

KENNISSYNTHESE

Het Multidisciplinair Gesprek

voor het verbeteren van
patiëntveiligheid

September 2022 | In samenwerking met Erasmus School Health Policy & Management

Inleiding

In het programma Tijd voor Verbinding (TVV) is het multidisciplinair gesprek een belangrijke factor voor een veiligheidscultuur, waarin het continue leren en verbeteren centraal staan. Een multidisciplinair gesprek is in het programma een gelijkwaardig gesprek tussen professional(s) én de patiënt gericht op betere communicatie/informatie-uitwisseling, samenwerking en leren en verbeteren. Als onderdeel van het TVV-programma zijn praktijkvoorbeelden verzameld van 'best practices' van het multidisciplinaire gesprek. Deze 'best practices' bieden praktijkvoorbeelden voor andere ziekenhuizen; zij kunnen leren hoe het multidisciplinair gesprek gebruikt kan worden om de zorg te verbeteren. Deze praktijkvoorbeelden beschrijven het multidisciplinaire gesprek tussen drie groepen belanghebbenden: met de patiënt, tussen de zorgprofessionals én georganiseerd samen met ketenpartners.

De invloed van het multidisciplinaire gesprek op patiëntveiligheid is verkend vanuit de verzamelde praktijkvoorbeelden. Echter, een gestructureerde, wetenschappelijke, onderbouwing voor zowel de aanpak van het multidisciplinaire gesprek als de uitkomsten ervan ontbreekt. Daarom is een aantal wetenschappelijke vragen geformuleerd, die in deze kennissynthese wordt beantwoord. Deze kennissynthese is geen literatuurreview, maar bevat een synthese van wetenschappelijke kennis over een multidisciplinair gesprek dat als doel het vergroten van de patiëntveiligheid heeft. Sommige onderwerpen bleken in de literatuur nog onderbelicht; zoals de rol en betrokkenheid van de patiënt in het multidisciplinair gesprek of de benodigde randvoorwaarden voor een multidisciplinair gesprek samen met ketenpartners. Daarmee is deze kennissynthese nog niet 'af', maar wordt gezien als 'in ontwikkeling': een levend document dat we kunnen aanvullen met nieuwe wetenschappelijke inzichten. Indien u beschikt over aanvullende informatie op deze kennissynthese, schroom dan niet om contact op te nemen met Tijd voor Verbinding: <https://www.programmatvv.nl/contact/> of Ada van den Bos, veiligheidsadviseur.

ONDERZOEKSVRAAG EN LEESWIJZER

We zijn geïnteresseerd in de manier waarop het multidisciplinaire gesprek moet worden vormgegeven om patiëntveiligheid te kunnen bereiken. Onze overkoepelende vraag is daarom:

Welke factoren zijn van invloed op het effectief voeren van een multidisciplinair gesprek met als doel het verbeteren van patiëntveiligheid?

Om deze vraag te beantwoorden, worden eerst de belangrijkste begrippen gedefinieerd. Daaropvolgend worden verschillende aspecten van het multidisciplinair gesprek besproken. Om ervan te kunnen leren, kijken wij naar de samenstelling van teams, het moment waarop het multidisciplinair gesprek plaatsvindt, randvoorwaarden die bijdragen aan het multidisciplinair gesprek en benodigde reflectievaardigheden. Ook wordt beschreven welke resultaten/uitkomsten van een multidisciplinair gesprek in de literatuur beschreven staan.

OPBOUW VRAAGSTELLINGEN KENNISSYNTHESE MULTIDISCIPLINAIR GESPREK

Hoe beïnvloedt het Multidisciplinair Gesprek patiëntveiligheid?

- A. Wat is patiëntveiligheid?
- B. Wat is het multidisciplinair gesprek?
- C. Wat zijn de doelstellingen van beschreven multidisciplinair gesprekken?
- D. Welke patiëntveiligheidsdoelstellingen van het multidisciplinair gesprek zijn bekend?

Welke factoren dragen hieraan bij?

1. **Deelnemers:** Wie zijn de deelnemers aan het multidisciplinaire gesprek?
 - Wie moet aanwezig zijn bij en welke rollen zijn nodig voor het voeren van een effectief multidisciplinair gesprek?
 - In welke samenstellingen kan een multidisciplinair gesprek worden gevoerd?
2. **Wanneer:** Wanneer kun je het beste een multidisciplinair gesprek houden?
 - Wat is het verschil tussen een formeel en informeel georganiseerd multidisciplinair gesprek?
 - Hoe ziet een effectief, formeel georganiseerd, multidisciplinair gesprek eruit?
3. **Randvoorwaarden:** Wat zijn de randvoorwaarden voor het voeren van een effectief multidisciplinair gesprek?
 - Wat zijn de basisprincipes voor een effectief multidisciplinair gesprek?
 - Welke teamvaardigheden zijn nodig voor het voeren van een multidisciplinair gesprek?
 - Welke organisatieprocessen zijn nodig ter ondersteuning van het voeren van een effectief multidisciplinair gesprek?
 - Welke waarden zijn binnen een team nodig?
 - Op welke wijze kunnen patiënten worden betrokken?
4. **Leren en reflecteren:** Op welke manier kunnen deelnemers leren en reflecteren in een multidisciplinair gesprek?
 - Hoe vindt leren en reflecteren in een multidisciplinair gesprek plaats?
 - Welke ondersteunende modellen of hulpmiddelen zijn beschreven voor het houden van een multidisciplinair gesprek?
 - Hoe kunnen deelnemers gestimuleerd worden om te leren en reflecteren in een multidisciplinair gesprek?
5. **Uitkomsten:** Wat zijn de uitkomsten van een effectief multidisciplinair gesprek?
 - Wat zijn beschreven uitkomsten van een multidisciplinair gesprek?
 - Hoe kan worden gemeten of deze uitkomsten worden behaald?
 - Wat is de link tussen de uitkomsten van het multidisciplinair gesprek en patiëntveiligheid?

Samenvatting

Het doel van deze kennissynthese was om een onderbouwd antwoord te formuleren op de vraag:

Welke factoren zijn van invloed op het effectief voeren van een multidisciplinair gesprek met als doel het verbeteren van patiëntveiligheid?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, werden eerst de termen multidisciplinair gesprek en patiëntveiligheid gedefinieerd. Vervolgens werden verschillende factoren besproken die de invloed van het multidisciplinair gesprek op patiëntveiligheid ondersteunen.

In deze kennissynthese is patiëntveiligheid gedefinieerd vanuit zowel de Safety-I als Safety-II benadering. Op basis hiervan werd gesteld dat patiëntveiligheid zowel het leren van fouten is (Safety-I) als het constant proactief aanpassen van zorgprocessen om risico's te reduceren (Safety-II).

Het Multidisciplinair gesprek is gedefinieerd als een gecoördineerde samenwerking in een zorgteam met als doel het leren en reflecteren ten behoeve van patiëntveiligheid. Dit gesprek vindt fysiek plaats en verloopt gestructureerd onder kundig leiding van één (extern) persoon. De patiënt en diens mantelzorgers worden waar mogelijk maximaal betrokken. Het multidisciplinair gesprek dient als middel om de kennis van verschillende zorgprofessionals bij elkaar te brengen. Daarnaast kent het ook andere gewenste uitkomsten zoals het verbeteren van de continuïteit en coördinatie in de zorg (d.m.v. communicatie en afgestemde gegevensverzameling).

Hoewel de link tussen patiëntveiligheid en het multidisciplinair gesprek (vooral nog) niet expliciet beschreven staat in de literatuur, is deze link wel impliciet aanwezig. Zo wordt het multidisciplinair gesprek onder andere opgezet om van fouten te leren en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarnaast dient het multidisciplinair gesprek als middel om te komen tot een betere afstemming en samenwerking in de zorg. Om dit te realiseren is de aanwezigheid van een patiëntveiligheidscultuur van groot belang. Hier kan een multidisciplinair gesprek aan bijdragen door de samenwerking tussen afdelingen te stimuleren, teamwork te verbeteren en open communicatie te bevorderen.

Nadat de link tussen het multidisciplinair gesprek en patiëntveiligheid meer expliciet was gemaakt, werden vervolgens verschillende factoren belicht die de invloed van het multidisciplinair gesprek op patiëntveiligheid ondersteunen, te noemen: de samenstelling van teams, wanneer het multidisciplinair gesprek plaatsvindt, randvoorwaarden die bijdragen aan het multidisciplinair gesprek, de wijze van leren en reflecteren in een multidisciplinair gesprek en de uitkomsten die voortvloeien uit het multidisciplinair gesprek.

1. DEELNEMERS: WIE ZIJN DE DEELNEMERS AAN HET MULTIDISCIPLINAIR GESPREK

De samenstelling van een multidisciplinair gesprek is niet statisch, maar dynamisch en wordt gevormd op basis van het vraagstuk dat op tafel ligt. Gezien het feit dat de samenstelling gebonden is aan de context en daarom kan verschillen per ziektebeeld is er geen algemene succesformule te onderscheiden in de literatuur. Wel zijn een aantal algemene rollen te extraheren uit de literatuur die belangrijk zijn voor het effectief voeren van een multidisciplinair gesprek. Zo is het belangrijk dat er een coördinator aanwezig is die zowel verantwoordelijk is voor de coördinatie van het multidisciplinair team (MDT) als het multidisciplinair overleg (MDO). Ook de aanwezigheid van een voorzitter en notulist bleken wenselijk te zijn.

De aanwezigheid van deze rollen is belangrijk, ongeacht wat de samenstelling is. Wel kan de verdere samenstelling van aanwezigen bij het gesprek variëren. Zo is er een onderscheid te maken in de samenstelling als het gaat om het multidisciplinair gesprek tussen zorgprofessionals, het multidisciplinair gesprek met de patiënt en het multidisciplinair gesprek in de keten. Indien het een multidisciplinair gesprek betreft met zorgprofessionals is het onder andere belangrijk dat alle relevante disciplines vertegenwoordigd zijn in een team en dat de coördinator erkend wordt als kernlid.

Het betrekken van de patiënt bij een multidisciplinair gesprek wordt steeds meer gewaardeerd omdat het een positieve invloed kan hebben op het besluitvormingsproces en zo de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Echter verschilt de frequentie van patiëntbetrokkenheid per ziektebeeld. Hoe er exact invulling wordt gegeven aan deze samenstelling, is nader te onderzoeken.

De samenstelling van het multidisciplinair gesprek in de keten komt tot stand in vier fasen zoals beschreven door Minkeman et al. (2010). In plaats van een multidisciplinair gesprek wordt er gesproken van een ketenoverleg, waarin afstemming plaatsvindt tussen de ketenpartners. Dit overleg wordt door een ketencoördinator georganiseerd die verantwoordelijk is voor een soepel verloop van de samenwerking in de keten. De vorm waarin deze samenwerking is gegoten verschilt per situatie.

2. WANNEER KUN JE HET BESTE EEN MULTIDISCIPLINAIR GESPREK HOUDEN?

Verspreid over de dag worden er verschillende gesprekken gehouden die multidisciplinair zijn. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen formele en informele gesprekken. Bij informele gesprekken kan gedacht worden aan gesprekken die spontaan gedurende de dag plaatsvinden. Voorbeelden hiervan zijn gesprekken in de wandelgangen en visite lopen. Het laatstgenoemde is een belangrijk moment om de patiëntbetrokkenheid te vergroten. Echter, blijkt het in de praktijk lastig om de kwaliteit van deze gesprekken te waarborgen vanwege onvoldoende tijd en gebrek aan privacy. Naast deze informele contactmomenten, bestaan er ook formele contactmomenten. Hierbij kan worden gedacht aan tumorwerkgroepen, teamoverleggen en multidisciplinaire overleggen. Deze formele momenten kenmerken zich door het feit dat ze zijn ingeroosterd en zijn gestructureerd. Vaak is er sprake van een bepaalde richtlijn die wordt gehanteerd om de effectiviteit van een multidisciplinair gesprek te waarborgen. Deze richtlijn schrijft voor hoe een multidisciplinair gesprek het best voorbereid, gehouden en kan worden afgerond. Naast dat de patiënt wordt besproken tijdens deze meetings, is er vaak ook de ruimte voor professionals om de interprofessionele samenwerking te evalueren. Indien de patiënt aanwezig is bij het multidisciplinair gesprek is deze ruimte er niet en is het belangrijk dat professionals hun vakjargon aanpassen aan de belevingswereld van de patiënt.

3. WAT ZIJN DE RANDVOORWAARDEN VOOR HET VOEREN VAN EEN EFFECTIEF MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

Om een effectief multidisciplinair gesprek te voeren is het belangrijk dat aan bepaalde principes is voldaan, zoals: het vaststellen van patiëntgerichte doelen, het openlijk bij elkaar brengen van meningen en het afspreken van een algemeen doel. Naast deze principes is de doeltreffendheid van een multidisciplinair overleg afhankelijk van zowel gedeelde vaardigheden, processen als waarden.

Onder (team)vaardigheden vallen competenties zoals goed leiderschap, sterke communicatieve vaardigheden en kennis over de rol van andere zorgverleners. Ook is het belangrijk dat teamleden begrip hebben voor groepsnormen, beschikken over de vaardigheid om groepsconflicten op te lossen en onderlinge verschillen binnen het team worden aanvaard. Dit is mogelijk wanneer er een sfeer heerst van wederzijds vertrouwen en respect. Tot slot moet er een bepaalde gemeenschappelijke deler zijn dat de teamleden aan elkaar verbindt en moet er sprake zijn van partnerschap gekenmerkt door een wederzijdse afhankelijkheid en gedeelde macht.

Multidisciplinaire teams kunnen pas effectief functioneren wanneer deze vaardigheden worden ondersteund door bepaalde organisatorische processen zoals adequate administratieve ondersteuning en de beschikbaarheid van de benodigde middelen zoals tijd en geld. Daarnaast dient er in de initiële fase ook te worden geïnvesteerd in trainingen en dienen lokale organisatiestructuren te worden ontwikkeld om de samenwerking in goede banen te leiden. Er moet een duidelijke rolverdeling bestaan tussen professionals en de betrokkenheid van de professionals dient te worden gestimuleerd door hen medeverantwoordelijk te maken voor het proces van verandering. Om de samenwerking tussen professionals nog meer te bevorderen kunnen interprofessionele initiatieven worden ondernomen en teamprotocollen worden opgesteld. Deze punten komen overeen met de punten die belangrijk worden geacht voor het tot stand komen van een effectieve ketensamenwerking.

Tot slot hebben waarden ook invloed op de doeltreffendheid van een multidisciplinair gesprek. Met gedeelde waarden wordt hier bedoeld op het delen van een visie over wat patiëntveiligheid inhoudt, of een ethisch raamwerk waar bepaalde handelingen binnen en buiten vallen. Het delen van deze waarden of visie brengt een multidisciplinair team bij elkaar, waardoor het de doeltreffendheid kan faciliteren. Waarden dragen bij aan de leeromgeving, en deze beïnvloedt de stabiliteit en processen en indirect de omgang met (patiënt)veiligheid, maar ook verdere relaties en prestaties.

