreerd onderdeel van het dagelijks denken en handelen van zorgprofessionals vergt een langdurige investering in (de professionele groei van) de toekomstige professional met cultivering in een verscheidenheid aan situaties en contexten.<sup>11</sup> Het volstaat daarom niet om hieraan in de zorgopleidingen slechts een enkele instructie of enkelvoudige leerlijn te wijden. Om dezelfde reden verdient IPE niet alleen een plaats binnen het bacheloronderwijs. Ook voor de masterfase van de artsenopleiding wordt in de eindtermen van het binnenkort te verschijnen Raamplan van de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra een accent gelegd op IPE en IPS. En ook binnen de medische en verpleegkundige specialistische vervolgopleidingen en programma's voor continue professionele ontwikkeling is er steeds meer aandacht voor IPE/IPS.<sup>12</sup> Ten slotte trainen professionele zorgteams steeds vaker met elkaar 'on-the-job' in interprofessionele teamtrainingen, waarbij de focus ligt op integraal gecoördineerd handelen van een uit diverse competenties samengesteld team. Zo kunnen IPE, IPS en integrale teamtrainingen gezamenlijk gezien worden als een continue leerlijn IPE/IPS ('lifelong learning' en 'continuous professional development').

Bovendien zijn al deze lerenden in de verschillende fasen van hun continue professionele ontwikkeling uitstekende 'change agents' van de toekomstige gezondheidszorg. Als (toekomstige) 'professionals in the lead' zullen zij integrale zorgconcepten, zoals interprofessionaliteit, PCC en SDM in hun latere beroepspraktijk kunnen helpen uitdragen. Hiermee kunnen zij de bovenbeschreven transitie naar interprofessionele, integrale zorgconcepten helpen versterken en katalyseren.

---

<sup>6</sup> Plochg (2009)

<sup>7</sup> Institute of Healthcare Improvement, 2002. [www.ihl.org/Topics/TripleAIM](http://www.ihl.org/Topics/TripleAIM)

<sup>8</sup> Bodenheimer (2014)

<sup>9</sup> WHO (2010); Frenk (2010); Embo (2015); Mullen (2017)

<sup>10</sup> Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Commissie Kaljouw (2015)

<sup>11</sup> Eraut (2003)

<sup>12</sup> Het project Toekomstgericht Kostenverantwoord Interprofessioneel Opleiden (TOKIO) van de Federatie Medisch Specialisten beoogt artsen in opleiding tot specialist tijdens hun opleiding te leren om met andere zorgprofessionals een netwerk rond de patiënt te vormen, om in hun latere beroepspraktijk effectiever interdisciplinair en interprofessioneel te kunnen werken.

## 1.2 Architectuur van het IPE-programma

### 1.2.1 Onderliggende didactiek en framework

Vanaf 2016 wordt binnen de opleidingen Geneeskunde (UvA, Amsterdam UMC, locatie AMC), Verpleegkunde, Fysio-, Oefen- en Ergotherapie (alle faculteit Gezondheid, HvA) een gezamenlijk 4-jarig IPE-programma voor alle studenten (ongeveer 1000 per jaarcohort, 4000 in totaal) gefaseerd geïmplementeerd. Het document ‘Visie op interprofessioneel samenwerken en het verwerven van interprofessionele competenties tijdens opleidingen in de gezondheidszorg’ beschrijft de gedeelde visie, benodigde competenties en leerdoelen, alsmede leer- en toetsvormen met betrekking tot het IPE-onderwijs.<sup>13</sup>

Samenvattend stelt het visiedocument:

- Het doel van het longitudinale IPE-programma is studenten vanaf de start van hun opleiding te leren denken en handelen in termen van teamwerk in relatie tot de complexe zorgvraag van de patiënt. IPE wordt daarmee een uniek kenmerk van de zorgopleidingen AMC/HvA.
- Het interprofessionele CIHC-raamwerk is gehanteerd voor de uitwerking van benodigde competenties en is zeer bruikbaar voor het ontwerpen van het IPE-programma.<sup>14</sup> De competentiedomeinen uit het CIHC-raamwerk zijn: 1) interprofessionele communicatie, 2) rolverduidelijking, 3) functioneren in een team, 4) samenwerkend leiderschap, 5) conflicthantering. Deze competentiedomeinen komen tot expressie in de context van patiënt, cliënt, familie en gemeenschapsgeoriënteerde zorg (het ‘zesde competentiedomein’). Binnen het kader van CanMEDS kunnen de CIHC-competenties geplaatst worden in de competenties ‘samenwerken’, ‘maatschappelijk handelen’, ‘organiseren’ en ‘leiderschap’.
- De ‘International Classification of Functioning, Disability and Health’ (ICF) dient als kader voor de noodzakelijke gemeenschappelijke taal voor interprofessionele teams in het IPE-programma en is een aanvulling op bestaande communicatiemodellen.<sup>15</sup>

### 1.2.2 Programmatische opbouw

De opbouw en de leervormen van het 4-jarig IPE-programma worden geïntegreerd in de vijf deelnemende curricula volgens een perspectiefverbredende (spiraalsgewijze) opbouw in ‘IK-’, ‘WIJ-’ en ‘SAMEN-’perspectieven (zie voor beschrijving leerdoelen en -vormen Tabel 1):

- **IK-perspectief:** met het oog op verwerving van een eigen professionele identiteit wordt in het eerste opleidingsjaar inzicht verworven in het functioneren van de eigen professie. De deelnemende opleidingen plaatsen de te behalen leerdoelen eigenstandig in (bestaande) onderwijseenheden; ook de leer- en toetsvormen worden voor deze fase door de opleidingen separaat gekozen.

<sup>13</sup> Het document ‘Visie op interprofessioneel samenwerken en het verwerven van interprofessionele competenties tijdens opleidingen in de gezondheidszorg’ werd opgesteld door de toenmalige projectgroep IPE HvA/AMC, en werd geratificeerd door het Management Team FG HvA (november 2015) en de curriculumcommissie Geneeskunde AMC (22 januari 2016).

<sup>14</sup> CIHC: Canadian Interprofessional Health Collaborative, Canadian National Interprofessional Competency Framework (2010); CanMEDS: Canadian Medical Education Directives for Specialists.

<sup>15</sup> ICF: International Classification of Functioning, Disability, and Health.

