

# Wetenschappelijke Rapportage KNGF Intervisie

## Module 5 Interprofessioneel leren en samenwerken

Dr. Marjo Maas  
Ron van Heerde MSc.  
Prof. Dr. Philip van der Wees

### **Opdrachtgever**

Koninklijk Genootschap van Fysiotherapeuten KNGF  
Esther Zuijderduijn  
Thierry Franke

### **Leden projectgroep**

Marjo Maas, IQHealthcare  
Ron van Heerde IQHealthcare  
Sandra Boots, ParkinsonNet  
Marlies van Nimwegen, ParkinsonNet  
Philip van der Wees, IQHealthcare

# Inhoud

<b>ACHTERGROND</b> .....	<b>3</b>
<b>DOEL</b> .....	<b>3</b>
<b>ONDERZOEKSVRAGEN</b> .....	<b>3</b>
<b>PLAN VAN AANPAK</b> .....	<b>3</b>
BASISONTWERP INTERVISIEMODULE.....	3
DEELNEMERS .....	4
PROJECTFASERING.....	4
<b>RESULTATEN</b> .....	<b>6</b>
MODULES.....	6
DEELNEMERS .....	6
WAT ZIJN DE ERVARINGEN MET DE INTERVISIEMETHODE EN WAT IS DE TOEPASBAARHEID IN DE PRAKTIJK?.....	9
<i>Resultaten mondelinge evaluaties</i> .....	9
<i>Resultaten ReflectieScan Interprofessioneel Samen werken en Samen leren</i> .....	10
HOE WORDT DE INTERVISIEMODULE IN PRAKTIJK GEBRACHT EN WAT ZIJN DE OPBRENGSTEN?.....	14
<i>Ingebrachte leervragen</i> .....	14
<i>Resultaten video-analyse</i> .....	14
<i>Resultaten van de Interprofessional Socialisation and Valuing Scale (ISVS)</i> .....	22
<b>CONCLUSIE</b> .....	<b>24</b>
<b>LITERATUUR</b> .....	<b>27</b>
<b>BIJLAGE 1 SAMENVATTING INTERVISIEMETHODE</b> .....	<b>28</b>
<b>BIJLAGE 2 OVERZICHT IN GEBRACHTE CASUÏSTIEK EN LEERVragen</b> .....	<b>32</b>
<b>BIJLAGE 3 REFLECTIESCAN INTERPROFESSIEEL SAMEN WERKEN EN SAMEN LEREN (RISS-2020)</b> .....	<b>33</b>

## Achtergrond

Het KNGF heeft een ontwikkeltraject uitgevoerd voor modernisering van kwaliteitssysteem voor de eerstelijns fysiotherapie. In het kwaliteitssysteem heeft intervisie een centrale plek.

IQ healthcare heeft met subsidie van het KNGF vier intervisiemodules ontwikkeld: communicatie, dossiervoering, feedback op proces en uitkomsten, klinisch redeneren. Het KNGF wil graag een beperkt aantal aanvullende generieke modules ontwikkelen waarmee de verschillende aspecten van het fysiotherapeutisch handelen gedekt worden. De prioriteit is gelegd bij het ontwikkelen van modules voor klinisch redeneren en interprofessionele samenwerking.

In deze rapportage presenteren we de resultaten van het ontwikkelen, testen en evalueren van een generieke module gericht op interprofessionele samenwerking en specifiek ten behoeve van de patiënt met de ziekte van Parkinson. Het project is uitgevoerd in een samenwerkingsverband tussen IQ healthcare en ParkinsonNet.

## Doel

Het doel van dit project is het ontwikkelen, testen en evalueren van een generieke intervisiemodule 'Interprofessioneel leren en samenwerken' en een gelijknamige module specifiek gericht op de patiënt met de ziekte van Parkinson of een parkinsonisme.

## Onderzoeksvragen

1. Wat is de toepasbaarheid van de module?
2. Hoe wordt de intervisiemethodiek in de praktijk gebracht en wat zijn de opbrengsten?

## Plan van aanpak

Om de doelstelling te realiseren en de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben we voor 'ontwerpergericht onderzoek' gekozen met een participatief design.<sup>1</sup> Ontwerpergericht onderzoek kenmerkt zich door een iteratief proces van ontwerpen, uittesten, evalueren en bijstellen waarbij de participanten een centrale rol vervullen om zodoende maximale aansluiting te realiseren bij de context waarin zorgprofessionals werken.<sup>2</sup> Data worden continu verzameld en geanalyseerd. Onderzoek wordt beschouwd als een *interventie voor innovatie*, ervan uitgaande dat niet alle kennis op voorhand in huis is, maar ontwikkeld wordt gaande het onderzoeksproces in nauwe samenwerking tussen onderzoekers en participanten. Daarnaast is een wetenschappelijke eindevaluatie uitgevoerd met een 'mixed-methods' design.

## Basisontwerp intervisiemodule

Voor de ontwikkeling van de intervisiemodule is gebruik gemaakt van het basisontwerp dat bij het KNGF is geïmplementeerd. Dat model bestaat uit twee intervisiebijeenkomsten rondom een thema. Voor ieder thema wordt een 'programmagids' (intervisiemodule) waarin de doelstellingen en activiteiten worden beschreven die betrekking hebben op de voorbereiding, de uitvoering en de evaluatie van de intervisiecyclus rondom dat specifieke thema: (<https://www.kngf.nl/vakgebied/programmas/intervisie.html>). Voor de intervisiemodule 'interprofessioneel samenwerken binnen ParkinsonNet' is het basisontwerp door de input van deelnemers aan de verschillende pilots aangepast. In een iteratief proces van ontwerpen, herontwerpen, uittesten en evalueren is de uiteindelijke module ontworpen.

## Deelnemers

Deelnemers aan het onderzoek waren zorgprofessionals aangesloten bij ParkinsonNet die door ParkinsonNet benaderd werden via e-mail. De groepen werden door ParkinsonNet samengesteld waarbij gestreefd werd naar een maximale variatie van zorgberoepen. Daarnaast zijn fysiotherapeuten die ervaring hadden met multidisciplinair overleg (MDO) binnen de eigen setting, bijvoorbeeld gezondheidscentrum of verpleeghuis, persoonlijk benaderd om te participeren en deze multidisciplinaire groep te benaderen.

## Projectfasering

### Fase 1 Vaststellen van de scope van de intervisiemodule

Wij zijn begonnen met een verkenning van de literatuur over interprofessioneel leren en samenwerken en naar evaluatie-instrumenten om het proces en de opbrengsten te evalueren. Vervolgens hebben wij relaties gelegd met een aantal experts op dit gebied en hebben ons laten adviseren over werkvormen en evaluatie-instrumenten.

- Lectoraat Autonomie en Participatie Hogeschool Zuyd Dr. Jerome van Dongen / Drs. Wim Goosen
- Lectoraat Publieke Zaak HAN Dr. Wietske Kuijer
- Radboud Health Academy Drs. Marion Breteler
- Radboud universitair medisch centrum Dr. Nynke Scherpbier-de Haan, associate professor IPE, Huisarts, Opleidingsdirecteur extramurale vervolgopleidingen.
- Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Laurentiusziekenhuis Roermond Dr. Roos Hauzer.

Daarnaast hebben we in samenspraak met KNGF en ParkinsonNet de globale doelstelling en de gewenste uitkomsten van de intervisiemodule bepaald waarbij ruimte is gehouden voor bijstellingen tijdens het ontwerpproces.

### Fase 2 Vaststellen van de evaluatie-instrumenten

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zijn in samenspraak met experts een aantal onderliggende vragen geformuleerd:

1. Wat zijn de ervaringen met de intervisiemethode en wat is de toepasbaarheid in de praktijk?
2. Hoe wordt de intervisiemethodiek in de praktijk gebracht en wat zijn de opbrengsten?
  - a. Welke vraagstukken brengen deelnemers in en wat zijn hun leervragen aan de intervisiegroep?
  - b. Hoe communiceren deelnemers met elkaar? Wat is de meerwaarde van interprofessionele intervisie voor zorgprofessionals en wat zijn de randvoorwaarden om die meerwaarde te benutten?
3. Wat zijn de ervaren opbrengsten van interprofessionele intervisie voor zorgprofessionals?

Om de kernvragen en de onderliggende onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is een keuze gemaakt voor verschillende methoden.

1. De ervaringen met de intervisiemethode en de toepasbaarheid in de praktijk is na iedere pilot mondeling geëvalueerd en op video vastgelegd. De evaluatie-informatie werd direct omgezet in acties om het basisontwerp van de module te verbeteren.  
Ervaringen met het intervisieproces zijn schriftelijk geëvalueerd door middel van de Reflectiescan (bijlage 3). Interprofessioneel leren en samenwerken ontleend aan het reflectiemodel van Gibbs<sup>3</sup> en ontworpen door Hogeschool Zuyd. Na de 1e intervisiebijeenkomst werd de Reflectiescan ingevuld en bij aanvang van de 2e bijeenkomst besproken. De eerste versie van de Reflectiescan is ter plekke met pen en papier afgenomen, de 2e bijgestelde versie is online afgenomen. Deelnemers konden aangeven in hoeverre ze het eens waren met de 6 stellingen op een 5-pnt schaal en hun antwoord schriftelijk toelichten. Scores en commentaren werden na afloop van de 1e bijeenkomst door de coach verzameld en geïmporteerd in Excel. Bij aanvang van de 2e bijeenkomst werden de scores van de intervisiegroep en de commentaren op de 6 domeinen anoniem gepresenteerd en besproken. Relevante informatie voor het verbeteren van de toepasbaarheid van de intervisiemodule (waaronder de Reflectiescan zelf) werd direct omgezet in actie. Na afloop van de pilots werden de geanonimiseerde scores en commentaren van alle groepen verzameld in IBM SPSS 26.0 (<https://spss.en.softonic.com>). Scores werden descriptief geanalyseerd. Commentaren werden thematisch geanalyseerd.
2. De vraagstukken die door de deelnemers aan de intervisie zijn ingebracht zijn verzameld en beknopt beschreven.
3. Hoe deelnemers met elkaar communiceren, wat de meerwaarde is van interprofessionele intervisie is, en wat er nodig is om die meerwaarde te benutten is onderzocht door middel van 'discourse analysis'.<sup>4-7</sup> Alle intervisiebijeenkomsten werden op video opgenomen om de te onderzoeken hoe deelnemers de intervisiemethodiek in praktijk brachten. Video-data werden geïmporteerd in Atlas-ti 8 (<https://atlasti.com>) en geanalyseerd door gebruik te maken van de richtlijnen voor 'discourse analyses'.<sup>5,8</sup> De intervisiemethodiek is bij de analyse als raamwerk voor de codering gebruikt. De conversaties werden geanalyseerd door Ron van Heerde en Marjo Maas in samenwerking met Nynke Scherpbier als externe consultant. Onafhankelijk van elkaar werden de video-opnames bestudeerd en werden video-fragmenten gecodeerd door vooraf gedefinieerde codes (pre-defined codes) ontleend aan het intervisie-ontwerp (zie bijlage 5) of vrije interpretaties van de video-fragmenten (emerging codes). 'Pre-defined codes' en 'emerging codes' werden met elkaar vergeleken om uiteindelijk tot een codeerschema te komen waarmee de overige video-data werden gecodeerd. Door een combinatie van deductieve en inductieve analyse werden overkoepelende thema's geïdentificeerd als een rode draad door alle pilots.
4. De ervaren opbrengst van interprofessionele intervisie is geëvalueerd met de Nederlandse vertaling van de ISVS (Interprofessional Socialisation and Valuing Scale)<sup>9</sup>. Dit is een 24-item vragenlijst ontwikkeld door de Hogeschool Gent. Deze versie is in samenspraak met de Hogeschool Gent gemodificeerd. De vragen zijn qua inhoud en stijl iets bijgesteld en het antwoordmodel (5-pnt. schaal) is teruggebracht naar de oorspronkelijke Engelstalige versie (7-pnt. schaal)<sup>10-12</sup> en de optie 'niet van toepassing'. Deelnemers ontvingen de online ISVS na afronding van de pilot via email. Op een schaal van 1 tot 7 gaven zij aan in hoeverre zij het eens waren met de stelling. Ze kregen de volgende instructie: "geef aan in welke mate de overtuigingen, vaardigheden en attitudes overeenkomen met die van u. Reflecteer waar u

op dit moment staat. De verzamelde data werden in IBM SPSS 26.0 geïmporteerd en descriptief geanalyseerd.