Randvoorwaarden in het multidisciplinair gesprek om patiëntbetrokkenheid bij patiëntveiligheid te vergroten, zijn het betrekken van patiënten bij het detecteren van fouten en/of bijwerkingen, patiënten te informeren en daarbij in staat stellen veilige zorg te garanderen en de nadruk leggen op de betrokkenheid van patiënten als middel om de veiligheidscultuur te verbeteren. Het multidisciplinair gesprek kan dit het beste bewerkstelligen wanneer de gesprekken in een persoonlijke sfeer, kleine groep en veilige omgeving plaatsvinden.

4. OP WELKE MANIER KUNNEN DEELNEMERS LEREN EN REFLECTEREN IN EEN MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

Een leercultuur bepaalt hoe wordt omgegaan met preventie en management van risico's en fouten. Daarom is het belangrijk dat deze cultuur aansluit op de waarden van kwaliteit en patiëntveiligheid. Om een continue verbetercyclus te realiseren is het belangrijk dat professionele kennis wordt gelinkt aan verbeterkennis. Wanneer deze twee zijn gelinkt, verschuiven leerprocessen van single-loop naar double-loop of zelfs triple-loop learning. Daarnaast is het belangrijk dat er op verschillende niveaus wordt geleerd en er tussen deze niveaus een zekere interactie bestaat, aangezien een leercultuur zich vormt door de interactie tussen verschillende partijen.

Een multidisciplinair gesprek kan de leercultuur ondersteunen, aangezien het leren van elkaar centraal staat in een multidisciplinair gesprek. Tijdens een multidisciplinair gesprek wisselen de verschillende aanwezige partijen kennis uit, waarbij er wordt geleerd door kritisch te reflecteren op de kennis die wordt gedeeld. Het gaat zowel om het leren van fouten als om te leren hoe fouten kunnen worden voorkomen. Deze manier van leren is inherent gekoppeld aan patiëntveiligheid, aangezien er wordt gepoogd om op deze manier patiëntveiligheid te verbeteren.

Verschiedende leermodellen en tools kunnen worden toegepast op het multidisciplinair gesprek om de leerproces te ondersteunen. Zo is een veiligheidscultuur gelinkt aan een cyclus van actie en reflectie, waarin verschillende componenten van een continue leeromgeving zich voortbewegen (Olsen, 2011). Een gesimplificeerde versie van deze cyclus is de Plan, Do, Check, Act (PDCA) tool, die vaak wordt gebruikt in continue verbetertrajecten. Een meer op leren gerichte variant is de PDSA-cyclus waarbij de nadruk ligt op het snel en op kleine schaal invoeren van veranderingen. Deze tool is niet evenredig toepasbaar op de gezondheidszorg vanwege factoren die een veiligheidscultuur kunnen belemmeren zoals autonomie, hiërarchie en verzuiling. Het is daarom belangrijk om te streven naar een coöperatiemodel waarin samenwerking, aanspreekcultuur en interactie centraal staan om zo een verbeter-, leer- en veiligheidscultuur te realiseren. Hier kan het multidisciplinair gesprek aan bijdragen.

Het is belangrijk dat de interprofessionaliteit gedurende een multidisciplinair gesprek wordt gestimuleerd om te kunnen leren en reflecteren. Om dit te stimuleren, kunnen er drie interventies worden ondernomen zoals interprofessionele educatie, interprofessionele praktijkvoering en interprofessionele organisatie. Daarnaast kunnen er op individueel, interactieel en organisatieniveau praktische acties worden ondernomen om men meer bewust te maken van patiëntveiligheid. Deze acties tezamen kunnen ervoor zorgen dat leren en reflecteren in een multidisciplinair gesprek wordt gestimuleerd en op die manier een veiligheidscultuur aanmoedigen.

5. WAT ZIJN DE UITKOMSTEN VAN EEN MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

Het multidisciplinair gesprek draagt bij aan een sterk gevoel van saamhorigheid en kan de communicatie tussen zorgprofessionals verbeteren. Hierdoor zijn multidisciplinaire gesprekken in staat om tot uitkomsten te leiden als: een betere beoordeling van de patiënt, een efficiënter zorgproces en betere gezondheidsuitkomsten. Naast het betrekken van de zorgprofessionals, blijkt het betrekken van de patiënt bij het multidisciplinair gesprek ook tot positieve uitkomsten te leiden. Zo voelen patiënten zich beter geïnformeerd wanneer zij betrokken worden bij het multidisciplinair gesprek. Een multidisciplinair gesprek fungeert daarnaast als lijm binnen een ketensamenwerking, omdat het ervoor zorgt dat interorganisationele zorgteams kennis met elkaar delen. Op deze manier kunnen problemen als communicatie & coördinatie, lange wachttijden en slechte integratie van afdelingen worden voorkomen en kan de patiëntveiligheid worden gewaarborgd. Daarnaast kunnen uitkomsten worden gegenereerd als het minimaliseren van vertraging in de keten, het maximaliseren van zorgkwaliteit en de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen.

Het verloop van deze samenwerking kan worden gemonitord en gecontroleerd door jaarlijks multidisciplinaire richtlijnen en protocollen te herzien en door middel van bepaalde mechanismen ervoor zorgen dat het team op de hoogte is van 'adverse events' als gevolg van behandeling complicaties. Daarnaast kunnen bepaalde tools, zoals het uitzetten van een jaarlijkse enquête, helpen om de uitkomsten van teams te verbeteren door de prestaties van het team inzichtelijk te maken.

Deze uitkomsten kunnen bijdragen aan de verbetering van patiëntveiligheid omdat zij het resultaat zijn van een betere samenwerking tussen zorgprofessionals. Hierdoor kunnen betere diagnoses worden gesteld, worden passende behandelingen gekozen en wordt het aantal heropnames gereduceerd. Naast de interprofessionele samenwerking, versterken multidisciplinaire gesprekken ook de interorganisationele samenwerking doordat zij professionals van verschillende disciplines bij elkaar brengen.

Het multidisciplinair gesprek brengt structuur aan in deze interacties, door structuur aan te brengen in de rolverdeling, tijdsmomenten en benodigde randvoorwaarden. Hierdoor zijn professionals beter op de hoogte van elkaars bijdragen aan het zorgproces en vindt er een betere samenwerking plaats. Dit is cruciaal in het waarborgen en verbeteren van patiëntveiligheid.

Inhoudsopgave

INLEIDING	2
Onderzoeksvraag	2
Opbouw vraagstellingen kennissynthese Multidisciplinair Gesprek	3
SAMENVATTING	4
HOE BEÏNVLOEDT HET MULTIDISCIPLINAIR GESPREK PATIËNTVEILIGHEID?	10
A. Wat is patiëntveiligheid?	10
B. Wat is het MULTIDISCIPLINAIR GESPREK ?	10
C. Wat zijn de doelstellingen van het MULTIDISCIPLINAIR GESPREK ?	12
D. Hoe staan de doelstellingen van het MULTIDISCIPLINAIR GESPREK in verhouding tot patiëntveiligheid?	13
WELKE FACTOREN DRAGEN HIERAAN BIJ?	15
1. Deelnemers: Wie zijn de deelnemers aan het MULTIDISCIPLINAIR GESPREK ?	15
2. Wanneer: Wanneer moet het MULTIDISCIPLINAIR GESPREK worden gehouden?	19
3. Randvoorwaarden: Welke randvoorwaarden zijn nodig voor het voeren van een effectief MULTIDISCIPLINAIR GESPREK ?	22
4. Leren & Reflecteren: Op welke manier kan leren en reflecteren in een MULTIDISCIPLINAIR GESPREK worden gestimuleerd?	27
5. Uitkomsten: Wat zijn de uitkomsten van een MULTIDISCIPLINAIR GESPREK ?	31
Literatuurlijst	36

Hoe beïnvloedt het Multidisciplinair Gesprek patiëntveiligheid?

A. WAT IS PATIËNTVEILIGHEID?

Om de invloed van het multidisciplinair gesprek op patiëntveiligheid te beschrijven, is het nodig om te definiëren wat wordt bedoeld met beide termen. In deze kennissynthese is ervoor gekozen om de definitie zoals omschreven in het programma Tijd voor Verbinding over te nemen. Hierin wordt onderscheid gemaakt in de Safety-I en Safety-II benadering van patiëntveiligheid, zoals gedefinieerd in het artikel 'Ontwikkelingen in het denken over patiëntveiligheid' (Wagner, 2021)¹.

In de Safety-I benadering staat het leren van incidenten en calamiteiten centraal. Patiëntveiligheid kan binnen deze benadering worden gedefinieerd als het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade. Schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem. Samengevat gaat het om schade door de zorgverlening, niet om een verslechtering door de onderliggende ziekte (Wagner et al., 2019)².

Patiëntveiligheid wordt bij Safety-II omschreven als de vaardigheid van zorgverleners om zich constant aan te passen aan de veranderende omstandigheden in de dagelijkse praktijk om veiligheidsrisico's voor de patiënt zo veel mogelijk te reduceren. Het gaat dan om veerkracht van professionals en systemen en het borgen van veiligheid ondanks verstoringen en tekortkomingen in zorgprocessen (Wagner et al., 2019)².

B. WAT IS EEN MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

Het multidisciplinair gesprek wordt in de literatuur vaak beschreven als multidisciplinair overleg (MDO). Deze term lijkt vooral alle vormen te omvatten waarin zorgprofessionals samenkomen om te overleggen. In een multidisciplinair gesprek kunnen ook patiënten participeren.

In de Engelstalige literatuur wordt het MDO vaak beschreven als een 'multidisciplinary meeting' (MDM) of een 'multidisciplinary conversation' waarbij een 'multidisciplinary health care team' (MDT) is betrokken. Ook wordt de term gebruikt als onderdeel van het begrip multidisciplinaire zorg, wat wordt beschreven als "een geïntegreerde teambenadering waarin medische en paramedische zorgverleners alle relevante behandelingsopties overwegen en gezamenlijk een behandelplan voor elke patiënt ontwikkelen" (Cancer Australia, 2005)³. Door Boon et al. (2004)⁴ wordt de term multidisciplinaire samenwerking beschreven als een team dat samen patiëntenzorg verleent onder leiding van een duidelijk aangewezen leider (zie Tabel 1).

Tabel 1

Modellen van samenwerking in teams in gezondheidszorg (Boon et al, 2004)⁴

Parallel	<ul style="list-style-type: none">- Gekarakteriseerd door onafhankelijke zorgverleners werkend in een gedeelde setting.- Elk individu verricht zijn/haar werk binnen zijn/haar formeel gedefinieerd takenpakket.
Consultative Raadgevend	<ul style="list-style-type: none">- Expert advies wordt gegeven door een zorgprofessional aan een ander, mogelijk via directe persoonlijke communicatie maar vaak via een formele brief of een doorverwijzing.
Collaborative Samenwerkend	<ul style="list-style-type: none">- Onafhankelijk van elkaar werkende zorgverleners delen informatie rondom een behandeling van een patiënt waarbij ze allemaal zijn betrokken.- Deze samenwerking heeft een ad-hoc karakter en gebeurt normaal gesproken op een informele individuele patiënten-casus basis.
Coordinated Gecoördineerd	<ul style="list-style-type: none">- Een formele structuur waarin communicatie en het delen van patiëntendossiers tussen professionals in het zorgteam opgezet is rondom een specifieke ziekte of een bepaalde behandeling.- Een case coördinator (of casus manager) is verantwoordelijk voor de overdracht van informatie van en naar relevante behandelaars en de patiënt.
Multidisciplinary Multidisciplinair	<ul style="list-style-type: none">- Gekarakteriseerd door een team dat gemanaged wordt door een aangewezen team-leider (meestal geen zorgverlener) die de patiëntenzorg coördineert.- Een of twee personen coördineren de dienstverlening van de andere leden, die elkaar al dan niet face-to-face ontmoeten.- Elk individueel teamlid blijft zijn eigen beslissingen en aanbevelingen maken die, door de teamleider kunnen worden geïntegreerd.- Is een expliciete en geformaliseerde versie van een gecoördineerde samenwerking.
Interdisciplinary Interdisciplinair	<ul style="list-style-type: none">- Vorm van multidisciplinaire samenwerking wanneer de teamleden beginnen met het maken van een gezamenlijke beslissing (meestal gebaseerd op een consensus model) over patiëntenzorg, georganiseerd in periodiek georganiseerde face-to-face bijeenkomsten.
Integrative Geïntegreerd	<ul style="list-style-type: none">- Een interdisciplinaire, niet-hiërarchische mix van zowel conventionele geneeskunde als complementaire en alternatieve gezondheidszorg, die een naadloos continuüm van besluitvorming, die ondersteuning biedt aan patiëntgerichte zorg.- Een specifieke reeks kernwaarden gericht op het behandelen van de gehele persoon, de aangeboren eigenschappen van elke persoon te ondersteunen en gezondheid en welzijn te bevorderen, evenals ziektepreventie.- Een interdisciplinaire teambenadering die leidt tot consensusvorming, wederzijds respect en een gedeelde visie op de gezondheidszorg, die behandelaren en de patiënt in staat stelt om hun specifieke kennis en vaardigheden in te brengen in de context van een gedeeld zorgplan, gericht op synergie.

Het multidisciplinair overleg zoals wij dit in de Nederlandse gezondheidszorg kennen is meestal een bespreking, die face-to-face (laatste jaren ook digitale face-to-face) plaatsvindt. Het structureel plannen van zulke fysieke bijeenkomsten is volgens de literatuur onderdeel van een interdisciplinaire samenwerking. Daarnaast wordt in de literatuur patiëntbetrokkenheid als onderdeel gezien van het leveren van geïntegreerde zorgverlening.

Samenvattend definiëren wij in deze kennissynthese het multidisciplinair gesprek als een gestructureerd periodiek gesprek dat face-to-face plaatsvindt met alle betrokken zorgprofessionals (in de keten), waarbij de patiënt en zijn naasten worden betrokken⁵.

C. WAT ZIJN DE DOELSTELLINGEN VAN HET MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

Literatuur over de doelstellingen van een multidisciplinair gesprek ontbreekt. Daarom gebruiken we, als een eerste aanzet, literatuur over multidisciplinair teamwerk om deze te bepalen. Gebaseerd op de inzichten van ruim 2000 respondenten, werkzaam in multidisciplinaire teams op de afdeling oncologie, beschrijft het NCRI (2010)⁶ de volgende doelen voor multidisciplinair teamwerk:

- Het overwegen van de behandeling en zorg door professionals met specialistische kennis en vaardigheden.
- Het geven van de kans aan patiënten om deel te nemen aan hoogwaardige en relevante klinische onderzoeken.
- Het beoordelen van de mate waarin patiënten informatie en ondersteuning nodig hebben om met hun aandoening om te gaan.
- Het waarborgen van continuïteit van zorg, die door verschillende personen of aanbieders wordt geleverd.
- Het waarborgen van goede communicatie tussen eerste, tweede en derdelijns zorgverleners.
- Het waarborgen van goede gegevensverzameling, zowel ten behoeve van de individuele patiënt als ten behoeve van audit en onderzoek.
- Het gelijktrekken van uitkomsten door een beter begrip van patiënten en zijn kenmerken te creëren en door reflectieve praktijk.
- Het naleven van nationale en lokale (klinische) richtlijnen.
- Het bevorderen van goede werkrelaties tussen medewerkers, waardoor hun werktevredenheid toeneemt.
- Het aanbieden van mogelijkheden voor opleiding/professionele ontwikkeling van teamleden (impliciet door het betrekken van junior teamleden en expliciet wanneer bijeenkomsten worden gebruikt om nieuwe protocollen en werkwijzen te bedenken en af te spreken).
- Het optimaliseren van gebruik van middelen, effectief multidisciplinair teamwerk zou moeten resulteren in een efficiënter gebruik van tijd, wat zou moeten bijdragen aan een efficiënter gebruik van zorgmiddelen in het algemeen.