- **WIJ-perspectief:**  
In de WIJ-fase (opleidingsjaar 2 en 3) verwerven studenten inzicht in elkaars kennisdomein en teamrol door middel van ‘perspective making and taking’.<sup>16</sup> De dominante onderwijsvorm is simulatieonderwijs (toenemend complexe casuïstiek, videoclips en het bordspel GRIP©, waarbij studenten gezamenlijk integrale behandelplannen leren opstellen).<sup>17</sup> De leerdoelen zijn voor alle deelnemende opleidingen gelijk en de opleidingen beslissen zelf in welke onderwijseenheid deze behaald en getoetst worden. Een en ander wordt door de onderwijsbureaus van de instituties georganiseerd door middel van roostering van studenten/docenten/ruimtes. De omvang bedraagt in elke opleiding ten minste 1 ECT per leerjaar.
- **SAMEN-perspectief:**  
Met betrekking tot het SAMEN-perspectief (jaar 4 bacheloropleidingen HvA en masterfase/coschappen Geneeskunde) is het de bedoeling dat studenten in interprofessionele, gemeenschappelijk gesuperviseerde studententeams hun toegenomen kennis en opgedane teamcompetenties toe zullen passen op echte patiënten in authentieke zorgomgevingen in eerste, tweede of derde lijn: interprofessionele leerwerkstageplaatsen (IP-LWP). Op dit moment is hiervan reeds een goed werkende pilot gerealiseerd op de vrouw-kindafdeling van het OLVG-West. Vanaf 2020 wordt binnen de adherentiegebieden van het AMC en de HvA het aantal pilot IP-LWP’s uitgebreid in eerste, tweede en derde lijn gezondheidszorgomgevingen (zie 2.2). Voor deze onderwijsinnovatie is door het ministerie van VWS in 2019 een Comenius Leiderschapsbeurs toegekend. De ambities voor verdere ontwikkeling van het programma naar de SAMEN-fase en de uitdagingen die dat inhoudelijk en organisatorisch met zich meebrengt, worden beschreven in de volgende hoofdstukken.

Fase	Leerdoelen	Leervorm	Studiejaar
<b>IK</b>	Aan het einde van de IK-fase begrijpt de student de rol, verantwoordelijkheden en taken van de eigen beroepsgroep. De student observeert de aanwezigheid van andere professionals, observeert regievoering en overdracht van leiderschap, alsmede (verschillen in) taalvoering, en reflecteert hierop (Kirkpatrick niveau 2)	Reflectieve observatie gedurende stageperiode	Bachelor jaar 1
<b>WIJ-1</b>	Leren en toepassen van beroepsgebonden richtlijnen en protocollen in complexiteit toenemende simulatiecasuïstiek in de setting van interprofessioneel samengestelde studententeams; kennisname van concepten, zoals patient-centered care, Quadruple AIM-doelen, ICF (Kirkpatrick niveau 2-3)	Serious Game (GRIP) Simulatiecasuïstiek	Bachelor jaar 2
<b>WIJ-2</b>	Leren en toepassen 21 <sup>st</sup> century team-vaardigheden in de setting van interprofessioneel samengestelde studententeams, inclusief integreren van zorgplannen en onderhandeling bij tegenstrijdigheden of conflicten (Kirkpatrick niveau 2-3)	Simulatie casuïstiek	Bachelor jaar 3
<b>SAMEN</b>	Toepassen van alle bovenstaande elementen in IP-leerwerkstageplaatsen in actuele zorgomgevingen bij echte patiënten door interprofessioneel samengesteld studententeam, onder gezamenlijke supervisie (Kirkpatrick niveau 3)	IP-leerwerkstageplaats	Bachelor jaar 4 (HvA)/ Coschappen (AMC)



---

**Tabel 1.** Schematische weergave van de leerdoelen en -vormen van het IPE-programma zorgopleidingen HvA/AMC

---

<sup>16</sup> Akkerman (2011)

<sup>17</sup> GRIP, serious game voor interprofessionele samenwerking©

### 1.3 Actuele kansen en uitdagingen

Inmiddels zijn de IK- en WIJ-fasen gerealiseerd in het bestaande onderwijs. Tevens is dit onderwijs eenmaal geëvalueerd en op onderdelen zowel inhoudelijk als logistiek bijgesteld. Vanaf 2020 zal de SAMEN-fase worden geïmplementeerd. De belangrijkste uitdagingen die naar voren kwamen bij evaluaties onder studenten en docenten waren:

- Studenten en docenten ervaren het aangeboden IPE-onderwijs als een geïsoleerde ‘technische vaardigheid’ in plaats van een binnen de curricula geïntegreerde competentie met betrekking tot professioneel denken en handelen.
- De aansluiting met de interprofessionele zorgpraktijk wordt niet gevoeld, enerzijds omdat de SAMEN-fase met IP-leerwerkstageplaatsen momenteel nog niet is geïmplementeerd, anderzijds omdat soms de docenten deze ervaring onvoldoende meebrengen in het onderwijs.
- Omdat het IPE-onderwijs binnen de curricula klein van omvang is (studielast maximaal 1 EC per jaar) heeft het slechts geringe consequenties voor het totale studieresultaat.

Ook op organisatieniveau zijn er uitdagingen te benoemen:

- Het IPE-onderwijs werd ontwikkeld als een programma vanuit een instituut overstijgende werkgroep. Als programma moet het IPE-onderwijs daardoor concurreren met andere curriculumonderdelen in termen van EC’s, inzet van docenten en middelen, etc.
- De opleidingen en onderwijsorganisaties gaan soms onwennig om met gedeeld onderwijs, waarover zij *qualitate qua* niet volledige zelfbeschikking hebben. Hierdoor zijn zij soms terughoudend om hun eigen perspectief (dat wil zeggen opleidingsregels, roosters, examinering) in te ruilen voor een waarlijk *inter*professioneel speelveld. Daar waar het programma slechts 1 EC bedraagt, is dit voorsnog hanteerbaar. Bij uitbreiding van IPE-onderwijs is een andere benaderingswijze nodig, waarbij een interprofessionele basishouding onontbeerlijk is, maar zonder verlies van de eigen beroeps- en opleidingsidentiteit.
- De SAMEN-fase zal zich niet alleen op onderwijsterrein afspelen. Immers, de IP-leerwerkstageplaatsen zullen worden gerealiseerd in authentieke zorgsituaties in eerste, tweede en derde lijn. Bij de ontwikkeling van deze vorm van IPE-onderwijs zullen nadrukkelijk dus ook actoren (zorgprofessionals en managers) uit de gezondheidszorg betrokken moeten worden.

Er zijn zeker ook kansen te benoemen. Allereerst biedt de alliantie tussen VUmc en AMC tot één Amsterdams UMC grote kansen om de geneeskundestudenten op locatie VUmc bij IPE-onderwijs te betrekken. Het ligt voor de hand om dan ook hogeschool InHolland desgewenst als onderwijspartner van de Vrije Universiteit aan te laten haken. Ook de opleidingen Farmacie (Universiteiten van Leiden en Utrecht) hebben interesse getoond om in de toekomst hun studenten op een of andere wijze betrokken te laten worden bij het IPE-onderwijs, bijvoorbeeld tijdens de SAMEN-fase.<sup>18</sup> Daarnaast heeft ook de opleiding Voeding en Diëtetiek van de HvA interesse getoond.

Ten slotte zij nog vermeld dat er via diverse kanalen contacten bestaan tussen het Amsterdamse IPE-programma enerzijds en andere vormen van interprofessioneel zorgonderwijs elders in de stad en het

land.<sup>19</sup> Zodoende beginnen zich ook contouren van een ‘community of practice’ als samenwerkingsnetwerk af te tekenen.

