

# Interprofessional collaboration in primary care teams

## Citation for published version (APA):

van Dongen, J. J. J. (2017). *Interprofessional collaboration in primary care teams: development and evaluation of a multifaceted programme to enhance patient-centredness and efficiency*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20171215jvd>

## Document status and date:

Published: 01/01/2017

## DOI:

[10.26481/dis.20171215jvd](https://doi.org/10.26481/dis.20171215jvd)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.





## Summary

**Chapter 1** starts with an introduction of the subject of this thesis: interprofessional collaboration in primary care teams. The introduction begins by reflecting on the increasing complexity of care for chronic patients. In addition to physical and mental challenges, chronically ill patients are increasingly confronted with problems in their social situation. The chapter then defines the primary care setting (the setting for the research discussed in this thesis). There is a need for a patient-centred approach, focusing on the patient's goals and acquiring a complete understanding of a patient's situation, preferences, and individual needs. Important aspects include patient participation and involvement, self-management, and goal setting. Interprofessional collaboration is a strategy to enhance patient-centredness, by coordinating care and developing shared care plans. However, implementing efficient, patient-centred, interprofessional collaboration is perceived as complex and is influenced by many interrelated factors. Therefore, the aim of the research reported on in this thesis was to explore the key factors for improving primary care professionals' interprofessional collaboration in the development of patient-centred care plans. This thesis reports on three phases, including eight studies, starting by exploring the field of interprofessional collaboration and an in-depth problem analysis of current practice (*phase 1*), followed by a process to develop a programme to improve interprofessional team meetings, characterised by co-creation with intended users (*phase 2*), and finally an evaluation of the resulting programme (*phase 3*). The research questions for each phase are:

### Phase 1

1. What is known in the scientific literature about developing interprofessional shared care plans?
2. What factors influence the development of interprofessional shared care plans?
3. How are interprofessional team meetings currently conducted in Dutch primary care, and what are the participants' experiences?
4. How do patients and professionals experience patient participation in interprofessional team meetings?
5. What is the patients' perspective on interprofessional team meetings in primary care?

### Phase 2

6. What are the key elements of a programme to improve interprofessional team meetings in primary care?

### Phase 3

7. What are the critical factors determining the suitability and potential impact of a programme to improve the functioning of interprofessional team meetings?
8. What are the contextual facilitators of and barriers to a sustainable implementation of interprofessional teamwork in a primary care setting?

**Chapter 2** describes the findings of a scoping review. This literature review surveys the scientific literature on developing shared care plans. A systematic database search resulted in 45 articles being included, 5 of which were empirical studies concentrating purely on care plans. Findings were synthesised using directed content analysis. The review revealed three themes. The first theme was the format of the shared care plan, with the following elements: patient's current state, goals and concerns, actions and interventions, and evaluation. The second theme concerned the development of shared care plans. Factors influencing this process can be categorised as interpersonal, organisational and patient-related factors. The third theme covered tools, whose main function is to support professionals in sharing patient information without personal contacts. Such tools involve documentation of and communication about patient information. We concluded that care plan development is not an independent concept, but should be seen as the result of an underlying process of interprofessional collaboration between team members, including the patients. To integrate the patients' perspectives into the care plans, their needs and values need careful consideration. Moreover, the review indicates a need for new empirical studies examining the development and use of shared care plans and evaluating their effects.

**Chapter 3** describes an in-depth exploration of the factors influencing the process of interprofessional collaboration. As the previous chapter showed, the process of interprofessional collaboration for care plan development is influenced by a number of interrelated factors. Hence, we decided to explore these factors in greater depth, by conducting a qualitative focus group study, with healthcare professionals, patient representatives and experts in the field of interprofessional collaboration. In four groups participants discussed viewpoints, barriers, and facilitators regarding interprofessional collaboration for care plan development. The data were analysed by means of inductive content analysis. The resulting factors can be divided into 5 key categories: (1) patient-related factors: active role, self-management, goals and wishes, membership of the team; (2) professional-related factors: individual competences, domain thinking, motivation; (3) interpersonal factors: language differences, knowing each other, trust and respect, and motivation; (4) organisational factors: structure, composition, time,

shared vision, leadership, and administrative support; and (5) external factors: education, culture, hierarchy, domain thinking, law and regulations, funding, technology and ICT. Apparently, improving interprofessional collaboration for care plan development calls for an integrated approach including patient- and professional-related factors, as well as interpersonal, organisational, and external factors. Moreover, the leader of the team seems to play a key role in keeping the patient perspective in mind, organising and coordinating interprofessional collaboration, and guiding the team through development.