Samenvattend zijn de volgende doelstellingen voor het multidisciplinair gesprek vooral relevant: het bij elkaar brengen van kennis, het verbeteren van continuïteit en coördinatie in de zorg (d.m.v. communicatie en afgestemde gegevensverzameling), het bevorderen van werkrelaties, professionele ontwikkeling, en de optimalisatie in het gebruik van richtlijnen en middelen. Of deze doelstellingen ook gelden voor een multidisciplinair gesprek, en of andere doelen belangrijk zijn, moet nog worden onderzocht.

D. HOE STAAN DE DOELSTELLINGEN VAN HET MULTIDISCIPLINAIR GESPREK IN VERHOUDING TOT PATIËNTVEILIGHEID?

Zoals eerder gedefinieerd is patiëntveiligheid zowel het leren van (bijna) fouten (Safety-I) als het constant proactief aanpassen van zorgprocessen om het risico op fouten te reduceren (Safety-II). Binnen de Safety-II benadering is een psychologische veiligheidscultuur (Edmondson, 2018)⁷ van belang.

Veiligheid in multidisciplinaire teams kan herkend worden aan de volgende elementen (Noord, 2013)⁸:

- samenwerking tussen afdelingen;
- samenwerking binnen afdelingen;
- goede wisseling van diensten;
- hoge meldingsfrequentie van fouten;
- niet-straffende reactie op fouten;
- open communicatie over fouten;
- feedback en leren van fouten;
- verwachtingen en acties van leidinggevenden zijn duidelijk;
- steun vanuit het management;
- adequate personele bezetting;
- algemene perceptie van patiëntveiligheid.

Van deze elementen wordt het multidisciplinair gesprek vaak gelinkt aan betere samenwerking tussen en binnen afdelingen. Vooral de samenwerking tussen afdelingen blijkt nodig; in het Nivel Veiligheidsrapport beoordelen de respondenten de huidige situatie vaak negatief (Schlinkert, 2021)⁹. Zo stemmen ziekenhuisafdelingen onderling niet goed af en vallen er bij het overplaatsen van patiënten naar een andere afdeling geregeld zaken tussen wal en schip. Van de verpleegkundigen is maar een derde positief over de samenwerking tussen afdelingen en de zorg die de patiënt hierdoor krijgt (Noord, 2013)⁸. Niet alleen samenwerking tussen disciplines, maar ook deelname van verschillende zorgverleners wordt gekoppeld aan patiëntveiligheid. Actieve deelname door verpleegkundigen in multidisciplinaire veiligheidsrondes verbetert communicatie, patiëntveiligheid en patiënt/ouder tevredenheid (Dittman, 2018)¹⁰.

Verder zijn veel artikelen te vinden die teamwerk - zonder specifiek te maken of dit samenwerken in teams binnen of buiten de afdeling gebeurt - koppelen aan patiëntveiligheid. Zo worden 'team huddles' (korte discussies om bijvoorbeeld risico's te identificeren en op risico's te reageren) gelinkt aan een verbeterde veiligheidscultuur. Ook wordt gesteld dat teamwerk kan zorgen voor aanzienlijke winst in patiëntveiligheid en worden teamwerk trainingen gekoppeld aan verbeterde patiëntveiligheid (Franklin, 2020¹¹; Weller, 2014¹²; Seghal, 2008¹³). Één studie gaat specifiek in op het teamwerk binnen de Intensive Care Unit waarbij de samenwerking tussen zorgverleners binnen de afdeling gekoppeld is aan patiëntveiligheid (Despins, 2009¹⁴).

Het multidisciplinair gesprek wordt in de literatuur ook gelinkt aan betere (open) communicatie over fouten. Sterke communicatievaardigheden en kennis over de rol van andere zorgverleners kunnen volgens Suter et al. (2009)¹⁵ gelinkt worden aan patiëntveiligheid. Het belang van goede communicatie wordt benadrukt: "Slecht functionerende teams, in het bijzonder slecht communicerende teams, verhogen de veiligheidsrisico's voor patiënten" (CMPA, 2006, p. 2)¹⁶. Ook Verbakel et al. (2016)¹⁷ bevestigen op basis van hun literatuurreview dat communicatie- en samenwerkingsproblemen de meest voorkomende oorzaken zijn voor het in gevaar brengen van de patiëntveiligheid. Daarnaast bleek uit het onderzoek van JCAHO (2007)¹⁸ dat 65% van de te voorkomen

schade (zogenoemde 'adverse events') veroorzaakt werd door een gebrek aan communicatie. Het onderzoek van Zaboli et al. (2018)¹⁹ bevestigt dit en voegt daar ook een ondermaats onderwijssysteem aan toe als de belangrijkste oorzaken voor het ontstaan van fouten.

Ook communicatie in de keten is belangrijk voor patiëntveiligheid. De rol van het multidisciplinair gesprek wordt niet expliciet genoemd, maar gemeenschappelijke besluitvorming en multidisciplinair uitgewerkte zorgpaden zorgen voor betere afstemming en organisatie van de zorgverlening, betere behandelresultaten, meer tevredenheid bij patiënten, meer (patiënt)veiligheid, en een efficiënt gebruik van faciliteiten en middelen (Van Herck, 2004)²⁰.

Communicatie tussen zorgverleners, patiënten en families via samenwerkingsgesprekken wordt benoemd als "essentieel voor patiëntveiligheid en optimale uitkomsten" (Kroning, 2020)²¹. Om patiëntveiligheid te verbeteren is het patiëntperspectief fundamenteel, zeker om op de ervaring van vermijdbare fouten te reflecteren (Hovey, 2011)²².

Naast literatuur over het verbeteren van de samenwerking, communicatie en teamwerk tussen en binnen teams, is er ook een link te maken tussen twee andere doelstellingen van het multidisciplinair gesprek en patiëntveiligheid: het bij elkaar brengen van kennis en het bevorderen van werkrelaties. Het multidisciplinair gesprek is een (vaak) formele manier van samenwerken, waardoor op gestructureerde wijze kennis wordt uitgewisseld over de patiënt. Aangezien deze kennis vastgelegd wordt tijdens de bijeenkomst, zijn misvattingen over de gezondheidssituatie van de patiënt te voorkomen. Immers, alle betrokken zorgprofessionals zijn op de hoogte van huidige situatie en genomen beslissingen. Naast deze beslissingen, leent het multidisciplinair gesprek zich er ook voor om te reflecteren op teamprestaties en het verloop van het multidisciplinair gesprek zelf. Dit zorgt ervoor dat multidisciplinaire gesprekken beter afgestemd kunnen worden op de teamdoelstellingen en zorgt ervoor dat interprofessionele relaties worden versterkt. Tezamen komt dit de patiëntveiligheid ten goede (Borgstrom et al., 2021)²³.

Als laatste wordt in het Nivel Veiligheidsrapport een aantal suggesties gedaan om de link tussen het multidisciplinair gesprek en patiëntveiligheid te versterken:

- Houd spiegelgesprekken met (ex-)patiënten over hoe zij de zorg of dienstverlening hebben ervaren en waarvoor verbeteringen gewenst zijn. Plaats deze verbeterpunten op de agenda en laat deze terugkomen in het beleid en kwaliteitsverbeterprogramma's.
- Introduceer intervisie en (multidisciplinaire) reflectiegesprekken binnen teams en op afdelingen.
- Houd periodieke bijeenkomsten om ervaringen over 'wat goed ging in de zorg en zou men willen versterken' uit te wisselen.
- Introduceer multidisciplinaire teamtraining, zoals de Team Resource Management Training. Tijdens deze training gaat het niet om het aanleren van individuele vaardigheden, maar om het leren samenwerken in een (multidisciplinair) team. Communicatie, besluitvorming en leidinggeven staan centraal bij deze trainingen.
- Gebruik de SBAR als methodiek om de communicatie/overdracht tussen zorgverleners over een patiënt te verbeteren. SBAR staat voor: Situation (situatie), Background (achtergrond), Assessment (beoordeling) en Recommendation (aanbeveling)²⁴.
- Introduceer een training niet-technische vaardigheden ter verbetering van communicatie en samenwerking.

Welke factoren dragen hieraan bij?

1. DEELNEMERS: WIE ZIJN DE DEELNEMERS AAN HET MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

1.1 Aanwezig: Wie moet aanwezig zijn bij en welke rollen zijn nodig voor het voeren van een effectief multidisciplinair gesprek?

Er is weinig bekend over de randvoorwaarden voor een multidisciplinair gesprek dat als doel heeft het verbeteren en borgen van de patiëntveiligheid. Daarom wordt gekeken naar de literatuur over een multidisciplinair overleg. Wie aanwezig moet zijn hangt volgens diverse bronnen af van het ziektebeeld dat besproken wordt, het doel van het gesprek en of het gesprek om diagnose of behandeling gaat (Ruhstaller et al., 2006)²⁵. Indien het gaat om een multidisciplinair overleg op de afdeling oncologie met een therapeutische insteek, vormen de drie therapeutische modaliteiten chirurgie, radiotherapie en medische oncologie de kern van het team. Naast dit 'kernteam' kan het team sporadisch worden uitgebreid door andere leden uit te nodigen zoals: de huisarts van de patiënt, de coördinator van klinische proeven, iemand van het palliatieve zorgteam en/of een gespecialiseerde verpleegkundige. Voor een reumatologisch multidisciplinair overleg wordt het team uitsluitend gevormd door een reumatoloog en een verpleegkundig specialist. Ook fysiotherapeuten, ergotherapeuten en podologen kunnen op afroep onderdeel van het team zijn, maar dat is afhankelijk van de context (Ndosi et al., 2017)²⁶. De samenstelling van een multidisciplinair team is dus niet statisch maar dynamisch en wordt gevormd op basis van het vraagstuk dat op tafel ligt.

Fleissig et al. (2006)²⁷ noemen in hun onderzoek een aantal obstakels in het structureel bij elkaar brengen van alle leden van een multidisciplinair team. Aangezien dit verschillende zorgprofessionals zijn met een eigen rooster, blijkt het in de praktijk lastig te zijn om hen op structurele basis bij elkaar te brengen. Vooral wanneer zij werkzaam zijn op verschillende locaties. Vooral is het (tijdig) aanwezig zijn een uitdaging; met name wanneer deze plaatsvinden buiten de normale werkuren of tijdens de lunchpauze. Ook het ontbreken van administratieve ondersteuning vormt een obstakel voor het bij elkaar brengen van alle teamleden. Volgens Fleissig et al. (2006)²⁷ is dit vooral te wijten aan de afwezigheid van een persoon die verantwoordelijk is voor de coördinatie van (de agenda's van) alle deelnemers en van het gesprek zelf.

Een definitieve succesformule voor de samenstelling van een multidisciplinair team ontbreekt tot op heden (Borgstrom et al., 2021)²³. De aanwezigheid van een coördinator blijkt echter wel altijd relevant te zijn. Deze coördinator is verantwoordelijk voor het verzamelen van de te bespreken casussen en het versturen van een agenda voorafgaand aan het gesprek. Daarnaast leidt de coördinator het gesprek tussen de aanwezige professionals in goede banen en documenteert hij/zij wat is besproken (Ruhstaller et al., 2006)²⁵. Wie de rol van coördinator op zich neemt, kan verschillen per situatie. In de palliatieve zorg bijvoorbeeld wordt de rol van voorzitter en notulist afgewisseld om gelijkheid te promoten onder zorgprofessionals. Daarnaast wordt een persoon verantwoordelijk gemaakt voor het opzoeken van ontbrekende informatie via de laptop (Borgstrom et al., 2021)²³.

1.2 Partijen: In welke samenstellingen kan het multidisciplinair gesprek worden gehouden?

Het multidisciplinair gesprek tussen zorgprofessionals

Het multidisciplinair gesprek tussen zorgprofessionals wordt gevoerd door deelnemers die relevant worden geacht vanwege hun specialistische kennis over diagnose en behandeling van een specifieke ziekte of groepering van ziektes. De samenstelling van het multidisciplinair team dat deelneemt aan zo'n gesprek varieert per context en is afhankelijk van de ziekte. Zo kunnen in de oncologie deelnemers bijvoorbeeld chirurgen, radiologen, histo-pathologen, medische en klinische oncologen, verpleegkundig specialisten en artsen in de palliatieve zorg zijn. Deze deelnemers komen samen in het multidisciplinair gesprek, wat vaak het multidisciplinair overleg (MDO) wordt genoemd. De invulling en organisatie van dit overleg verschilt per context (Fleissig et al., 2006)²⁷.

In de NCRI-richtlijnen (2010) wordt aangeraden om aan de volgende voorwaarden te voldoen als het gaat om de samenstelling van een multidisciplinair team:

- Alle relevante beroepen/disciplines – eventueel kernleden en aanvullende leden – zijn vertegenwoordigd.
- De coördinator wordt erkend als een kernlid van het team. Diegene zit waar hij/zij alles kan horen en zien.
- Er zijn afgevaardigden met bevoegdheid om aanbevelingen te ondersteunen en in te springen om geplande (en waar mogelijk ongeplande) afwezigheid van deelnemers op te vangen.
- De afwezigheid van kernleden wordt vooraf gemeld, zodat vervanging kan worden georganiseerd.
- Leden hebben de benodigde expertise die vereist is.

Het multidisciplinair gesprek met de patiënt

De patiënt en familie lijken steeds meer een onderdeel te worden van het multidisciplinair gesprek. Wel is er grote variatie in de betrokkenheid van de patiënt en familie, zelfs binnen dezelfde zorgpaden (Kuijpers, 2016)²⁸. In chronische zorgtrajecten is de rol van patiënt vaak groter, waardoor het logischer is dat de patiënt aanwezig is bij een multidisciplinair gesprek.

In 2012 publiceerde de NHS het rapport "No decision about me, without me"²⁹. Dit rapport deed verschillende suggesties om patiënten betrokkenheid te vergroten bij belangrijke beslismomenten in het zorgproces, bijvoorbeeld bij doorverwijzing en na diagnose. De aanwezigheid van patiënten kan ertoe leiden dat de patiënt meer therapietrouw is, minder zware operaties worden uitgevoerd en diagnostiek doelmatiger worden gebruikt. Het effectief betrekken van de patiënt bij zijn/haar zorgproces vergt goede communicatie tussen patiënt en zorgprofessionals. Dit is echter niet altijd het geval zo bleek uit de studie van Taylor et al. (2014)³⁰, die onderzoek deden naar de betrokkenheid van de patiënt in multidisciplinaire overleggen. Hieruit bleek dat patiënten nog onvoldoende worden betrokken bij het multidisciplinair overleg. Reden hiervoor is enerzijds, omdat zij niet goed zijn geïnformeerd over dit soort overleggen. Anderzijds, omdat er geen consensus bestaat over het wel of niet betrekken van patiënten. Het is echter van belang dat de betrokkenheid van de patiënt wordt gestimuleerd, aangezien dit een positieve invloed kan hebben op het besluitvormingsproces en het op die manier de kwaliteit van zorg kan verbeteren.