---

<sup>18</sup> NB: Amsterdam heeft geen eigen farmacieopleiding

<sup>19</sup> Er zijn contacten met o.a. Wijk up call (HvA), campus aan het IJ (InHolland), Mens Achter de Patiënt (Universiteit van Maastricht), Cordaan en andere initiatieven via de werkgroep IPE van de NVMO.

## H2. Het Amsterdamse IPE-programma: ambities en uitwerking voor doorontwikkeling

### 2.1 Gedeelde ambities met betrekking tot de toekomst van IPE

Uit de eerdergenoemde balans van kansen en uitdagingen volgt dat het Amsterdamse IPE-onderwijs en de onderliggende concepten voor IPE/IPS zich in verschillende dimensies verder kunnen ontwikkelen. Daarvoor is een blijvende organisatorische en logistieke inspanning nodig. Teneinde deze stappen te bereiken is het daarom belangrijk de organisatiestructuur tussen betrokken actoren te verhelderen. Onderliggend aan deze zaken is de noodzaak van aandacht voor én een goede harmonie tussen gedeelde ambities en (deel)belangen.

Op 3 juli 2019 werd daarom op uitnodiging van de voorzitters van de Stuurgroep IPE HvA/AMC een werkconferentie belegd met als doel gezamenlijke ambities voor de toekomst te formuleren. Doelbewust werd daarbij gekozen voor een brede representatie van stakeholders vanuit het Amsterdam UMC, locatie AMC (faculteit Geneeskunde en ziekenhuis) en de HvA (faculteit Gezondheid): (vice)decanen, onderwijsdirecteuren faculteit Geneeskunde en hoofden van opleidingen HvA, financieel directeuren, divisievoorzitters en verpleegkundig directeuren, IPE- promovenda en IPE-stuurgroepvoorzitters. Tevens was hierbij de leerplekcoördinator van het OLVG- West als partner van het IPE-programma aanwezig.

Tijdens deze conferentie zijn de volgende gezamenlijke ambities vastgesteld:

1. Het versterken van het IPE-concept in alle bachelorcurricula. De opleidingen zullen de uitgangspunten van IPE in toenemende mate moeten vertalen in veel meer onderwijsonderdelen. Op deze wijze wordt IPE neergezet als wezenlijk onderdeel en ontwerpprincipe van onze gezamenlijke leer- en werkcultuur in de zorg, in tegenstelling tot een geïsoleerde studievaardigheid.
2. Het voortvarend ontwikkelen van IP-leerwerkstageplekken in authentieke zorgomgevingen ten behoeve van bachelor Y4 van HvA-opleidingen en in de coschappen van de opleiding Geneeskunde (SAMEN-fase). Dit lijkt het meest kansrijk door toepassing van het ‘best local fit’-principe, waarbij de te realiseren IPE-onderwijsvorm in lijn is met lokale IPS-zorgstandaarden.
3. Het neerzetten van IPE als een continue leerlijn in de context van professionele ontwikkeling en kwaliteit van zorg: dus niet alleen bachelor- en masteronderwijs, maar in continuüm met de vervolgopleidingen (bijv. Costa), CRM-teamtrainingen (bijv. Teams). Met deze doorlopende leerlijn wordt IPE een unieke kwaliteit en onderscheidend kenmerk van het Amsterdamse zorgonderwijs van de HvA en het Amsterdam UMC (continuous professional development).
4. Het uitbouwen van een wetenschappelijk onderzoeksprogramma (PhD-niveau) naar de

werking en uitkomsten van de IPE-leerlijn, inclusief de IP-leerwerkstages (onderwijs- én zorguitkomsten). Deze inzichten kunnen worden gebruikt voor gerichte bijstellingen en iteraties.

Deze vier ambities passen uitstekend bij de visie, de strategie en het streefniveau van de HvA en het Amsterdam UMC. Samen vormen zij een belangrijke bijdrage aan de opleiding van zorgprofessionals, de kwaliteit van zorg, en (daarmee) aan de reeds hoge (inter)nationale reputatie van beide instituties.

## 2.2 Uitwerking van de ambities en voorwaarden voor de haalbaarheid

### 2.2.1 Drie beleidslijnen

De uitwerking van de hiervoor genoemde ambities vereist meer dan het uitsluitend afzonderlijk adresseren ervan. De vier ambities worden daarom hieronder integraal uitgewerkt in drie beleidslijnen en drie randvoorwaarden. De beleidslijnen zijn: borging, doorontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek.

#### 1. Borging van bereikte resultaten:

Om de opeenvolgende stappen te kunnen nemen, moet de basis goed zijn. Niet alleen in conceptueel opzicht, maar ook in didactisch en logistiek perspectief. De IK- en WIJ-fasen zijn inmiddels geïmplementeerd en beleven voor leerjaar 1 en 2 een volgende iteratie. Evenwel is het fundament nog broos, waarmee IPE-onderwijs potentieel kwetsbaar is. Om verloop of terugval van kwaliteit in de IK- en WIJ-fasen te voorkomen, dienen periodieke PDCA-cycli te worden uitgevoerd die worden gevalideerd door de verschillende hoofden van de opleidingen, zodat steeds stappen voorwaarts blijven worden genomen. Specifieke aandachtspunten in de IK- en WIJ-fasen zijn de leeropbrengsten van gebruikte leervormen, waaronder de inzet van de serious game GRIP, facilitering en training van voldoende toegeruste docenten, alsmede de logistieke aspecten van de DLO, roostering en ruimten. De opleidingen moeten de hiermee gepaard gaande kosten incalculeren.

Om effectief samen te leren en samen te werken is een losse onderwijseenheid van 1 ECTS per onderwijsjaar onvoldoende, en dit is deels zelfs de oorzaak voor deze broosheid. Een verdere verdieping en verankering van het huidige onderwijs komt tot stand door dit duidelijker te relateren aan en te integreren met leerdoelen in het reeds bestaande onderwijs. Voor alle opleidingen geldt dat de CanMEDS-rollen ‘samenwerker’, ‘gezondheidsbevorderaar’, ‘organisator’ en ‘leider’ integrerende elementen zijn. Een logisch startpunt voor deze bredere verankering van IPE-onderwijs als didactisch principe zijn het nieuwe Raamplan Geneeskunde (2020) en de beroeps- en opleidingsprofielen van de verpleegkunde en paramedische opleidingen.

#### 2. Doorontwikkeling van het onderwijs:

De doorontwikkeling van het IPE-onderwijs naar de medische vervolgoopleidingen en trainingen rond kwaliteit en veiligheid van zorg vraagt om een verdere conceptualisatie van de noodzakelijke longitudinale programmering tussen opleidingen, vervolgoopleidingen en continue professionele ontwikkeling van zorgprofessionals (zie Figuur 1). Wat nodig is, is dat elke vorm van IPE onderdeel is van en geïntegreerd wordt binnen de continue leerlijn IPE/IPS. Immers, hiermee worden enerzijds de onderlinge dwarsverbanden van interprofessioneel ingerichte zorgopleidingen in Amsterdam versterkt, en anderzijds de effecten van het onderwijs in directer verband gebracht met (de invloed op) een verbeterde zorgpraktijk van de toekomst.