**Chapter 4** describes our second qualitative study to explore the process of interprofessional collaboration in primary care team meetings. Current practice was observed and compared with team members' personal opinions, explored by interviewing them individually immediately after the observed team meeting. Eight interprofessional team meetings in different primary care practices were observed. Experiences and personal opinions were explored in 60 individual semi-structured interviews with the participating health care professionals, from different disciplines. The data were analysed by means of content analysis. Most participants expressed favourable opinions about their team meetings. However, observations showed that team meetings were more or less chaotic, unstructured, and lacked a team coordinator or leader. This study showed a discrepancy between the findings from observations and interviews. From the interviews, four main themes were extracted: (1) team structure and composition, (2) patient-centredness, (3) interaction, and (4) attitude and motivation. Based on the observations and interviews, we concluded that interprofessional team meetings could benefit from improvements in structure, patient-centredness, and leadership by the chairpersons. Moreover, given the discrepancy between observations and interviews, it appeared useful to improve team members' awareness of aspects that could be improved before training them in dealing with specific challenges.

Observations from the study presented in chapter 4 showed that patient participation during interprofessional collaboration occurred only occasionally. Therefore **Chapter 5** describes a qualitative study to examine how health care professionals and patients who are used to patient participation in their interprofessional team meetings experience and organise patient participation in these meetings. This study included observations of eight different team meetings in various settings (both institutional and non-institutional) and interviews with professionals, patients, and informal caregivers. Professionals and patients were asked about their experiences with patient participation immediately after the team meetings. Results from both observations and interviews

were analysed using content analysis. The findings show a variety of influencing factors, which can be divided into five categories: (1) meeting structure and task distribution, (2) group composition, (3) relationship between professionals and patients or relatives, (4) patients' characteristics, and (5) purpose of the meeting. The study concluded that patient participation in team meetings was appreciated by both professionals and patients. A tailored approach to patient involvement in team meetings is preferable. When considering the presence of patients in team meetings, attention should be given to patients' willingness and ability to participate, and the necessary information shared between patient and health care team before the meeting. Participating patients seem to appreciate support and preparation for the meeting.

As regards patient-centeredness, it is useful to actively include the patients' perspective. Therefore the research described in **Chapter 6** explored the patients' perspectives regarding interprofessional team meetings in primary care by means of a qualitative study with a focus group design. Two focus group meetings took place, for which the same patients were invited. The participants, seven chronically ill patients with experience of interprofessional collaboration were recruited through the regional patient association. Participants discussed viewpoints, expectations, and concerns regarding interprofessional team meetings in two rounds, using a focus group protocol and selected video-taped vignettes of team meetings. The first meeting focused on conceptualisation and identification of the themes related to interprofessional team meetings that are important to patients. The second meeting aimed to gain more in-depth knowledge and understanding of the priorities. Discussions were audio-taped and transcribed verbatim, and analysed by means of content analysis. Findings were divided into six key categories, capturing the factors that patients found important regarding interprofessional team meetings: (1) putting the patient at the centre, (2) opportunities for patients to participate, (3) appropriate team composition, (4) structured approach, (5) respectful communication, and (6) informing the patient about meeting outcomes. They also emphasised the right of patients or their representatives to take part in interprofessional team meetings.

