



Van, over en met elkaar leren: Interprofessioneel onderwijs in de HBO gezondheidsstudies.

Laurien Brauner

17 juni 2018



Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
Abstract	5
Inleiding.....	6
Methode.....	10
Resultaten.....	14
Discussie	18
Literatuurlijst.....	22

Voorwoord

Samen sta je sterk- een spreekwoord dat de aanleiding beschrijft om, in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Logopedie van de Hanzehogeschool, onderzoek te doen naar interprofessionele samenwerking in het onderwijs. Het product van dit onderzoek ligt nu voor u: mijn bachelor thesis “Van, over en met elkaar leren: Interprofessioneel onderwijs in de HBO gezondheidsstudies.”

Zoveel hoofden, zoveel zinnen- dit spreekwoord past bij het proces van onderzoek doen en het schrijven van mijn thesis. Veel hoofden bij elkaar brengen voor het wereldcafé, de vele zinnen van de deelnemers interpreteren, de talloze opmerkingen van feedback overwegen en mijn eigen hoofd niet verliezen.

Dit proces heeft mij nieuwe inzichten in mezelf gegeven. Het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek geeft mij energie en het veld van onderwijs, met al zijn betrokkenen, maakt mij enthousiast. Ik hoop in de toekomst meer met deze inzichten te kunnen doen.

Om weer terug te komen op samen sta je sterk: de steun, de kritische vragen, de eindeloze stroom van feedback, de koffiemomenten, de knuffels en het begrip van mijn Community of Learning, docent-begeleiders en vrienden hebben dit product gemaakt tot wat het is. Hiervoor mijn grote dank.

Bijzondere dank ook aan een hoogleraar en een onderzoeker die mij hebben ontvangen en mij hebben geholpen met de eerste en verdere stappen van dit onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Laurien Brauner

Groningen, 17 juni 2018

Samenvatting

Trefwoorden: interprofessioneel, onderwijs, actieonderzoek

Inleiding

Er is sprake van interprofessioneel onderwijs als twee of meer professionals van verschillende disciplines over, van en met elkaar leren. Het bijbehorende doel is om de zorg voor de patiënt in de praktijk te verbeteren. Evidentie toont aan dat studenten zich door interprofessioneel onderwijs competentier voelen in samenwerking en shared-decision making wat positieve effecten op zorguitkomsten en patiënttevredenheid als gevolgen heeft.

Zoals onderwijsinstellingen wereldwijd heeft ook de Academie voor Gezondheidsstudies (SAGZ) van de Hanzehogeschool Groningen interprofessioneel onderwijs als speerpunt opgenomen in onderwijsontwikkeling. Er zijn activiteiten op het gebied van interprofessioneel onderwijs gaande, maar in het huidige curriculum van de studie logopedie is dit aspect nog ondervertegenwoordigd. In dit onderzoek werd in kaart gebracht welke aanbevelingen stakeholders hebben voor het implementeren van interprofessioneel onderwijs in bestaand onderwijs van het vak Logopedie en Dementie.

Methode

De onderzoeksvraag is beantwoord door middel van participatief actieonderzoek. De data werd verzameld tijdens een wereldcafé met studenten, docenten en een professional uit de disciplines logopedie, fysiotherapie en voeding en diëtetiek. Basis van de discussie tijdens het wereld café was het meta model voor interprofessionele ontwikkeling. De data werd gecodeerd en er werd een member check uitgevoerd.

Resultaten

De deelnemers hebben aanbevelingen gegeven die in te delen waren in de categorieën voorwaarden, overkoepelende leerdoelen, leeruitkomsten en mogelijke werkvormen. Thema's binnen de aanbevelingen zijn communicatie, zelfreflectie, evidence-based handelen, het patiëntperspectief en realistische werkvormen, zoals het opstellen van een interprofessioneel behandelplan.

Discussie

Door de verkregen aanbevelingen zijn er eerste stappen gezet in de curriculaire vormgeving van interprofessioneel onderwijs binnen logopedie en daarmee ook op de SAGZ. De aanbevelingen van huidig onderzoek worden ondersteund door de uitkomsten van internationale literatuur. Desondanks moet er bij de implementatie van interprofessioneel onderwijs rekening gehouden worden met belemmerende factoren, ook al zijn deze niet beschreven door de stakeholders. In het kader van participatief actieonderzoek is naar aanleiding van de aanbevelingen een pilot onderzoek binnen de module Logopedie en Dementie een belangrijke volgende stap.

Abstract

Keywords: interprofessional, education, action research

Introduction

Interprofessional education occurs when two or more professional from different disciplines learn with, from and about each other. The corresponding goal is to enhance healthcare for the patient in the practical setting. Evidence suggests that students who follow interprofessional education feel more competent in collaboration and shared decision-making, which leads to better health outcomes and patient satisfaction.

Similar to healthcare education institutes worldwide, the Health Care School (HCS) from the Hanze University of Applied Sciences Groningen emphasizes interprofessional education as a spearhead of educational development. Interprofessional education activities are progressing at the HCS, yet this aspect is underrepresented in the curriculum of speech language therapy (SLT). This research explored the recommendations of stakeholders on implementing interprofessional education into existing assignments of the subject 'SLT and dementia'.

Methods

The research question was answered through participatory action research. Data was collected during a world café with students, teachers and one professional from the disciplines of SLT, physiotherapy and dietetics. The discussion during the world café was based on the meta model for interprofessional development. The data was coded and a member check took place.

Results

The participants gave recommendations in four categories - conditions prior to assignment, main learning goals, learning outcomes and possible learning methods. Themes across the recommendations included communication, self-reflection, evidence based practice and patient perspective. Realistic learning methods, such as formulation of an interprofessional treatment plan, was also a common theme.

Discussion

Through the obtained recommendations, the first steps have been taken in order to shape an interprofessional curriculum within SLT, and by extension the HCS. The recommendations from this research are supported by outcomes of international literature. However, possible hindrances must be considered when using these recommendations for future curriculums, as these are not mentioned in the recommendations. Within the scopes of participatory action research, a pilot study within the subject 'SLT and dementia' is advisable.

Inleiding

De toenemende complexiteit van de gezondheidszorg, de eis van maximale kosteneffectiviteit en veroudering van de maatschappij vragen steeds meer om effectieve samenwerking van verschillende (para)medische disciplines (Lindenberg, Berns & Günther, 2017; Reeves, Pelone, Harrison, Goldman & Zwarenstein, 2017; WHO, 2010; Van Vliet, Grotendorst, Roodbol, 2016). Dit concept van samenwerking van professionals wordt samengevat onder de term interprofessionele samenwerking en is op verschillende niveaus van de gezondheidszorg aanwezig. Interprofessionele samenwerking kan plaatsvinden in de beroepspraktijk, op beleidsniveau of in het onderwijs (Reeves et al., 2017). Het laatste wordt interprofessioneel onderwijs genoemd. Er is sprake van interprofessioneel onderwijs als twee of meer professionals over, van en met elkaar leren. Het doel ervan is de zorg voor de patiënt in de praktijk te verbeteren (Guraya & Barr, 2018). Evidentie toont aan dat dit doel behaald kan worden als studenten interprofessioneel onderwijs volgen. Zij voelen zich competent in samenwerking en shared-decision making wat positieve effecten op zorguitkomsten en patiënttevredenheid als gevolgen heeft (Guraya & Barr, 2018).