Voor het uitvoeren van deze studie is toestemming gekregen van de CMO regio Arnhem-Nijmegen: Dossiernummer: 2019-5917

## Resultaten

### Modules

Het project heeft twee modules opgeleverd:

- a. Een generieke module: Interprofessioneel Leren en Samenwerken
- b. Een specifieke module: Interprofessioneel Leren en Samenwerken bij mensen met de ziekte van Parkinson.

Bijlage 1 toont een samenvatting van het intervisieproces. De definitieve intervisiemodule is beschikbaar op de website van het KNGF.

Nieuw aan deze module is het gebruik van de Siilo-app die het mogelijk maakt om een patiënten-casus met een bijbehorende video op een snelle en veilige manier te delen met andere zorgprofessionals als ondersteuning van de leervraag. In de Siilo-omgeving is per pilot een aparte besloten app-groep aangemaakt. Via deze app-groep vond vooraf aan de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> bijeenkomst de communicatie plaats, de deelnemers hebben hierdoor de mogelijkheid om al vooraf kennis te nemen van de ingebrachte leervraag met ondersteuning van de bijbehorende casus. De bijbehorende casus werd in de meeste keren ondersteund door een video van de, aan de casus gekoppelde patiënt. De Siilo-app werd tijdens de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> bijeenkomst gebruikt om de leervraag en casus te ondersteunen en ter plekke nog eens door alle deelnemers bekeken.

### Deelnemers

Deelnemers waren professionals in zorg en welzijn, aangesloten bij ParkinsonNet (PN) afkomstig uit verschillende regio's en werkzaam in verschillende settings.

Er zijn 7 pilots georganiseerd waaraan in totaal 43 professionals in zorg en welzijn hebben deelgenomen, waarvan 23% man. De werkervaring varieerde van 3 tot 43 jaar, gemiddeld 22 jaar. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 49 (SD 13). Het merendeel van de deelnemende fysiotherapeuten had geen ervaring met KNGF intervisie. Wel met andere vormen van professionalisering die voorwaardelijk zijn voor aansluiting bij PN. Figuur 1, tabel 1, en tabel 2 geven een overzicht.

**Tabel 1 Deelnemende zorgprofessionals**

Discipline		
Neuroloog	2,33%	1
Revalidatiearts	2,33%	1
Specialist Ouderengeneeskunde	2,33%	1
Fysiotherapeut	25,58%	11
Ergotherapeut	13,95%	6

Parkinson verpleegkundige	11,63%	5
Wijkverpleegkundige	6,98%	3
Logopedist	13,95%	6
Diëtist	13,95%	6
Maatschappelijk werk	4,65%	2
Psycholoog	2,33%	1
Totaal	100%	43

**Tabel 2 Kenmerken pilots interprofessionele intervisie**

Pilot	N	Samenstelling	1 <sup>e</sup> bijeenkomst	2 <sup>e</sup> bijeenkomst	Coach
1	9	Spec. Ouderengeneesk. Parkinsonverpleegk. Afdelingserpleegk. Maatsch. Werk. Logopedist Fysiotherapeut Ergotherapeut Diëtist Psycholoog	07-05-2019	04-06-2019	Ron van Heerde
2	6	Fysiotherapeut Ergotherapeut Logopedist Diëtist Parkinson verpleegk. Maatsch.werk.	16-5-2019	4-7-2019 22-8-2019 (extra evaluatieve bijeenkomst)	Marjo Maas
3	6	Revalidatiearts Fysiotherapeut (3) Ergotherapeut Logopedist	10-10-2019	14-11-2019	Anjo Markhorst
4	5	Parkinson verpleegk. Fysiotherapeut (3) Diëtist	10-10-2019	21-11-2019	Marjo Maas
5	6	Diëtist Ergotherapeut Fysiotherapeut Logopedist Wijkverpleegk. Parkinsonsonverpleegk.	11-11-2019	11-12-2019	Ron van Heerde
6	5	Verpleegk. Logopedist Diëtist Fysiotherapeut Ergotherapeut	04-11-2019	19-11-2019	Ron van Heerde
7	6	Neuroloog Fysiotherapeut Ergotherapeut Logopedist Parkinsonverpleegk. Diëtist	02-03-2020	30-03-2020 Online intervisie ivm Corona	Ron van Heerde Marjo Maas
<b>Totaal</b>	43				





## Wat zijn de ervaringen met de intervisiemethode en wat is de toepasbaarheid in de praktijk?

### Resultaten mondelinge evaluaties

Na iedere bijeenkomst is informatie opgehaald over de toepasbaarheid de module en de intervisiemethodiek. Tabel 2 geeft een samenvatting van de verzamelde informatie en de acties die daarop gevolgd zijn.

**Tabel 3 Samenvatting evaluaties toepasbaarheid van de module**

Pilot	Opbrengsten evaluatie	Acties op basis van evaluatie
1	Informatie vooraf was niet voor iedereen duidelijk. Verwachtingen waren niet goed afgestemd. Niet gericht op intervisie, maar op MDO. Scoren Reflectiescan was lastig. Het 3-pnt antwoordmodel P-I-N (positief, interessant, negatief) was niet goed werkbaar.	Informatiebrief voor deelnemers opgesteld (module). Doelstellingen en gewenste opbrengsten verhelderd (module). Antwoordmodel Reflectiescan aangepast naar een 5-pnt-schaal van 'veel verbetering nodig' tot 'geen verbetering nodig'. Vragenlijst gedigitaliseerd.
2	Tijdsinvestering is aanzienlijk. Vergoeding in de vorm van accreditatiepunten nodig. Rol van de coach belangrijk, bewaken proces. Kennismaking mag meer tijd aan besteed worden.	Contact gezocht met NHG en Paramedisch platform om accreditatie te kunnen realiseren. Structuur intervisieproces verbeterd. Meer tijd ingeruimd voor kennismaking (module)
3	Core-set vragen Reflectiescan is goed, maar onderliggende vragen weinig concreet geformuleerd, soms suggestief, soms dekt de titel niet de lading.	Aanpassing antwoordmodel van "veel aandacht nodig" naar "geen aandacht nodig". Herformulering ondersteunende vragen. De gedigitaliseerde vragenlijst is ongewijzigd om pilots te kunnen vergelijken. In de module is de vragenlijst aangepast.
4	Problemen met uploaden van video's. Siilo-app heeft beperkte capaciteit. Het maken van video-opnames en het gebruik van de Siilo-app werd wel als positief ervaren. Bijgestelde antwoordmodel Reflectiescan van "veel verbetering nodig" tot "geen verbetering nodig" toch niet naar tevredenheid.	Aanpassingen in de handleiding voor de Siilo-app en instructies voor het inbrengen van een video-casus. Aanpassing antwoordmodel Reflectiescan van "veel aandacht nodig" tot "geen aandacht nodig"
5	De casuïstiek die werd ingebracht was niet altijd geschikt de leervraag was niet helder. Verwarring over wat centraal staat: hulpvraag client of leervraag zorgprofessional.	Aanbevelingen voor inbrengen casuïstiek (module) Expliciet onderscheid tussen leervraag intervisiedeelnemer en hulpvraag client (module).
6	Behoefte aan gedragsregels voor interprofessionele intervisie. Behoefte aan verscherping van doelstelling en verwachting.	Tips voor het samenwerken in interprofessionele teams ontleend aan Vyt (bijlage module). Uitvragen verwachtingen door coach bij aanvang van de 1 <sup>e</sup> bijeenkomst (module)
7	Verhelderen dat de hulpvraag van de client als illustratie dient voor de leervraag van de casusinbrenger. Voorstel om notulist aan te stellen om adviezen te notuleren en notulen te verspreiden. De 2 <sup>e</sup> sessie is in verband met de	Iedere deelnemer herhaalt na afloop van de adviesronde het ontvangen advies en geeft aan wat hij ermee gaat doen (eigen verantwoordelijkheid).

uitbraak van Corona online uitgevoerd. Aanpassing Reflectiescan, inkorten steunvragen.	Steunvragen aangepast en antwoordmodel veranderd in 5-pnt-schaal van 'veel aandacht nodig tot geen aandacht nodig'.
---	---

### **Resultaten ReflectieScan Interprofessioneel Samen werken en Samen leren**

De Reflectiescan werd gebruikt als een tool om kritisch te kijken naar het proces van leren en samenwerken. Na de eerste afname is de 3-pnt schaal (positief – interessant – negatief) die niet goed werkbaar bleek, veranderd in een 5-pnt schaal (tabel 3). De vragenlijst bestond uit 6 kernvragen die gescoord konden worden op een schaal van 1=veel verbetering nodig tot 5=geen verbetering nodig. Onder iedere kernvraag stond een set ondersteunende vragen voor het beantwoorden van de kernvraag die niet gescoord werden. De resultaten zijn enerzijds gebruikt om de Reflectiescan te verbeteren en anderzijds om inzicht te krijgen in het proces tijdens de 2<sup>e</sup> bijeenkomst.

#### Kwantitatieve analyse

Veertig deelnemers (93%) hebben de vragenlijst beantwoord, maar niet elke vraag is gescoord en/of van commentaar voorzien. Tabel 4 laat de resultaten van de zien.

**Tabel 3 Resultaten Reflectiescan**

1=veel verbetering nodig 2=verbetering nodig 3=neutraal 4=weinig verbetering nodig 5=geen verbetering nodig	N		Mean	Median	Min	Max
	n	Geen score ingevuld				
1. Kennen we elkaar?	34	6	3,94	4,00	2	5
Opmerkingen	21					
2. Hanteren we een gezamenlijke visie, missie en denkwijze?	35	5	3,66	4,00	2	5
Opmerkingen	24					
3. Werken we volgens de afgesproken procedures en spelregels?	35	5	3,34	3,00	2	5
Opmerkingen	23					
4. Kunnen we op een prettige en constructieve manier met elkaar samenwerken?	31	9	3,84	4,00	2	5
Opmerkingen	22					
5. Durven en kunnen we eerlijk onze eigen gedachten en emoties tonen?	28	12	3,75	4,00	2	5
Opmerkingen	21					
6. Welke belangen uit de context spelen mogelijk een rol?	28	12	3,93	4,00	3	5
Opmerkingen:	22					

## Kwalitatieve analyse

We rapporteren hier een samenvatting van de schriftelijke commentaren die betrekking hadden op het proces van leren en samenwerken. Commentaren over de inhoud van de vragen en het antwoordmodel zelf zijn verwerkt in tabel 2.