The findings from the studies presented in chapters 2-6 were used as input for the next study, described in **Chapter 7**, which aimed to develop a programme to improve the efficiency and patient-centredness of interprofessional team meetings (phase 2 of the project). This chapter describes the development and final content of the programme, which was developed using an action research approach characterised by co-creation with intended users. A first draft of the programme was developed, and iteratively used and evaluated by three primary care teams. Data were collected by means of

observations, interviews, and a focus group, and analysed using directed content analysis. The final programme comprises a framework to reflect on team functioning, and training activities supplemented by a toolbox. Training includes an information meeting for all team members, and two day parts training, peer feedback sessions, and on-the-job coaching intended for the chairperson and co-chair. Training activities are directed at organising and structuring meetings, guiding the team through development, and enhancing patient-centredness. Findings of this study emphasised the essential role of the team's chairperson, who, in addition to technically structuring meetings, should act as a change agent guiding team development. Moreover, findings showed that the programme should be customisable to each individual team's context and participants' learning objectives. The study also concluded that becoming acquainted with new structures can be considered a growth process, in which teams have to find their way, with the chairperson serving as a change agent.

**Chapter 8** describes the study in which the perceived suitability and potential impact of the programme were evaluated (phase 3 of the project). A prospective process evaluation was conducted, using a mixed-methods approach. Six primary care interprofessional teams participated. Data collection included observations of team meetings, semi-structured interviews with team chairpersons, a focus group meeting, and a questionnaire for all team members. Qualitative data were analysed using directed content analysis and quantitative data using descriptive statistics. Results of our evaluation showed that, on the whole, the programme was appreciated. Most progress was perceived regarding structure and organisation. Chairs perceived increased awareness of patient-centredness and team processes. They perceived the training activities as useful and instructive, and valued peer feedback and on-the-job coaching as the most effective strategies. Findings from the questionnaire showed a tendency in the intended direction for all variables. We concluded that the programme can be considered a suitable approach for improving team functioning, although enhancing patient-centredness requires additional training/practice and on-the-job coaching. Lastly, the programme should be context-specific, flexible in use, and preferably delivered and mediated by an external facilitator at the workplace.

In addition to the process evaluation, **Chapter 9** describes a case study examining contextual facilitators of and barriers to a sustainable implementation of teamwork. Effective development of teams requires support from the wider organisational context. In a Dutch village, healthcare professionals work closely together, and mutual consultations as well as interprofessional meetings take place on a regular basis. The network was created as a precondition for sustainable interprofessional teamwork in



care for the elderly. However, several external barriers were encountered regarding the supportive structure and cooperative attitude of the healthcare insurer and the municipal authorities. Complicating factors included finding the right key figures, and the different perspectives on team development and team effectiveness. We concluded that healthcare insurance companies need to implement changes in their internal organisation to facilitate an interprofessional care approach. Furthermore, municipal authorities should work on their views about the needs and benefits of a fruitful collaboration with interprofessional healthcare teams. The challenge for healthcare teams is to learn to speak the language of external partners. To support the development of interprofessional teams, external parties need to recognise and put their trust in a shared aim to provide quality of care in an efficient and effective way.

**Chapter 10** presents the general discussion of this thesis. This final chapter starts with an overview of the main findings in each phase of the project, and then discusses some general methodological considerations regarding the qualitative study design, participating teams, trustworthiness, and measurement of the quality of interprofessional collaboration in primary care teams. It then discusses the main findings and lessons learnt in the light of existing literature. This discussion chapter reflects on the differences between primary care teams and their dynamic composition. However, regardless of the type of collaboration, all teams should invest in knowing each other, implement a repetitive cycle of reflection, and strive for commitment to procedures and interaction. It is also important to appoint a competent leader, able to cope with this challenging task. The chapter then highlights the potential of interprofessional learning by undergraduate students during team meetings, and recommends further exploration and expansion of team-based learning activities. This is followed by a discussion of the difficulty of adopting a patient-centred approach. Professionals have to strike a balance between professional and patient perspectives. Both professionals and patients have their preferences regarding the level of patient participation before, during, and after team meetings. It seems worthwhile to explore how these two perspectives and levels of participation can be tailored to patients' preferences and capabilities. We also recommend to study strategies to enable behavioural change among professionals regarding patient-centredness. Lastly, the chapter highlights the complexity current primary care is confronted with. A plea is made for implementing the programme in a flexible way, tailored to a team's specific context and development needs, optionally supported by an external coach. A feasible self-assessment tool should be developed to detect blind spots and guide the team towards learning objectives. The chapter ends with a summary of recommendations for future practice and research.