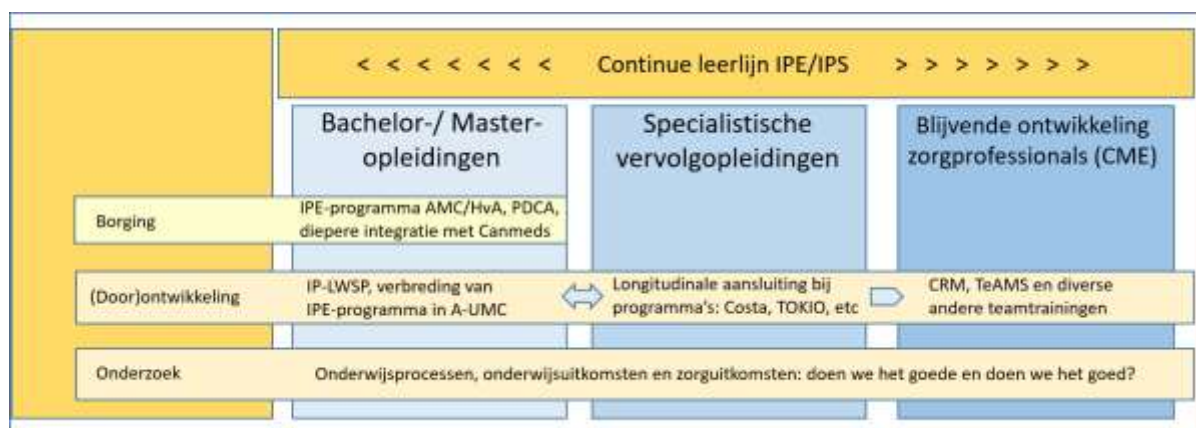
Inhoudelijk is deze doorontwikkeling overigens nog wel een opgave omdat de te trainen samenwerkingsvaardigheden contextafhankelijk zijn: het samenwerken rond een complexe casus in een revalidatiesetting vereist andere samenwerkingsvaardigheden dan bij acute zorg op een afdeling

voor spoedeisende hulp.

### 3. Onderzoek ten behoeve van evidence-based education:

IPE is relatief nieuw onderwijs in termen van gedeelde leerdoelen, leeromgevingen en toetsing. Mede hierdoor is IPE ook een serieuze logistieke operatie. Om beide redenen is het een relevante wetenschappelijke vraag wat het IPE-onderwijs efficiënt, effectief en bevredigend maakt. De huidige stand van de wetenschap over het werkingsmechanisme van IPE is echter beperkt. Het doen van wetenschappelijk onderzoek naar basale vragen als 'doen we het goede' en 'doen we dat goed', en 'doen we dat tegen redelijke investeringen' is daarom essentieel om niet alleen wetenschappelijk, maar ook praktisch vooruit te komen.

Het onderzoek wordt momenteel uitgezet over de as van didactische principes van samenwerkend leren en leren samenwerken in de zorgpraktijk. Het betreft onderzoek naar essentiële concepten en theorieën, onderwijsprocessen en uitkomsten, gebruikmakend van de taxonomie van onderwijsuitkomsten volgens Kirkpatrick. De essentiële concepten (waaronder LWP) en theorieën zijn de grondslag voor de huidige drie (eerste geldstroom) promovendi die allen in 2019 zijn gestart. Nieuwe promovendi komen via HBO-NWO-beurzen en uit samenwerkingen met anderen. Voor onderdelen van grote onderzoeksvragen en kleine onderzoeksvragen worden projecten geschreven voor studenten met een wetenschappelijke stage en bachelorthesis.



Figuur 1. De drie beleidlijnen uitgezet naar de verschillende opleidingsfasen in een continue leerlijn IPE/IPS.

#### 2.2.2 Drie randvoorwaarden

Parallel aan de drie beleidlijnen zijn drie randvoorwaarden te formuleren: infrastructuur, docentprofessionalisering en financiële middelen.

##### 1. Infrastructuur:

Om IPE te integreren en longitudinaal te programmeren binnen de continue leerlijn IPE/IPS is een goede fysieke onderwijsleeromgeving noodzakelijk die zich uitstrekt over het gehele opleidingscontinuüm. IPE betreft namelijk niet alleen kennis, maar ook vaardigheden en houding en gedragsaspecten die moeten worden geïntegreerd. Dit vraagt om zowel simulatie als authentieke leeromgevingen. Tot nu toe zijn de leeromgevingen voor HvA- en AMC-opleidingen afzonderlijk opgezet. Dat maakt het samenwerkingsleerdoel moeizaam te trainen en lijkt ook geen efficiënt gebruik van middelen. Ter illustratie: beide onderwijsinstuties hebben een toegankelijke digitale leeromgeving als schil om het klassikale en het simulatieonderwijs, maar ook onderwijs in authentieke leerwerkomegingen. Die infrastructuur is echter onderdeel van de afzonderlijke onderwijsorganisaties (bijv. Canvas [UvA], Brightspace [HvA]), en dat geldt evenzeer voor bijvoorbeeld snijzalen, leer-werkplaatsen en operatiekamers voor trainingsdoeleinden. Daarnaast zijn

er eigenstandige centra zoals het Amsterdams Skills Center. De kunst is dus over de muren heen onderwijs te organiseren. Dat gaat met vallen en opstaan. Een eerste aanzet tot afstemming en samenwerking is bijvoorbeeld in 2019 gezet met de samenwerkende vaardighedencentra van IOO, de snijzalen en de trainings-OK van de anesthesiologie.<sup>20</sup> Als uitvloeisel daarvan is er een plan gemaakt om de effectiviteit en efficiëntie van het gezamenlijke multiprofessionele onderwijs in de anatomie te vergroten. Dat kon echter niet uit centrale onderwijsmiddelen worden gefinancierd en het plan strandde op externe financiering. Voor gebruik en ontwikkeling van IPE blijft echter een verdere interinstitutionele infrastructuur en organisatie nodig. Dat begint bij gezamenlijke ambities en belangen, maar ook gezamenlijke financiële middelen. Deze elementen moeten in de toekomst beter over de instituten heen georganiseerd worden.

---

<sup>20</sup> <https://amc-mssc.nl/>

## 2. Docentprofessionalisering:

Aan leren gaat een goede didactiek en onderwijsbegeleiding vooraf. Om die reden is voor het behalen van de geformuleerde ambities een brede inzet op interprofessionele docentprofessionalisering een belangrijke voorwaarde.<sup>21</sup> Immers, IPE kent specifieke vakoverstijgende leerdoelen, leeromgevingen, interprofessionele supervisie en teamassessments. Hierbij worden afhankelijk van de fase van opleiding van de lerende en de context van het zorgvraagstuk leermiddelen gevarieerd (van individuele reflectieopdracht, via simulatieonderwijs in teams, tot leerwerkplaatsen in authentieke zorgomgevingen). Docenten treden hierbij meer op als procesfacilitator voor studenten van verschillende opleidingen dan als vakinhoudelijke deskundige. Tevens is de mate waarin de docent in zijn/haar eigen professionele praktijk te maken heeft met interprofessionele samenwerking van invloed op het vaardigheidsniveau.