### **1. Kennen we elkaar?**

Of deelnemers elkaar kenden en op de hoogte waren van elkaars expertise was afhankelijk van de samenstelling van de groep. Groepen die in hun dagelijkse praktijk met elkaar werken en ervaring hebben met MDO, kennen elkaar uiteraard beter dan groepen die voor dit doel samengesteld werden.

*“We kennen elkaar nog niet. Volgens mij wel in grote lijnen duidelijk wat de anderen kunnen betekenen. Juist leerzaam om dit middels deze bijeenkomst specifiek te weten te komen”.*

De methode van intervisie werd als helpend ervaren om elkaar beter te leren kennen. In sommige gevallen bleek dat tot verrassende inzichten te leiden.

*“Wij vormden al langere tijd een "wijk-MDO" over Parkinson en werken ook op andere gebieden al langer samen.”*

*“Toch nog onvoldoende duidelijk wat ergo te bieden heeft, maakt gesprek uitdagend”*

### **2. Hanteren we een gezamenlijke visie, missie en denkwijze?**

Als voorbereiding op de bijeenkomst hadden deelnemers een brief ontvangen waarin de doelstelling en de inhoud van de bijeenkomst werd verhelderd en deze werd tijdens de bijeenkomst nog eens genoemd door de coach. Daardoor waren verwachtingen redelijk afgestemd, maar was bijstelling achteraf toch nodig. Er was verwarring over welke vraag centraal staat: de hulpvraag van de client of de leervraag van de zorgprofessional? De coach had een centrale rol in coachen van het proces in de richting van de doelstelling.

*“Voorafgaand is bekend welke cliënten besproken worden waardoor er voorbereiding mogelijk is en gericht vragen gesteld kunnen worden; nog ruimte voor verbetering en concrete afspraken maken, wat is het gezamenlijke doelen hoe kunnen we dit vormgeven.”*

*“Ons doel is duidelijk, wel nog moeite als team om doel, procedure strikt aan te houden. Nog hulp nodig van gespreksleider. eenduidige inhoud vond ik goed. doelen en wens van patiënt staan centraal, maar daarboven de leervraag.”*

*“Wat betreft het doel: het doel van ons MDO zoals we dat hadden was voor iedereen duidelijk schat ik in. Of dit voor deelname aan deze pilot ook zo is, betwijfel ik...Ik heb zelf de indruk dat de sessie gericht was op het elkaar coachen binnen ieders vakgebied waar het*

*gaat om het behandelen / begeleiden van mensen met Parkinson. Onze eigen vragen / strubbelingen hierbij stonden centraal”.*

### **3. Werken we volgens de afgesproken procedures en spelregels?**

Deelnemers waren merkbaar onbekend met intervisie. Sommigen beschouwden de bijeenkomst als een vergadering of een MDO. Ook aan de structuur van het intervisieproces moesten mensen wennen. Ten aanzien van de inhoud hadden deelnemers twijfels bij de haalbaarheid van de intervisiemodule binnen ParkinsonNet. Er werd een pleidooi gehouden voor een goede voorbereiding, zodat de groep niet te lang stil blijft staan bij een enkele casus en voor de mogelijkheid van het inbrengen van alternatieve casuïstiek. Ten aanzien van de sturing van het intervisieproces werd ook hier voor de coach een belangrijke rol weggelegd, hoewel er ook suggesties voor meer zelfsturing van de groep werden gedaan.

*“Ja wel moeilijk, je wilt snel in oplossingen denken, moeilijk om eerst de vraag helder te krijgen.”*

*“Agenda duidelijk. Voorbereidingen vanuit de groep (en ook mijzelf) matig, met moeite waren er 2 casussen [voor de eerste sessie]. Kan me voorstellen dat het op den duur, wanneer je niet heel veel patiënten ziet met Parkinson, het lastig is interessante casussen in te blijven brengen.”*

*“nu nog zoekende, een coach is goed voor agendabeheer en ook tijd, plus ook ons bij de les te houden waar we in het intervisieproces zijn”*

*“wellicht vooraf tijdsbewaking te delen met elkaar om ook andere casussen te kunnen voorleggen, een beetje ruimte voor vrije invulling is ook prettig”.*

### **4. Kunnen we op een prettige en constructieve manier met elkaar samenwerken?**

De meeste deelnemers hebben de samenwerking als prettig ervaren. Toch zijn er mensen geweest die zich niet veilig hebben gevoeld zowel binnen de incidenteel –als de regelmatig samenwerkende groepen. Ook hier werd de rol van de coach genoemd, maar ook de verantwoordelijkheid van de groep zelf. Een van de deelnemers merkte op dat er nog geen sprake is van een ‘professionele feedbackcultuur’ waarin professionals ook kritisch naar elkaar durven zijn.

*“De sfeer was zeer ontspannen. Iedereen behandelde elkaar met respect en liet elkaar ook uitpraten. Geen merkbare spanningen in de groep”*

*“Ik voel hier en daar wat oordeelen dat vind ik contra-productief voor de toon en veiligheid.”*

*“Wat ik eerder aangaf, ik heb weinig ervaring in de wijk als wijkverpleegkundige en nog weinig ervaring met Parkinson. Door een aantal collega's voelde ik mij hier in gesteund, maar bij een aantal had ik ook het idee hier op afgerekend te worden en dat er op de achtergrond een vraag klonk ‘wat doe jij hier’.”*

*“Groepsgebeuren ervoer ik als prettig. Iedereen had een actieve bijdrage. Omgang met elkaar prima, gemoedelijk en professioneel. Nog weinig ruimte voor feedback van en naar elkaar.”*

*“...hier kleine [interview]groep, hier geen rivaliteit, concurrentie/PN-regio bijeenkomsten wordt dit wel ervaren”*

## **5. Durven en kunnen we eerlijk onze eigen gedachten en emoties tonen?**

Hoewel de scores laten zien dat het merendeel van de deelnemers denkt dat de groep ‘eigen gedachten en gevoelens’ toont, laten de commentaren zien dat deze scores niet goed onderbouwd kunnen worden. Het lijkt alsof het makkelijker is om gedachten en gevoelens te tonen in groepen die incidenteel met elkaar werken. Tegelijkertijd hebben incidenteel samenwerkende groepen onvoldoende relatie opgebouwd met elkaar om gedachten en gevoelens met elkaar te delen.

*“De groepsleden kennen elkaar onvoldoende. Daarvoor is groepsproces nog onvoldoende uitgekristalliseerd”*

*“Nog nieuw allemaal, geen tijd voor emoties, alleen nog voorzichtig”*

*“In deze setting [georganiseerd door ParkinsonNet] geen bekenden, niet uit je regio, goede open sfeer + allen zeer betrokken. In eigen regio ?*

*“Ik denk dat het hele team op zijn gemak was, en op die manier zijn bijdrage kon leveren. Misschien ook omdat iedereen zich vrijwillig heeft aangemeld voor deze sessies.”*

*“Die ruimte voelde ik niet altijd.”*

## **6. Welke belangen uit de context spelen mogelijk een rol?**

Deelnemers gaven aan dat deze vraag moeilijk om te zetten is in een score. Commentaren hadden vooral betrekking op duurzame toepasbaarheid van de intervisiemodule. Bevorderend voor de toepasbaarheid is dat interprofessionele intervisie geïntegreerd moet worden in de kwaliteitsregisters van de verschillende beroepsgroepen en netwerken. Hoewel niet expliciet beschreven, lijken tegenstrijdige belangen en rivaliteit een aandachtspunt te zijn.

*“Belangen: nu niet [tijdens deze intervisiebijeenkomsten], maar in ons regionale netwerk wel”  
“het doel is nog niet helder, zorgverlener helpen, patiënt helpen, team helpen; Financiën:  
Concurrentie = aandachtspunt”*

*“...Als intervisie onderdeel wordt van de werkwijze binnen ParkinsonNet lijkt het mij zaak dit te structureren volgens de systematiek van SKF en KNGF w.b.t. de fysiotherapeuten, we moeten voorkomen dat men voor ieder netwerk en iedere beroepsorganisatie steeds intervisies moet doen.*

Op basis van feedback van deelnemers over de inhoud en de stijl van de vragen, maar ook het antwoordmodel, is de Reflectiescan bijgesteld in overleg met Lectoraat Autonomie en Participatie Hogeschool Zuyd (Dr. Jerome van Dongen en Drs. Wim Goosen) en heeft de nieuwe naam gekregen: “Reflectiescan Interprofessioneel Samen werken en Samen Leren (RISS-2020)”. De (RISS-2020). Deze is opgenomen in de definitieve module. Zie ook bijlage 3.

Concluderend is de Reflectiescan een bruikbaar instrument om het proces van interprofessioneel leren en samenwerken te evalueren. Gevoelens van ‘onveiligheid’ ‘onvrijheid’ om eigen gedachten en gevoelens te tonen en ‘rivaliteit’ werden tijdens de mondelinge evaluaties niet getoond, maar werden door de Reflectiescan geïdentificeerd en bespreekbaar gemaakt.

## Hoe wordt de intervisiemodule in praktijk gebracht en wat zijn de opbrengsten?

### *Ingebrachte leervragen*

De vraagstukken die deelnemers inbrengen en leervragen aan de intervisiegroep gevarieerd zijn en dat de inbreng van vraagstukken evenredig verdeeld was over de niet-medische zorgprofessionals (zie bijlage 2). Artsen hebben geen casuïstiek aangeleverd.

### *Resultaten video-analyse*

Van alle sessies die uitgevoerd zijn in de pilots zijn met toestemming van de deelnemers video-opnames gemaakt (ook de laatste online sessie) om te analyseren hoe deelnemers aan interprofessionele intervisie met elkaar communiceren, wat de meerwaarde is van interprofessionele intervisie en wat de randvoorwaarden zijn om die meerwaarde te benutten. Uit de analyse is een centraal thema en drie onderliggende thema’s naar voren gekomen die expliciet gerelateerd zijn aan interprofessionele intervisie en de voorwaarden beschrijven voor een effectieve interprofessionele communicatie. We hebben een conceptueel model ontwikkeld waarin zichtbaar wordt hoe de verschillende thema’s met elkaar verbonden zijn. De coach heeft een belangrijke taak om deze thema’s meer diepgang te geven door een klimaat van veiligheid en ruimte te creëren voor de gelijkmatige inbreng van elke deelnemer.

#### **Centraal thema**

1. Leervraag

#### **Gerelateerde thema’s**

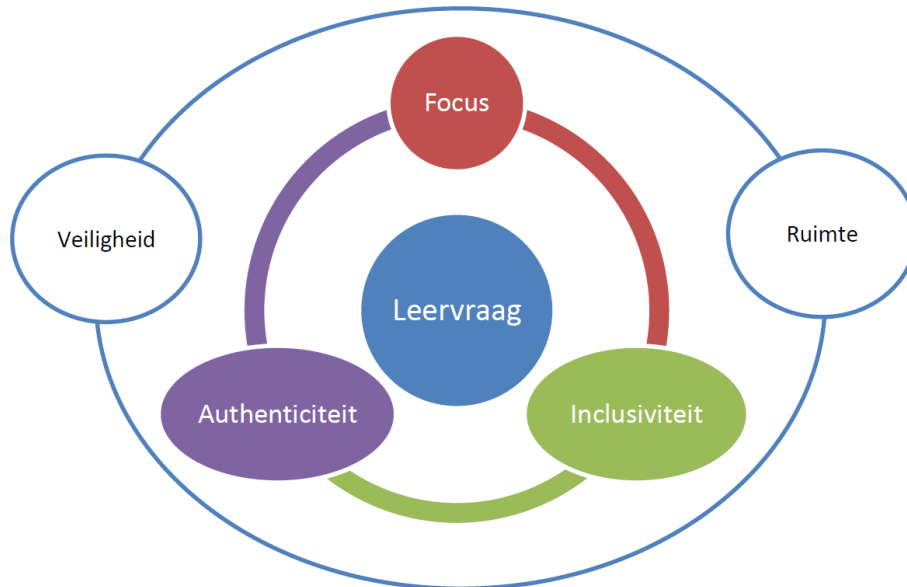
2. Authenticiteit
3. Inclusiviteit
4. Focus

#### **Voorwaarden**

5. Veiligheid
6. Ruimte

Figuur 1 geeft grafisch weer hoe deze thema's zich tot elkaar verhouden. De betekenis van de thema's wordt vervolgens uitgelegd en geïllustreerd met observaties en quotes van de verschillende pilots.