## Samenvatting

**Hoofdstuk 1** begint met een introductie op het onderwerp van dit proefschrift: interprofessioneel samenwerken in eerstelijns teams. Allereerst reflecteren we op het belang van interprofessioneel samenwerken, bij de toenemende complexe chronische zorg. Patiënten met een of meerdere chronische aandoeningen hebben naast lichamelijke en geestelijke klachten ook problemen in het dagelijks leven. Vervolgens beschrijven we de eerstelijns setting, de onderzoekssetting van dit proefschrift. Verder geven we uitleg over het belang van een patiëntgerichte aanpak waarin wordt gefocust op de gehele patiënt en waarbij een zo compleet mogelijk beeld wordt gecreëerd van zijn of haar situatie, voorkeuren en individuele behoeftes. De begrippen ‘patiënt participatie en betrokkenheid’, ‘zelfmanagement’ en het proces van ‘doelen stellen’ worden uitgelegd. Hierna wordt interprofessioneel samenwerken beschreven als strategie om door middel van coördinatie van zorg en het samen opstellen van zorgplannen patiëntgerichtheid te bevorderen. In de praktijk blijkt efficiënte en patiëntgerichte interprofessionele samenwerking vaak lastig, doordat deze wordt beïnvloed door diverse met elkaar samenhangende factoren. Het doel van het onderzoek zoals beschreven in dit proefschrift is dan ook om de belangrijkste factoren te achterhalen die van invloed zijn op het verbeteren van interprofessionele samenwerking, tussen eerstelijns professionals, zoals huisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en praktijkondersteuners, rondom het samen opstellen van zorgplannen. Dit proefschrift kent drie fases waarin in totaal acht studies zijn opgenomen. Fase 1 bestaat uit een probleemanalyse van de huidige werkwijze. In fase 2 wordt vervolgens op basis van de bevindingen uit fase 1 een programma ontwikkeld met als doel het interprofessioneel teamoverleg te verbeteren. Dit gebeurt op systematische wijze en in co-creatie met gebruikers waaronder professionals en patiënt(vertegenwoordigers). Tot slot worden de bruikbaarheid en toepasbaarheid van het programma in fase 3 geëvalueerd. De onderzoeksvragen per fase zijn:

### Fase 1

1. Wat is er in de wetenschappelijke literatuur bekend over het samen opstellen van zorgplannen?
2. Welke factoren beïnvloeden het gezamenlijk opstellen van interprofessionele zorgplannen?
3. Hoe wordt interprofessioneel teamoverleg op dit moment vormgegeven in de eerste lijn en hoe ervaren teamleden deze huidige werkwijze?

4. Hoe ervaren patiënten en professionals patiëntparticipatie tijdens interprofessioneel teamoverleg?
5. Wat is het patiëntperspectief op interprofessionele teambesprekingen in de eerste lijn?

## Fase 2

6. Wat zijn de belangrijkste elementen van een programma gericht op het verbeteren van interprofessioneel teamoverleg in de eerste lijn?

## Fase 3

7. Hoe zijn de toepasbaarheid en mogelijke impact van een programma ter verbetering van het functioneren van interprofessionele teambesprekingen?
8. Welke contextuele factoren bevorderen of belemmeren een duurzame implementatie van de interprofessionele samenwerking in de eerste lijn?