Veel onderwijsinstellingen in de gezondheidszorg zijn bezig om interprofessioneel onderwijs in hun curricula te implementeren maar er is nog geen internationale consensus bereikt over hoe dit op de beste manier te doen. (Grymonpre et al., 2016; Guraya & Barr, 2018). Grymonpre et al. (2016) beschrijven het gebruik van modellen als noodzakelijk voor verandering en vernieuwing van onderwijs. Een model beschrijft de complexe omstandigheden waarin onderwijsvernieuwing plaatsvindt en geeft handvatten voor het ondernemen van actie hierin. In de literatuur zijn talloze modellen beschreven welke uit verschillende hoeken van de wetenschap komen, zoals zorgmanagement of bedrijfspsychologie (Grymonpre et al., 2016). Een recent verschenen model is het “Meta-model van interprofessionele ontwikkeling” van Reinders (2018)¹. Dit model kijkt vanuit een psychologisch oogpunt naar professionele identiteitsvorming van studenten. Het doel van het model is het om concrete aanknopingspunten te bieden voor interprofessionele curriculum ontwikkeling. Er is gekozen om dit model te gebruiken voor huidig onderzoek vanwege de praktische aard en de vergelijkbare context van het onderzoek van Reinders met huidig onderzoek². In het model wordt de ontwikkeling van studenten door verschillende fases heen weergegeven. Het beginpunt van het model is een ontmoeting van personen met een uniprofessionele identiteit, dat wil zeggen studenten die leren van, met en over leden van hun eigen discipline. In de laatste fase staat een intrinsiek gemotiveerde professional met een uitgebreide professionele identiteit, iemand die zich interprofessioneel samenwerken eigen heeft gemaakt (Reinders, 2018, p.151). In dit onderzoek ligt de focus op de fases 1 t/m 3 uit het model zoals afgebeeld in Figuur 1: 1) De professionele kennismaking, 2) De oriëntatie op de toegevoegde waarde van andere disciplines en 3) Het ontwerpen van samenwerkingsprocedures. De complexiteit van het model neemt per fase toe. In verband met de haalbaarheid van het onderzoek zijn fases 4 en 5 buiten beschouwing gelaten.

¹ Vervolgens “model van Reinders” genoemd.

² Het promotieonderzoek van Reinders vond plaats op de Academie voor Gezondheidsstudies van de Hanzehogeschool Groningen en de faculteit voor Tandheelkunde van de Rijksuniversiteit Groningen.



Figuur 1 Fases 1 t/m 3 van het Meta-model van interprofessionele ontwikkeling. Aangepast en met toestemming overgenomen uit Reinders, 2018, p. 152. Copyright 2018, Image Creators.

In het logopedische onderwijs wordt internationaal eveneens actie ondernomen om interprofessioneel onderwijs te stimuleren. In een studie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2010) gaven 4,7% van de logopedisten en logopediestudenten aan interprofessioneel onderwijs te volgen (WHO, 2010). De American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) heeft interprofessioneel onderwijs opgenomen in hun beroepsprofiel (2016, p.19). De ASHA heeft ook een best practice uitgelicht van de Ohio University in Athens, V.S., (DiGiovanni & McCarthy, 2016). Zij ontwikkelden een onderwijsmodule voor de disciplines audiologie, geneeskunde, muziektherapie, verpleegkunde, voeding en diëtetiek, fysiotherapie, maatschappelijk werk en logopedie. Zij geven, net als Reinders, handvatten voor de praktische aanpak van onderwijsinterventies, namelijk (DiGiovanni & McCarthy, 2016, p. 50):

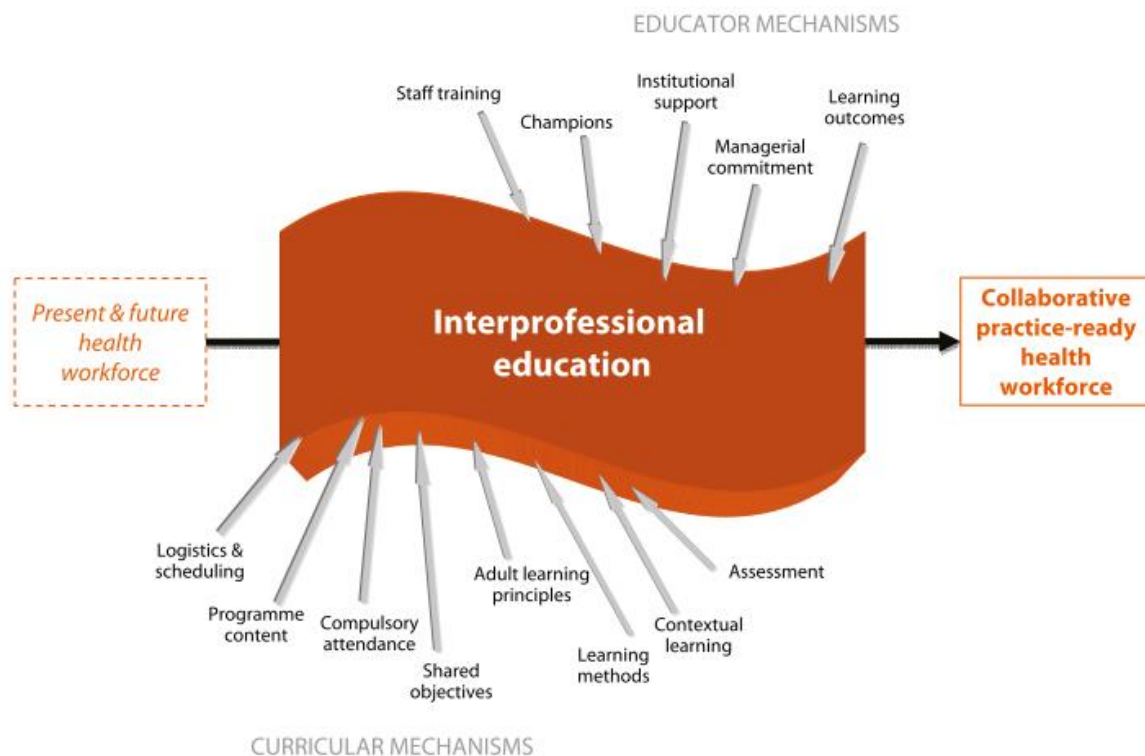
1. Doe iets. Begin met een krachtig idee en bouw deze gaandeweg uit.
2. Kijk naar financieringsmogelijkheden (intern en/of extern).
3. Start klein, en met persoonlijk leiderschap.
4. Wees flexibel in hoe verschillende disciplines participeren.

In het Nederlandse logopedie onderwijs speelt volgens Kuipers (2017) interprofessioneel onderwijs een belangrijke rol om in de beroepspraktijk tot meer samenwerking te komen. Zij geeft aan dat lerende professionals die interprofessioneel samenwerken eerder bereid zijn tot innovatie, tot het bespreken van problemen en tot het bedenken van nieuwe ideeën (Kuipers, 2017). De ontwikkelingen op het gebied van interprofessioneel onderwijs zijn terug te vinden in

het nieuwe opleidingsprofiel bachelor logopedie. In de rollen *gezondheidscoach* en *samenwerker* is er onder andere sprake van “opstellen van- of bijdragen aan- een (interprofessioneel) preventieplan” (p.27) en “cliëntgericht samenwerken” (p.25) (Lindenberg et al., 2017). In het logopedische werkveld is interprofessioneel samenwerken in veel settings gegeven maar het is nauwelijks beschreven in het huidige beroepsprofiel (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2013). In de recent verschenen logopedische standaarden voor intramurale zorg wordt de term interprofessionele samenwerking niet gebruikt, de beschreven handelingen zijn duidelijk multidisciplinair georiënteerd (Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, 2018). Ditzelfde geldt voor de multi- en monodisciplinaire richtlijnen betreffende logopedie waarin de begrippen multi- en interprofessioneel op verschillende manieren gebruikt worden en er niet expliciet beschreven wordt hoe deze samenwerking vorm wordt gegeven (Berns et al., 2015; Borstlap et al., 2011; Offeringa, Ten Broek-Pastoor, Oudenaarden & Van der Schaaf, 2012; Lanting, Deurloo, Wiefferink & Uilenburg, 2016). Het bovenbeschreven weerspiegelt de uiteenlopende opvattingen en kennishiaten in het vormgeven van interprofessioneel samenwerken op praktijk- maar ook op onderwijsniveau.