Het belang van het betrekken van patiënten in het multidisciplinair gesprek verschilt daarnaast per context. Zo lijkt patiëntparticipatie in reumatische zorg bij te dragen aan betere kwaliteit, maar verschillen de ervaringen binnen de oncologische zorg (Kuijpers, 2016²⁸; Heuser, 2020³¹). Zo wordt er gewezen op emotionele reacties en gebrek aan begrip aan de kant van de patiënt en mogelijke negatieve implicaties voor het zorgtraject.

In andere studies lijkt de rol van de patiënt in het multidisciplinair gesprek ook af te hangen van de aard van de klachten. Bij fysieke klachten wordt er vaak meer geleund op vertrouwen in zorgprofessionals, waarbij mentale klachten de patiënt voorkeur meer neigt richting actieve participatie en betrokkenheid in het multidisciplinair gesprek (O’Driscoll, 2014)³².

Het multidisciplinair gesprek in de keten

Een keten kan gedefinieerd worden als “een samenhangend geheel van geschakelde input- en output processen, gericht op voortbrenging van een product of dienst” (De Bruijn & Ten Heuvelhof, 1995:134)³³. Met andere woorden, in een keten worden processen of diensten van verschillende organisaties aaneengeschakeld om meerwaarde voor de patiënt te creëren. Minkman et al. (2010)³⁴ beschrijven vier fasen in de ontwikkeling van ketensamenwerking. Deze fasen staan samengevat in Tabel 2. Door middel van een ketenoverleg vindt er afstemming plaats tussen de ketenpartners. Wie er daadwerkelijk aanwezig zijn bij een dergelijk overleg is afhankelijk van de problematiek die wordt besproken. Tijdens het ketenoverleg wordt een zorgplan opgesteld waarin wordt vastgelegd wie, wat, wanneer doet. Hierbij wordt kritisch gekeken naar het aantal benodigde zorgverleners. Dit overleg wordt door de ketencoördinator georganiseerd, die verantwoordelijk is voor een soepel verloop van het proces en de voortgang van de hulpverlening bewaakt (Zandvoort et al., 2013)³⁵.

Tabel 2

Ontwikkelingsfasen van ketenzorg

Ontwikkelingsfasen van ketenzorg	
Fase 1: Initiatief- en ontwerpfasen	In de eerste fase wordt de ketensamenwerking gestart of geïntensiveerd. Hierbij wordt er gesproken over een gezamenlijk erkend probleem of een kans en de noodzaak en (on)mogelijkheden om hier gezamenlijk mee aan de slag te gaan. De doelgroep en het ketenproces zijn in kaart gebracht, evenals behoeften van klanten en diverse stakeholders. De voortgang wordt bepaald door het ambitieniveau, de motivatie van betrokkenen en de inzet van leiders. Op basis van de ontstane ideeën en het aanwezige vertrouwen maakt een multidisciplinair team een ontwerp voor een experiment of project. De samenwerking wordt (eventueel) vastgelegd in een samenwerkings- of intentieverklaring
Fase 2: Experiment- en uitvoeringsfasen	In de tweede fase worden de projecten of experimenten uitgevoerd. De doelen en inhoud van de ketensamenwerking worden aangescherpt en vastgelegd in afspraken en zorgpaden. Er is afstemming tussen ketenpartners door middel van een ketenoverleg en het benoemen van een persoon met een coördinerende rol. Tevens worden gegevens over werkwijzen, doelgroepen en kennis uitgewisseld tussen ketenpartners. De resultaten worden geëvalueerd, waarna bijstelling plaatsvindt. De randvoorwaarden voor projecten zijn afgewogen en door middel van gezamenlijke afspraken gedekt
Fase 3: Uitbouw- en monitoringsfasen	In de derde fase zijn de projecten ingebed in of volgroeid tot een ketenprogramma. Hierbij zijn afspraken over inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg helder gemaakt en vastgelegd. De samenwerking tussen de ketenpartijen is niet vrijblijvend en de resultaten worden systematisch gemonitord en waar mogelijk worden verbeterpunten opgepakt. Tevens is de bereikte populatie in kaart gebracht en ontstaan er meer gezamenlijke initiatieven, zoals scholingsprogramma’s. De financiering van de zorg wordt op basis van structurele en reguliere middelen geregeld. Tot slot is er een blijvende commitment aan de benodigde inzet en ambitie
Fase 4: Verduurzamings- en transformatiefasen	In de vierde fase vormt ketenzorg de reguliere werkwijze en zorg. Hierbij is een coördinatiepunt op ketenniveau operationeel en wordt er informatie gedeeld, overgedragen en teruggekoppeld. Rondom ketenzorg zijn organisatorische structuren getransformeerd of nieuw ontworpen. De financiering is geregeld in integrale ketencontracten tussen aanbieder(s) en financiers. Tevens is er sprake van continue verbetering en analyse van klant- en stakeholderbehoeften. Op succesvolle resultaten wordt verder gebouwd en nieuwe samenwerkingsmogelijkheden worden verkend en gewogen. Tot slot laat een monitorings- Integrale zorg(verlening) in een veranderende samenleving 36 en benchmarksysteem periodiek zien waar resultaten geborgd zijn en waar verbetering mogelijk is

Bron: Minkman (2010)

Ketensamenwerking komt voornamelijk tot stand om af te stemmen over chronische zorg, zoals bij COPD, diabetes en dementie. Het is voor deze ziektebeelden belangrijk dat de verschillende betrokken zorgverleners de zorg voor de patiënt op elkaar afstemmen en dus samenwerken.

Ketensamenwerking kan worden bestempeld als externe (KNMG, 2010) of als interorganisationele samenwerking (KNMG³⁶, Van der Aa & Konijn, 2004³⁷; Goedee & Entken, 2015³⁸). In beide gevallen werken professionals vaak over formele organisatorische grenzen heen om diensten te verlenen aan een specifieke groep patiënten (Øvretveit, 1993)³⁹. Dit kan verschillende vormen aannemen. Indien de samenwerking tussen de organisaties minimaal is, werken de professionals samen in een tijdelijk project met betrekking tot een specifieke groep patiënten. Indien het een intensievere samenwerking betreft, kan de samenwerking een meer permanent onderdeel van de betrokken organisaties worden. In dit geval zijn er vaste leden die de samenwerking leiden, waarin verschillende beroepen en verschillende organisaties zijn vertegenwoordigd. Of er is een combinatie van vaste leden en geassocieerde leden (Øvretveit, 1993⁴⁰; Huxham, 1996; Baron-Epel et al., 2003⁴¹; Axelsson & Axelsson, 2006⁴²).

Uit het onderzoek van Health Canada (1999) bleek dat een interorganisationele samenwerking met name veelbelovend is wanneer deze permanent van aard is⁴³. De professionals kennen elkaar dan immers al een tijd, waardoor er vaak een gevoel van vertrouwen heerst. Ze werken nauw samen en hebben gedeelde waarden, doelen en een teamcultuur. Het besluitvormingsproces verloopt in deze teams vaak collegiaal en consensueel (van Raak et al., 1999⁴⁴; Vangen en Huxham, 2003⁴⁵).

2. WANNEER: WANNEER KUN JE HET BESTE EEN MULTIDISCIPLINAIR GESPREK HOUDEN?

2.1 Formele en informele multidisciplinaire gesprekken: Wat is het verschil tussen een formeel en informeel georganiseerd multidisciplinair gesprekken?

Verspreid over de dag worden er verschillende gesprekken gehouden die multidisciplinair van aard zijn. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen formele en informele gesprekken. Waar formele gesprekken zijn ingeroosterd, vinden informele gesprekken juist spontaan plaats gedurende de dag.

Informele gesprekken

Volgens Mann et al. (2020)⁴⁶ voeren multidisciplinaire teams gesprekken in de wandelgangen, hebben zij ad-hoc meetings en overleggen zij via interne communicatiekanalen. De fysieke omgeving in de zorg, waar onderbrekingen en beperkte ruimte standaard zijn, heeft veel invloed op dit soort informele communicatie (Liu, 2014)⁴⁷.

Visite lopen is ook een informele versie van het multidisciplinair gesprek. Bij de visite aan bed raken verschillende zorgverleners, zoals de (zaal)arts en verpleegkundigen, in gesprek met de patiënt en familie. Dit is vaak een moment waarop patiëntbetrokkenheid mogelijk is. Idealiter krijgt de patiënt de ruimte om te vertellen over zijn ervaring, wensen en behoeften (MUMC, 2021)⁴⁸. Volgens patiënten is die ruimte er vooral bij gesprekken over de behandeling (Samen Beslissen)⁴⁹, maar nog onvoldoende bij gesprekken over het ontslag. Factoren zoals onvoldoende tijd en gebrek aan privacy staan de kwaliteit van dit gesprek in de weg.

Er zijn ook initiatieven om dit soort informele communicatie met patiënten te 'standaardiseren', met positieve uitkomsten. Zo is er in sommige ziekenhuizen een digitaal samenwerkingsplatform ontwikkeld om multidisciplinaire samenwerking tijdens de visite te ondersteunen, soms als onderdeel van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Het EPD standaardiseert de informele communicatie door de informatie te synchroniseren en actueel te houden, de samenwerking zichtbaar te maken en afspraken over verantwoordelijkheden te expliciteren (Njoo, 2017)⁵⁰. Een interventie om de communicatie tussen zorgverlener en naasten tijdens visites te standaardiseren resulteerde in minder medische fouten en verbeterde familie-ervaring en communicatieprocessen (Khan, 2018)⁵¹.

Door informele multidisciplinaire gesprekken te voeren wordt er een algehele 'learning culture' gecreëerd en behouden. Binnen deze cultuur staat het openlijk bediscussiëren van fouten centraal en wordt er kritisch gekeken naar de huidige wijze van zorgverlening, onderbouwing voor (zorg)beslissingen en werkprocessen.

Formele gesprekken

Naast de informele bestaan er ook formele multidisciplinaire gesprekken. Voorbeelden van formele multidisciplinaire gesprekken in de oncologie zijn tumorwerkgroepen, conferenties en het multidisciplinair oncologisch overleg (Ruhstaller et al., 2006)⁵². Andere voorbeelden van formele multidisciplinaire gesprekken zijn volgens Landa (2012)⁵³:

- Overleg ten behoeve van ontslagmanagement in het ziekenhuis.
- Het palliatief overleg.
- Overleg over het geriatrische zorgprogramma.
- Teamoverleg in het woonzorgcentrum.
- Overleg in het kader van de therapeutische projecten (zoals de geestelijke gezondheidszorg).
- Overleg over patiënten met een psychiatrische problematiek (Psychiatrisch MDO).
- Overleg in de complexe thuiszorg (Samenwerkingsinitiatieven EersteLijnsgezondheidszorg).

Daarnaast kan het multidisciplinair overleg worden gekenmerkt als een formeel gesprek.

Verschil tussen informele en formele multidisciplinaire gesprekken

Het grootste verschil tussen informele en formele gesprekken is dat formele gesprekken worden ingeroosterd. Het lijkt er daarnaast op dat informele gesprekken vaker plaatsvinden in aanwezigheid van of met patiënten, terwijl het inroosteren en formaliseren belangrijk is bij gesprekken tussen zorgprofessionals. Een belangrijk voorbeeld hiervan is het multidisciplinaire overleg. Aan de andere kant vindt ook informele communicatie plaats tussen zorgprofessionals op de werkvloer; hoe deze verschilt van de formele variant wordt uit de literatuur niet duidelijk.

2.2 Effectief, formeel MGD: Hoe ziet een effectief, formeel georganiseerd multidisciplinair gesprek eruit?

Hoe formele multidisciplinaire gesprekken effectief georganiseerd kunnen worden beschrijven we op basis van literatuur over het multidisciplinair overleg. In de richtlijnen worden de voorbereiding, organisatie tijdens en follow-up van zulke overleggen namelijk expliciet beschreven (NCRI, 2010)⁵⁴.

Vorbereiding:

Voor het voorbereiden van een multidisciplinair overleg is het belangrijk dat het duidelijk is welke patiëntcases worden besproken. Zo moet het duidelijk zijn tot wanneer casussen kunnen worden geïncludeerd, in welke volgorde ze worden besproken en hoeveel tijd aan elke casus kan worden besteed. Relevante informatie over de patiëntcasussen wordt voor het gesprek verzameld en samengevat. Daarnaast moet duidelijkheid zijn over wat de verwachtingen zijn van deelnemers aan het multidisciplinair overleg, zodat zij zich kunnen voorbereiden en klaar zijn om relevante informatie te delen.

Tijdens het MDO:

Tijdens het multidisciplinair overleg wordt de relevante informatie gepresenteerd. De focus ligt op wat het team nodig heeft om passende aanbevelingen te doen voor de patiënt in kwestie. Alle informatie is toegankelijk tijdens het multidisciplinair overleg. Aanbevelingen en andere relevante data worden tijdens het gesprek verzameld en opgeslagen in het elektronisch patiëntendossier. Het gesprek wordt gecoördineerd door een voorzitter. Tijdens het gesprek zijn professionals niet beschikbaar voor andere verplichtingen (met uitzondering van noodsituaties); mobiele telefoons zijn uit of weggelegd.

Na het MDO:

Na het multidisciplinair overleg moeten de afspraken worden gedeeld. Er zijn afspraken gemaakt over wanneer er wordt gecommuniceerd naar de patiënt en wanneer afspraken worden geïmplementeerd. Er wordt toegezien op duidelijke communicatie en coördinatie van patiëntinformatie, het doorverwijzen van patiënten en waar nodig wordt informatie aangevuld als vervolg op het overleg.

De betrokkenheid van de patiënt bij het MDO

Het is niet vanzelfsprekend dat patiënten participeren in een multidisciplinair overleg, maar als ze aanwezig zijn, dan verandert de uitvoering hiervan. De aanwezigheid van de patiënt heeft namelijk invloed op het taalgebruik dat gedurende een multidisciplinair overleg wordt gehanteerd. Indien patiënten aanwezig zijn, is het noodzakelijk dat zorgprofessionals jargon en met name medische termen vermijden.

Daarnaast is er bij de afwezigheid van patiënten ruimte voor persoonlijke leermomenten voor alle betrokken professionals. Hierbij geven de deelnemers van het multidisciplinair overleg feedback aan elkaar op zowel persoonlijk als professioneel vlak. Ondanks dat patiënten niet altijd aanwezig zijn bij een multidisciplinair overleg, is hun stem wel leidend wanneer het gaat om het maken van afspraken over de feitelijke behandelingen. Deze afspraken dienen namelijk gemaakt te worden met de patiënt of diens vertegenwoordiger (Verenso, 2015)⁵⁵.