**Hoofdstuk 2** beschrijft de bevindingen van een scoping review. Dit literatuuronderzoek brengt de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot het opstellen van gezamenlijke zorgplannen in kaart. Het systematisch doorzoeken van verschillende databases resulteerde tot de inclusie van 45 artikelen. Vijf van deze artikelen betroffen empirisch onderzoek specifiek gericht op het opstellen van zorgplannen, de overige onderzoeken beschreven elementen van het zorgplan. Bevindingen van alle artikelen werden geanalyseerd volgens de principes van deductieve inhoudsanalyse. Het onderzoek onthulde drie thema's. Het eerste thema betreft de onderdelen van het gezamenlijk zorgplan: 'de huidige situatie van de patiënt', 'doelen en belangen', 'acties en interventies' en 'evaluatie'. Het tweede thema betreft de ontwikkeling van het gezamenlijke zorgplan. Factoren die van invloed zijn op dit proces kunnen worden gecategoriseerd als interpersoonlijk, organisatorisch en patiënt-gerelateerd. Het derde thema omhelst hulpmiddelen die kunnen worden gebruikt om professionals te ondersteunen bij het (op afstand) delen van patiënt gerelateerde informatie. We concludeerden dat het ontwikkelen van zorgplannen geen op zichzelf staand concept is, maar het resultaat van een onderliggend proces van interprofessioneel samenwerken tussen teamleden en de patiënt. Om het patiëntperspectief te kunnen integreren in het zorgplan, moet aandacht worden besteed aan de behoeftes en waarden van de patiënt. Tot slot tonen de bevindingen van deze review aan dat er behoefte is aan nieuw empirisch onderzoek gericht op de ontwikkeling, de toepassing en evaluatie van gezamenlijke zorgplannen.

**Hoofdstuk 3** beschrijft een onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op het proces van interprofessioneel samenwerken. Zoals blijkt uit het vorige hoofdstuk, wordt het proces van interprofessioneel samenwerken rondom het opstellen van zorgplannen beïnvloed door een groot aantal met elkaar samenhangende factoren. Om meer inzicht te krijgen in deze factoren, hebben we een kwalitatief onderzoek met focusgroep interviews uitgevoerd. Deelnemers aan de focusgroepen waren professionals van diverse disciplines, patiëntvertegenwoordigers en experts op het gebied van interprofessioneel samenwerken. In vier focusgroepen discussieerden de deelnemers over hun perspectieven op interprofessioneel samenwerken rondom de ontwikkeling van zorgplannen en de verschillende belemmerende en bevorderende factoren daarbij. De data werden geanalyseerd volgens de principes van inductieve inhoudsanalyse. De factoren konden worden onderverdeeld in vijf (hoofd) categorieën: (1) patiënt gerelateerde factoren: een actieve rol, zelfmanagement, doelen en wensen, deelname aan het team; (2) professional gerelateerde factoren: individuele competenties, domein denken, motivatie; (3) interpersoonlijke factoren: diversiteit in taal, elkaar kennen, vertrouwen en respect, motivatie; (4) organisatorische factoren: structuur, samenstelling, tijd, gedeelde visie, leiderschap, administratieve ondersteuning; en (5) externe factoren: opleiding, cultuur, hiërarchie, domein denken, wet- en regelgeving, financiering, technologie en ICT. Blijkbaar vraagt het verbeteren van de interprofessionele samenwerking rondom het samen opstellen van zorgplannen om een integrale aanpak waarin zowel patiëntfactoren, als professional gerelateerde, interpersoonlijke, organisatorische en externe factoren worden meegenomen. Bovendien vinden de deelnemers dat de leider van het team een belangrijke rol speelt in het bewaken van het patiënt perspectief, het organiseren en coördineren van de interprofessionele samenwerking en het begeleiden van het team door ontwikkeling.

**Hoofdstuk 4** beschrijft een tweede kwalitatieve studie, gericht op het in kaart brengen van het proces van interprofessioneel samenwerken tijdens eerstelijns teamoverleg. Om een beeld te krijgen van de huidige manier van werken, werden acht interprofessionele teamoverleggen in verschillende eerstelijns praktijken geobserveerd. Om de persoonlijke ervaringen en meningen van de deelnemers aan dit overleg te verzamelen werden direct na afloop individuele interviews afgenomen. In totaal vonden 60 semigestructureerde interviews met teamleden van diverse disciplines plaats. Data werden geanalyseerd met een inhoudsanalyse. Het merendeel van de deelnemers bleek positief te zijn over het functioneren van hun teamoverleg. Echter, de observaties tonen aan dat het teamoverleg in de meeste gevallen min of meer ongestructureerd verliep en een teamcoördinator of voorzitter vaak ontbrak. Er is dus een discrepantie tussen de bevindingen van de observaties en de interviews. Uit de analyse van de interviews