De Academie voor Gezondheidsstudies (SAGZ) van de Hanzehogeschool heeft interprofessionele samenwerking als een grote pijler opgenomen in de strategische koers voor de toekomst (SAGZ, 2017). Voorbeelden van lopende projecten zijn het Hanze Active Ageing Lab, het Honoursprogramma Healthy Ageing, een Interprofessional Skills Day voor studenten logopedie, fysiotherapie en voeding en diëtetiek en een studiedag voor alle docenten over interprofessioneel samenwerken. In het onderwijskundig opleidingsplan logopedie is er sprake van trends die *multidisciplinaire* samenwerking eisen, terwijl interprofessioneel onderwijs niet wordt genoemd (Van der Ploeg, 2013). Inzoomend op het huidige logopedische curriculum maakt theorie over *multiprofessionele* samenwerking in verschillende mate deel uit van de aangeboden vakken. Een voorbeeld hiervan is het laatste onderwijsblok in de hoofdfase: “De multidisciplinaire zorgprofessional”. In het huidige onderzoek wordt er nagegaan of en hoe er vorderingen gemaakt kunnen worden om interprofessioneel onderwijs te implementeren in dit blok. Ten gevolge van praktische redenen is de keuze gemaakt om zich te focussen op het vak “Logopedie en Dementie”, dat deel uitmaakt van het blok “De multidisciplinaire zorgprofessional”. De docenten van dit vak tonen belang bij interprofessioneel onderwijs en de inhoud van het vak leent zich voor interprofessioneel samenwerken.

Bij het implementeren van interprofessioneel onderwijs moet rekening gehouden worden met een aantal factoren (WHO, 2010), zoals te zien in Figuur 2. Aan de ene kant zijn dit factoren in de onderwijsinstelling, zoals (financiële) steun vanuit het management en training van docenten. Aan de andere kant heeft de vormgeving van het curriculum invloed op het slagen van interprofessioneel onderwijs. Onder het laatste vallen inhoud van het curriculum, gezamenlijke doelstellingen, onderwijsmethodes en logistiek en roostering. In dit onderzoek staat de vormgeving van het curriculum centraal.



Figuur 2 Voorbeelden van mechanismen die interprofessioneel onderwijs op praktijkniveau beïnvloeden. Met toestemming overgenomen uit: Framework for action on interprofessional education & collaborative practice van World Health Organization, (2010), Moving Forward, p.23. Copyright, 2018, WHO.

Om vorderingen te maken in het vormgeven van een interprofessioneel curriculum heeft de WHO (2010, p.27) een actieplan gepubliceerd met voorbeelden van mogelijke stappen. De eerste drie stappen beschrijven het ontwikkelen van curricula gebaseerd op bestaande middelen en lokale behoeftes. In het kader van bestaande middelen is gebruik gemaakt van bestaand onderwijsmateriaal van het vak Logopedie en Dementie. Om de lokale behoeftes in kaart te brengen is het van belang om in een vroeg stadium zogenaamde stakeholders te betrekken, namelijk: onderwijsontwikkelaars, teamleiders, docenten, onderzoekers, professionals en ondersteunende en facilitaire diensten (WHO, 2010). De stakeholders die bij huidig onderzoek betrokken worden zijn docenten, studenten, professionals en ondersteunende diensten zoals onderwijs en onderzoek adviseurs (O&O) en roosteraars. De stakeholders moeten uit verschillende disciplines komen. Guraya en Barr (2018) beschrijven het coördineren van een groot aantal studenten, roosterproblemen en het vinden van geschikte docenten als bedreigingen van interprofessioneel onderwijs. Deze overwegingen en de “geleerde lessen” van DiGiovanni en McCarthy (2016) leiden ertoe dat er keuzes gemaakt worden in het aantal te includeren disciplines in het onderzoek. Na een vergelijking van de curriculumoverzichten met betrekking tot dementie onderwijs en gesprekken met studenten is de keuze gemaakt om de disciplines Logopedie, Fysiotherapie en Voeding en Diëtetiek te includeren in dit onderzoek.

Bovenbeschreven bevindingen resulteren in de volgende onderzoeksvraag:

Welke aanbevelingen hebben stakeholders voor het implementeren van interprofessioneel onderwijs in bestaand onderwijs uit het vak Dementie en Logopedie op de Hanzehogeschool Groningen?

Een overkoepelend doel van dit onderzoek is om het onderwijs binnen de SGZ aan te laten sluiten bij internationale ontwikkelingen op het gebied van interprofessioneel onderwijs en daardoor een positieve bijdrage te leveren aan de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Door de onderzoeksvraag te beantwoorden wordt een bijdrage geleverd aan een concreet en praktijkgericht actieplan voor het implementeren van interprofessioneel binnen het blok “De multidisciplinaire zorgprofessional”.

Methode

Onderzoeksdesign

Een praktijkprobleem rondom interprofessionele samenwerking vraagt om een onderzoeksdesign waarin interprofessionele samenwerking geïntegreerd en gestimuleerd wordt. Participatief actieonderzoek (PAO) biedt hierin kansen. Volgens Polstra (2018) moet PAO bijdragen aan oplossing van een probleem dat de onderzochten zelf ervaren, aan empowerment van de onderzochten of het ontwikkelen van theorieën over de eerste twee.

Een kenmerk van PAO is het streven naar prescriptieve kennis³. Een ander aspect is dat het gaat om participatief onderzoek waarbij de onderzochten medeonderzoekers zijn en kennis genereren voor hun eigen situatie (Migchelbrink, 2016). Een dataverzamelmethode binnen PAO is het wereldcafé (Migchelbrink, 2016; Fouché & Light, 2010) die voor dit onderzoek gebruikt werd. Deze methode maakt het mogelijk om stakeholders met elkaar in dialoog te laten treden, relaties op te bouwen en samen te leren (Fouché & Light, 2010). Een tweede gehanteerde methode was de member check waarbij de deelnemers van het wereldcafé commentaar konden geven op de voorlopige resultaten. Dit sluit aan bij het principe van PAO dat de onderzochten medeonderzoekers zijn (Migchelbrink, 2016). Bovendien verhoogt een member check de validiteit van de resultaten (Birt, Scott, Cavers, Campbell & Walter, 2016).

Deelnemers

De onderzoekspopulatie waren stakeholders van interprofessioneel onderwijs binnen de SGZ van de Hanzehogeschool. Deze stakeholders zijn eerder beschreven als studenten, docenten, professionals, OenO en roosteraars. De context van het onderzoek waren de opleidingen Fysiotherapie, Voeding en Diëtetiek en Logopedie. Alle stakeholders, behalve de professionals, werken of studeren binnen de SGZ. Mogelijke stakeholders werden door de onderzoeker benaderd. Dit gebeurde via directe e-mails naar stakeholders, e-mails via het netwerk van de onderzoeker en mededelingen op de online leeromgeving van studenten. Degenen die toestemming gaven om mee te doen werden uitgenodigd voor het wereldcafé, naar het ‘wie het eerst komt, het eerst maalt’ principe. Hierdoor werd de kans verhoogd dat de deelnemers ook daadwerkelijk stakeholders van interprofessioneel onderwijs waren omdat personen zonder belang bij het onderwerp zich niet zullen hebben opgegeven. Van de stakeholders die vallen onder de ondersteunende diensten (roosteraars en medewerkers van OenO) kon geen van de benaderde personen deelnemen om praktische redenen. Uiteindelijk werden er zes deelnemers uitgenodigd voor het wereldcafé waarvan uiteindelijk vijf hebben deelgenomen. Eén persoon, de diëtist professional, was niet aanwezig tijdens het wereldcafé.

³ Prescriptieve kennis wordt ook handelingskennis genoemd. Het betreft kennis die voorschriften geeft over hoe te handelen in bepaalde situaties. Dit in tegenstelling tot descriptieve kennis (beschrijvende kennis) die als doel heeft de werkelijkheid te beschrijven, te begrijpen en te verklaren (Migchelbrink, 2016).