2.2 Timing van formele multidisciplinaire gesprekken: Wanneer kun je formeel en informeel georganiseerde multidisciplinaire gesprekken houden?

In de wetenschappelijke literatuur is weinig geschreven over wanneer formele multidisciplinaire gesprekken gevoerd moeten worden. Wat wel bekend is, is dat in de oncologie multidisciplinaire team meetings wekelijks worden gehouden. In deze meetings worden beslissingen genomen over de planning van de zorg voor de patiënt (Rowlands & Callen, 2013⁵⁶; Delaney et al., 2004⁵⁷).

3. RANDVOORWAARDEN: WAT ZIJN DE RANDVOORWAARDEN VOOR HET VOEREN VAN EEN EFFECTIEF MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

3.1 Principes: Wat zijn de basisprincipes van het multidisciplinair gesprek?

Voor het bepalen van de principes van een multidisciplinair gesprek, bouwen we voort op wat wordt gezegd over het multidisciplinair overleg. De principes hiervoor worden door Ellis samengevat als (2019)⁵⁸ als:

- Het vaststellen van patiëntgerichte doelen.
- Het behandelen van of aandacht geven aan medische problemen, functionele vaardigheden, cognitieve of psychiatrische gezondheid en sociale omstandigheden.
- Het zorgen voor vertegenwoordiging van belangrijke disciplines bij het overleg.
- Het openlijk bij elkaar brengen van meningen in het overleg.
- Het afspreken van een algemeen doel van de behandeling.
- Het afspreken van volgende stappen met tijdschema's.
- Het toewijzen van verantwoordelijkheid aan zorgprofessionals.
- Het regelmatig bij elkaar komen om de voortgang te bekijken.
- Het communiceren van de resultaten van het overleg.

Ellis (2019) benadrukt hier dat doeltreffendheid van een multidisciplinair overleg afhankelijk is van zowel gedeelde vaardigheden, processen als waarden. Als een van deze drie pijlers ontbreekt, blijkt uit de literatuur dat dit de doeltreffendheid van het overleg belemmert.

3.2 Teamvaardigheden: Welke teamvaardigheden zijn nodig voor het voeren van een multidisciplinair gesprek?

Multidisciplinaire gesprekken kunnen effectief worden gevoerd wanneer leiders en deelnemers bepaalde vaardigheden hebben (Fleissig et al, 2006)²⁷.

Een multidisciplinair gesprek moet over een voorzitter beschikken, die verantwoordelijk is voor het managen van het team en de ontwikkeling van het team faciliteert. Daarnaast dient de persoon in kwestie de betrokkenheid van alle leden van het team in het gesprek te waarborgen. Als leider van het overleg is de coördinator bij voorkeur innovatief, creatief en beschikt over vaardigheden op het gebied van projectontwikkeling en management. Daarnaast dient hij/zij leren te stimuleren (Singer, 2015)⁵⁹.

Daarnaast dient ieder teamlid over bepaalde basiscompetenties te beschikken om een goede interprofessionele samenwerking aan te gaan. Suter et al. (2009)⁶⁰ identificeerden twee basiscompetenties die essentieel zijn:

1. Sterke communicatieve vaardigheden zijn noodzakelijk om verschillen te overbruggen en consensus te bereiken. Om dit te bereiken dient ieder teamlid in staat te zijn om aan te sluiten op de belevingswereld van anderen.

2. Kennis over de rol van andere zorgverleners is noodzakelijk om 'rolverwarring' te voorkomen. Om dit te bewerkstelligen dient er een duidelijke rolverdeling te bestaan tussen de teamleden en is erkenning van ieders rol noodzakelijk.

Ook D'Amour et al. (2005)⁶¹ deden onderzoek naar interprofessionele samenwerking. Dit proces kenmerkt zich aan vier basisconcepten die essentieel zijn voor een goede samenwerking tijdens het MDO:

Delen: Dit concept veronderstelt dat er een gemeenschappelijke basis is die de teamleden aan elkaar verbindt, zodat een goede samenwerking gerealiseerd kan worden. Hierbij kan worden gedacht aan gedeelde verantwoordelijkheden, gedeelde waarden, een gedeelde gezondheidsfilosofie en/of het toepassen van gemeenschappelijke besluitvorming.

Partnerschap: Samenwerking tussen minstens twee actoren, die gedefinieerd kan worden als een professionele relatie of collegialiteit die constructief is en gebaseerd is op wederzijds vertrouwen en respect. Open communicatie is belangrijk, evenals de waardering van ieders bijdrage in het partnerschap. Tot slot wordt een partnerschap gekenmerkt door het streven naar een gemeenschappelijk doel of specifieke uitkomst.

Wederzijdse afhankelijkheid: Op basis van een wederzijdse afhankelijkheidsrelatie tussen alle betrokken actoren wordt een goede samenwerking gerealiseerd. Het gezamenlijke resultaat wordt belangrijker geacht dan alle individuele bijdragen bij elkaar opgeteld. Indien dit het geval is, wordt gesproken over groepssynergie in plaats van individuele autonomie.

Macht: Indien er sprake is van gedeelde macht tussen de actoren onderling is de relatie belangrijk. Macht is daarbij niet gebaseerd op titel en functie, maar op kennis en ervaring. Om de symmetrie in de machtsverhoudingen te waarborgen, is gezamenlijke interactie vereist.

Een positieve dynamiek binnen het team is ook belangrijk. Dit kan worden gestimuleerd door:

- Individuele rollen binnen het team te erkennen.
- Toegevoegde waarde van individuen aan het team te erkennen.
- Gezamenlijke doelstelling van het team te concretiseren.
- Wederzijds respect te tonen voor het creëren van een teamidentiteit.
- Ruimte creëren voor het geven en ontvangen van feedback op zowel behaalde als nietbehaalde doelen.

Tot slot noemen Suter et al. (2009)¹⁵ dat het belangrijk is om als team te blijven reflecteren op het samenwerkingsproces om zo een groeiende leercurve te stimuleren. Dit wordt bevestigd door Benson (2010):⁶²

“Teams whose members collaborate through questioning, reflecting on and reviewing their work, offering each other feedback and where reporting is encouraged are more likely to promote a safe environment of care (p.1).”

Tot slot is een aantal interventies beschreven die inzetten op het vergroten van teamvaardigheden. Bijvoorbeeld de TOP interventies, een combinatie van trainingen rondom communicatie en teamwerk. Studies (Pronovost 2005⁶³; Grogan et al., 2004⁶⁴; Morey et al., 2002⁶⁵) laten zien dat trainingen gefocust op deze aspecten een positief effect hadden op de veiligheidscultuur, maar ook vermindering van medicatiefouten en ligduur (Blegen, 2010)⁶⁶.

3.3 Organisatieprocessen: Welke organisatieprocessen zijn nodig ter ondersteuning van het voeren van een effectief multidisciplinair gesprek?

Multidisciplinaire teams kunnen pas effectief functioneren als zij worden ondersteund door processen op gebied van administratieve organisatie en ondersteuning en dat middelen voor het uitvoeren van werkzaamheden worden vrijgemaakt (Fleissig et al., 2006)⁵⁸.

Adequate administratieve ondersteuning: Het team wordt ondersteund in de organisatie en coördinatie. Vaak wordt een coördinator aangesteld die de organisatorische taken oppakt. Diegene is verantwoordelijk voor het organiseren van meetings en zorgt ervoor dat de benodigde patiëntinformatie compleet en aanwezig is tijdens een meeting. Daarnaast heeft de coördinator een rol in het samenvatten besluiten en houdt hij toezicht op de aanwezigheid van alle teamleden bij multidisciplinaire overleggen.

Beschikken over de benodigde middelen zoals tijd en geld. Voldoende tijd om alle patiënten te bespreken tijdens een multidisciplinair overleg. Daarnaast is het belangrijk dat de aanwezigheid van alle teamleden wordt gestimuleerd door hen voldoende tijd te geven voor reizen naar de plaats waar het overleg plaatsvindt. Deze ruimte moet beschikken over adequate technologie zodat het mogelijk is om de resultaten van patiënten te presenteren en leden in te bellen indien nodig. Naast tijd is financiering essentieel om het opzetten van een goed functionerend multidisciplinair team te bekostigen.

Naast de bovenstaande factoren, hebben Goldman et al. (2010a;b)^{57,68} nog drie andere **organisatorische processen** geïdentificeerd die een positieve invloed hebben op interprofessionele samenwerking:

1. Het ondernemen van **interprofessionele initiatieven** zoals het creëren van een teambeleid, het gezamenlijk aannemen van personeel, het opzetten van een werkgroep of het ondernemen van een gezamenlijke retraite.
2. **Gedeelde zorgverlening**, waarbij wordt gefocust op collaborative patiënt centered care.
3. Het opstellen van **teamprotocollen** die context specifiek zijn en door werkgroepen kunnen worden opgesteld.

Bovengenoemde punten komen voor het grootste gedeelte overeen met de punten die belangrijk worden geacht voor het tot stand komen van een effectieve ketensamenwerking (zie paragraaf 1.2, Tabel 1). In deze tabel staat vermeld dat het in de eerste fase belangrijk is dat zorgprofessionals tegen een gezamenlijk probleem aanlopen wat als urgent wordt ervaren. Hierop wordt geanticipeerd door de handen ineen te slaan. Motivatie en ambitie zijn belangrijk om de ketensamenwerking te laten slagen, alsook dat er een collectief gevoel van vertrouwen heerst. Indien dit het geval is, worden er in de tweede fase afspraken gemaakt tussen de verschillende organisaties over te ondernemen projecten. Deze afspraken worden met elkaar afgestemd gedurende een overleg. In de derde fase wordt dieper ingegaan op de gemaakte afspraken door de inhoud, taken en rollen en de organisatie van zorg helder te maken. Deze samenwerking is niet vrijblijvend maar wordt constant gemonitord. Op het moment dat ketensamenwerking wordt beschouwd als de reguliere werkwijze en vorm van zorg, is het belangrijk dat er een coördinatiepunt aanwezig is op operationeel niveau om informatie te delen, over te dragen en terug te koppelen. In deze laatste fase is de financiering geregeld in integrale keten contracten tussen aanbieder(s) en financiers (Minkman, 2010)⁶⁹.

3.4 Waarden: Welke waarden zijn binnen een team nodig?

De mate waarin waarden worden gedeeld heeft invloed op de doeltreffendheid van een multidisciplinair gesprek. Gedeelde waarden zijn het delen van een visie over wat patiëntveiligheid inhoudt, of een ethisch raamwerk waar bepaalde handelingen binnen en buiten vallen. Het delen van deze waarden of visie brengt een multidisciplinair team bij elkaar, waardoor het de doeltreffendheid kan faciliteren (Nancarrow, 2013)⁷⁰. Waarden kunnen formeel en informeel worden gedeeld. Zo kan het formeel bespreken van waarden het multidisciplinair beslissen voor de patiënt verbeteren. Op die manier voelen patiënten dat hun interesses hierbij in acht worden genomen (Taylor, 2014)³⁰.

Via de werk-, leer- en veiligheidscultuur kunnen waarden informeel worden gecommuniceerd. Cultuur bepaalt welke waarden als belangrijk worden gezien in het kader van het multidisciplinair gesprek en welke visie er wordt gehandhaafd. De cultuur binnen het ziekenhuis kan leerprocessen echter ook tegenwerken. Dit komt, volgens Edmonson (2004)⁷¹, door twee problemen; het interpersoonlijk klimaat dat het melden van fouten tegenwerkt en een werkcultuur die stuur op snelle in plaats van lange-termijn-oplossingen wanneer problemen aan het licht komen. Binnen de zorg voelen zorgprofessionals zich vaak persoonlijk verantwoordelijk voor het aanpakken van problemen, waardoor interactie met anderen wordt belemmerd. Gezamenlijk leren is afhankelijk van deze interactie, waarin problemen met elkaar worden doorgesproken op een team- en organisatieniveau:

“De cultuur van gezondheidszorg moet er een zijn waar iedereen samenwerkt om veiligheid te begrijpen, risico’s te identificeren en rapporteren zonder vingers te wijzen. We moeten naar manieren kijken om het hele systeem te veranderen als we geen fouten meer willen maken (Morath in Edmondson, 2004, p118).”⁷²

Een optelsom van elementen die de cultuur op teamniveau creëert, wordt gedreven door leiderschap en door interactie binnen het team. Ook de steun vanuit hoger management is nodig. Een leercultuur begint met een gedeelde visie en steun voor lokale leerinitiatieven.

Essentieel is ook een leeromgeving met psychologische veiligheid⁷². Zoals genoemd speelt leiderschap een belangrijke rol in het creëren hiervan, maar daarnaast is professionele status een bepalende factor⁷³. In een studie van Nembhard & Edmonson (2006)⁷⁶ is aangetoond dat het voor zorgmedewerkers met hogere professionele status gemakkelijker of passender is om ideeën aan te dragen, zorgen te uiten of vragen te stellen. In sommige teams werden, ondanks relatief grote verschillen in professionele status, verschillen in psychologische veiligheid echter overbrugd. Een verklaring hiervoor is leider inclusiviteit - beschreven als de woorden en daden van leiders - waarin anderen worden uitgenodigd om bij te dragen en alle bijdragen zichtbaar worden gewaardeerd. Hieruit volgt de aanbeveling om te focussen op het trainen van leiders in vaardigheden om psychologische veiligheid te verbeteren.

3.5 Patiënt betrokkenheid: Op welke wijze kunnen patiënten betrokken worden?

Naast vaardigheden, processen en waarden wordt betrokkenheid van patiënten door The National Breast Cancer Centre van Australië genoemd als een belangrijk principe voor een succesvol multidisciplinair overleg. Door patiënten te betrekken bij het overleg en bij het plannen van de behandeling kan multidisciplinaire zorg naar verwachting meer patiëntgericht worden. Dit betekent dat in de zorg rekening wordt gehouden met de voorkeuren, behoeften en waarden van de patiënt en deze mee worden genomen bij de klinische besluitvorming. De eerdere hypothese is door Choy et al. (2007)⁷⁴ geëvalueerd. Uit hun onderzoek bleek dat zowel

zorgprofessionals als patiënten het waarderen wanneer patiënten onderdeel uitmaken van het multidisciplinaire team en deelnemen aan overleggen. Dit onderzoek heeft echter niet uitgewezen dat hun deelname de patiëntgerichtheid vergroot. Patiënten die deelnamen aan het overleg ondervonden namelijk naast positieve aspecten ook negatieve aspecten aan hun betrokkenheid. Zo voelden sommige patiënten zich overweldigd door de aanwezigheid van een groot medisch team. Ook vonden zij de getoonde visuele hulpmiddelen van radiologie en pathologie intimiderend en voelden zij zich overspoeld door alle informatie, die zij niet volledig konden begrijpen omdat vakjargon werd gebruikt. Daarnaast misten zij persoonlijke interactie tijdens de meeting en vonden zij het lastig om slecht nieuws te incasseren tijdens het overleg.