Figuur 1 Conceptueel model interprofessionele intervisie



#### Centraal thema 1: de leervraag

Bij de analyse kwam het thema 'leervraag' steeds opnieuw naar voren. Na het bepalen van de overige thema's bleek dat de leervraag onlosmakelijk gekoppeld was aan de overige thema's. Deelnemers kregen als opdracht om het materiaal dat zij inbrachten voor intervisie (een casus of een professioneel dilemma) te voorzien van een leervraag aan de intervisiegroep. Deze leervraag bleek achteraf bepalend voor de meerwaarde van interprofessionele intervisie. Ten eerste kwam uit onze observaties naar voren dat de inbrenger van de leervraag (de feedbackvragen) zich vaak niet bewust was van zijn leervraag of niet in staat was zijn leervraag helder onder woorden te brengen.

Anderzijds waren de feedbackgevers niet gericht op het verhelderen van de leervraag van de feedbackvragen, maar gericht op het verhelderen van het gezondheidsprobleem van de patiënt (de casus). Vanuit hun professionele interesse stelden zij allerlei vragen om nog een scherper beeld te krijgen van de client zoals: "heeft hij ook problemen met slikken?" of over de aanpak van het probleem zoals: "ben je wel eens bij hem thuis gaan kijken hoe hij zichzelf redt"? Vragen die relevant zouden kunnen zijn als er een heldere samenhang zou zijn met de leervraag, maar dat was vaak niet het geval waardoor het spoor van leervraag naar antwoord zoek raakte.

Ook was er verwarring tussen de 'hulpvraag' van de patiënt en de 'leervraag' van de feedbackvrager. Met name deelnemers met ervaring in multidisciplinair overleg (MDO), hadden impliciet de verwachting dat de 'patiënt' en niet de 'feedbackvragen' centraal zou staan. Blijkbaar was niet helder dat intervisie primair gericht is op leren en verbeteren (professionaliseren) en niet op afstemming van de zorg rondom de patiënt. Het inbrengen van een leervraag door de feedbackvragers evenals het verhelderen van een leervraag door de feedbackgevers was nieuw en het merendeel van de deelnemers moest deze intervisievaardigheden (de juiste vragen stellen) nog ontwikkelen. Maar de

draad werd snel opgepakt zoals geïllustreerd in box 1. Vergelijkbare situaties zijn ook bij andere pilots gezien.

### Box 1

Tijdens de eerste bijeenkomst van pilot C vraagt de coach aan de groep: *“misschien kunnen we haar leervraag nog wat scherper krijgen?”* Waarop een deelnemer verbaasd reageert: *“maar nu gaat het om haar leervraag? Niet om het probleem van de patiënt?”* en later *“Ja, oh, nu begrijp ik wat de bedoeling is”*. Bij de 2<sup>e</sup> bijeenkomst laat de groep zien dat ze geleerd heeft. Daarin brengt een fysiotherapeut (FT-1) een videocasus in via de Siilo-app. Het gaat om een man met de ziekte van Parkinson die tevens een CVA heeft gehad en niet meer in staat is om zijn hobby uit te oefenen ‘kermisattracties maken van afvalmateriaal’. De video-casus (waarbij de patiënt zelf niet in beeld is) geeft een indrukwekkend beeld van zijn passie voor bewegende miniatures (<https://youtu.be/WQUADvIXCr8>).<sup>1</sup>

*FT-1: “Hij zou het liefst weer zo’n kermis willen maken..(geëmotioneerd)...dat zou hij het allerliefste willen....dat fijne priegelwerk dat lukt hem niet meer, als hij gaat schrijven dan begint hij al te trillen....ja...hoe ga je daarmee om?”* Mijn leervraag is: *“wat kunnen wij nog doen ...om te kijken of hij toch nog iets betekenisvol kan doen?”* En later: *“Hoe kan je hem eigenlijk gelukkiger maken?”*

In eerste instantie gaat de groep aan de slag met het zoeken naar oplossingen voor de patiënt, maar die oplossingen lopen min of meer stuk op het gebrek aan motivatie van de patiënt om meer disciplines te betrekken zoals een ergotherapeut (niet in de groep) wat de Parkinsonverpleegkundige voorstelde. Vervolgens krijgt het gesprek een wending waaruit blijkt dat de groep geleerd heeft en de doelstelling van intervisie wordt geraakt.

*FT-2 “...er is dus eigenlijk een acceptatieprobleem van de patiënt, maar er ligt ook een acceptatieprobleem bij jou, je wilt zo graag helpen....soms kan ook de conclusie zijn dat het gewoon niet lukt, dat het jou niet lukt, ons niet lukt en het niemand zal lukken”.*

*FT-1: “ja..ja..dat is een goeie. Je wilt zo graag helpen”.* De Parkinsonverpleegkundige knikt instemmend.

Na afloop geeft FT-1 aan dat zij kritisch naar haar eigen rol gaat kijken, gaat zoeken naar een geschikte ergotherapeut die eventueel met hulp van de partner ingang kan krijgen en ook aandacht heeft voor het acceptatieproces.

### Thema 2: authenticiteit

Eenzijds heeft dit thema betrekking op de ‘echtheid van de casus’: reflecteert de casus de werkelijkheid van de mens met Parkinson of is de casus bewerkt door de ogen van de inbrenger van het vraagstuk of heeft de patiënt vooraf instructie gehad om het probleem ‘door de ogen van de casusinbrenger’ te vertellen? Beide scenario’s camoufleren als het ware de leervraag van de feedback-vrager.

Anderzijds heeft het thema betrekking tot de ‘oprechtheid van de leervraag’. Is de inbrenger van het vraagstuk oprecht nieuwgierig naar het antwoord en heeft de leervraag een exploratief karakter – een open einde? Of denkt de casusinbrenger het antwoord al te weten en is hij op zoek naar een bevestiging van zijn hypothese of overtuiging?

De meerwaarde van een video-casus en het gebruik van de Siilo-app werd door alle deelnemers bevestigd. Een video helpt niet alleen om het probleem te begrijpen vanuit zijn authentieke context,



maar ook om het in te voelen vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit het perspectief van de zorgverlener. Uit onze observaties bleek dat - in tegenstelling tot een geschreven casus – een videocasus veel meer aandacht, empathie en respons uitlokte.<sup>13</sup> Een vergelijkbaar fenomeen hebben wij geobserveerd als het gaat om de ‘oprechtheid van de leervraag’. Een leervraag die ‘uit het hart komt’ spreekt de groep aan en motiveert om ‘als team’ een oplossing te zoeken. Omgekeerd kan de animositeit van het gesprek uitdoven als de leervraag gekunsteld is en wordt de meerwaarde van interprofessionele intervisie niet benut.

Het voorbeeld in Box 2 laat een video-opname die tot ieders verbeelding en waardoor het dilemma van de casusinbrenger invoelbaar wordt. De leervraag van de casusinbrenger volgt logisch uit de video en drukt een kwetsbaarheid uit waardoor de groep wordt aangesproken en wordt gemotiveerd om na te denken. Het voorbeeld in Box 3 laat zien wat er gebeurt als de casusinbrenger het antwoord op de leervraag lijkt te weten en de mogelijkheden van interprofessionele intervisie onbenut laat.

## Box 2

In pilot B laat de Parkinsonverpleegkundige (PVK) een video zien van een oudere dame die verblijft op een vakantieadres en die zich niet goed voelt. We zien een dame die hevig trillend en transpirerend in de stoel zit en snel ademt. De video is opgenomen door haar echtgenoot en via Whatsapp met de verpleegkundige gedeeld 's avonds om 21.00 uur. De video is zeer illustratief voor de bezorgdheid van de patiënt en haar echtgenoot, maar ook voor het dilemma van de PVK. Communicatie via Whatsapp tussen patiënt en therapeut was ooit op initiatief van PN geïntroduceerd in het kader van een wetenschappelijk onderzoek. De Parkinsonverpleegkundige heeft op de app gereageerd en vraagt zich of ze dat ook "zou moeten doen". Ze is zichtbaar ongelukkig met de situatie. In deze pilot (in tegenstelling tot andere pilots) is ook een maatschappelijk werker (MWK) aanwezig. In de fase van leervraagverheldering blijkt de aanwezigheid van de maatschappelijk werker van meerwaarde.

MWK: *"Kun je zeggen waar je bang bent als je géén antwoord zou geven (niet zou reageren), wat roept dat bij jou op?"*

PVK: *"Ja, dat is een goede vraag, dat realiseerde ik mezelf ook, waar ben ik bang voor?"*

MWK: *"Oke, dan draaien we het om, stel het is een ernstig probleem?"*

PVK: *"Ja..ja...stel dat ze bijvoorbeeld een anafylactische shock heeft.....dan moet ik haar naar de huisarts sturen...dus ik wil sowieso een aantal dingen weten."*

MWK: *"Als ik nog een laagje dieper zou mogen vragen, ben jij bang (als je haar vraag zou negeren) dat je er later op afgerekend wordt?"*

PVK: *"Ja...ja...(aarzelend) eigenlijk niet, want dat kan niet, maar het zit er wel (is even stil, geraakt)..ja ik voel me wel verantwoordelijk...dus je raakt wel een punt ja."*

ERGO: *Kun je aangeven waar jouw grenzen liggen?*

PVK: *"Ja, ik vind het helemaal niet erg om na vijven dingen te doen, erheen te gaan, maar door die filmpjes krijgt (de boodschap) een extra impact, die ik niet kan filteren (negeren).....als ik mail krijg, kan ik dat rustig de volgende ochtend om 9.00 lezen."*

Uiteindelijk wordt de leervraag bijgesteld in: "Hoe stel ik samen met haar (patiënt) goede grenzen ten behoeve van mezelf en ook van haar en met die vraag gaat de groep aan de slag.

Zij geven ieder hun eigen visie op het vraagstuk. Na afloop besluit de PVK "Ik moet het gesprek aangaan, met iemand erbij, het team erbij betrekken en de verantwoordelijkheid (voor deze patiënt) met het team delen."