De deelnemers aan het wereldcafé waren:

- één student fysiotherapie
- één docent fysiotherapie
- één student logopedie
- één docent voeding en diëtetiek
- één logopedist professional

Procedure

Voor het wereldcafé heeft de onderzoeker een gesprekshandleiding ontworpen. De inhoudelijke basis voor de handleiding waren de eerste drie fases uit het model van Reinders (2018). Bovendien werd er rekening gehouden met de werkprincipes voor een wereldcafé die door Migchelbrink (2016, p.281) zijn beschreven. De gesprekshandleiding bevatte een detailplanning, werkwijze, de manier van instructie en bepaalde vragen die gesteld werden aan de deelnemers. Tijdens een pilot moment is de handleiding met drie onafhankelijke studenten van de betrokken disciplines getest en bijgesteld. Een uittreksel van de gesprekshandleiding is te vinden in Tabel 1 ter illustratie.

Tabel 1 Onderdeel uit de gesprekshandleiding

Onderdeel	Activiteiten	Tijd
...		
Gesprek tussen de stakeholders over de opdrachten	1. Groepen lezen hun opdrachten nog een keer goed door. 2. Er wordt aan hun gevraagd om zich voor te stellen dat zij nu onderwijs ontwikkelen met hun opdracht als uitgangspunt. -> Als de studenten de opdracht uitvoeren moeten ze alle drie fases uit het model doorlopen. 3. Sectie overig: Hier is plek voor opmerkingen, knelpunten, ideeën die niet binnen de drie fases passen	18.00-18.05
Fase 1	1. Instructie: Bij fase 1 hoort de vraag: <i>Wie is deze professional?</i> Hoe kun je de opdracht vormgeven zodat de studenten deze vraag kunnen beantwoorden? 2. Hou alles op post-it notes vast onder fase 1 op de flap over	18.05-18.20
...		

De deelnemers van het wereldcafé werden door de onderzoeker in twee groepen geplaatst en kregen een opdracht toegewezen. Eén groep kreeg een casusbeschrijving toegewezen zoals beschreven door Katrien Colman en collega's van het project Rondom Eten en Drinken (persoonlijke communicatie, 9 maart 2018). De casus is inhoudelijk geschikt voor het vak Logopedie en dementie. De andere groep kreeg de opdracht *Werkveldbezoek* uit de handleiding

‘Logopedie en dementie’ toegewezen (Atsma & De Vries, 2017). Voor een korte beschrijving van de opdrachten zie Tabel 2.

De opdrachten werden door de onderzoeker geselecteerd op bruikbaarheid voor interprofessioneel onderwijs. Het toewijzen van de opdrachten gebeurde random door te loten. De groepssamenstelling is te zien in Tabel 2.

Tabel 2 Groepssamenstelling tijdens het wereldcafé

	Groep 1	Groep 2
Docent	Fysiotherapie	Voeding en diëtetiek
Student	Logopedie	Fysiotherapie
Professional	Voeding en diëtetiek (niet aanwezig)	Logopedie
Opdracht	Casus: Een 90 jarige weduwnaar met gevorderde dementie, woonachtig in een verpleeghuis. Gewichtsverlies, afweergedrag tijdens eten/drinken, algehele zwakte en slikproblematiek. Beslissingsproces voor plaatsen PEG-sonde.	Werkveldbezoek: Gesprek met een persoon met afasie (geen patiënt met dementie, maar afasie kan voorkomen bij patiënten met dementie). Voorbereiden en evalueren van het werkveldbezoek. Rekening houden met ICF-model.

Eén week vooraf aan het wereldcafé kregen de deelnemers hun opdracht via de mail toegestuurd om deze door te lezen. Verder kregen zij een korte uitleg van het doel en de werkwijze van het wereldcafé. Tijdens het wereldcafé zaten de deelnemers in hun groepen aan tafel in een lokaal dat was ingericht als een café en waar verfrissingen en hapjes bereid stonden. De onderzoeker leidde het wereldcafé aan de hand van de gesprekshandleiding (zie Tabel 1) met als visuele ondersteuning een PowerPoint presentatie. Het wereldcafé duurde 1,5 uur waarin het volgende programma aan bod kwam:

1. Doel van het wereldcafé
2. Definitie interprofessioneel onderwijs
3. Deelnemers doorlopen het model van Reinders
4. Gespreksrondes over de vraagstukken aan de hand van het model van Reinders
5. Stille discussie
6. Afronding

Tijdens de gespreksrondes hadden de deelnemers een kopie van hun opdracht en een kopie van het model van Reinders (Figuur 1) ter beschikking. Zij kregen per fase van het model van Reinders volgende instructie: Bij fase 1 hoort de vraag: *Wie is deze professional?* Hoe kun je de opdracht vormgeven zodat de studenten deze vraag kunnen beantwoorden? Met “de studenten” werden fictieve studenten uit de disciplines logopedie, voeding en diëtetiek en fysiotherapie bedoeld. Voor de fase 2 en 3 werden respectievelijk de bijhorende vragen gesteld. De deelnemers hebben hun

bevindingen tijdens de gespreksrondes als groep schriftelijk vastgelegd op post-it notes die op een flap-over werden geplakt. De flap-over was onderverdeeld in vier kolommen: Fase 1, Fase 2, Fase 3 en Overig. De rol van de onderzoeker tijdens het wereldcafé was begeleidend en structurerend en niet participierend. Deze keuze werd gemaakt om een zo open mogelijk gesprek te bevorderen. Op deze manier konden de aanwezige ideeën van de onderzoeker, door bijvoorbeeld de uitgevoerde literatuurstudie, de deelnemers niet beïnvloeden. Met andere woorden, de stakeholders zijn op deze manier zoveel mogelijk eigenaar van het product geworden.

Data-analyse

De ruwe data bestond uit (foto's van) de flap-overs. De tekst op de post-it notes werd getranscribeerd in een tabel in een word-document. Hierbij gaf één tabel de tekst op de post-it notes vóór de stille discussie weer en een tweede tabel de tekst op de post-it notes na de stille discussie. Door kleurcodes werd inzichtelijk gemaakt hoeveel stemmen een bepaald stuk tekst had gekregen. Dit werd gedaan voor beide groepen. De tabellen werden geprint en toen door de onderzoeker, per fase, open gecodeerd. Deze codes werden wederom in een word-document opgenomen. Na het open coderen werd axiaal gecodeerd. Codes werden samengevat, hun betekenis gecheckt en nieuwe codes opgesteld (Boeije, 2014). Tot slot werd er selectief gecodeerd waarbij gekeken werd hoe de data antwoord geeft op de onderzoeksvraag. De uitkomsten uit de stille discussie gaven input over het belang van de deelnemers voor verschillende aspecten.

Na het verkrijgen van de voorlopige resultaten werd de member check gedaan. Hierbij werden de vijf stappen uit het model 'Synthesized Member Checking' van Birt et al. (2016) aangehouden. Voor de eerste stap werden de voorlopige resultaten op een overzichtelijke manier en in toegankelijke taal weergegeven in een tabel met een extra kolom met ruimte voor commentaar. De tweede stap vraagt om controleren of deelnemers in staat zijn de member check uit te voeren (bijvoorbeeld geen respons te verwachten door beperkingen in gezondheid en/of tijd). Dit werd gedeeltelijk gedaan door informatie over de member check op te nemen in de informatiebrief en hiervoor toestemming te vragen. Er werd geen extra controle gedaan direct vooraf aan de member check. Voor stap drie werd een mail verzonden naar alle deelnemers met daarin:

- Een inleidende tekst over de member check en de procedure
- Transcript van de flap-over van hun groep
- Tabel met resultaten en ruimte voor commentaar
- Drie vragen:
 1. Komt dit overeen met jouw ervaring tijdens het wereldcafé?
 2. Wil je iets veranderen?
 3. Wil je iets toevoegen?