Gebaseerd op deze uitkomsten deden Choy et al. (2007)⁷⁴ verschillende suggesties om de tevredenheid van patiënten over hun betrokkenheid te verhogen:

- Houd het overleg in **kleine groepen**, waarbij alleen de relevante personen aanwezig zijn.
- Includeer **zorgprofessionals** zoals maatschappelijke werkers en psychologen.
- Verstrek **basiskennis** over relevante radiologie en pathologie vóór het bijwonen van een overleg.

Deze suggesties zouden als randvoorwaarden opgevat kunnen worden waaraan een multidisciplinair gesprek moet voldoen, als patiënten erbij betrokken zijn.

Patiëntbetrokkenheid in het multidisciplinair gesprek hangt samen met literatuur rondom Samen Beslissen⁴⁹. Vaak wordt er in de literatuur gesproken over beslismomenten voorafgaand aan een behandeltraject, waarin de rol voor de patiënt in de evaluatie en reflectie nog enigszins is beperkt (Sharma, 2018)⁷⁵. In het bevorderen van patiëntveiligheid is juist die exclusiviteit van patiënten in het reflectiemoment erg belangrijk.

Patiëntbetrokkenheid voor patiëntveiligheid kan op drie manieren worden vormgegeven: patiënten kunnen worden betrokken bij het detecteren van fouten en bijwerkingen, bij het garanderen van veilige zorg en bij het verbeteren van de veiligheidscultuur. Aan het inzetten op patiëntbetrokkenheid in deze context zitten voordelen en uitdagingen (zie Tabel 3).

Tabel 3

Voordelen en uitdagingen van patiëntbetrokkenheid in de context van patiëntveiligheid⁷⁶

Categorie	Voordelen	Uitdagingen
Detecteren van fouten	Patiënten stippen fouten aan die niet worden opgemerkt door andere processen.	Klachten van patiënten kunnen focussen op dienstverlening in plaats van fouten in de zorg.
Patiënt Vaardigheden (Patiënt empowerment)	Actieve betrokkenheid van patiënten kan de naleving van veiligheidspraktijken verbeteren.	Patiënten vinden het lastig om zorgverleners aan te spreken op veiligheidspraktijken.
Veiligheidscultuur	Actieve inclusie van patiënten kan veel toegevoegde waarde hebben en zorgen voor transparantie bij het melden van fouten en zorgproblemen.	Door patiënten te betrekken bij het voorkomen van fouten, bestaat het risico dat de verantwoordelijkheid voor veiligheid wordt verlegd naar patiënten zelf.

4. LEREN & REFLECTEREN: OP WELKE MANIER KUNNEN DEELNEMERS LEREN EN REFLECTEREN IN EEN MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

4.1 Leren en reflecteren: Hoe vindt leren en reflecteren in een multidisciplinair gesprek plaats?

De leercultuur bepaalt hoe er om wordt gegaan met preventie en management van risico's en fouten (Hjort, 2003)⁷⁷. Veel zorginstanties zetten in op continue verbetering van de aanpak voor het creëren van deze leercultuur. Bij deze aanpak is het cruciaal om professionele kennis en verbeterkennis te verbinden (Bataldan & Stoltz, 1993)⁷⁸. Pas als deze twee types kennis worden gelinkt, verschuiven leerprocessen van single-loop learning (adaptief leren) naar double-loop learning (reflectie tijdens en over actie) of zelfs triple-loop learning (meta leren over het leren). Een combinatie van deze drie manieren van leren lijkt interdisciplinair leren te optimaliseren (Mikkelsen, 2007)⁷⁹.

Een leercultuur vormt zich uit interactie tussen verschillende vormen van kennis en door verschillende partijen: die van patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties maar ook instituten voor opleiding en educatie van zorgprofessionals (Wagner, 2000)⁸³. Het multidisciplinair gesprek in formele en informele vorm bevordert deze interactie. Aangetoond werd dat een teamgebaseerde benadering waarde toevoegt aan de leercultuur in alle gezondheidssystemen door medische fouten te voorkomen (IOM, 1999)⁸⁸ en de patiëntgerichte resultaten en het beheer van chronische ziekten te verbeteren (Bodenheimer et al., 2002⁸¹; Ponte et al., 2003⁸²; Wagner et al., 2001)⁸³.

Tijdens het multidisciplinair gesprek staat het leren van elkaar centraal. Het bediscussiëren van complexe casussen vormt de kern van multidisciplinaire team meetings. Elke casus wordt geleid door een van de professionals, die de situatie van de patiënt aan de rest van het team uitlegt. In deze uitleg worden potentiële problemen aangestipt alsook zaken waarbij de professional extra ondersteuning behoeft. Teamleden die bekend zijn met de casus kunnen gedurende de meeting een spontane bijdrage leveren aan het verhaal van de presenterende professional. Teamleden die tot dan toe onbekend waren met de casus kunnen vragen stellen en suggesties doen (Borgstrom et al., 2021)²³. Kennis wordt uitgewisseld tussen verschillende partijen. Hierbij wordt leren ingevuld als een kritische reflectie op deze vergaarde kennis, met mogelijke verandering van bestaande processen als gevolg. Een groot onderdeel van deze vorm van leren is leren van fouten en leren om fouten te voorkomen. Leren in de zorg is daarbij inherent gekoppeld aan patiëntveiligheid. Natuurlijk kan er volgens de Safety-II benadering ook worden geleerd van goede voorbeelden of voorbeelden waarbij afwijkingen van verwachte processen met veerkracht werden opgelost.

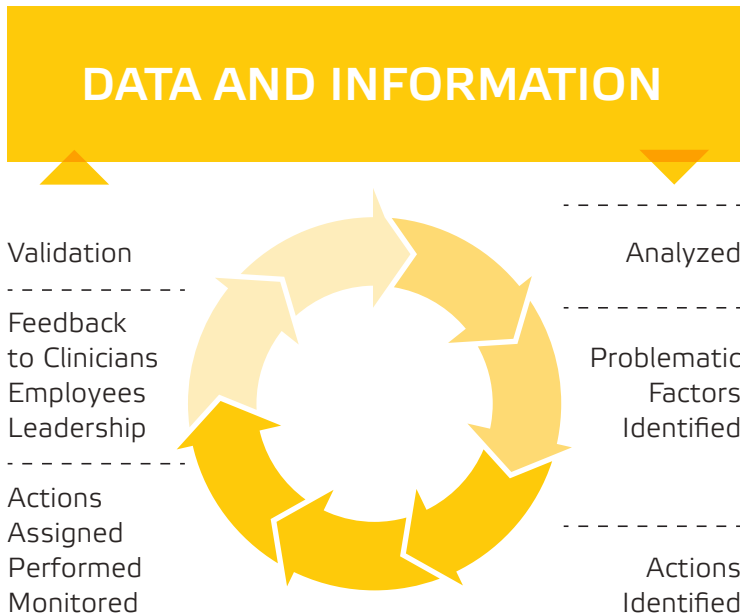
4.3 Ondersteunende modellen en hulpmiddelen: Welke ondersteunende modellen of hulpmiddelen zijn er beschreven voor het houden van een multidisciplinair gesprek?

Een veiligheidscultuur is gelinkt aan een continue cyclus van actie en reflectie. Deze cyclus wordt beschreven door Olsen (zie Figuur 1). Data en informatie moeten beschikbaar worden gesteld voor analyse, zodat processen en hun impact op veiligheid kunnen worden geëvalueerd. Als er problemen worden geïdentificeerd, volgen mogelijke oplossingen. Om deze om te zetten in actie worden hiervoor verantwoordelijkheden toebedeeld aan specifieke personen. De resultaten hiervan worden teruggekoppeld aan geïnteresseerde individuen en groepen, vooral degenen die de situatie in eerste instantie onder de aandacht hebben gebracht. Deze laatste feedbackstap valideert waarom het de moeite waard is voor individuen om hun zorgen te uiten, omdat ze een reactie van de organisatie zien. Het ideale eindresultaat is een betrokken groep die het gevoel heeft dat er

naar hun zorgen wordt geluisterd en dat er actie wordt ondernomen en een effectief managementteam dat weet wat er speelt en snel kan reageren wanneer variatie in het proces lastig wordt of als er iets misgaat (Institute of Medicine et al., 2011)⁸⁴.

Figuur 2

Componenten van een continue leeromgeving.



Een eenvoudige variant van deze cyclus is de Plan, Do, Check, Act (PDCA) tool. In de Nederlandse gezondheidszorg wordt deze op de volgende manier ingezet: "PDCA houdt in dat na een evaluatie van de bestaande situatie doelstellingen worden geformuleerd en dat de voorgestelde verandering, bijvoorbeeld een time-out procedure voorafgaand aan een operatie, ontwikkeld ('Plan'), ingevoerd ('Do'), geëvalueerd ('Check') en eventueel bijgesteld ('Act') wordt. Een meer op leren gerichte variant is de PDSA-cyclus waarbij de nadruk ligt op het snel en op kleine schaal invoeren van veranderingen ('Plan-Do'), analyseren of de verandering de gewenste resultaten oplevert ('Study') en deze pas daarna op grotere schaal invoeren ('Act'). De essentie hiervan is dat de verandering beter past bij de lokale context, adoptie sneller plaatsvindt en resultaten van verbetermaatregelen in structureel beleid worden vertaald" (Lange, 2011, p2)⁸⁵. Deze tool komt uit de managementwereld en is gecreëerd voor industrie en is dus niet een-op-een toepasbaar op de gezondheidszorg. In de huidige zorginstanties zijn er bepaalde werkverhoudingen, die een bestuursmodel vanuit management niet accepteren. Factoren die (mogelijk) verschillen met de industrie en een veiligheidscultuur kunnen belemmerend zijn:

Autonomie vs. samenwerking: Professionele autonomie kan het samenwerken met non-professionals en ondersteunende professionals zoals verpleegkundigen en paramedici in de weg staan.

Hiërarchie vs. aanspreekcultuur: Als resultaat van hiërarchische structuren kan het bovenstaande verder worden uitvergroet. Zo kan het moeilijk zijn voor ondergeschikte professionals om superieuren aan te spreken op incidenten.

Verzuiling vs. interactie: Samenhangend met autonomie en hiërarchie is de verzuiling van de gezondheidszorg. Fragmentatie ontstaat op het moment dat bepaalde specialismes weinig interactiemomenten hebben met andere professionals, in de zorgketen of met de patiënt.

Om deze belemmerende factoren weg te nemen en een veiligheidscultuur te bereiken, is “een grondige verandering in hiërarchische werkverhoudingen en cultuur noodzakelijk. De grondslagen hiervan zijn duidelijk: het opheffen van de verzuiling, het organiseren van een zorgverlening waarin de patiënt centraal staat en het vervangen van de traditionele hiërarchische structuur door een operationele hiërarchie met multidisciplinaire teamtraining. Een herbezinning op het duale besturingsmodel van professionals en management en het streven naar een nieuw besturingsmodel, namelijk een coöperatiemodel waarin ook de patiënten zijn vertegenwoordigd, zouden een verandering in cultuur ondersteunen” (Lange, 2011, p3).

Het multidisciplinair gesprek sluit goed aan bij een coöperatiemodel waar multidisciplinaire teamtraining en betrokkenheid van de patiënt centraal staan. Door de multidisciplinaire samenstelling wordt interactie automatisch aangepakt. Om ook een aanspreekcultuur en samenwerking te creëren kunnen extra gekoppelde interventies nodig zijn, zoals leiderschapstraining en multiprofessionele training.

4.4 Leren stimuleren bij deelnemers: Hoe kunnen deelnemers worden gestimuleerd om te leren en reflecteren in een multidisciplinair gesprek?

Interprofessionaliteit is belangrijk om te kunnen leren en reflecteren. Een voorbeeld van drie geïdentificeerde interprofessionele interventies die kunnen bijdragen aan de verbetering van interprofessionele samenwerking en op die manier de kwaliteit van zorg zijn interprofessionele educatie (IPE), interprofessionele praktijkvoering (IPP) en interprofessionele organisatie (IPO) (Reeves, 2011). Deze interventies spelen een belangrijke rol in de verbetering van de gezondheidszorg en patiëntgerelateerde uitkomsten.

1. Interventies met betrekking tot interprofessionele educatie (IPE); hiervan is sprake wanneer twee of meer professies met elkaar in interactie zijn om van en over elkaar te leren. IPE kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Zo kan IPE gegeven worden in de vorm van workshops, lessen over samenwerken en/of trainingen. Het ‘Clinical Teams Programme’ (CPT) kan ook worden beschouwd als een vorm van educatie. Dit betreft een opleidingsprogramma van tien weken, dat speciaal is ontworpen voor multidisciplinaire teams in de zorg om hun samenwerking te verbeteren. Specifiek wordt tijdens dit traject aandacht besteed aan het begrijpen van rollen en hun onderlinge afhankelijkheid. Waarden en cultuur worden onderzocht alsook de dynamiek van macht en status en het werken met onderlinge verschillen en conflict (Benson, 2010).
2. Interventies met betrekking tot interprofessionele praktijkvoering (IPP); dit zijn activiteiten of procedures die ingevoerd worden om de samenwerking te formaliseren door deze te standaardiseren (D’Amour & Oandasan, 2005). Dit kan in de vorm zijn van wekelijkse meetings, communicatiekanalen en/of checklists.
3. Interventies met betrekking tot interprofessionele organisatie (IPO); dit betreft het doorvoeren van verandering op organisatieniveau. Deze veranderingen kunnen op het gebied van beleid, personeel, werkkruimte en cultuur worden doorgevoerd.

Een studie van veiligheidscultuur waar zowel patiënten als zorgverleners bij betrokken waren, heeft verscheidene praktische acties gevonden die ondernomen kunnen worden op individueel niveau, het niveau van de samenwerking en organisatorisch niveau (Sholl et al., 2019).⁸⁷

Individueel niveau:

- Voorlichting veiligheid: informeren over wat veiligheid betekent, hoe het het beste kan worden gehandhaafd en hoe factoren die bijdragen aan veiligheid gemaximaliseerd kunnen worden.

Implementatie: afhankelijk van de context (in het kader van samenstelling en zorgomgeving) moet een combinatie van formele (bijv. leren in kleine groepen en patiënt-informatiefolders) en informele benaderingen (bijvoorbeeld observatie en feedback op de werkplek, mentoring en supervisie) worden overwogen.

Interactioneel niveau:

- Samenwerking belanghebbenden: samenwerken voor bovenstaande handhaving van veiligheid.

Implementatie: ontwikkeling van communicatie en conflicthanteringsvaardigheden.

- De eerdergenoemde interventies voor interprofessionele samenwerking helpen ook bij het creëren van een veiligheidscultuur op dit niveau.

Organisatieniveau:

- Beleid ontwikkelen: beleid ontwikkelen en implementeren om een positieve werkcultuur te creëren.

Implementatie: interventies afstemmen op context, positieve rolmodellering en monitoren van organisatiegegevens.