Bij docentprofessionalisering kan gedacht worden aan teach-the-teacher-cursussen, het uitwisselen van ervaringen tussen verschillende opleidingen, en gezamenlijk en interprofessioneel gedoedeerde lessen. Het is dus van belang docenten als rolmodel te kunnen laten functioneren door enerzijds docenten te selecteren die IPS toepassen in hun professionele praktijk, en anderzijds docenten meer dan nu het geval is te laten rouleren over opleidingen heen, zodat de meervoudige perspectieven in het onderwijs tot verbetering van het doceren en dus het onderwijs kunnen leiden.

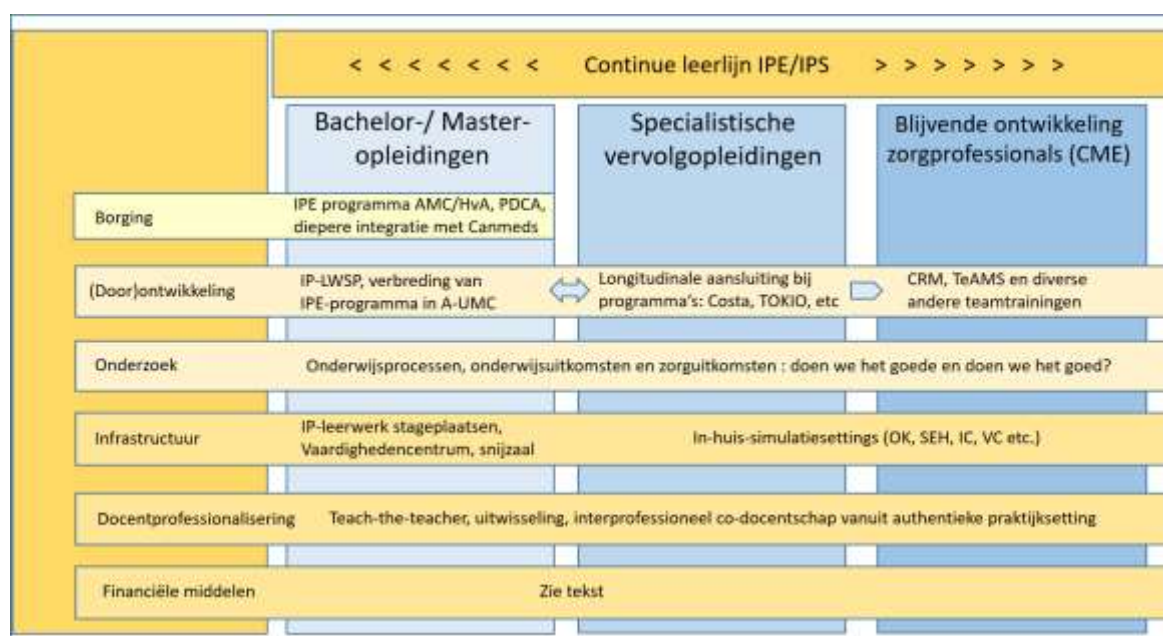
## 3. Financiële middelen:

De opbrengsten van het interprofessionele onderwijs komen uiteraard vooral tot uitdrukking in niet-materiële resultaten: de bijdrage aan het opleiden van professionals van de toekomst waarin samenwerken en de patiënt, kwaliteit en veiligheid centraal staan, en de bijdrage aan de reputatie van de innovatieve onderwijsinstelling, proefschriften en publicaties. De kosten van het onderwijs zijn daarentegen materieel van aard: financiële middelen voor de uitvoering van het onderwijs, middelen ter borging van het bestaande onderwijs, voor de doorontwikkeling van nieuw onderwijs, voor innovatieve onderwijsfaciliteiten en docentprofessionalisering, en tot slot, middelen voor wetenschappelijk onderzoek.

Momenteel is er nog geen totaaloverzicht van de kosten van de bovengenoemde ambities. Wel is duidelijk dat alleen bestaand onderwijs en docentprofessionalisering voor bachelor- en masterprojecten gefinancierd kunnen worden uit reguliere middelen. Financiële middelen voor doorontwikkeling naar de vervolgoopleidingen en ontwikkeling van medewerkers en innovatie van onderwijsfaciliteiten ontbreken. Pogingen om onderwijsfaciliteiten aan te vragen via het Innovatiefonds Amsterdam UMC zijn nog niet gehonoreerd. Een belangrijke reden is waarschijnlijk

dat deze faciliteiten zich binnen het onderwijsdomein en buiten de kliniek bevinden. Kansen voor innoverende onderwijsfaciliteiten liggen er bij de toekomstige verbouw van het HvA-gebouw van aan de Tafelbergweg. Inspiratie kan ook worden ontleend aan de financieringswijze van het eigenstandige Amsterdam Skills Center of de Comenius leiderschapsbeurs (€ 250.000 verspreid over 2019–2021). Ten behoeve van het onderzoek zijn thans de middelen voor drie promovendi beschikbaar; deze komen geheel uit de eerste geldstroom. Als het onderzoek zich af blijft spelen rondom onderwijskundige uitkomsten, zal derde-geldstroomfinanciering moeilijk blijven. Enigszins grotere kansen hiervoor liggen bij onderzoek naar toegenomen tevredenheid en kwaliteitsverbetering in de zorg als gevolg van interprofessionele samenwerking. Bovenstaande analyse van kosten en opbrengsten vraagt om een overkoepelend financieringsplan, en een strategisch beleid om externe fondsen te werven zal nodig zijn. Wanneer deze randvoorwaarden worden toegevoegd aan Figuur 1 ontstaat het volgende plaatje (Figuur 2). Tabel 2 geeft een aanvullend overzicht van genoemde beleidslijnen en randvoorwaarden met bijhorende activiteiten en planning (volgende pagina).

<sup>21</sup> O.a.: De Ruiter, Evaluatie IPE-onderwijs leerjaar 2 (WIJ-fase), 2019.



Figuur 2. De drie beleidslijnen met randvoorwaarden, uitgezet naar de verschillende opleidingsfasen in een continue leerlijn IPE/IPS.