### Box 3

In Pilot D brengt de diëtist (DT) een video-casus in van een client die vertelt weinig eetlust te hebben, op te zien tegen eten, en 15 kilo is afgevallen. De video geeft een helder beeld van het probleem. Nadat de video aandachtig bekeken is, vraagt de DT aan de groep: “ik vraag me af of ik iets over het hoofd heb gezien, of ik iets heb gemist”? In de fase van de leervraagverheldering wordt steeds maar niet helder naar welke informatie de DT op zoek is en duurt daarom extreem lang. Deelnemers stellen vragen als: *“Wat denk je, op welk gebied zou je dan dingen missen?”* en plaatsten opmerkingen zoals: *“Maar toch...in jouw vraagstelling ligt al besloten dat je denkt dat je dingen mist”* en *“Ik denk dat je altijd wel dingen mist, je kunt immers niet alles weten”*. De DT wordt even van haar stuk gebracht en zegt: *“Nou...ja...op zich ben ik er wel uit gekomen hoor, maar het is altijd goed om breed te blijven kijken”*. Dat laatste – *ik ben er wel uitgekomen hoor* - is aanleiding voor de coach om in te grijpen omdat er ogenschijnlijk geen ‘oprechte vraag’ was aan de groep. Coach: *“Zouden we de vraag ook om kunnen keren? Bijvoorbeeld: ‘hoe kunnen we deze patiënt helpen om meer plezier te krijgen in eten’?”* De casusinbrenger gaat hiermee akkoord. De groep wordt weer actief, reflecteert met elkaar op de beelden in de video, brengt de factoren in kaart die het ‘ongewenst afvallen’ kunnen verklaren en zoekt constructief naar oplossingen. Daarbij overstijgen zij het domein van de eigen discipline (boundary crossing) door de expertise van verschillende disciplines te introduceren (disciplines die niet in de groep vertegenwoordigd waren). De Parkinsonverpleegkundige beweegt naar het domein van de maatschappelijk werker: *“Ja...het alleen moeten eten...je zou haar kunnen adviseren om samen met haar dochter te eten of met andere mensen in de buurt”* en naar het domein van de ergotherapeut: *“en (betrek) ook een ergotherapeut die kan bijdragen als er praktisch gezien een probleem is, met het eten klaarmaken, en ook het in de mond stoppen”*. En de fysiotherapeut die beweegt naar het domein van de medicus: *“Eigenlijk is ongewenst afvallen een rode vlag. Kan ook een teken zijn van een onderliggende ziekte”* en naar het domein van de logopedist: *“Betrek een logopedist omdat je buiten de reuk- en smaakstoornissen, ook aan slikstoornissen kunt denken”*. De diëtist reageert belangstellend op deze nieuwe perspectieven op het probleem van haar patiënt en besluit de huisarts in te schakelen om deze opties te bespreken. In dit geval had de coach een belangrijke rol door het proces te keren: de gesloten leervraag te vertalen naar een open leervraag, relevant voor de feedback-vrager en voor de hele groep.

### Thema 3: inclusiviteit

Met het thema ‘inclusiviteit’ bedoelen wij de mate waarin de feedbackvrager en de feedbackgever zich richten tot de hele groep en de bestaande interprofessionele kennis binnen de groep maximaal benutten. Als de leervraag expliciet gericht is op een enkele professie, is de kans groot dat het antwoord ook beperkt is tot het kennisdomein van die professie. Daarmee verandert de dynamiek in de groep. Een paar maal hebben we geobserveerd dat een leervraag zoals *‘wat is hier aan de hand’* exclusief gericht werd tot de aanwezige arts die daardoor impliciet beschouwd werd als een superieure kennisbron. Die arts op zijn beurt voelde zich aangesproken en kreeg bewust of onbewust de rol van ‘consultant’. Het feit dat de deelnemende artsen géén casus hadden ingebracht en géén

leervraag hadden aan de groep (zie ook bijlage 2) ondersteunt de rol opvatting van artsen als 'consultant'.

In box 3 en box 4 wordt helder hoe door exclusie kansen om nieuwe kennis te ontwikkelen vanuit verschillende perspectieven onbenut blijven.

#### Box 4

De logopedist demonstreert een video van de behandeling van een man met Parkinson die hevig stottert. Ze heeft daarvoor gekozen om een beeld te geven van wat er gebeurt tijdens de behandeling en dat is indrukwekkend. De groep kijkt aandachtig en voelt zichtbaar mee met de problemen die deze man heeft om zich uit te drukken, maar ook met de logopedist die zich inspant om deze man te ondersteunen in zijn communicatie. Daarmee gunt ze iedereen een royale blik in haar dagelijkse logopedische praktijk.

Echter, haar leervraag komt als een verrassing en is enkel gericht op de neuroloog: "Het blijkt dat er een erfelijk bepaalde factor is waardoor hij stottert...misschien is dit vooral een neurologische vraag...wat is dan de maximale haalbaarheid spreektechnisch?" De logopedist legt vervolgens uit in technische termen wat het beleid tot nu toe is geweest. In de fase van leervraagverheldering probeert de coach de hele groep te betrekken maar de vragen van andere disciplines hebben geen relatie met de specifieke leervraag. De ergotherapeut vraagt bijvoorbeeld: *"ja..., ik ben alleen geïnteresseerd in hoe hij functioneert in zijn dagelijks handelen. Ben je ooit bij een eetmoment bij hem aangesloten?"* En de Parkinsonverpleegkundige: *"En hoe gaat zijn partner hiermee om?"* In de fase waarin de groep nadenkt over het antwoord op de leervraag zijn de ogen gericht op de neuroloog evenals bij de rapportage en de reflectie op de verkregen input van de logopedist. Er werd niet gereflecteerd op relevante input van andere disciplines. De coach heeft een belangrijke rol om dit proces tijdig te keren door bijvoorbeeld in het proces van leervraagverheldering expliciet andere disciplines te betrekken.

#### Thema 4: focus

Het thema focus richt zich met name op de doelstelling van interprofessionele intervisie, de afstemming van de verwachtingen en het volgen van de verschillende stappen van het intervisieproces (zie bijlage 1 voor een samenvatting). De rol van de coach is hierin relevant. Als de doelstellingen niet helder zijn, de verwachtingen niet afgestemd, de leervraag niet verhelderd, dan raakt de groep haar bestemming kwijt: het beantwoorden van de leervraag. Het afdwalen van de leervraag wordt dan zeer verleidelijk en de focus wordt al snel verlegd naar de patiënt en zijn probleem, een gebied waar ieder zorgprofessional zich thuis voelt. In box 5 wordt het belang van focus geïllustreerd. De coach had een belangrijke rol in het sturen op de aansluiting tussen feedbackvrager en feedbackvrager en de reflectie van de feedbackvrager op de ontvangen input, zodanig dat de leercyclus werd rondgemaakt. De vraag aan de feedbackontvanger "kun je hier wat mee?" was niet voldoende om die reflectie goed op gang te brengen. Feedbackvragers konden ten gevolge van cognitieve overload de input niet meer reproduceren of maakten bewust of onbewust een selectie. Wij hebben door voortschrijdend inzicht deze vraag vervangen door: "Kun je de input die je gekregen hebt in eigen woorden samenvatten?" en "wat ga je ermee doen?". Deze vragen zijn ontleend aan de teach-back methode<sup>14</sup> en geven ruimte om de opbrengsten van interprofessionele intervisie (eigen woorden geven aan input van andere professies) te bekrachtigen. Deze stap in het intervisieproces is expliciet opgenomen in de module.

Het is een uitdaging voor de coach om de groep te 'empoweren' om zelf de regie te nemen op het proces en samen verantwoordelijkheid te nemen voor de opbrengsten. In box 1 is zichtbaar hoe snel een groep dat kan oppakken.

Focus bewaken betekent echter niet dat er geen ruimte mag zijn voor spontane inbreng, los van de leervraag, zoals ook aangegeven in de Reflectiescan. Dat vraagt een zorgvuldige inschatting van de coach om de leerwaarde voor de groep te bepalen. In box 6 wordt een mooi voorbeeld daarvan beschreven.

#### Box 5

In pilot 7 waarbij zes verschillende disciplines betrokken waren, concludeert de neuroloog: *"ja waar het eigenlijk om gaat is de leervraag...door uitdrukkelijk te vragen 'wat is je leervraag'...'welke input wil je van anderen krijgen'...dan kun je ook gericht naar antwoorden zoeken en dan kun je dat ook redelijk compact doen...ik ken wel van die bijeenkomsten waarin steeds maar wordt uitgedijd, eindeloze casusbesprekingen, dat fenomeen van die leervraag formuleren en die eventueel verhelderen, dat werkt wel goed vind ik."*

#### Box 6

In pilot 6 wordt door de ergotherapeut (ER) een casus ingebracht van een patiënt met Parkinson waarmee communicatie steeds lastiger wordt. ER: *"...ik denk dat we allemaal hartstikke ons best doen om te luisteren en allerlei tips en trics erop los te laten...maar je kunt niet continu blijven vragen 'wat zeg je'? Dat op een gegeven moment de mantelzorgster het gesprek overneemt en de patiënt niet meer bij het gesprek betrokken wordt...dat vind ik heel naar."* Na afloop van de intervisie vraagt iemand: *"Speelt het slechte spreken meer bij mannen dan bij vrouwen? Het valt me op dat we het steeds over 'hem' hebben en als ik terugkijk naar mijn patiënten dan valt me op dat (het ook vooral mannen zijn)".* De groep knikt instemmend waarop de logopedist antwoordt: *"Mij valt dat ook op. Wat bij oudere mannen speelt is dat die stembanden minder goed werken dan bij vrouwen. Bij mannen neemt het spierweefsel van de stembanden af en waardoor de stembanden slecht contact maken. Bij vrouwen is hormonaal bepaald dat de vetcellen zich opslaan in de stembanden en die stembanden worden daardoor dikker en raken elkaar makkelijker."* De groep reageert verheugd op dit nieuwe inzicht en er wordt gelachen *"dient dat vet toch nog ergens voor!"*. En dan vraagt iemand anders: *"En horen deze mensen (de verandering) in hun eigen stem?"* *"Dat is een heel belangrijke vraag van jou"*, antwoordt de logopedist, *"nee, ze kunnen zelf niet beoordelen hoe ze praten...of ze goed genoeg (te verstaan) zijn. Daarvoor gebruiken we nu zo'n appje, dat wordt dan groen als je duidelijk genoeg praat"*.

#### Veiligheid en ruimte

Uit onze observaties is gebleken veiligheid en ruimte randvoorwaardelijk zijn voor de opbrengsten van interprofessionele intervisie. Veiligheid heeft betrekking op de vrijheid die deelnemers voelen om uitdrukking te geven aan hun gedachten en gevoelens. De coach heeft een belangrijke rol om dat klimaat van veiligheid te creëren. Ruimte heeft betrekking op de fysieke omgeving waarin de groep met elkaar overlegt. Uit onze video-observaties werd duidelijk dat een ruimte (zoals een keuken) waar ook andere mensen dan intervisiedeelnemers gebruik van maken niet bevorderend is voor het

'focus' in het gesprek. Een setting waarin niet alle deelnemers elkaar aan kunnen kijken, zoals aan een lange smalle tafel is niet bevorderlijk voor de 'inclusiviteit'.

### *Resultaten van de Interprofessional Socialisation and Valuing Scale (ISVS)*

Direct na de afsluiting van de pilot kregen deelnemers de ISVS vragenlijst via email toegestuurd. In totaal hebben 31 deelnemers de vragenlijst volledig ingevuld van de in totaal 43 deelnemers (respons van 72 %).

Deelnemers kregen de volgende instructie: "geef aan in welke mate de overtuigingen, vaardigheden en attitudes overeenkomen met die van u. Reflecteer waar u op dit moment staat."