kwamen vier thema's: (1) de structuur en samenstelling van het team, (2) patiëntgerichtheid, (3) interactie tussen de teamleden, en (4) attitude en motivatie. Naar aanleiding van de bevindingen van de observaties en interviews kan worden geconcludeerd dat interprofessioneel teamoverleg baat zouden kunnen hebben bij verbeteringen in structuur, patiëntgerichtheid en leiderschap door de voorzitter. Verder lijkt het, gezien de discrepantie tussen de observaties en interviews, waardevol om bewustwording van de verbeterpunten bij de teamleden te creëren, alvorens ze te trainen in teamoverleg.

Uit de observaties beschreven in hoofdstuk 4 blijkt dat patiënten in de meeste gevallen niet deelnemen aan eerstelijns teamoverleg. Daarom beschrijft **Hoofdstuk 5** een kwalitatief onderzoek naar de manier waarop teamoverleg met patiënten erbij wordt georganiseerd. Vanuit het perspectief van zowel professional als patiënt worden de ervaringen van de deelnemers met deelname van patiënten aan het teamoverleg geïnventariseerd. In deze studie werden acht verschillende teamoverleggen waarbij patiënten aanwezig waren in diverse settings zowel intra- als extramuraal geobserveerd. Verder vonden direct na afloop van het teamoverleg interviews plaats met zowel professionals, patiënten als mantelzorgers. Inhoudsanalyse werd gebruikt om zowel de observaties als de interviews te analyseren. Dit leverde vijf categorieën op: (1) overlegstructuur en taakverdeling, (2) groepssamenstelling, (3) de relatie tussen professionals, patiënten en familieleden, (4) eigenschappen van de patiënt en (5) het doel van het overleg. We concluderen dat de deelname van patiënten aan de overleggen door zowel professionals als patiënten wordt gewaardeerd. Verder blijkt een maatwerk aanpak voor het betrekken van patiënten in teamoverleg gewenst. Bij de overweging om patiënten deel te laten nemen aan interprofessioneel teamoverleg zijn de bereidheid en mogelijkheden van de patiënt om te kunnen participeren en het delen van belangrijke informatie met de patiënt vooraf van belang. Deelnemende patiënten geven aan adequate ondersteuning bij en voorbereiding van het overleg te waarderen.

In het kader van patiëntgerichtheid is het goed om patiënten actief te betrekken. De kwalitatieve studie beschreven in **Hoofdstuk 6** richt zich dan ook op het exploreren van het patiëntperspectief met betrekking tot interprofessioneel teamoverleg in de eerste lijn. Hiertoe werden twee focus groep bijeenkomsten met dezelfde groep deelnemers georganiseerd. Deelnemers, die allen een chronische ziekte hebben en ervaring met interprofessionele samenwerking, werden geworven door de regionale, onafhankelijke patiënten federatie. In twee rondes deelden de deelnemers aan de hand van videobeelden van interprofessioneel teamoverleg hun meningen, verwachtingen en zorgen. De eerste bijeenkomst was gericht op het identificeren van thema's die vanuit

het perspectief van de deelnemers belangrijk werden bevonden in relatie tot interprofessioneel teamoverleg. De tweede bijeenkomst had als doel verdieping aan te brengen en de verschillende thema's te prioriteren. Beide bijeenkomsten werden opgenomen met een voice recorder, letterlijk getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd met inhoudsanalyse. De thema's kunnen worden onderverdeeld in zes categorieën: (1) de patiënt centraal, (2) de mogelijkheid om als patiënt te participeren, (3) de juiste teamsamenstelling, (4) een gestructureerde aanpak, (5) respectvolle communicatie en (6) de patiënt informeren over de uitkomsten van het overleg. Er kan worden geconcludeerd dat de deelnemers aan dit onderzoek de mogelijkheid voor patiënten om deel te nemen aan interprofessioneel teamoverleg waarderen. Hiertoe benadrukken ze het recht van patiënten of hun vertegenwoordigers om deel te kunnen nemen aan interprofessioneel teamoverleg.