	Activiteiten	Planning
<b>Borging</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Reguliere evaluatie en bijstelling IK- en WIJ-fase (PDCA)</li> <li>Evaluatie onderwijslogistiek en versterking (DLO, roostering, ruimte)</li> <li>Evaluatie leeropbrengsten E-GRIP (plan maken plus uitvoering)</li> <li>Vlekkenplan CanMEDS <ul style="list-style-type: none"> <li>Beschrijven van de plaats van de CanMEDS-competenties per curriculum</li> <li>Onderwijs via CanMEDS integreren</li> </ul> </li> </ol>	<p>2020–2021</p> <p>2020–2021</p> <p>Tweede helft 2020</p> <p>Tweede helft 2020</p> <p>Eerste helft 2021</p>
<b>Doorontwikkeling</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Conceptualisatie longitudinale programmering: vervolgopleidingen, continue professionele ontwikkeling</li> <li>Opbouwen van een netwerk, delen van ambities, inzicht in belangen</li> </ol>	

	erken concepten, didactiek en kwaliteitsagenda	Tweede helft 2020
	d. Opzetten leerwerkplaatsen in aansluiting op de IK- en WIJ-fase	
	e. Onderwijs ontwikkelen t.b.v. master Geneeskunde	Start eerste helft 2021 2021–2023 2020–2021 2020–2021
<b>Onderzoek t.b.v. Evidence Based Education</b>	a. Vaststellen van het onderzoeksprogramma	Eerste helft 2020
	b. Opstellen nieuwe onderzoeksvragen en studentprojecten	Tweede helft 2020
	c. Publicatie van artikelen	Eerste helft 2021->
	d. Opbouwen regionaal nationaal netwerk.	2020–2021
<b>Infrastructuur</b>	a. Inventarisatie lokalen, spelers en mogelijkheden	Tweede helft 2020
	b. Schrijven infrastructuurplan	Eerste helft 2021
<b>Docentprofessionalisering</b>	a. Samenstellen kerngroep van docenten	2020
	• Opstellen professionaliseringsbehoefte	2020
	b. Ontwerpen professionaliseringscursuspakket	2021-2022
<b>Financiële middelen</b>	a. Inzicht in de reguliere begroting	2020
	b. Opstellen meerjarige begroting	2020
	c. Opstellen plan subsidieverwerving	Tweede helft 2020

Tabel 2. Overzicht van beleidslijnen en randvoorwaarden met bijhorende activiteiten en planning

## 2.3 Concrete voorstellen voor doorontwikkeling van IPE

In onderstaande tabel staan puntsgewijs de uitvoering en ontwikkelingen op de korte, middellange en lange termijn uitgewerkt.

### Plan van aanpak Borging en (door)ontwikkeling

Uitvoering op korte termijn	De kwaliteit van het huidige programma is het fundament voor de ontwikkelingen in de toekomst. Daarom zijn inhoudelijke en procesmatige bijstellingen van het huidige IPE-programma a.d.h.v. enquêtes en een eigenstandige PDCA-cyclus noodzakelijk.	Professionaliseren: docent sterker toerusten als onderwijsfacilitator vanuit interprofessionele werkervaring (ontwikkelen cursus door CEBE en onderwijskundigen HvA).
Doorontwikkeling en uitlijning op middellange termijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opzetten leerwerkplaatsen in aansluiting op de IK- en WIJ-fase.</li> <li>- Onderwijs ontwikkelen t.b.v. master Geneeskunde.</li> <li>- Doorontwikkelen en evalueren Grip: serious game IPE AMC/HvA.</li> </ul>	Professionaliseren: docenten toerusten in hun rol als supervisor, mentor of beoordelaar.
Doorontwikkeling en uitlijning op lange termijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vlekkenplan maken van reeds ingevulde CanMEDS-rollen passend bij het interprofessioneel gekleurd bacheloronderwijs binnen het Amsterdam UMC en de HvA. Vanuit gestelde ambities dit vlekkenplan gebruiken om betrokken eigenaren/docenten bijeen te brengen en eventuele leemtes te vullen, en onderlinge verbanden (duidelijker) aan te brengen.</li> <li>- Omdat de zorgomgeving veel dimensies heeft (eerste, tweede, derde lijn), andere opleidingen rakend aan de gezondheidszorg laten aanhaken: Diëtetiek, Farmacie (Leiden, Utrecht), Psychologie, Biomedische wetenschappen, Medische informatiekunde, etc.</li> </ul>	
	- IPE ontwerpen als een levenlang-lerenconcept en uitbreiden in de medische specialistische vervolgopleidingen enerzijds (Costa/TOKIO) en de integratie van CMR-trainingen van zorgprofessionals in het IPE-concept anderzijds (CRM, TeAMS). Hierdoor ontstaat een continue leerlijn IPE (en ook wederzijdse versterking van IPE<->IPS (= bouwen aan cultuur).	
	- In het kader van de alliantie AMC/VUmc haken VUmc en InHolland aan als strategische partners in het IPE-concept, waardoor IPE een unique selling point wordt van alle Amsterdamse zorgopleidingen.	

## H3. Organisatie van het Amsterdamse IPE in een dynamische omgeving

### 3.1 Actoren/stakeholders

De uitvoering van het gemeenschappelijk IPE-onderwijs is in zijn huidige vorm per definitie complex, omdat er jaarlijks een groot aantal studenten (4000) deelneemt, vanuit vijf curricula uit twee faculteiten van verschillende instellingen. Door verbreding van IPE in de vorm van IP-leerwerk



stageplaatsen buiten de ‘schoolse’ setting van de opleidingen zelf wordt de organisatie ervan niet alleen rijker aan partners, maar ook complexer. Dit vergt de betrokkenheid van personen en instellingen die voornamelijk geen deel uitmaakten van de samenwerking tussen de HvA en het AMC op het terrein van IPE. Leerwerk-stageplaatsen kunnen alleen gerealiseerd kunnen worden in nauwe samenwerking met ziekenhuisafdelingen waar de patiëntenzorg plaatsvindt. Dat geldt ook voor andere typen zorginstellingen, zoals revalidatie- en eerstelijnsvoorzieningen, zodat studenten van alle opleidingen interprofessioneel worden voorbereid op voor hen representatieve werksettings.

Uitbreiding met nieuwe partners is op termijn ook nodig voor initiatieven die gericht zijn op de doorontwikkeling van IPE (zoals het betrekken van andere professies/opleidingen zoals Diëtetiek en Farmacie, en de ontwikkeling van een doorlopende lijn in professionalisering), IPE/IPS-onderzoek, en voor de realisatie van IPE als kenmerk van de zorgopleidingen in Amsterdam. Uitgaande van de beleidslijnen (hoofdstuk 2) worden in Tabel 3 indicatief potentiële partners benoemd.