De deelnemers werden gevraagd om commentaar te geven op de resultaten van hun eigen groep. In stap vier en vijf werden de reacties van de deelnemers toegevoegd aan de data en werden nieuwe bevindingen geïntegreerd in de data-analyse.

Ethische aspecten

Een ethische toetsing volgens WMO was niet geïndiceerd (Academie voor Gezondheidsstudies, z.d.). De persoonlijke informatie van de deelnemer werd vertrouwelijk behandeld en na het verkrijgen van de definitieve beoordeling vernietigd. Behalve het beroep werden geen persoonlijke gegevens van de deelnemers gerapporteerd. Deelnemers werden duidelijk geïnformeerd over het doel van het onderzoek en waren vrij hun medewerking op elk moment te stoppen. Er wordt niet van uitgegaan dat de organisatie en/of de deelnemers schade hebben

ervaren. De deelnemers waren vrij in hun meningsuiting en door de member check waren deelnemers in staat om misleidende resultaten te rapporteren. Door de resultaten geanonimiseerd verwerkt te hebben was de kans op nadeel voor individuele personen minimaal.

Resultaten

De deelnemers hebben tijdens de gespreksrondes van het wereldcafé aanbevelingen gegenereerd om hun toegewezen opdracht vorm te geven volgens de fases van het model van Reinders. Na het analyseren van de post-it notes werd de member check gedaan, waarbij vier van de vijf deelnemers hebben gereageerd. De aanvullingen van de deelnemers zijn toegevoegd aan de resultaten. Eén deelnemer heeft een uiting van het wereldcafé teruggetrokken. Dit is in de resultaten aangegeven door een voetnoot. Door beide groepen zijn aanbevelingen voor verschillende categorieën vastgesteld: Voorwaarden voor de opdracht, overkoepelende leerdoelen, leeruitkomsten per fase van het model van Reinders en mogelijke werkvormen. In Tabel 3 en Tabel 4 zijn de resultaten van respectievelijk groep 1 en groep 2 schematisch weergegeven. In de linker kolom staan de bovengenoemde categorieën die gevonden werden. In de overige kolommen wordt dit toegelicht en aangevuld met citaten van de post-it notes. Vervolgens worden in de tekst de categorieën nog verder toegelicht.

Tabel 3: Resultaten groep 1: Casus

Voorwaarde	Studenten hebben gemeenschappelijke basiskennis over ethische levenseinde vraagstukken.		
Overkoepelend leerdoel	Assertiviteit van de groepsleden en communicatie tussen groepsleden stimuleren. Voortdurend vragen stellen zoals: Wat zijn mijn grenzen en wat doe ik als ik grenzen bereik? Wat verwacht ik van de ander? Wat heb ik van de ander nodig? Wat heeft de ander van mij nodig? Dit gaat samen met een voortdurende zelfreflectie.		
Fases uit het model van Reinders			
Leeruitkomsten per fase	De student is naar zichzelf gericht. De student reflecteert op zijn eigen expertise en op zowel professionele als persoonlijke kwaliteiten.	De student is naar zichzelf en naar de ander gericht. De student erkent de noodzaak van interprofessioneel samenwerken: Wie is betrokken en waarom?	De student is naar zichzelf, naar de ander en naar het team gericht. De student erkent de noodzaak van interprofessioneel samenwerken vanuit patiëntperspectief. De student kent de effecten van interprofessioneel samenwerken op het behandelproces (inhoudelijk en praktisch). De student integreert evidence-based handelen in het proces.
Mogelijke werkvormen	Kwaliteiten- en vaardighedenspel van Gerrickens (z.d.)	Beschrijf wat jij denkt wat iedere professional uit je groep kan doen? Vergelijk dit met elkaar en maak samen een uiteindelijke lijst. Een eetmoment observeren in een instelling	Stroomdiagram van een interdisciplinair behandelplan maken, inclusieve evaluatiemomenten. Richtlijnen en gebruik van klinimetrie met elkaar vergelijken, bijv. <i>Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie</i> (Kenniskring Transitie in Zorg, Hogeschool Rotterdam. 2009). Een multidisciplinair overleg uitspelen

Tabel 4 Resultaten groep 2: Werkveldbezoek

Voorwaarde	Geen		
Overkoepelend leerdoel	Interprofessionele discussie stimuleren		
Fases uit het model van Reinders			
Leeruitkomsten per fase	Vooraf aan het werkveldbezoek De student verkent eigen kennis en ervaringen over afasie. De student weet welke betekenis afasie heeft voor de eigen discipline.	Vooraf en tijdens het werkveldbezoek De studenten onderzoeken kwaliteiten van de groepsleden. De student gebruikt zijn kwaliteiten voor taken in het groepsproces. De student neemt verantwoordelijkheid in het groepsproces maar weet ook verantwoordelijkheden te delen.	Na het werkveldbezoek De studenten evalueren het bezoek in vorm van een gesprek/discussie. De studenten integreren de verschillende disciplines in hun discussie. De studenten houden rekening met het patiëntperspectief.
Mogelijke werkvormen	geen	Praktische taakverdeling voor werkveldbezoek (gespreksvoering, observator, notulist etc.) ⁴	Bevindingen van de discussie (schriftelijk) vastleggen. Interprofessioneel behandelplan opstellen

Voorwaarden

Groep 1 heeft het belangrijk geacht dat de studenten vooraf aan de opdracht een gemeenschappelijke basiskennis over levenseinde vraagstukken moeten hebben. Er werd niet gezegd hoe dit praktisch zou moeten gebeuren. Groep 2 heeft geen voorwaarde voor de opdracht beschreven.

Overkoepelende leerdoelen

Eén van de categorieën was een overkoepelend leerdoel voor de opdracht. De overkoepelende leerdoelen kwamen tot stand door het herhaaldelijk benoemen door de deelnemers van bepaalde aspecten door de fases heen. Daardoor zijn bepaalde aspecten samengevat tot een overkoepelend leerdoel waar tijdens de hele opdracht aandacht aan moet worden besteed. Groep 1 benadrukte vooral *communicatie* en assertiviteit en gaf hiervoor voorbeelden van vragen die gesteld moeten worden, zoals “Wat verwacht ik van de ander?”. Deze vragen waren bovendien reflectief van aard waardoor *zelfreflectie* eveneens bij het overkoepelende leerdoel hoorde. Groep 2 gaf op de flap-

⁴ Eén deelnemer heeft bij de member check gemeld dat deze werkvorm toch minder geschikt is omdat er passiviteit bij de studenten kan ontstaan. Ook brengt een taakverdeling conflictpotentieel.

over bij overig aan dat de “discussie tussen de studenten het belangrijkste is”, wat ook onder communicatie valt. Dit was ook terug te zien op de andere post-it notes en werd daarom opgenomen in het overkoepelend leerdoel van deze groep.

Leeruitkomsten per fase

Door de onderverdeling van de flap overs in de drie fases van het model van Reinders hebben de groepen per fase een aantal centrale aspecten beschreven, welke door de onderzoeker in de vorm van leeruitkomsten geformuleerd werden. Door de verscheidenheid van de beide opdrachten verschillen de leeruitkomsten van groep 1 en 2, maar toch zijn er een aantal thema's welke bij beide groepen naar voren kwamen. Een aspect dat duidelijk naar voren kwam was *zelfreflectie*. Bij groep 1 valt dit aspect ook onder het overkoepelende leerdoel. Zelfreflectie kwam het sterkst terug in fase 1 en 2 en werd beschreven als het onderzoeken van eigen kwaliteiten, kennis, grenzen en verwachtingen. Zelfreflectie moet een bijdrage leveren aan het groepsproces.

Door beide groepen werd in fase 3 het *patiëntperspectief* letterlijk benoemd, wat aangeeft dat het patiëntperspectief deel uit moet maken bij het opstellen van samenwerkingsprocedures.