De bevindingen van de voorgaande studies, beschreven in de hoofdstukken 2 tot en met 6 vormen de input voor de volgende studie, beschreven in **Hoofdstuk 7**. Deze studie had als doel een programma te ontwikkelen waarmee de efficiëntie en de patiëntgerichtheid van interprofessioneel teamoverleg zou kunnen worden verbeterd (fase 2 van het project). Het programma werd ontwikkeld volgens de principes van actieonderzoek waarbij co-creatie met de uiteindelijke gebruikers centraal stond. Een eerste concept van het programma werd ontwikkeld en vervolgens in een iteratief proces getest en geëvalueerd door drie eerstelijns teams. Data werden verzameld middels observaties, interviews en een focus groep interview en geanalyseerd volgens de principes van deductieve inhoudsanalyse. Het uiteindelijke programma omvat een raamwerk dat kan worden gebruikt voor reflectie op het team functioneren, diverse trainingsactiviteiten en een toolbox. De training bestaat uit een informatiebijeenkomst voor het hele team en twee dagdelen training, twee intervisiebijeenkomsten en coaching on the job voor de voorzitter en vicevoorzitter van het team. De trainingsactiviteiten zijn gericht op het organiseren en structureren van bijeenkomsten, het begeleiden van het team en het bevorderen van de patiëntgerichtheid. De bevindingen van deze studie bevestigen de essentiële rol van de voorzitter van het team. In aanvulling op het technisch structureren van bijeenkomsten heeft de voorzitter een belangrijke rol als change agent in het begeleiden van het team bij ontwikkeling. Verder tonen de bevindingen dat het programma zou moeten worden aangepast aan de context van het team en leerdoelen van de deelnemers. Naar aanleiding van de bevindingen van deze studie concluderen we dat het aanpassen aan nieuwe structuren kan worden gezien als een groeiproces waarin teams hun weg moeten vinden.



**Hoofdstuk 8** beschrijft het onderzoek waarin de ervaren toepasbaarheid en potentiële impact van het programma werden geëvalueerd (fase 3 van het project). Hiertoe werd een prospectieve procesevaluatie met verschillende dataverzamelmethode toegepast. Zes interprofessionele eerstelijns teams namen deel aan deze studie. Data werden verzameld door observaties van teamoverleg, semigestructureerde interviews met de voorzitters van de teams, een focusgroep bijeenkomst en een vragenlijst die werd uitgezet onder alle teamleden. De kwalitatieve data werden geanalyseerd volgens deductieve inhoudsanalyse. Voor de analyse van de kwantitatieve data werd beschrijvende statistiek toegepast. De resultaten van de evaluatie laten zien dat het programma in zijn geheel positief wordt gewaardeerd. De grootste vooruitgang werd ervaren in structuur en organisatie. Verder ervaren de voorzitters meer bewustwording rondom patiëntgerichtheid en groepsprocessen. Ze zien de trainingsactiviteiten als nuttig en leerzaam en waarderen vooral de intervisie onderdelen en coaching on the job als effectieve onderdelen. De bevindingen van de vragenlijst laten een lichte verandering in de gewenste richting zien op alle variabelen. We concluderen dat het programma toepasbaar is en geschikt is voor verbetering van team functioneren. Echter, het vergroten van de patiëntgerichtheid vereist aanvullende oefening en coaching on the job. Tot slot, om het meeste rendement uit het programma te halen is aanpassing aan de context van het team en flexibele inzetbaarheid van het programma gewenst. Bij voorkeur wordt het programma aangeboden op de werkvloer, begeleid door een externe facilitator.