Beleidslijn	Focus/doel	Eerstbetrokken actoren
Borging/ versterking	Monitoring en bijstelling van het gemeenschappelijk IPE-bachelor programma (incl. training van docenten)	Coördinatoren IPE Hoofden opleidingen Docenten IPE [onderwijsontwikkelaars/docententainers]
Doorontwikkeling	- Leerwerkplaatsen: realisatie van voldoende LWP voor studenten (4dejaars, master) in een variëteit aan werksettings (klinisch, eerstelijns), met betrokkenheid van relevante disciplines/zorgprofessionals	Coördinatoren LWP Contactpersonen LWP bij instellingen (VUMC, OLVG, READE, zorgorganisaties en ELAA) [divisiemanagement/VPK-directeuren] Stagebureaus/-coördinatoren LWP-begeleiders/supervisors [opleidingsmanagement/coördinatoren van andere zorgopleidingen]
	- Verbreding IPE-componenten in de curricula	Hoofden opleidingen Curriculumcommissies/onderwijscommissies Docenten opleidingen [onderwijsontwikkelaars]
	- Continuous professional development: realisatie van een doorlopende lijn in de ondersteuning van IPS bij professionals, plus alignment (welke training wanneer op het juiste niveau?)	Hoofden/coördinatoren vervolgoedingen [onderwijsontwikkelaars/docententainers] Docenten/trainers vervolgoedingen/PAO
Onderzoek	Studies naar effectiviteit en optimale opzet van IPE en IPS in de verschillende fasen van professionele ontwikkeling, inclusief verwerven van subsidies en disseminatie	Leerstoel Interprofessionele zorg Lectoraat Professioneel redeneren en gedeelde besluitvorming Comenius Leadership Fellow Promovendi, onderzoekers, (inter)nationale onderwijs- en onderzoekssamenwerking via NVMO, FMS, AMEE, All together better health, Interprofessional.com, etc.
Tabel 3 Overzicht samenwerkingspartners in de verschillende beleidslijnen.		

### 3.2 Complexiteit en hanteerbaarheid

De in de voorgaande paragraaf beschreven ambitie tot groeien en de inherent toegenomen complexiteit leidt tot de organisatorische vraag: hoe kan dit hanteerbaar blijven (efficiency), en in hoeverre kunnen de ontwikkeling en organisatie beheersbaar blijven in het licht van de gewenste groei en autonomie enerzijds en effectiviteit en consistentie anderzijds?

De complexiteit in de doorontwikkeling van het IPE-programma blijft hanteerbaar (en de organisatie efficiënt) wanneer bij onderdelen binnen die samenwerking wordt uitgegaan van functionele, dus wisselende samenstellingen. Hiermee wordt tevens recht gedaan aan de eigen taken en verantwoordelijkheden die betrokken personen binnen hun (lijn)organisaties van opleiding en zorgpraktijk hebben.

Een flexibel en adaptief samenwerkingsmodel is daarvoor het meest passend. Op basis van dit samenwerkingsmodel ontstaat een werkwijze waarop die verdere ontwikkeling van IPE kan worden gefaciliteerd en de samenwerking met een diversiteit aan partners wordt georganiseerd. Deze werkwijze moet passen bij zowel de verscheidenheid aan activiteiten en initiatieven binnen deze samenwerking, als ook bij de verschillen in verantwoordelijkheden, positie en organisatie van de betreffende personen en instellingen.

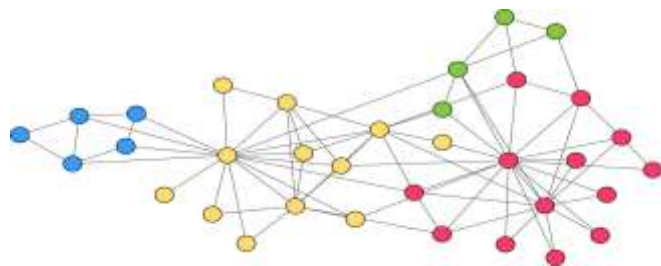
In concreto: om de gezamenlijke ambities van versterking, verbetering en uitbouw van IPE met een verscheidenheid aan partners en hun soms divergerende belangen te bereiken, is een organisatie of samenwerkingsvorm nodig waarin:

- het eigenaarschap wordt gedeeld,
- in wisselende samenstellingen wordt samengewerkt aan de realisatie van onderdelen van de gemeenschappelijke ambities/doelen,
- de betrokken partners en actoren daarbinnen hun eigen verantwoordelijkheden en (maatschappelijke c.q. organisatorische) inbedding blijven behouden,
- nieuwe passende partners kunnen aansluiten, waarmee relevante expertise, ervaringen en bronnen onderling worden gedeeld,
- alle beschikbare faciliteiten en middelen optimaal worden gebruikt, en de organisatie hiervan functioneel en efficiënt blijft,
- de samenwerking coherentie uitstraalt, waaruit ook gecommuniceerd kan worden en kennis gedeeld.

Onderliggende ambities en uitgangspunten blijven onverdeeld van kracht en zorgen voor cohesie binnen de diversiteit.

### 3.3 Vormen van netwerkorganisatie

Als fundament voor werkzame netwerkorganisaties worden beschouwd: 1) een heldere identiteit gebaseerd op gedeelde doelen of ambities, 2) met een open, informele cultuur en weinig hiërarchische verhoudingen, 3) waarin werkzaamheden in wisselende samenstellingen georganiseerd zijn, bijvoorbeeld via taken of projecten, 4) deelnemers c.q. groepen autonoom vanuit hun eigen bekwaamheden c.q. professionaliteit werken, en 5) vanuit het oogpunt van transparantie en het delen van expertise en ervaringen via breed toegankelijke kanalen, open (en intensiever) met elkaar communiceren over alle relevante issues.



Figuur 3. Netwerkstructuur.

Bryk et al. (2015)<sup>22</sup> spreken in geval van groepen professionals die zich met een gemeenschappelijk innovatief doel (in beroepspraktijk en onderwijs) hebben georganiseerd in de vorm van een netwerk, van een ‘networked improvement community’ (NIC). Als kenmerkend voor de werkwijzen in een succesvolle NIC identificeerden zij:

- netwerkactiviteiten zijn gericht op een *specifiek gemeenschappelijk doel*;
- op geleide van een *gedegen begrip* van het probleem, het systeem waarbinnen dat zich voordoet, en een theoretisch *fundament* (onderbouwing) dat relevant is voor verbetering/oplossing;
- ondersteund door een *robuuste, verantwoorde werkwijze* om innovatie voor elkaar te krijgen;
- en *gecoördineerd* om de ontwikkeling, het testen en de verbetering van maatregelen en interventies, en hun inbedding in onderwijs en praktijk in diverse contexten, te versterken.

Belangrijke termen binnen het vocabulaire van netwerken zijn: stakeholders (punten), knooppunt of convergentiepunt, cluster of wolk (van punten), beschrijving van verbindende relatie tussen punten, dynamiek en cohesie (Figuur 3).

Bovendien vergt de ontwikkeling van een netwerkorganisatie al vanaf het begin aandacht voor cultivering van gemeenschappelijke waarden c.q. normen en een constructief werkklimaat met een wijze van (zelf)sturing passend bij de doelen. In Figuur 4 wordt dit aangegeven door de buitenring. De kern wordt gevormd door de gezamenlijke ambitie om het probleem op te lossen vanuit drie invalshoeken: praktijkverbetering, onderzoek naar die verbetering en kennisdeling, en het verzamelen van structuur van data, analyse en synthese (onderzoek en evaluatie). Deze invalshoeken zijn geconcretiseerd terug te vinden in de eerdergenoemde drie beleidlijnen. Tussen de buitenring en de kern ligt de organisatie van het netwerk zelf.