De resultaten in tabel 5 laten zien dat deelnemers zich bewust zijn van hun overtuigingen, een positieve houding hebben ten aanzien van interprofessioneel leren en samenwerken, en vertrouwen hebben in hun vaardigheden. De scores vallen wat lager uit en lopen wat verder uiteen als het gaat om gevoelens van 'veiligheid' en 'vrijheid om zich uit te durven spreken'. Bevindingen die overeenkomen met de Reflectiescan. Opgemerkt moet worden dat het opstellen van gemeenschappelijke zorgplannen niet tot de doelstellingen van intervisie hoorde. Het letterlijk 'betrekken van de patiënt' was niet aan de orde. De grote standaarddeviatie bij vraag 14 en 22 wordt vermoedelijk veroorzaakt door het verschil tussen groepen die regulier met elkaar samenwerken rondom de zorg voor een client en incidenteel samengestelde groepen.

**Tabel 5 Resultaten ISVS**

	Items	N	Min	Max	Gem	SD
1	Ik ben me bewust van mijn vooraf gevormde ideeën wanneer ik deelneem aan teambesprekingen.	30	5	7	5,83	,59
2	Ik heb waardering voor het gebruik van een gemeenschappelijke taal door de teamleden.	31	5	7	6,16	,52
3	Ik ben me bewust van mijn eigen rol in een team.	31	5	7	6,13	,62
4	Ik ben in staat om ideeën in een teamdiscussie te delen en uit te wisselen.	31	4	7	5,90	,80
5	Ik ben mezelf gaan zien als iemand die interprofessioneel handelen in de praktijk toepast.	31	4	7	6,16	,73
6	Ik voel me op mijn gemak als leider in een teambijeenkomst.	31	3	7	5,10	,93
7	Ik spreek me gemakkelijk uit in een team wanneer anderen niet het beste belang van de cliënt voor ogen houden.	31	3	7	5,47	,97
8	Ik voel mij op mijn gemak om mijn professionele rol te beschrijven aan een ander teamlid.	31	3	7	5,97	,91
9	Ik hecht waarde aan het delen van onderzoeksresultaten met andere professionals in een team.	31	4	7	6,06	,89
10	Ik ben in staat om open te onderhandelen met anderen in een team.	31	2	7	5,97	,98
11	Ik ben me bewust van de rollen van andere professionals in een team.	31	5	7	6,23	,56
12	Ik voel me op mijn gemak in de gedeelde besluitvorming met cliënten.	31	5	7	6,23	,62
13	Ik voel me op mijn gemak bij het aanvaarden van de aan mij toevertrouwde verantwoordelijkheid in een team.	31	4	7	6,00	,64
14	Ik heb inzicht in de betrokkenheid van de cliënt bij de besluitvorming rond zijn/haar zorg.	31	2	7	5,90	1,08
15	Ik voel me op mijn gemak bij het verhelderen van misvattingen met andere leden van het team over de rol van iemand van mijn discipline.	31	4	7	5,73	,88
16	Ik heb waardering voor het belang van een teamaanpak.	31	4	7	6,45	,67
	[Ik voel me in staat om als volledig samenwerkend lid van een team op te treden]	31	4	7	6,19	,70
18	Ik voel me op mijn gemak bij het initiëren van discussie rondom het delen van verantwoordelijkheid voor de zorg voor cliënten*.	31	5	7	6,16	,58
19	Ik voel mij op mijn gemak bij gedeelde besluitvorming met andere professionals in een team.	31	5	7	6,26	,51
20	Ik heb realistische verwachtingen over andere professionals in een team.	31	4	7	6,03	,60
21	[Ik heb waardering gekregen voor de voordelen van werken in interprofessioneel teamverband]	31	5	7	6,39	,54
22	Ik heb waardering gekregen voor het belang van het betrekken van de cliënten familie als leden van een team.	31	2	7	6,00	1,07
23	Ik ben van mening dat het belangrijk is om als een team te werken.	31	5	7	6,68	,60
24	Ik voel me op mijn gemak om rekenschap af te leggen voor de verantwoordelijkheden die ik heb genomen.	31	5	7	6,26	,57

## Conclusie

Het doel van dit project was het ontwikkelen, testen en evalueren van een generieke intervisiemodule 'Interprofessioneel leren en samenwerken' en een module specifiek gericht op de patiënt met de ziekte van Parkinson.

Het project heeft twee uitgeteste modules opgeleverd die samen met de deelnemers van ParkinsonNet ontworpen zijn met aanvullende input van een groep experts en KNGF (Esther Zuijderduijn en Thierry Franke). Bijzonder aan deze modules is de introductie van de Siilo-app ([www.siilo.com](http://www.siilo.com)) die het mogelijk maakt om patiëntinformatie snel en veilig te delen. Daardoor werd het maken van korte video-opnames gefaciliteerd.

De evaluaties voor de toepasbaarheid van de modules laten zien dat:

- a. De doelstelling van intervisie helder moet zijn: "het ontwikkelen van competenties op het gebied van interprofessioneel leren en samenwerken als individu en als groep" waarbij de leervraag van de individuele zorgprofessional centraal staat en de ingebrachte casus illustratief is voor de leervraag. Dat de intervisie leidt tot verbeterde zorg voor de client kan, maar hoeft niet perse een uitkomst te zijn.
- b. De Reflectiescan een bruikbaar instrument is om reflectie op het proces van interprofessioneel leren en samenwerken te stimuleren en om gedachten en gevoelens die tijdens de intervisie niet uitgesproken worden te identificeren en bespreekbaar te maken. Op basis van evaluatie zijn de vragen en het antwoordmodel verbeterd en heeft een nieuwe naam gekregen: (RISS-2020). Het bleek als coach wel van belang om per groep te bekijken in hoeverre het bespreken van deze bevindingen relevant is; in de ene groep was meer te bespreken dan in de andere groep. Soms omdat de bevindingen heel eenduidig waren of omdat mensen juist in de praktijk nooit met elkaar samenwerken; dan zijn sommige items minder van belang.
- c. De meerwaarde van de Siilo-app om patientinformatie op een snelle en veilige manier te delen werd door alle deelnemers bevestigd, hoewel de video-capaciteit van de Siilo-app beperkt was, waardoor lange video's opgeknipt moesten worden.
- d. De structuur van de intervisiemethode is een kritisch kenmerk. Kernelementen zijn het afstemmen van verwachtingen, verhelderen van de leervraag en reflectie op de uitkomsten.
- e. De samenstelling van de groep relevant is. Groepen die op reguliere basis met elkaar samenwerken kennen andere uitdagingen dan groepen die dat op incidentele basis doen. Beide vormen hebben voor- en nadelen. Ervaren veiligheid binnen de groep lijkt in groepen met incidentele samenstelling groter te zijn.
- f. De rol van de coach relevant is voor bewaken van de structuur van de methode en de veiligheid in de groep. Veel meer dan bij monodisciplinaire intervisie is het belangrijk dat de coach de aansluiting tussen de feedbackvrager en feedbackgever bevordert en de reflectie van de feedbackvrager op de ontvangen input van verschillende disciplines. Uitdaging voor de coach is 'empowerment' van de groep in zelfsturing van het proces en gedeelde verantwoordelijkheid voor de opbrengsten.
- g. Een belangrijk inzicht is dat de video's van de mensen met Parkinson heel eenvoudig kunnen zijn om tot de verbeelding van zorgprofessionals te spreken. De client hoeft niet expliciet zijn hulpvraag te verwoorden, het is genoeg om kort een beeld van de client te schetsen.



Evaluaties van de manier waarop deelnemers de intervisiemethode in de praktijk brengen hebben laten zien dat:

- a. De vraagstukken die deelnemers inbrengen en leervragen aan de intervisiegroep gevarieerd zijn en dat de inbreng van vraagstukken evenredig verdeeld was over de niet-medische zorgprofessionals (zie bijlage 2). Artsen hebben geen casuïstiek aangeleverd.
- b. Hoe professionals aangesloten bij ParkinsonNet met elkaar communiceren en wanneer het interprofessionele karakter van de intervisie daadwerkelijk tot bruikbare resultaten leidt, is te vangen onder vier met elkaar samenhangende thema's: leervraag, authenticiteit, inclusiviteit en focus (zie figuur 1). Daarnaast zijn 'veiligheid' en 'ruimte' belemmerende of bevorderende factoren.
  - De leervraag vormt het centrale thema en is bepalend voor de meerwaarde van interprofessionele intervisie. Allereerst moet de feedbackvrager een leervraag hebben, ten tweede is het belangrijk dat hij oprecht geïnteresseerd is in het antwoord. Voor de groep is het belangrijk dat er aandacht is voor het verhelderen van de leervraag, een activiteit die buiten de comfort-zone zit van de meeste disciplines.
  - Het thema authenticiteit relateert aan de 'echtheid' van de ingebrachte casus en de 'oprechtheid' van de leervraag. De meerwaarde van een video-casus werd door deelnemers bevestigd. Een video helpt niet alleen om het probleem te begrijpen vanuit zijn authentieke context, maar ook om het in te voelen vanuit het perspectief van de patiënt en de zorgverlener. In tegenstelling tot een geschreven casus lokt een videocasus meer empathie en respons uit. Een vergelijkbaar fenomeen hebben wij geobserveerd als het gaat om de 'oprechtheid van de leervraag'. Een leervraag die 'uit het hart komt' spreekt de groep aan en motiveert om 'als team' een oplossing te zoeken. Omgekeerd kan de animositeit van het gesprek uitdoven als de leervraag gekunsteld is en wordt de meerwaarde van interprofessionele intervisie niet benut.
  - Het thema 'inclusiviteit' refereert naar de mate waarin de feedbackvrager en de feedbackgever zich richten tot de hele groep en de bestaande interprofessionele kennis binnen de groep maximaal benutten. Als de leervraag expliciet gericht is op een enkele discipline, is de kans groot dat het antwoord ook beperkt is tot het kennisdomein van die discipline. Dat gebeurde voornamelijk in groepen waarbij ook een arts aanwezig was die impliciet beschouwd werd als een superieure kennisbron. De arts kreeg ongevraagd de rol van 'consultant' en nam die rol bewust of onbewust. Hierdoor werden overige disciplines op een tweede plan gezet, een fenomeen dat zich bij monodisciplinaire intervisie niet voordoet.
  - Het thema 'focus' refereert naar de doelstelling van interprofessionele intervisie en het belang van de coach om verwachtingen vooraf af te stemmen en op de gewenste opbrengsten te sturen (zie ook boven). Focus was ook gerelateerd aan de fysieke ruimte. Een opstelling in een kring, aan een tafel, in een ruimte die niet tegelijkertijd door anderen wordt gebruikt heeft de voorkeur boven andere opstellingen. Door Covid-19 was online intervisie een noodzakelijke oplossing, maar beslist een werkbare vorm als het gaat om duurzame implementatie.

De ervaren opbrengsten van interprofessionele intervisie zijn geëvalueerd met de ISVS vragenlijst. De resultaten laten zien dat deelnemers zich bewust zijn van hun overtuigingen, een positieve houding

hebben ten aanzien van interprofessioneel leren en samenwerken, en vertrouwen hebben in hun vaardigheden. De scores lopen uiteen als het gaat om gevoelens van 'veiligheid' en 'vrijheid om zich uit te durven spreken'. Deze resultaten ondersteunen eerdere bevindingen.

### **Eindconclusie**

De modules zijn in de huidige vorm bruikbaar voor brede implementatie. Training voor coaches in het begeleiden van interprofessionele intervisiegroepen is wenselijk om de meerwaarde van de interprofessionele intervisie daadwerkelijk te kunnen benutten. Duurzame implementatie is afhankelijk van accreditatie (of er geaccrediteerd wordt op welke wijze er geaccrediteerd wordt) in de kwaliteitsregisters van deelnemende zorgprofessionals of van andere vormen van tegemoetkoming in tijd en (reis-)kosten. Het is goed om te beseffen dat deelnemers aan de pilots zich vrijwillig hebben aangemeld en dat de resultaten van dit onderzoeksproject ook in dat daglicht moeten worden beschouwd.