In aanvulling op de procesevaluatie beschrijft **Hoofdstuk 9** een casestudie gericht op het in kaart brengen van contextuele factoren (zowel bevorderende en belemmerende) die van invloed zijn op de duurzame implementatie van teamwerk. Effectieve doorontwikkeling van teams vraagt om ondersteuning vanuit een brede organisatorische context. Deze casestudie richt zich op een dorp in Nederland waar een netwerk van zorgprofessionals nauw met elkaar samenwerkt en er regelmatig interprofessionele consultaties en teamoverleg plaatsvinden. Het netwerk werd samengesteld als voorwaarde voor de realisatie van een duurzame interprofessionele samenwerking in de ouderenzorg. Het liep echter tegen een aantal externe barrières aan, dat betrekking had op de ondersteunende structuur en houding van de zorgverzekeraar en gemeente. Ook waren het vinden van de juiste contactpersonen en de uiteenlopende perspectieven op teamontwikkeling en effectiviteit ingewikkelde factoren. We concluderen dat zorgverzekeraars aandacht zouden moeten besteden aan hun interne bedrijfsvoering om interprofessionele samenwerking te kunnen faciliteren. Verder zouden gemeenten moeten nadenken over de wijze waarop ze een vruchtbare samenwerking zouden kunnen aangaan met interprofessionele zorgteams. De uitdaging voor zorgteams of

netwerken is gelegen in het leren spreken van de taal van externe partners. Om de ontwikkeling van interprofessionele teams te bevorderen, zouden externe partijen vertrouwen moeten hebben in het gezamenlijk doel om kwalitatief goede zorg te bieden op een zo efficiënt en effectief mogelijke manier.

In **Hoofdstuk 10** is de algemene discussie van dit proefschrift beschreven. Dit laatste hoofdstuk start met een overzicht van de belangrijkste bevindingen per fase van dit project. Vervolgens wordt er gereflecteerd op de methodologische afwegingen, waaronder het design van de studies, de deelnemende teams, betrouwbaarheid van het onderzoek en het meten van de kwaliteit van interprofessionele samenwerking in eerstelijns teams. Hierna worden de belangrijkste bevindingen en de getrokken lessen uit dit proefschrift naast de bestaande literatuur gelegd. Er wordt gereflecteerd op de verschillen tussen eerstelijns teams en hun dynamische samenstelling. Ongeacht het type samenwerkingsverband, lijkt het voor alle teams goed om te investeren in het elkaar leren kennen, het implementeren van een terugkerende reflectiecyclus en het streven naar overeenstemming over de te volgen procedure en manier van communiceren. Verder is het van belang een competente leider te benoemen die in staat is om te gaan met de uitdagende taak het team te begeleiden. Ook de mogelijkheid voor interprofessioneel leren tijdens teamoverleg bij bachelor studenten komt aan bod. Hiertoe wordt een aanbeveling gedaan voor het verder onderzoeken en uitbreiden van team gerelateerde leeractiviteiten. Hierna vindt reflectie op de moeilijkheid van het aannemen van een patiëntgerichte benadering plaats. Hierin balanceren professionals tussen het professionele en patiënt perspectief. Zowel professionals als patiënten hebben hun voorkeuren met betrekking tot de mate van patiëntparticipatie voorafgaand aan, tijdens en na teamoverleg. Het lijkt waardevol om verder onderzoek te doen naar de manier waarop de mate van participatie kan worden aangepast aan de voorkeuren en mogelijkheden van de patiënt. Met betrekking tot patiëntgerichtheid wordt aanbevolen verder onderzoek te doen naar mogelijke strategieën die gedragsverandering bij professionals mogelijk maken. Tot slot geeft dit hoofdstuk inzicht in de complexiteit waarmee de huidige eerstelijns zorg te maken heeft. Flexibele implementatie van het programma en aanpassing aan de specifieke context en ontwikkelbehoefte van het team, desgewenst ondersteund door een externe coach zouden duurzame implementatie van het programma kunnen bevorderen. Om de blinde vlekken en ontwikkelpunten van het team te detecteren en vervolgens richting te geven aan een ontwikkeltraject, is er behoefte aan een zelfevaluatie instrument. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek.