Een vorm van coördinatie/besturing die past bij de balans tussen gemeenschappelijke belangen en behoud van zeggenschap over eigen verantwoordelijkheden, wordt gezien als cruciaal voor het realiseren van de voordelen die een netwerkorganisatie biedt. Met betrekking tot het organiseren van netwerken worden drie hoofdtypen van sturing onderscheiden:<sup>23</sup>

- Zelfsturende netwerken: door alle partijen gedeelde belangen sturen op organische wijze de ontwikkeling en verdeling van taken. Er is geen formele, hiërarchische netwerk leider.
- Geleide netwerken: een of meer deelnemers in het netwerk nemen ook een regisserende of modererende rol (stimuleren initiatieven binnen het netwerk, nodigen anderen uit, etc.).

<sup>22</sup> Bryk e.a.

<sup>23</sup> Provan en Kenis (2008); Bryck (2015)

- Ondersteunde netwerken: deelnemers creëren een ondersteunende faciliteit (team, bureau) die gemeenschappelijke taken op zich neemt; eventueel worden regietaken gemandateerd.



Figuur 4. Het organiseren, leiden en cultiveren van innovatie in de samenhang van praktijk, onderzoek en onderwijs<sup>24</sup>.

Hoewel autonomie en een grote mate van zelfsturing beschouwd worden als meest passend voor professionals blijken netwerkcommunities zeker in de beginfase van hun ontwikkeling, maar ook daarna, te gedijen bij vormen van enige ondersteuning of moderatie. De inhoud daarvan is niet beperkt tot operationele vragen, maar kan ook betrekking hebben op aspecten van het werkklimaat of de werkcultuur (Wat wordt er verwacht van deelnemers? Hoe gaan deelnemers kritisch constructief met elkaars werk of bijdragen aan het netwerk om? Hoe wordt bureaucratie voorkomen? Etc.). Voor een nieuw te ontwikkelen netwerk IPE kan worden verwacht dat de behoefte ligt bij een geleid netwerk, met moderatie en ondersteuning.

### 3.4 Mogelijke vertaling naar een netwerkorganisatie Amsterdam IPE

#### 3.4.1 Het netwerk 'Amsterdam IPE'

Het netwerk 'Amsterdam IPE' omvat bij het Amsterdamse programma IPE betrokken personen en instellingen uit het onderwijs en de gezondheidszorg, en is gericht op het realiseren van de gestelde gemeenschappelijke ambities. We beschouwen het als een 'networked improvement community'. De legitimiteit van deelname aan het netwerk wordt bepaald door de participatie aan het gemeenschappelijke gedachtegoed, concepten en uitvoering. De functies van het netwerk ter realisering van die ambities zijn vooral creërend, communicatief verbindend en faciliterend:

1. Het – laagdrempelig – verbinden van de verschillende, bestaande en nieuwe, initiatieven en betrokken personen op het terrein van IPE/IPS (bijv. potentiële nieuwe IP-LWP verbinden met reeds bestaande monoprofessionele LWP).
2. Het creëren c.q. bijeenbrengen en delen van kennis, ervaringen en bronmaterialen voor onderwijs en zorgpraktijk (bijv. ontwikkeling van een 'toolbox' en advisering voor ontwikkeling, implementatie en kwaliteitsborging bij IPE/IPS, organisatie van congressen).
3. Het creëren van overzicht over alle IPE-activiteiten, met waarborg van continuïteit én het voorkomen van overlap (bijv. het in kaart brengen van de continue leerlijn van bachelor -> vervolopleidingen c.q. nascholing).

4. Het bundelen van middelen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling van expertise op het gebied van IPE/IPS voor opleiding en zorgpraktijk.
5. Het ondersteunen bij subsidieverwerving door de deelnemers.

---

<sup>24</sup> Carnegie foundation (2016): <https://www.carnegiefoundation.org/blog/how-to-launch-a-productive-network/>

Het netwerk wordt voor (transparante) communicatie en documentatie ondersteund door een digitaal platform.

Gegeven de variëteit aan activiteiten en het aantal betrokken personen die (op onderdelen) in de versterking en doorontwikkeling van IPE/IPS zijn betrokken, ligt het voor de hand om ten minste in de opbouw van dit netwerk uit te gaan van *geleide* netwerksturing.

Geleide sturing kan worden belegd bij één of enkele deelnemers aan het netwerk die, vanuit enig overzicht op het geheel, het gebruik van het platform modereren (het onderhouden c.q. optimaliseren van het digitaal platform, het stimuleren van actieve deelname, het toegankelijk maken en structureren van informatie). Door dit kleinschalig te organiseren kunnen de risico's op institutionalisering en bureaucrativering worden beperkt.

### *3.4.2 Programmacommissie IPE HvA-AMC*

Het gemeenschappelijk IPE-onderwijs dat is ontwikkeld en thans deel uitmaakt van de reguliere bachelorcurricula is bij de HvA en het AMC ingebed in de staande opleidings- en ondersteuningsorganisaties. Het projectteam dat dit IPE-onderwijs tot stand bracht, werd formeel in 2019 opgeheven. Om de continuïteit van dit IPE-onderwijs te kunnen borgen en het overleg over de doorontwikkeling van dit gemeenschappelijk IPE-onderwijs ruimte te geven, is een nieuw overleg IPE van het AMC en de HvA ingesteld. Deelnemers aan deze zogenoemde programmacommissie, waarin de voortgang van het IPE-onderwijs periodiek wordt besproken en bijgesteld, zijn:

- vertegenwoordigers van het onderwijsoverleg (OWO) van de HvA,
- directeur opleiding geneeskunde (vertegenwoordigt het opleidingsteam, OT-GEN),
- coördinatoren IPE (AMC en HvA),
- portefeuillehouder gemeenschappelijk onderwijs vanuit MT HvA,
- programmaleider IPE bij het AMC.

Onderwerpen die de dagelijkse uitvoering en coördinatie van het gemeenschappelijk IPE-onderwijs overstijgen, worden daar periodiek (1 keer per 6 weken) besproken en besloten. Moderatie van het netwerk is een teamactiviteit van het AMC en de HvA door Vincent Geukers (Comenius Leadership fellow), Stephan Ramaekers (Lector Professioneel redeneren en gedeelde besluitvorming) en Rien de Vos (Hoogleraar onderwijs en opleiden, i.h.b. de interprofessionele zorg).

### *Strategisch overleg*

Het besluit om in te zetten op IPE en IPS in het kader van het opleiden van professionals in de toekomst, en daar door onderzoek via een lector en een hoogleraar ook een wetenschappelijke basis aan te verschaffen, is een strategische beslissing geweest van de twee eerdere genoemde faculteiten. De verantwoordelijkheid voor dit beleid op macroniveau, alsmede de facilitering in mensen en middelen, ligt dan ook bij de respectievelijke (vice)decanen. Een of twee keer per jaar hebben de deelnemers van het programmaoverleg een bestuurlijk overleg met de (vice)decanen.

Hierbij wordt gesproken over de koers en initiatieven die passen bij de te realiseren ambities van de onderwijsinstellingen en eventuele faciliteringsvragen die daarbij komen kijken.