Groep 1 gaf aan dat *evidence-based handelen* deel uit moet maken van fase drie van de opdracht. Als voorbeelden werden het vergelijken van richtlijnen met elkaar en het gebruik van klinimetrie gegeven.

Bij beide groepen is een soort *tijdslijn* door de fases heen te zien. Bij groep 2 is dit letterlijk vooraf, tijdens en na de opdracht. Bij groep 1 is dit meer een opbouw van attitude die de student laat zien bij het doorlopen van de opdracht- van “naar zichzelf gericht” naar “het team gericht”.

Mogelijke werkvormen

Een andere categorie vormden concrete werkvormen die ervoor zorgen dat studenten de leeruitkomsten per fase kunnen halen. Groep 1 noemde voor fase 1 een kwaliteitsspel als werkvorm, groep 2 heeft voor deze fase geen werkvorm voorgesteld. Desondanks reflectie een grote rol moet spelen door de fases heen werden er voor dit onderdeel de minste mogelijke werkvormen genoemd. Groep 2 stelde voor dat studenten in fase 2 een praktische taakverdeling maken voor hun opdracht waarbij zij rekening houden met de kwaliteiten van de groepsleden (zie voetnoot 4). Groep 1 noemde ook *realistische werkvormen* zoals een observatie in het werkveld en een rollenspel voor fases 2 en 3. Voor fase 3 noemden beide groepen het maken van een *interprofessioneel behandelplan* waarbij groep 1 aangeeft dat studenten daadwerkelijk moeten ervaren wat voor invloed interprofessioneel handelen heeft op hun eigen werk.

Op de flap-overs van de groepen was een sectie ‘overig’ voor opmerkingen, knelpunten en ideeën die niet binnen de drie fases pasten. Groep één heeft hier de voorwaarde omschreven. Groep 2 heeft hier het belang van hun aanbevelingen benadrukt en gesteld dat deze opdracht bij daadwerkelijke uitvoering zeer zinvol kan zijn voor studenten. Er zijn door beide groepen geen knelpunten of kritische kanttekeningen beschreven.

Discussie

In dit onderzoek zijn middels een wereldcafé aanbevelingen verzameld van stakeholders voor het implementeren van interprofessioneel onderwijs in bestaand onderwijs uit het vak *Logopedie en Dementie* op de Hanzehogeschool Groningen. De stakeholders hebben aan de hand van het model van Reinders voor twee bestaande opdrachten volgende aanbevelingen opgesteld:

1. De opdracht “casus” heeft een voorwaarde op het gebied van levenseinde vraagstukken.
2. De opdrachten hebben overkoepelende leerdoelen op het gebied van communicatie en zelfreflectie.
3. De opdrachten hebben specifieke leeruitkomsten op het gebied van zelfreflectie, evidence-based handelen en het integreren van het patiëntperspectief in interprofessioneel samenwerken.
4. Voor de opdrachten wordt gebruikgemaakt van zoveel mogelijk realistische werkvormen, zoals een interprofessioneel behandelplan.
5. De opdrachten hebben een tijdlijn die aansluit bij de fases van het model van Reinders.

In de volgende tekst worden de aanbevelingen verdiepend beschreven, verklaard en gekoppeld aan relevante literatuur.

Aanbeveling 1 geeft aan dat de studenten een gemeenschappelijke basiskennis moeten hebben over levenseinde vraagstukken voordat ze de opdracht uit kunnen voeren. De inhoud van de opdracht kan verklaren dat de deelnemers kennis over levenseinde vraagstukken als relevant inschatten. Vragen rondom het levenseinde zijn vaak ethisch van aard (Touwen, 2014). Zowel het Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (2011) als ook de WHO (2010) noemen ethische praktijken als kerncompetenties van interprofessioneel onderwijs wat de bevindingen van dit onderzoek ondersteunt. Uit een studie van Whitehead, Herbertson, Hamric, Epstein & Fisher (2015) blijkt dat training in levenseinde vraagstukken kan leiden tot morele stress (‘moral distress’) bij professionals, omdat zij geleerde ethische principes, door externe factoren, niet voldoende kunnen toepassen in de praktijk. Slechte communicatie is één van de meest genoemde factoren voor morele stress. Communicatie training moet derhalve deel uitmaken van onderwijs over ethische vraagstukken, niet alleen in de onderwijs- maar ook in de praktijksetting (Clark, Cott & Drinka, 2007; Hardin, 2015; Whitehead et al., 2015).

Aanbeveling 2 houdt in dat de opdrachten overkoepelende leerdoelen moeten hebben. Eén van deze leerdoelen is het stimuleren van *communicatie* tussen studenten. Vormen van communicatie kunnen volgens de deelnemers onder andere discussiëren, vragen stellen, bespreken en schriftelijk vastleggen zijn. Deze aanbeveling kan in verband staan met de dataverzameling middels het wereldcafé, waarbij communicatie tussen deelnemers centraal staat. Ook de WHO (2010) noemt communicatie als leerdoel van interprofessioneel onderwijs en vat dit als volgt samen: op een competente manier je mening uiten tegenover collega’s en luisteren naar teamleden. Het IPEC (2011) noemt zelfs acht “specifieke interprofessionele communicatie competenties” (p. 23), die studenten moeten leren door interprofessioneel onderwijs. Het blijkt echter dat communicatie een bron van frustratie en daarmee een belemmering kan zijn in interprofessionele samenwerking (Foranda, McWilliams & McArthur, 2015). Hierbij spelen hiërarchie en verschillen in communicatiestijlen per discipline een rol (Foranda et al., 2015; Olson & Bialocerkowski, 2014). Er zijn aanwijzingen dat communicatie

training gebaseerd op simulatie een positieve invloed kan hebben op (attitude tegenover) interprofessionele communicatie (Foranda et al. 2015).

Een ander overkoepelend leerdoel en tegelijkertijd een leeruitkomst is *zelfreflectie*. Beide groepen noemen het onderzoeken van en reflecteren op de professionele en persoonlijke kwaliteiten van studenten en het integreren van deze kwaliteiten in het groepsproces als belangrijke aspecten. Dit kan te verklaren zijn door de vragen die horen bij de eerste en tweede fase van het model van Reinders. Deze vragen, respectievelijk *Wie is deze professional?* en *Wie kan wat doen?*, nodigen uit tot reflectie en zouden ertoe geleid kunnen hebben dat de deelnemers dit hebben beschreven tijdens het wereldcafé. De literatuur sluit aan bij reflectie als leerdoel en leeruitkomst. Clark (2009) geeft aan dat zicht op de eigen persoon, discipline en vaardigheden net zo belangrijk is als kennis over de achtergronden van andere disciplines. Reflecteren op het eigen handelen is ook opgenomen in de rol *samenwerker* in het opleidingsprofiel logopedie (Lindenberg et al., 2017). Reflectieve onderwijsactiviteiten kunnen gehinderd worden door verschillende attitudes tegenover reflectie van de deelnemende disciplines, de leeromgeving en gedrag van de docent of mentor (Clark, 2009; Mann, Gordon & MacLeod, 2007).

In aanbeveling 3 worden specifieke leeruitkomsten genoemd. Groep 1 heeft *evidence-based handelen* als één van de leeruitkomsten beschreven. Evidence-based handelen (EBP) wordt gedefinieerd als het integreren van wetenschappelijk onderzoek, klinische expertise en de voorkeuren van de patiënt in keuzes rondom individuele patiënten (Satterfield et al., 2009). EBP is een kernhandeling van logopedisten, fysiotherapeuten en diëtisten in opleiding en in het werkveld (Audenaerde, Lipzig, Van Roon & Slabbekoorn, 2013; De Vries, Hagenaars, Kiers & Schmitt, 2014; NVLF, 2013), wat kan verklaren dat de deelnemers deze leeruitkomst hebben genoemd. De context van interprofessionele samenwerking eist dat professionals samen keuzes moeten maken over het toepassen van evidence-based handelen in plaats van dat ieder zijn eigen variant van EBP handhaaft (Satterfield et al., 2009). Juist hierin ligt de uitdaging van EBP in interprofessioneel onderwijs, omdat er vaak geen uniform model en daarmee ook taalgebruik bestaat door de disciplines heen (Satterfield et al., 2009). Afspraken over EBP in een interprofessioneel team zouden geïntegreerd kunnen worden in fase 3 van het model van Reinders.