## Literatuur

1. Barab S, Squire K. Design-based research: putting a stake in the ground. *J Learn Sci.* 2004;13(1):552-560. doi:10.1016/j.yjmcc.2009.07.018
2. van Aken J, Andriessen D. *Handboek Ontwerpgericht Wetenschappelijk Onderzoek: Wetenschap Met Effect.* Boom Lemma, 2011.
3. van Dongen J. *Interprofessional Collaboration in Primary Care Teams. Development and Evaluation of a Multifaceted Programme to Enhance Patient-Centredness and Efficiency.* (Gildeprint, ed.). Maastricht; 2017.
4. Kirschner PA. Social and cognitive factors driving teamwork in collaborative learning environments. *Small Gr Res.* 2006;37(5):490-521.
5. Fairclough N. *Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language.* Routledge; 2013.
6. Leitch S, Palmer I. Analysing texts in context: Current practices and new protocols for critical discourse analysis in organization studies. *J Manag Stud.* 2010;47(6):1194-1212. doi:10.1111/j.1467-6486.2009.00884.x
7. Haddara W, Lingard L. Are we all on the same page? a discourse analysis of interprofessional collaboration. *Acad Med.* 2013;88(10):1509-1515. doi:10.1097/ACM.0b013e3182a31893
8. Lingard L, Sue-Chue-Lam C, Tait GR, et al. Pulling together and pulling apart: influences of convergence and divergence on distributed healthcare teams. *Adv Heal Sci Educ.* 2017;22(5):1085-1099. doi:10.1007/s10459-016-9741-2
9. Mann K, van der Vleuten CP, Eva KW, et al. Tensions in informed self-assessment: how the desire for feedback and reticence to collect and use it can conflict. *Acad Med.* 2011;86(9):1120-1127. doi:10.1097/ACM.0b013e318226abdd
10. Hauser R, Maas M, van Heerde R. Gemodificeerde Interprofessionele socialisatie- en waarderingsschaal. 2019.
11. King G, Orchard C, Khalili H, Avery L. Refinement of the Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS-21) and Development of 9-Item Equivalent Versions. *J Contin Educ Health Prof.* 2016;36(3):171-177.
12. King G, Orchard C, Khalili H, Avery L. Interprofessional Socialization and Valuing Scale. 2016.
13. Iacoboni M. *Mirroring People: The New Science of How We Connect with Others.* 2nd ed. (Farrar S and G, ed.). New York: Macmillan; 2009.
14. Meinema T. *Wat Werkt Bij Eigen Regie?;* 2017. doi:10.1007/s12632-016-0059-3
15. Kuijer-Siebelink W, Weijzen S, de Vijlder F. *Grensoverstijgend Samenwerken, Leren En Opleiden in Het Sociaal En Gezondheidsdomein.*
16. Bellersen M, Kohlmann I. *Praktijkboek Intervisie.* Deventer: Wolters Kluwer; 2009.
17. Wesselo H. *De Intervisieschatkist.;* 2012. file:///C:/Users/Marjo/Downloads/intervisieschatkist (1) (1).pdf.
18. Breteler M, Kuijer-Siebelink W. Toolbox interprofessionele werkvormen. 2017:1-54. <https://www.radboudumc.nl/getmedia/21bb9168-f9ab-4d5d-b273-61aac70b0366/Toolbox-werkvormen-IPL-december-2018.aspx>.

## Bijlage 1 Samenvatting intervisiemethodiek

### Vorbereiding intervisiebijeenkomst 1

De fysiotherapeut organiseert een IPO binnen de eigen setting of binnen de setting van een interprofessioneel Netwerk (bijvoorbeeld Chronisch ZorgNet of ParkinsonNet). De deelnemers worden uitgenodigd via email en ontvangen ingesloten de informatiebrief (bijlage). De informatiebrief is een samenvatting van de module. Het is belangrijk dat alle deelnemers deze informatiebrief gelezen hebben, voorafgaand aan de eerste bijeenkomst. Deelnemende fysiotherapeuten downloaden de volledige module via Compass.

Alle deelnemers aan het 1<sup>e</sup> IPO bereiden zich voor. In onderstaand schema staan de stappen die je daarvoor onderneemt. De verschillende stappen worden daarna toegelicht.

Vorbereiding in schema
Kies een casus die je zou willen inbrengen.
Formuleer een leervraag.
Beschrijf het gezondheidsprobleem.
Vraag toestemming voor het gebruik van schriftelijk en video-materiaal van je cliënt.
Maak een korte video-opname van je cliënt (max. 2 min.) zodat de deelnemers aan het IPO zich een voorstelling kunnen maken van de cliënt die je ter bespreking inbrengt.
Upload je leervraag, de beschrijving van het gezondheidsprobleem van je cliënt en de video-casus via de Siilo-app of via Compass.
Bekijk de inbreng van je collega's

#### Een casus kiezen

Kies een casus waarmee je al een tijdje worstelt of geworsteld hebt en waarbij de expertise van andere professionals in zorg en welzijn gewenst is.

#### Een leervraag formuleren

Ga bij jezelf na wat je van je collega's wilt weten en waarom je dat wilt weten. Uit je leervraag blijkt dat je nieuwsgierig bent naar de input van anderen.<sup>15</sup> Kortom, stel jezelf leerbaar op. De groep voelt feilloos aan als jij een leervraag inbrengt waarop je het antwoord eigenlijk al weet.

#### De casus beschrijven

Beschrijf de casus kort en bondig en geef niet meer informatie dan nodig om je leervraag te kunnen beantwoorden. Je kunt de richtlijn voor het schrijven van een casus gebruiken om de informatie overzichtelijk te ordenen.

#### Toestemming vragen

Gebruik het informed consent formulier in de bijlage

#### De casus delen met je intervisiegroep

Als je de casus deelt via de Siilo-app, volg je de volgende stappen.

Gebruik je de Siilo-app nog niet in de communicatie met je collega's, dan download de Siilo-app op je laptop of telefoon, 2 weken voor aanvang van het IPO (2 min). De handleiding voor het downloaden van de App vind je op deze URL.

Voor Android: <https://www.siilo.com/resources/handleiding-android-app-nl>.

Voor Apple: <https://www.siilo.com/nl/bronnen/handleiding-ios-app-nl>.

De coach maakt een groep aan met een groepsnaam. Daarvoor is je e-mailadres nodig. Je krijgt een uitnodiging via de Siilo-app op je e-mailadres om aan te sluiten bij de app-groep.

Als je groep is aangemaakt:

Open je Siilo-appgroep, ga linksonder op het scherm naar de +-button en voeg je casus toe via "Casus aanmaken". Let op: deel geen informatie op een andere manier zoals bv. Google Drive, Wettransfer, mail of een link naar een ander platform, houd rekening met de geldende privacywetgeving.

Voor een korte intro over Siilo hierbij de link: <https://youtu.be/iyUC31MbGaY>.

Voor het toevoegen van casussen een korte toelichting: <https://youtu.be/PK9ypnGKx40>

Voor het overbrengen van gegevens van de Siilo-app op je telefoon naar je PC een korte toelichting: <https://youtu.be/LksW9EzBEkE>

Er is een PC-versie van de Siilo-app hiervoor ga je op je PC/Laptop via de webbrowser Google Chrome naar: [www.web.siilo.com](http://www.web.siilo.com). Via de QR-code die je met vanuit de Siilo-app op je telefoon scant op het beeldscherm van je PC/Laptop activeer je de web-versie en kan je via je PC/Laptop werken.

### Intervisiebijeenkomst 1

Tijdens de bijeenkomst geeft de groep aan in welke volgorde de casuïstiek wordt besproken. Voor de bespreking hanteren we een intervisiemethode die uitgebreid is getest en geschikt is voor dit doel. Het is belangrijk om de structuur van de methode zoveel mogelijk aan te houden.<sup>16-18</sup> De bespreking wordt begeleid door een coach. Na afloop wordt proces en de opbrengsten van het IPO geëvalueerd. Zie hieronder de planning van de twee bijeenkomsten in schema.

Intervisiebijeenkomst 1 in schema	Wie	Tijdsindicatie
Introductie doel en werkwijze van de bijeenkomst	Coach	5 min
Korte kennismaking en verwachtingen van de bijeenkomst uitspreken. De coach introduceert het reflectiemodel dat na afloop van de bijeenkomst wordt ingevuld en in de 2 <sup>e</sup> bijeenkomst wordt besproken en licht de doelstelling toe.	Coach Groep	
Casus 1		
Korte toelichting op ingebrachte casus en eventueel terugkijken van de video. De groep luistert, zonder te reageren. De casusinbrenger herhaalt kort zijn persoonlijke leervraag.	Inbrenger	2-5 min
Aanvullende vragen om leervraag scherper te krijgen. De groep achterhaalt waarom de casusinbrenger deze leervraag inbrengt en wat de casusinbrenger nodig heeft van de groep.	Groep	5 min

In deze fase heeft de groep de neiging om onnodig veel informatie te willen verzamelen. Tip: focus op de leervraag van de casusinbrenger		
Aanvullende vragen om de hulpvraag van de client en het gezondheidsprobleem scherper te krijgen. De groep vraagt naar aanvullende informatie over de casus die nodig is om het gezondheidsprobleem te begrijpen. In deze fase heeft de groep de neiging om al adviezen te geven. Tip: focus op de hulpvraag en informatie over het gezondheidsprobleem.	Groep	5-10 min
Bespreking van mogelijke oplossingen in 2-tallen. De casusinbrenger is daarbij niet betrokken.	Groep	15 min
Centraal inbrengen van de mogelijke oplossingen door de koppels. In deze fase is er geen ruimte voor discussie. De casusinbrenger luistert alleen maar. Pas als alle oplossingen zijn ingebracht, reageert de casusinbrenger. De coach vraagt de casusinbrenger om de gedane suggesties samen te vatten, zijn persoonlijke doelen en acties met de groep te delen en voor zichzelf te notuleren.	Coach Groep	15 min
Samenvatting van de leeropbrengsten	Coach	5 min
Totaal casus 1		60 min
Casus 2		
Zoals bij casus 1		
Totaal casus 2		50 min
Korte evaluatie van de 1 <sup>e</sup> intervisiebijeenkomst	Coach Groep	5 min
Beantwoorden kernvragen van de Reflectiescan (RISS-2020) (ter plekke op papier of na afloop via Compass).		5 min
Totale tijdsduur 1 <sup>e</sup> intervisiebijeenkomst		120

### Afsluiting intervisiebijeenkomst 1

De coach verzamelt de informatie en geeft deze geanonimiseerd terug in de 2<sup>e</sup> bijeenkomst waarin de antwoorden op de kernvragen worden besproken.

De Reflectiescan (RISS-2020) bestaat uit 6 kernvragen. Als de groep is samengesteld uit deelnemers die in de praktijk niet met elkaar samenwerken, richt je dan op het 'samen leren' als groep.

### Vorbereiding intervisiebijeenkomst 2

Zie voorwerk intervisiebijeenkomst 1

De coach heeft de resultaten van de Reflectiescan op een overzichtelijke manier samengevat in een tabel die tijdens de 2<sup>e</sup> bijeenkomst wordt gepresenteerd en de input vormt voor discussie.