Andere literatuur benadrukt dat een veiligheidscultuur aangemoedigd kan worden door bovenstaande acties te implementeren (Hernan, 2015; Carter, 2013)⁸⁸⁸⁹. Door een cultuur met oog op continue waakzaamheid en monitoring, waarbij fouten worden beschouwd als een kans voor organisatorisch leren, wordt een continue cyclus van actie en reflectie ontwikkeld. Als resultaat hiervan kunnen zorginstanties leren van ervaringen en een vermogen creëren om na te denken over de dynamiek van het systeem, waardoor veranderingen in de perceptie van patiëntveiligheid kunnen ontstaan (Notaro et al., 2019)⁹⁰. Er is dus een krachtige verbinding tussen leren en ontwikkelen en kwaliteit en veiligheid.

5. UITKOMSTEN: WAT ZIJN DE UITKOMSTEN VAN EEN MULTIDISCIPLINAIR GESPREK?

5.1 Uitkomsten: Wat zijn beschreven uitkomsten van een multidisciplinair gesprek?

Uitkomsten van het multidisciplinair gesprek zijn beschreven voor het (inter)professionele, patiënt- en keten-niveau.

Interprofessioneel

Het multidisciplinair gesprek biedt de mogelijkheid om interprofessionele discussies te voeren, indien professionals het niet met elkaar eens zijn. Vaak resulteert deze discussie in het nemen van lastige beslissingen en wordt er veel informatie uitgewisseld over de patiënt in kwestie. Het multidisciplinair gesprek draagt bij aan een sterk gevoel van saamhorigheid en verantwoordelijkheid onder het zorgpersoneel en kan leiden tot een verbetering van de dienstverlening. Ook kan een multidisciplinair gesprek de communicatie tussen zorgprofessionals verbeteren en zorgt het ervoor dat professionals elkaars werkzaamheden beter begrijpen (Rogers et al., 2017).⁹¹ Het multidisciplinair gesprek kan op deze manier ook leiden tot een betere beoordeling van de patiënt, een efficiënter zorgproces en betere gezondheidsuitkomsten (Pillay et al., 2016).⁹²

Betere beoordeling van de patiënt

Gebaseerd op de literatuurreview van Pillay et al. (2015) kan worden gesteld dat multidisciplinaire gesprekken kunnen leiden tot een betere beoordeling van de patiënt, aangezien zij vinden dat de invloed van multidisciplinaire gesprekken significant is voor het vast- en bijstellen van de diagnose, omdat deze meer accuraat is. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het vaststellen van de fase waarin de ziekte zich verkeert, evenals aan een accuratere preoperatieve beoordeling en bijbehorende behandeling. Daarnaast heeft onderzoek uitgewezen dat multidisciplinaire gesprekken leiden tot een verhoging van het behandelingspercentage.

Een efficiënter zorgproces

Naast een betere beoordeling van de patiënt zijn er ook diverse studies die hebben aangetoond dat multidisciplinaire gesprekken kunnen leiden tot verbeterde zorgprocessen. Zo bleek uit de literatuurreview van Franklin et al. (2019) dat multidisciplinaire gesprekken de verblijfsduur kunnen verkorten. Daarnaast bleek dat deze gesprekken in sommige gevallen kunnen leiden tot een reductie in heropnames en de tijd tussen diagnose en behandeling kunnen verkorten. Ook verkleint het de variatie in medicatie en kan het de ontwikkeling van een geïndividualiseerd behandelplan stimuleren (Ruhstaller et al., 2006²⁵; Rogers et al., 2017⁹⁸).

Gezondheidsuitkomsten

Rogers et al. (2017) onderzochten in hoeverre de gezondheidsuitkomsten tussen kankerpatiënten die wel tijdens een multidisciplinair gesprek worden besproken, verschillen van patiënten die niet tijdens een MULTIDISCIPLINAIR GESPREK worden besproken. Zij vinden dat er een significant verband bestaat tussen het multidisciplinair gesprek en een reductie in mortaliteit. Dit verband vonden zij niet voor het multidisciplinair gesprek en een verhoging in overlevingskans. Er bestaan echter andere studies die dit verband wel hebben aangetoond (Lan et al., 2016; Lordan et al., 2009; Munro et al., 2015; Stephens et al., 2006)^{93 94 95 96}.

Dit beeld is vervolgens door de de literatuurreview van Pillay et al. (2015) ontkracht, aangezien deze studie niet een eenduidig beeld weergeeft betreffende de verhoging in overlevingskans. Volgens hen kan daarom niet met zekerheid worden gesteld dat multidisciplinaire gesprekken leiden tot de verbetering van klinische uitkomsten.

Tot op heden is het onbekend of multidisciplinaire gesprekken daadwerkelijk leiden tot verbeterde gezondheidsuitkomsten. Wel zou gesteld kunnen worden dat de toegevoegde waarde van multidisciplinaire gesprekken ziektespecifiek is en samenhangt met het risicoprofiel van de patiënt (Rogers et al., 2017)⁹⁸.

Overige uitkomsten

Volgens Benson (2010) kan multidisciplinaire zorg tot kosteneffectieve uitkomsten leiden. Deze kunnen worden behaald als professionals samenwerken, samen leren en zich gezamenlijk inzetten om klinische uitkomsten te beoordelen en innovatie te stimuleren.

Patiënt

Patiëntenparticipatie wordt steeds vaker belangrijk geacht binnen multidisciplinaire teams. Choy et al. (2007) onderzochten wat de impact van patiëntenparticipatie is op het genereren van patiëntgerelateerde uitkomsten in een multidisciplinaire zorgsetting. Volgens hen is het belangrijk om patiënten te betrekken bij zowel multidisciplinaire gesprekken als bij het plannen van hun behandeling, aangezien multidisciplinaire zorg zo meer patiëntgericht wordt.

In hun pilotstudie vergeleken zij de ervaringen van patiënten die betrokken waren bij het multidisciplinair gesprek met patiënten die dat niet waren. Zij vonden geen statistisch significante verschillen tussen deze twee groepen patiënten met betrekking tot uitkomsten zoals de tevredenheid over de mate van betrokkenheid, informatievoorziening en besluitvorming. Echter werden er wel vijf positieve aspecten genoemd door de patiënten die hadden geparticipeerd in het multidisciplinair gesprek. Zo waren zij van mening dat zij meer informatie hadden verkregen door te participeren in het multidisciplinair gesprek, waardoor hun begrip over de ziekte was verbeterd. Ook waren zij van mening dat de communicatie tussen hen en zorgverleners was verbeterd en dat hun teamgevoel was versterkt. Daarnaast voelden zij meer waardering voor het medisch team en vonden zij het prettig om na de meeting de chirurg te zien.

Ketensamenwerking

Een multidisciplinaire samenwerking is soms lastig te realiseren vanwege het gefragmenteerde zorglandschap. De barrières die tussen verschillende zorginstellingen staan, moeten eerst worden overwonnen voordat een goede interorganisationele samenwerking kan worden gerealiseerd (Meijboom et al., 2011; Ford and Scanlon, 2007).^{97 98} Het is belangrijk dat dit gebeurt aangezien: "Poor cooperation between care providers could potentially lead to ineffective and unsafe care" (Westert et al., 2008, p. 12).⁹⁹ Fouten komen met name voor bij patiënten met comorbiditeiten doordat zij veel verschillende dokters zien (Schoen et al., 2007).¹⁰⁰ Een goede interorganisationele samenwerking is daarom van belang om deze fouten zoveel mogelijk te voorkomen. Om dit te realiseren, dient het ontstaan van deze fouten te worden achterhaald. Volgens Meijboom et al. (2011) zijn fouten te wijten aan vier potentiële problemen die zich kunnen voordoen tijdens een interorganisationele samenwerking wanneer deze samenwerking niet wordt gefaciliteerd (door onder andere multidisciplinaire gesprekken).¹⁰¹

- 1. Communicatie en coördinatieproblemen** liggen vaak ten grondslag aan het disfunctioneren van een interorganisationele samenwerking. Om dit te illustreren, haalt Ovretveit (2000) verschillende voorbeelden aan.¹⁰² Zo noemt hij dat het pendelen van patiënten tussen verschillende zorgafdelingen kan leiden tot het leveren van niet-efficiënte zorg. Dit is ook het geval wanneer zorgprofessionals moeten wachten op testuitslagen of wanneer patiënten hun verhaal telkens opnieuw moeten vertellen. Daarnaast toonden

Grone en Garcia-Barbero (2001) aan dat incomplete informatie over de patiënt kan leiden tot risico's, langere wachttijden, vertraging in het zorgproces en mogelijk bijkomende kosten wanneer bijvoorbeeld testen worden gedupliceerd.¹⁰³ Om dit te voorkomen stellen Meijboom et al. (2011) dat de interorganisationele communicatie verbeterd dient te worden indien patiënten van meer dan één zorgaanbieder een behandeling nodig hebben.

2. **Lange wachttijden en beperkte toegang tot urgente zorg** kunnen een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven van de patiënt. Een verklaring hiervoor is dat patiënten dan het risico lopen dat hun gezondheidstoestand achteruitgaat wanneer zij aan het wachten zijn op hun behandeling. Wanneer de doorstroom in het zorgproces niet soepel verloopt, kan dit tot gevolg hebben dat patiënten van een specialistische afdeling niet kunnen doorstromen naar een revalidatieafdeling. Dit soort patiënten worden zogenaamde 'bed-blockers' genoemd (Andersson & Karlberg, 2000)¹⁰⁴. Niet alleen zou het zorgsysteem kosten kunnen besparen wanneer deze patiënten verschoven worden naar een minder-specialistische afdeling, maar zou dit er ook voor kunnen zorgen dat patiënten meer van hun privacy kunnen genieten en betere zorg ontvangen.
3. **Volledige Integratie** tussen organisaties is niet vanzelfsprekend, aangezien afdelingen vaak gefocust zijn op hun eigen proces in plaats van op hun bijdrage aan het gehele zorgproces. Dit probleem wordt door Saltman et al. (2006) "professional inward-directedness" genoemd.¹⁰⁵ Zij veronderstellen dat dit probleem een gevolg is van vergaande specialisatie en subspecialisatie binnen de gezondheidszorg. Professionals die dezelfde werkomgeving delen, voeren andere taken uit en hebben vaak verschillende achtergronden (denk aan jargon en status). Vaak hebben deze professionals elkaar nog nooit ontmoet (Wijngaarden et al., 2006).¹⁰⁶ Hierdoor is er soms weinig sprake van integratie en ervaren zorgprofessionals het als oncomfortabel om wijzigingen aan te brengen in het bestaande zorgsysteem, ondanks dat die wijzigingen soms noodzakelijk zijn voor het realiseren van patiëntgerichte zorg.
4. **Het waarborgen van patiëntveiligheid** is een probleem waar ziekenhuizen zowel intra- als interorganisationeel mee worstelen. Zo vonden Schoen et al. (2005) dat hoe meer dokters betrokken raken bij het zorgproces van de patiënt hoe meer fouten er worden gemaakt. Dit resultaat kan significante implicaties hebben voor patiënten met comorbiditeiten. Saltman et al. (2006) veronderstellen dat coördinatieproblemen ontstaan tijdens cruciale interfaces: tussen eerste- en tweedelijnszorg, tussen curatieve en publieke gezondheidsdiensten en tussen specialistische praktijken met specifieke subsectoren. Deze problemen verhinderen een optimale patiënt flow.

Op basis van het bovengenoemde kan worden gesteld dat problemen zowel binnen de organisatorische grenzen ontstaan als daarbuiten. Indien er sprake is van interorganisationele samenwerking nemen deze problemen significant toe in omvang en frequentie. Dus de stappen van de ene zorgaanbieder naar de volgende vormen de zwakke punten in de keten van zorgaanbieders.

Volgens Meijboom et al. (2011) kunnen deze problemen onder andere voorkomen/ worden verbeterd door het introduceren van interorganisationele teams die multidisciplinair van aard zijn en regelmatig bij elkaar komen tijdens multidisciplinaire meetings. In deze meetings dienen niet alleen medische problemen te worden besproken, maar is het ook belangrijk om gezamenlijk te reflecteren op hoe de interorganisationele samenwerking kan worden verbeterd. Daarnaast kunnen interorganisationele teams overstijgend zijn aan zorgorganisaties, waardoor men oog houdt voor het gehele zorgproces in plaats van gefixeerd is op slechts de eigen unit.

De introductie van interorganisationele zorgteams kan op deze manier de integratie tussen verschillende zorginstellingen stimuleren. Volgens Atwal & Cadwell (2002)¹⁰⁷ is deze integratie noodzakelijk wil een ketensamenwerking een kans van slagen hebben. Indien dit het geval is, kan het leiden tot:

- De ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen.
- Het minimaliseren van vertraging in de keten.
- Het minimaliseren van het gebruik van hulpmiddelen.
- Het maximaliseren van de zorgkwaliteit.
- Het specificeren van het communicatieproces.
- Het specificeren van het behandelingsproces.

Daarnaast kent ketensamenwerking een aantal voordelen zoals het versterken van de interorganisationele samenwerking en de professionaliteit, het leveren van meer doelmatige zorg, het verbeteren van de communicatie tussen patiënt en professional en het versterken van patiënttevredenheid.

5.2 Monitoren van uitkomsten: Op welke wijze wordt gemeten of gemonitord of deze uitkomsten worden behaald?

Metten en monitoren in het algemeen

Er staat weinig in de literatuur beschreven over het monitoren van uitkomsten met het multidisciplinair gesprek. Wel heeft de NHS (2010) verschillende manieren beschreven om te controleren hoe de samenwerking verloopt tussen multidisciplinaire teams en of bestaande richtlijnen eventueel herzien moeten worden. Deze reflectie gebeurt met behulp van groepen betrokkenen die advies kunnen geven over de ontwikkeling van richtlijnen en praktijkvoering. Op dit advies wordt feedback geleverd door wel of niet te anticiperen op de aanbevelingen. Jaarlijks worden de richtlijnen en protocollen herzien.

Ook bestaan er mechanismen om de aanbevelingen van het behandelteam en de feitelijk gegeven behandeling vast te leggen en het behandelteam op de hoogte te stellen wanneer hun aanbeveling niet wordt overgenomen, inclusief de reden daarvoor; te verzekeren dat het multidisciplinaire team op de hoogte is van 'adverse events' als gevolg van behandelingscomplicaties; het MDT de mogelijkheid te geven om van dit soort gevallen te leren.

En daarnaast zijn er strategieën om prestaties te monitoren zoals:

- Het monitoren van het percentage patiënten dat besproken is aan de hand van onvoldoende informatie om aanbevelingen te kunnen doen, zodat hierop actie kan worden ondernomen.
- Het monitoren van het percentage patiënten dat door het multidisciplinaire team aanvullende informatie krijgt.
- Het registreren van afwijkingen wanneer pathologische, radiologische of klinische bevindingen tussen lokale en gespecialiseerde multidisciplinaire teams substantieel van elkaar afwijken, om hen vervolgens aan een audit te onderwerpen.
- Het jaarlijks onder de loep nemen van kwesties aangaande gelijkheid onder patiënten om erop toe te zien dat alle patiënten dezelfde toegang hebben tot behandelingen en andere aspecten van de behandeling zoals verzorging en om ervoor te zorgen dat de patiëntbeleving hetzelfde is voor iedereen.
- De (jaarlijkse) beoordeling van de eigen prestaties van het multidisciplinaire team, dat zich vervolgens met soortgelijke teams vergelijkt. Het multidisciplinaire team maakt daarbij gebruik van nationale instrumenten die beschikbaar zijn zoals peer reviewprocedures voor kankerpatiënten. De resultaten die uit de beoordeling komen worden opgevolgd door het multidisciplinaire team of de organisatie waar het team zijn werkzaamheden verricht.