Zoals boven beschreven is het integreren van het *patiëntperspectief* één aspect van evidence-based handelen en werd dit aspect ook genoemd als leeruitkomst. Dit kan opnieuw te verklaren zijn door het feit dat evidence-based handelen deel uitmaakt van de opleidings- en beroepspraktijk van de deelnemers. Rekening houden met het patiëntperspectief maken eveneens deel uit van de leeruitkomsten voorgesteld door de WHO (2010) en IPEC (2011). Een studie van Ferguson, Ward, Card, Sheppard en McMurtry (2013) laat zien dat patiënten basale beleefdheidsregels, duidelijke communicatie en een relatie gebaseerd op respect en vertrouwen als belangrijke aspecten van interprofessionele samenwerking aanschouwen.

Aanbeveling 4 gaat over werkvormen die ertoe moeten leiden dat de leerdoelen en leeruitkomsten gehaald worden. Hierbij waren de *realistische werkvormen* opvallend. Een voorbeeld hiervan is het opstellen van een *interprofessioneel behandelplan*. De inhoud van het behandelplan wordt idealiter gevoed door ervaringen uit de echte werksetting, zoals een werkveldbezoek met een echte patiënt of een observatie van een eetmoment in een instelling. Hierdoor ervaren de studenten de effecten van interprofessioneel samenwerken op hun beroepspraktijk. Een verklaring voor deze aanbeveling kan het gebruik van het model van Reinders tijdens het wereldcafé zijn. In fase drie wordt met de vraag “Hoe doen wij wat samen?” expliciet gevraagd naar samenwerkingsprocedures. Een behandelplan is een middel voor het opstellen van een samenwerkingsprocedure. Een tweede verklaring kan zijn dat in beide groepen

docenten aanwezig waren die hun kennis en ervaring in de onderwijsontwikkeling hebben ingebracht tijdens het wereldcafé. De WHO (2010) bevestigt dat interprofessioneel onderwijs effectiever blijkt te zijn als er gebruik gemaakt wordt van leerprincipes en werkvormen die aansluiten bij de beroepspraktijk uit het echte leven. Voorbeelden hiervan zijn werkvormen gebaseerd op observatie of op simulatie van de beroepspraktijk (Barr & Coyle, 2013).

Aanbeveling 5 geeft aan dat de opdrachten een *tijdslijn* volgen die past bij de fases van het model van Reinders. Deze tijdslijn kan letterlijk zijn en betrekking hebben tot het verloop van de opdracht, zoals beschreven door groep 2. Of zij is figuurlijk en heeft betrekking tot de attitude van de student, zoals beschreven door groep 1. Deze aanbeveling vloeit logisch voort uit het gebruik van het model tijdens het wereldcafé. Deze aanbeveling sluit aan bij het doel van Reinders (2018) dat het model concrete aanknopingspunten moet bieden voor curriculumontwikkeling. Reinders (2018) geeft aan dat iedere fase semi-voorwaardelijk is voor de volgende, maar dat er ook overlap plaatsvindt en dat zij in een korte tijd doorlopen kunnen worden. Als er meer tijd wordt besteedt aan bepaalde fases zal dit de ontwikkeling in deze fase versterken. De stakeholders hebben geen concrete uitspraken gedaan over de weging van de fases door de tijdslijn heen.

Opvallend aan de resultaten is de doorgaans positieve benadering van interprofessioneel onderwijs en het ontbreken van knelpunten of belemmerende factoren in de aanbevelingen. Belemmerende factoren, als gevolg van de mechanismen uit Figuur 2, worden veelvuldig in de literatuur beschreven (Grymonpre et al., 2016; IPEC, 2011; Reeves et al., 2017; WHO, 2010). Hier een selectie van belemmerende factoren zoals beschreven door IPEC (2011):

- Tekort aan steun op management level van de institutie.
- Beperkte mogelijkheden voor samenwerking tussen schools.
- Praktische problemen met betrekking tot roostering van studenten en docenten van verschillende disciplines.
- Problemen met de scholing van medewerkers in interprofessioneel onderwijs.
- Het vinden van passende beoordelingscriteria voor interprofessionele competenties.

Het is waarschijnlijk dat door de afwezigheid van roosteraars en onderwijsondersteunende medewerkers tijdens het wereldcafé de praktische problemen op dit gebied niet zijn benoemd. De positieve benadering van interprofessioneel onderwijs kan te verklaren zijn door de manier van deelnemer werving. Hierdoor is de kans hoog dat overwegend positief geïnteresseerde stakeholders deel hebben genomen aan het wereldcafé. De belemmerende factoren tijdens het implementatieproces van interprofessioneel onderwijs kunnen tegengegaan worden door het actieplan van de WHO (2010) te volgen.

Een factor die niet genoemd wordt in Figuur 2, maar die wel een belemmerende invloed kan hebben is de professionele cultuur van verschillende disciplines (Hall, 2005; Athea et al., 2011). Iedere discipline heeft waarden, normen, gewoontes, attitudes en gedrag die invloed hebben op het zelfbeeld en het beeld van anderen, wat kan leiden tot stereotypes tussen disciplines (Athea et al., 2011). Een studie van Athea et al. (2011) toont aan dat interprofessionele onderwijsactiviteiten een positieve invloed hebben op stereotypes.

Beperkingen en sterke punten van het onderzoek

Huidig onderzoek is uitgevoerd volgens de principes van PAO. Het doel van PAO is het om prescriptieve kennis te genereren vóór en dóór de onderzochten, wat bijdraagt aan empowerment van de onderzochten. Door de aard van de probleemstelling, het betrekken van diverse stakeholders en de onderzoeksmethode in de vorm van een wereldcafé kon dit doel behaald worden. Het wereldcafé werd uitgevoerd zoals beschreven door Migchelbrink (2016) en Fouché

en Light (2010) waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten verhoogt wordt. Echter is er door beperkte tijd en het kleine aantal deelnemers ervoor gekozen om de groepen niet te laten roteren tijdens de gespreksrondes. Hierdoor was de gewenste kruisbestuiving van ideeën minder gegeven (Fouché & Light, 2010). De membercheck heeft de betrokkenheid van de onderzochten vergroot en de validiteit van de resultaten verhoogt (Birt et al., 2016; Migchelbrink, 2016). De verkregen resultaten zijn adviezen die concreet kunnen leiden tot actie wat aansluit bij het centrale onderdeel van PAO, namelijk actie ondernemen.

Het onderzoek kent enkele methodologische beperkingen. De stakeholders uit de onderwijsondersteunende instanties hebben niet deelgenomen aan het wereldcafé waardoor de beoogde inzichten op het gebied van logistiek en roostering niet meegenomen konden worden in de aanbevelingen. Bovendien was de diëtist professional in groep 1 niet aanwezig tijdens het wereldcafé waardoor de visie vanuit het werkveld miste. De enige bron voor de data-analyse waren de post-it notes en de opmerkingen van de member check. Om methodetriangulatie te vergroten was het gebruik van geluids- of beeldopnamen voor de data-analyse wenselijk geweest (Boeije, 2014).