### Intervisiebijeenkomst 2

De 2<sup>e</sup> intervisiebijeenkomst bestaat uit 2 delen. In deel 1 worden de geselecteerde kernvragen van de Reflectiescan besproken. In deel 2 wordt de 3<sup>e</sup> en eventueel 4<sup>e</sup> casus ingebracht waarbij de

nieuwe inzichten ten aanzien van interprofessioneel samenwerken en leren worden toegepast. Als de tijd het toelaat kan een 4<sup>e</sup> casus ingebracht worden.

De 2<sup>e</sup> intervisiebijeenkomst bestaat uit 2 delen. In deel 1 worden de geselecteerde kernvragen van de Reflectiescan besproken. In deel 2 wordt een nieuwe casus ingebracht waarbij de nieuwe inzichten ten aanzien van interprofessioneel leren en samenwerken worden toegepast.

<b>Intervisiebijeenkomst 2 in schema</b>	<b>Wie</b>	<b>Tijdsindicatie</b>
Toelichting doelstelling en werkwijze 2 <sup>e</sup> bijeenkomst.	Coach	5 min
De coach vraagt aan de casusinbrengers van het 1 <sup>e</sup> IPO wat er met de informatie is gedaan in relatie tot de leervragen en wat de ontwikkelingen tot nu toe zijn geweest.	Coach	5 min
Reflectie		
De coach presenteert de resultaten van de Reflectiescan. De groep geeft aan welke kernvragen verdiepend besproken worden.	Coach / Groep	5 min
De coach brengt de kernvragen in voor bespreking.	Coach / Groep	50-60
Samenvatting van de leeropbrengsten	Coach	5 min
Totaal reflectie		75
Casus 3		
Procedure is gelijk aan intervisiebijeenkomst 1. Mogelijk is er ruimte voor een 4 <sup>e</sup> casus.		45 min
Totale tijdsduur 2e intervisiebijeenkomst		120 min

## Bijlage 2 Overzicht ingebrachte casuïstiek en leervragen

Dit overzicht is een representatieve greep (geen volledig overzicht) uit de ingebrachte casussen en de leervraag die door de casusinbrenger is geformuleerd.

PVK = Parkinsonverpleegkundige

WVK=Wijkverpleegkundige

FT=Fysiotherapeut

DT=Dietist

LO=logopedist

ER=ergotherapeut

MW=maatschappelijk werker

Inbrenger	Casus	Leervraag
<b>PVK</b>	Vrouw stuurt woensdagavond om 21.00 een bericht via Whatsapp. Patiënt is zichtbaar in paniek.	Hoe stel ik samen met haar goede grenzen ten behoeve van mezelf en ook van haar.
<b>WVK</b>	Vrouw met Reuma en Parkinson, is nu nog mobiel met rollator, maar wil niet weten wat de toekomst brengt en houdt relevante zorg af.	Wie kan ik inschakelen, wie heeft het overzicht, wie draagt de eindverantwoordelijkheid?
<b>FT</b>	Man waarmee communicatie steeds lastiger wordt en communicatie alleen nog mogelijk is via mantelzorger.	Zijn er aanvullende ideeën om de communicatie te bevorderen?
<b>FT</b>	Vrouw met aanhoudende stijfheid in nek-schouderregio. Heeft al veel zorg-disciplines geconsulteerd. De verschillende disciplines werken langs elkaar heen.	In hoeverre moet je haar ontmoedigen om nog meer professionele hulp te zoeken, ook al is dat soms op verwijzing van de neuroloog?
<b>PVK</b>	Man met hevige 'on-off-periodes'. Tijdens de off-periodes kan hij niks (hij doet graag klusjes in en om het huis en wil zichzelf graag nuttig maken). Hij is niet gemotiveerd voor therapie (medisch of paramedisch).	Zijn er nog mogelijkheden die ik nog niet gezien heb, een andere manier van benaderen bijvoorbeeld?
<b>DT</b>	Vrouw met slechte eetlust, eet niet meer met plezier (tegen heug en meug). Is vijftien kilo afgevallen.	Heb ik wat gemist, heb ik iets over het hoofd gezien?
<b>FT</b>	Vrouw met onverklaarbare dystonie-achtige kramp in de kuit die ontstaat als ze haar hak op de grond zet. De klachten zijn ontstaan na een val en zijn hinderlijk bij lopen en fietsen.	Wat is hier aan de hand (en wat is eraan te doen)?
<b>LO</b>	Man met Parkinson en Bechterew heeft in toenemende mate problemen in de communicatie. Bijkomend probleem is hevig stotteren.	Wat is spreektechnisch nog haalbaar met logopedie in verband met het stotteren dat erfelijk bepaald is?
<b>FT</b>	Man met Parkinson en status na CVA in 2018. Hij is vanaf die tijd zeer depressief geweest, maar dat gaat nu beter. Hij wil graag zijn oude hobby, miniaturen van kermisattracties maken uit afvalmateriaal.	Het lukt hem dat niet meer i.v.m. de slechte fijne motoriek. Hoe moet je daarmee omgaan? Eigenlijk, hoe kan ik hem gelukkiger maken?
<b>MW. en PVK</b>	Echtpaar waarbij er weinig tot geen gesprek mogelijk is over de toekomst. De man, waarbij sinds kort Parkinson geconstateerd is, bagatelliseert het probleem.	De vraag was hoe nu verder...hoe kunnen we de communicatie tussen hun beide stimuleren?



## Bijlage 3 ReflectieScan Interprofessioneel Samen werken en Samen leren (RISS-2020)

### Instructie

Onderstaande vragenlijst is ontworpen om het proces van interprofessioneel samenwerken te evalueren. De vragenlijst is ontwikkeld door IQ Healthcare in samenwerking met Hogeschool Zuyd (Wim Goossens & Jerome van Dongen). De ReflectieScan (RISS-2020) is voor zowel bestaande als nieuw samengestelde teams te gebruiken:

#### Toepassing bij een bestaand team:

De deelnemende intervisiegroep werkt in de praktijk al langer met elkaar samen en richt zich bij de reflectie zowel op 'samen leren' als op 'samenwerken'.

#### Toepassing bij een nieuw team:

De deelnemende intervisiegroep komt alleen tijdens de intervisie bij elkaar en richt zich bij de reflectie voornamelijk op 'samen leren'. Sommige vragen met betrekking tot samenwerken zijn mogelijk niet van toepassing.

De vragenlijst bestaat uit 6 kernvragen voor reflectie op interprofessionele samenwerking

- Kennen we elkaar als professional in zorg en welzijn?
- Hanteren we een gezamenlijke opvatting over doelen, inhoud en gewenst resultaat?
- Werken we volgens de afgesproken methode en gedragsregels?
- Kunnen we op een prettige en constructieve manier met elkaar leren en samenwerken?
- Durven en kunnen we eerlijk onze eigen gedachten en emoties tonen?
- Spelen omgevingsfactoren een rol bij samenwerken en leren?

Onder iedere kernvraag staan een aantal onderliggende vragen die je kunnen helpen om de kernvraag te beantwoorden. Geef voor iedere kernvraag aan op een schaal van 1 tot 5 in hoeverre je vindt dat de groep hier aandacht aan zou moeten besteden. Als de vraag niet van toepassing is kruis je het vakje 'o' aan. Schrijf in het open vak je eventuele opmerkingen.

#### **Kennen we elkaar als professional in zorg en welzijn?**

- Kennen we elkaars expertise?
- Kennen we elkaar rollen en werkwijze?

1. Kennen we elkaar als professional in zorg en welzijn?								
Heeft aandacht nodig	1	2	3	4	5	Gaat goed	Niet van toepassing	0

Opmerkingen:

#### **Hebben we een gemeenschappelijke opvatting over de doelen, inhoud en gewenst resultaat?**

- Is het gezamenlijke doel voor iedereen helder?
- Kan ik voor mezelf benoemen wat mijn persoonlijke doel is voor dit overleg?
- Is het gewenste eindresultaat helder?
- Zijn de verwachtingen over de inhoud afgestemd?
- Passen de ingebrachte vraagstukken bij de doelstelling van intervisie?

- Is er voldoende variatie in de ingebrachte vraagstukken?
- Zijn de ingebrachte vraagstukken voldoende uitdagend?

2. Hebben we gemeenschappelijke opvatting over de doelen, inhoud en gewenst resultaat?								
Heeft aandacht nodig	1	2	3	4	5	Gaat goed	Niet van toepassing	0

**Opmerkingen:**

### Werken we volgens de afgesproken methode en gedragsregels?

- Hebben we de informatie vooraf gelezen?
- Heeft iedereen zich voorbereid zoals afgesproken?
- Is de leervraag van de casus inbrenger voldoende verhelderd?
- Is het gezondheidsprobleem van de patiënt voldoende verhelderd?
- Spreken we dezelfde taal?
- Zijn de opbrengsten voor de casus inbrenger geëvalueerd en zijn er afspraken gemaakt voor vervolgstappen?

3. Werken we volgens de afgesproken procedures en spelregels?								
Heeft aandacht nodig	1	2	3	4	5	Gaat goed	Niet van toepassing	0

**Opmerkingen:**

### Kunnen we op een prettige en constructieve manier met elkaar samenwerken?

- Is er sprake van een veilig klimaat, waarin iedereen zich kwetsbaar durft op te stellen?
- Zijn er spanningen / rivaliteit in de groep?
- Spelen machtsverschillen in de groep een rol?
- Zijn we in staat constructieve feedback / advies te geven en ontvangen?
- Heeft iedereen een gelijke bijdrage?
- Gaan we professioneel met elkaar om?
- Tonen we respect voor elkaars inbreng?
- Kunnen we onbevooroordeeld vragen stellen aan elkaar (geen suggestieve vragen)?
- Gunnen we elkaar de ruimte om de expertise van de verschillende deelnemers tot zijn recht te laten komen?
- Is er sprake van subgroepsvorming binnen de groep?
- Spelen er bepaalde groepsnormen (onuitgesproken regels) een rol?

### Leiderschap (zowel formeel als informeel)

- Wordt het proces voldoende bewaakt?
- Wordt de veiligheid in de groep voldoende bewaakt?
- Worden de deelnemers voldoende gestimuleerd om actief te participeren?
- Werken we resultaatgericht?

4. Kunnen we op een prettige en constructieve manier met elkaar samenwerken?								
Heeft aandacht nodig	1	2	3	4	5	Gaat goed	Niet van toepassing	0

**Opmerkingen:**

**Durven en kunnen we eerlijk onze eigen gedachten en emoties tonen?**

- Durf ik openlijk te zeggen wat er speelt?
- Spreek ik mijn verwachtingen uit?
- Laat ik zien wat ik voel?
- Heb ik het gevoel erbij te horen?
- Wordt mijn bijdrage als zorgprofessional gerespecteerd?
- Word ik als persoon gewaardeerd?

5. Durven en kunnen we eerlijk onze eigen gedachten en emoties tonen?								
Heeft aandacht nodig	1	2	3	4	5	Gaat goed	Niet van toepassing	0

**Opmerkingen:**

**Zijn contextfactoren van invloed op het proces van samenwerken en leren?**

- Zijn verschillende belangen van deelnemers van invloed?
- Is er concurrentie voelbaar?
- Is financiering van invloed?
- Is wet en regelgeving van invloed?
- Is de ruimte of locatie van invloed?

6. Spelen omgevingsfactoren een rol bij samenwerken en leren?								
Weinig invloed	1	2	3	4	5	Veel invloed	Niet van toepassing	

**Opmerkingen:**