Tijdens het wereldcafé en bij de data-analyse is er gebruik gemaakt van het model van Reinders. Het onderzoek ten grondslag van dit model is uitgevoerd in een gelijkaardige onderzoekspopulatie waardoor de bruikbaarheid voor de huidige onderzoekspopulatie hoog is. Door limitatie in tijd zijn alleen de eerste drie fases van het model gebruikt en zijn de laatste twee fases buiten beschouwing gelaten. Hierdoor gaan de verkregen adviezen alleen in op delen van interprofessionele ontwikkeling.

Vervolgonderzoek en conclusie

Door de verkregen aanbevelingen zijn er eerste stappen gezet in de vormgeving van interprofessioneel onderwijs op de SAGZ van de Hanzehogeschool Groningen. Om hierin verder te kunnen gaan is vervolgonderzoek wenselijk. In het kader van PAO is naar aanleiding van de aanbevelingen een pilot onderzoek binnen de module Logopedie en Dementie een belangrijke volgende stap. Onderzoek met meer stakeholders uit alle beschreven groepen zou tot vollediger aanbevelingen leiden. Hierbij hoort ook het includeren van alle fases uit het model van Reinders. Een literatuuronderzoek naar bruikbare theorieën en modellen over interprofessioneel onderwijs zou de SAGZ een duidelijke koers kunnen geven voor het implementatieproces. Verder is het wenselijk om in vervolgonderzoek te variëren met de combinatie en het aantal van deelnemende disciplines.

Het onderzoeksdoel was het om onderwijs op de SAGZ, en daarmee ook het logopedie onderwijs, aan te laten sluiten bij de actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dit zou uiteindelijk kunnen leiden tot interprofessioneel opgeleide zorgprofessionals wat de kwaliteit van zorg voor de patiënt kan verbeteren. De aanbevelingen uit dit onderzoek leveren een concrete bijdrage aan het implementeren van interprofessioneel onderwijs. Bovendien blijkt dat er voldoende gedreven stakeholders voor dit onderwerp op de SAGZ aanwezig zijn, die met veel kennis en een oplossingsgerichte blik mee kunnen denken over de toekomst van de zorgprofessional.

Literatuurlijst

- Academie voor Gezondheidsstudies. (2017). *Strategisch plan 2016-2020/jaarplan 2017-2018*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen. [Intern document].
- Academie voor Gezondheidsstudies. (z.d.). *Protocol ethische toetsing onderzoek door studenten*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen. [Intern document].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of practice in speech-language pathology*.
- Ateah, C. A., Snow, W., Wener, P., MacDonald, L., Metge, C., Davis, P., et al. (2011). Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? *Nurse Education Today*, 31(2), 208-213.
- Atsma, L., & De Vries, R. (2017). *Opdrachten en programma. Logopedie en dementie. Jaar 3, blok 10. Logopedie voltijd. Studiejaar 2017-2018*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen. [Intern document].
- Audenaerde, I., Lipzig, E., Van Roon, J., & Slabbekoorn, A. (2013). *Beroepsprofiel diëtist*. Nederlandse Vereniging van diëtisten.
- Barr, H., & Coyle, J. (2013). Introducing interprofessional education. In S. Loftus, T. Gerzina, J. Higgs, M. Smith & E. Duffy (Eds.), *Educating health professionals: Becoming a university teacher* (pp. 185-198). Rotterdam: Sense Publishers.
- Berns, P. E. G., Jünger, N., Boxum, E., Nouwens, F., van der Staaij, M. G., van Wessel, S., et al. (2015). *Logopedische richtlijn 'diagnostiek en behandeling van afasie bij volwassenen'*. Woerden: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member checking: A tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation? *Qual Health Res*, 26(13), 1802-1811.
- Boeijs, H. (2014) *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. (2nd ed.). Den Haag: Boom Lemma.
- Borstlap, R., Van Gameren-Oosterom, L., Weijerman, M., Van Wieringen, H., & Van Wouwe, J. P. (2011). *Een update van de multidisciplinaire richtlijn voor de medische begeleiding van kinderen met downsyndroom*. Leiden: TNO.
- Clark, P. G. (2009). Reflecting on reflection in interprofessional education: Implications for theory and practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 213-223.
- Clark, P. G., Cott, C., & Drinka, T. J. K. (2007). Theory and practice in interprofessional ethics: A framework for understanding ethical issues in health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 21(6), 591-603.
- De Vries, C., Hagenars, L., Kiers, H., & Schmitt, M. (2014). *Beroepsprofiel fysiotherapeut*. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- DiGiovanni, J. J., & McCarthy, J. W. (2016). IPE 102: Innovative interprofessional education that includes audiology and speech-language pathology. In A. Johnson (Ed.), *Interprofessional education and interprofessional practice in communication sciences and disorders: An introduction and case-based examples of implementation in education and health care settings* (pp. 29-50) American Speech-Language-Hearing Association.
- Ferguson, L. M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S., & McMurtry, J. (2013). Putting the 'patient' back into patient-centred care: An education perspective. *Nurse Education in Practice*, 13(4), 283-287.
- Fouché, C., & Light, C. (2010). An invitation to dialogue. 'The world cafe' in social work research. *Qualitative Social Work*, 10(1), 28-48.
- Gerrickens, P.J.M. (z.d.) *Kwaliteitspel*. 's-Hertogenbosch: Gerrickens Training & Advies.

- Grymonpre, R. E., Ateah, C. A., Dean, H. J., Heinonen, T. I., Holmqvist, M. E., MacDonald, L. L., et al. (2016). Sustainable implementation of interprofessional education using an adoption model framework. *Canadian Journal of Higher Education*, 46(4), 76-93.
- Guraya, S. Y., & Barr, H. (2018). The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34(3), 160-165.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care, Supplement 1*, 188-196.
- Hardin, J. (2015). Creating a graduate level interprofessional ethics course for health science students: A systematic approach. *Master of Arts/Science in Nursing Scholarly Project, Paper 87*.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative. Geraadpleegd op 05 juni 2018, van: https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97_2
- Kuipers, H. (2017). *Methodisch handelen in de logopedie*. (4th ed.). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Lanting, C. I., Deurloo, J. A., Wiefferink, K., & Uilenburg, N. (2016). *Vroegtijdige opsporing van gehoorverlies bij kinderen en jongeren (0-18 jaar)*. TNO en Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind.
- Lindenberg, C., Berns, P., & Günther, T. (2017). *Opleidingsprofiel bachelor logopedie Nederland*. Studierichtingsoverleg Logopedie.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621.
- Migchelbrink, F. (2016). *De kern van participatief actieonderzoek*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2013). *Beroepsprofiel logopedist*. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2018). *Logopedische standaarden intramurale zorg*. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- Olson, R., & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: A systematic review. *Medical Education*, 48, 236-256.
- Polstra, L. (2015, 22 mei). Action research binnen MHAP. [PowerPoint]. Groningen: Hanzehogeschool Groningen.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Reinders, J. J. (2018). *Task shifting, interprofessional collaboration and education in oral health care*. Enschede: Gildeprint.
- Satterfield, J. M., Bonnie, S., Brownson, R. R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., et al. (2009). Toward a transdisciplinary model of Evidence-Based practice. *The Milbank Quarterly*, 87(2), 368-390.
- Touwen, D. (2014). *Ethische dilemma's rond het levenseinde*. Leids Universitair Medisch Centrum. Geraadpleegd op 05 juni 2018, van: <http://www.netwerkpalliatievezorg.nl/Portals/64/documenten/2014/Presentatie%20Dorothea%20Touwen.pdf>
- Van der Ploeg, S. (2013). *Onderwijskundig opleidingsplan (OOP) logopedie 2013-2016*. Groningen: Hanzehogeschool Groningen. [Intern document].

- Van Vliet, K., Grotendorst, A., & Roodbol, P. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen. grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen.
- Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G., & Fisher, J. M. (2015). Moral distress among healthcare professionals: Report of an institutionwide survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 117.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Department of Human Resources for Health. Geraadpleegd op 15 februari 2018, van: [http://www.who.int/hrh/resources/framework action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework%20action/en/)