Daarnaast heeft het onderzoek van Evans et al. (2019) aangetoond dat bepaalde tools kunnen helpen om de uitkomsten van MDTs te verbeteren.¹⁰⁸ Zo noemden zij dat zowel het uitzetten van een jaarlijkse enquête als een maturiteitsmatrix onder MDTs inzicht kan verschaffen in de prestaties van een team. Daarnaast kan het de betrokkenheid van MDT-leden stimuleren en kan het als een kader dienen om de prestaties van het team te verbeteren.

Metten en monitoren in de keten

Dhondt et al. (2017) onderzochten hoe ketenzorg in de praktijk wordt gerealiseerd.¹⁰⁹ Om dit te achterhalen vergeleken zij verschillende organisaties met elkaar. Deze organisaties maakten gebruik van verschillende monitorsystemen om toezicht te houden op de geleverde prestaties die belangrijk zijn voor het in stand houden en waarborgen van ketenzorg. Zo maakten sommige organisaties gebruik van statistieken tijdens algemeen overleg, zetten patiënt tevredenheidsonderzoeken uit en/of organiseerden audits op basis van bestaande instrumenten (European Practice Assessment and Failures, Accidents and Almost Accidents instrument). Andere organisaties maakten gebruik van een rapportagetool om gegevens uit de geregistreerde informatie te halen, zoals de gemiddelde kosten per dag per patiënt. Tot slot monitorde sommige organisaties hun prestaties ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. Deze informatie konden zij echter niet gebruiken om hun zorgverlening te verbeteren omdat zij alleen toegang hadden tot informatie die geclusterd was.

5.3 Link uitkomsten met patiëntveiligheid: Wat is de link tussen de uitkomsten van het multidisciplinair gesprek en patiënt veiligheid?

Bovengenoemde uitkomsten kunnen bijdragen aan de verbetering van patiëntveiligheid. Indien er een betere beoordeling van de patiënt plaatsvindt, kan er worden gekozen voor een behandeling die beter aansluit op de gestelde diagnose. Daarnaast leidt het tot een reductie in heropnames, wat impliceert dat de behandeling daadwerkelijk beter aanslaat. Daarnaast kunnen multidisciplinaire gesprekken de eensgezindheid onder een multidisciplinair team versterken. Wanneer er sprake is van een betere samenwerking, komt dit de patiëntveiligheid ten goede.

Niet alleen zijn multidisciplinaire gesprekken relevant om de interprofessionele samenwerking te verbeteren, maar ook om de interorganisatorische samenwerking te versterken. Volgens Meijboom et al. (2011) zijn deze gesprekken een van de belangrijke middelen om de problemen rondom communicatie, integratie, wachttijden en patiëntveiligheid op te lossen. Deze gesprekken faciliteren namelijk een interactie tussen verschillende zorgprofessionals waardoor zij op de hoogte worden gesteld van elkaars bijdrage aan het zorgproces en een betere samenwerking met elkaar rondom de patiënt kunnen afstemmen. Dit zijn cruciale elementen in het waarborgen en verbeteren van patiëntveiligheid.

Literatuurlijst

- ¹ Wagner, C. (2021). Ontwikkeling in het denken over patiëntveiligheid. *TVZ - Verpleegkunde in praktijk en wetenschap*, 131(6), 16-18.
- ² Wagner, C., Kristensen, S., Sousa, P., & Panteli, D. (2019). Patient safety culture as a quality strategy. *Improving healthcare quality in Europe*, 287.
- ³ Cancer Australia. (2005). All about multidisciplinary care. Australian Government: Cancer Australia.
- ⁴ Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., & Findlay, B. (2004). From parallel practice to integrative health care: A conceptual framework. *BMC Health Services Research*, 4(1), 15.
- ⁵ Landa, J., Hermens, R., & Lepeleire, J. (2012). De succesfactoren van een multidisciplinair overleg voor de eerste lijn in Vlaanderen. KU Leuven.
- ⁶ National Cancer Action Team (2010). The characteristics of an effective multidisciplinary team (MDT). National Cancer Research Institute.
- ⁷ Edmondson, A. C. (2018). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons.
- ⁸ Noord, I. van, Zwijnenberg, N., Wagner, C. (2013). *Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen: een stap in de goede richting?* Utrecht/Amsterdam: NIVEL, EMGO+ Instituut3.
- ⁹ Schlinkert, C., Jelsma, J., & Wagner, C. (2021) *Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen: Van openheid naar reflectie en veerkracht*. Utrecht, Nivel. ISBN EAN978-94-6122-687-7.
- ¹⁰ Dittman, K., & Hughes, S. (2018). Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30(4), 445-455.e4.
- ¹¹ Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, et al. (2020). Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy *BMJ Quality & Safety* 29:1-2.
- ¹² Weller J, Boyd M, Cumin D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare *Postgraduate Medical Journal* 90:149-154.
- ¹³ Sehgal, N.L., Fox, M., Vidyarthi, A.R. et al. (2008). A Multidisciplinary Teamwork Training Program: The Triad for Optimal Patient Safety (TOPS) Experience. *J GEN INTERN MED* 23, 2053-2057.
- ¹⁴ Despins, L. A. (2009). Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Critical care nurse*, 29(2), 85-91.
- ¹⁵ Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care* (1):41-51.
- ¹⁶ Canadian Medical Protective Association [CMPA]. (April 2006). Collaborative Care: A medical liability perspective. Ottawa, ON. http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd02/cmpa_docs/english/resource_files/admin_docs/common/pdf/06_collaborative_care-e.pdf.

- ¹⁷ Verbakel, N. J., Langelaan, M., Verheij, T. J. M., Wagner, C., & Zwart, D. L. M. (2016). Improving Patient Safety Culture in Primary Care: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 12(3), 152–158.
- ¹⁸ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]. (2007). Root Causes of Sentinel Events. Sentinel Events Statistics. http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/FA465646-5F5F-4543-AC8F-E8AF6571E372/0/root_cause_se.jpg.
- ¹⁹ Zaboli, R., Malmoon, Z., Soltani-Zarandi, M. R., & Hassani, M. (2018). Factors affecting sentinel events in hospital emergency department: a qualitative study. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
- ²⁰ Van Herck P, Vanhaecht K, Sermeus W. (2004) Effects of Clinical Pathways: do they work? *Journal of Integrated Care Pathways* 8: 95-105.
- ²¹ Kroning, M., & Annunziato, S. (2020). Collaborative conversations in patient care. *Nursing* 50(1), 58–60.
- ²² Hovey, R. B., Dvorak, M. L., Burton, T., Worsham, S., Padilla, J., Hatlie, M. J., & Morck, A. C. (2011). Patient safety: a consumer’s perspective. *Qualitative health research*, 21(5), 662-672.
- ²³ Borgstrom, E., Cohn, S., Driessen, A., Martin, J., & Yardley, S. (2021). Multidisciplinary team meetings in palliative care: An ethnographic study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjpscare-2021-003267.
- ²⁴ Lo, L., Rotteau, L., & Shojania, K. (2021). Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ open*, 11(12), e055247.
- ²⁵ Ruhstaller, T., Roe, H., Thürlimann, B., & Nicoll, J. J. (2006). The multidisciplinary meeting: An indispensable aid to communication between different specialities. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 42(15), 2459–2462.
- ²⁶ Ndosi, M., Ferguson, R., Backhouse, M. R., Bearne, L., Ainsworth, P., Roach, A., Dennison, E., & Cherry, L. (2017). National variation in the composition of rheumatology multidisciplinary teams: A cross-sectional study. *Rheumatology International*, 37(9), 1453–1459.
- ²⁷ Fleissig, A., Jenkins, V., Catt, S., & Fallowfield, L. (2006). Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? *The Lancet Oncology*, 7(11), 935–943.
- ²⁸ Kuijpers, E., Luites, J. W., & Vriezেকolk, J. E. (2016). OP0269-HPR Patient Participation in Multidisciplinary Team Care: Views of Patients and Health Care Professionals. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 75 (Suppl 2), 160–160.
- ²⁹ NHS (2012). *Liberating the NHS: No decision about me, without me*. UK Government, Health Department. 42.
- ³⁰ Taylor, C., Finnegan-John, J., & Green, J. S. (2014). “No decision about me without me” in the context of cancer multidisciplinary team meetings: A qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 488.
- ³¹ Heuser, C., Diekmann, A., Schellenberger, B., Bohmeier, B., Kuhn, W., Karbach, U., Ernstmann, N., & Ansmann, L. (2020). Patient Participation in Multidisciplinary Tumor Conferences from the Providers’ Perspective: Is It Feasible in Routine Cancer Care? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1729–1739.
- ³² O’Driscoll, W., Livingston, G., Lanceley, A., Nic a Bhaird, C., Xanthopoulou, P., Wallace, I., Manoharan, M., & Raine, R. (2014). Patient experience of MDT care and decision-making. *Mental Health Review Journal*, 19.

- ³³ Heuvelhof, E.F. & Bruijn, J. A. (1995). *Netwerkmanagement: Strategieën, instrumenten en normen*. Lemma.
- ³⁴ Minkman, M. M. N., Ahaus, C. T. B., & Huijsman, R. (2010). Het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg, ketenkennis gebundeld in een generiek toepasbaar kwaliteitsmodel. *M&O. Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 5, 26 - 43.
- ³⁵ Zandvoort, S. W. H., de Goede, J., Kroesbergen, H. T., & van de Goor, L. A. M. (2013). Ketencoördinatie door de jeugdgezondheidszorg: Sleutel voor effectievere samenwerking? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(1), 44–51.
- ³⁶ KNMG (2010). *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerken in de zorg*. Utrecht: KNMG.
- ³⁷ Van der Aa, A., & Konijn, T. (2004). *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling. Het ontwikkelen van transparante en flexibele samenwerkingsverbanden in netwerken*. Utrecht: Lemma.
- ³⁸ Goedee J. & Entken, A. (2015). *(Ont)Keten. Samenwerken en regie*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- ³⁹ Øvretveit J. (1993). *Coordinating Community Care: Multidisciplinary Teams and Care Management*. Open University Press: Buckingham.
- ⁴⁰ Huxham C (ed). (1996). *Creating Collaborative Advantage*. Sage: London.
- ⁴¹ Baron-Epel O, Drach-Zahavy A, Peleh H. (2003). Health promotion partnerships in Israel: motives, enhancing and inhibiting factors, and modes of structure. *Health Promot Int* 18: 15–23.
- ⁴² Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, 21(1), 75-88.
- ⁴³ Health Canada (1999). *Intersectoral Action Towards Population Health. Report of the Federal/ Provincial/ Territorial Advisory Committee on Population Health*. Health Canada Publications: Ottawa.
- ⁴⁴ van Raak A, Mur-Veeman I, Paulus A. (1999). Understanding the feasibility of integrated care: a rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context. *Int J Health Planning Manage* 14: 235–248.
- ⁴⁵ Vangen S, Huxham C. (2003). Nurturing collaborative relations: building trust in interorganizational collaboration. *J App Behav Sci* 39: 5–31.
- ⁴⁶ Mann, J., Lown, B., & Touw, S. (2020). Creating a culture of respect and interprofessional teamwork on a labor and birth unit: A multifaceted quality improvement project. *Journal of Interprofessional Care*, 0(0), 1–7.
- ⁴⁷ Liu, W., Manias, E., & Gerdtz, M. (2014). The effects of physical environments in medical wards on medication communication processes affecting patient safety. *Health & Place*, 26, 188–198.
- ⁴⁸ Patiëntervaringen opname ziekenhuis | Maastricht UMC+. (n.d.). <https://www.mumc.nl/patientervaringen-opname-ziekenhuis>.
- ⁴⁹ Zie ook toolkit op: <https://www.patientenfederatie.nl/dit-doen-wij/samen-beslissen>.
- ⁵⁰ Njoo, K. H. (n.d.). Multidisciplinair samenwerken tussen huisarts en zorgverleners buiten de praktijk en het H-EPD. 39.
- ⁵¹ Khan, A., Spector, N. D., Baird, J. D., Ashland, M., Starmer, A. J., Rosenbluth, G., ... & Landrigan, C. P. (2018). Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *bmj*, 363.

- ⁵² Ruhstaller, T., Roe, H., Thürlimann, B., & Nicoll, J. J. (2006). The multidisciplinary meeting: an indispensable aid to communication between different specialities. *European journal of cancer*, 42(15), 2459-2462.
- ⁵³ Landa, J., Hermens, R., & De Lepeleire, J. (2012). Critical Successfactors for team concertation in primary care in Flanders. In *European Forum Primary Care*, Date: 2012/09/03-2012/09/04, Location: Gotheborg (pp. 98-99). Gotheborg.
- ⁵⁴ NCRI (2010) Rapid Review of Research in Survivorship After Cancer and End of Life Care. National Cancer Research Institute: London
- ⁵⁵ Verenso. (2015). Handreiking multidisciplinair overleg (MDO). https://www.verenso.nl/_asset/_public/Praktijkvoering_handreikingen/VER00331-HandrMultidoverl-DEF.pdf
- ⁵⁶ Rowlands, S., & Callen, J. (2013). A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *European Journal of Cancer Care*, 22(1), 20–31.
- ⁵⁷ Delaney, G., Jacob, S., Ledema, R., Winters, M., & Barton, M. (2004). Comparison of face-to-face and videoconferenced multidisciplinary clinical meetings. *Australasian Radiology*, 48(4), 487–492.
- ⁵⁸ Ellis, G., & Sevdalis, N. (2019). Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing*, 48(4), 498–505.
- ⁵⁹ Singer, S. J., Hayes, J. E., Gray, G. C., & Kiang, M. V. (2015). Making time for learning-oriented leadership in multidisciplinary hospital management groups. *Health Care Management Review*, 40(4), 300-312.
- ⁶⁰ Suter, E., Deutschlander, S., Mickelson, G., Nurani, Z., Lait, J., Harrison, L., ... & Grymonpre, R. (2012). Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. *Journal of interprofessional care*, 26(4), 261-268.
- ⁶¹ D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19 Suppl 1, 116–131.
- ⁶² Benson, A. (2010). Creating a culture to support patient safety. The contribution of a multidisciplinary team development programme to collaborative working. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(1), 10-17.
- ⁶³ Pronovost P, Weast B, Rosenstein B, et al. Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. *J Patient Saf* 2005;1:33e40.
- ⁶⁴ Grogan EL, Stiles RA, France DJ, et al. The impact of aviation-based teamwork training on the attitudes of health-care professionals. *J Am Coll Surg* 2004;199:843e8.
- ⁶⁵ Morey JC, Simon R, Jay GD, et al. (2002) Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res* 37:1553e87.
- ⁶⁶ Blegen MA, Sehgal NL, Alldredge BK, et al. (2010). Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPS Project *BMJ Quality & Safety* 19:346-350.

- ⁶⁷ Goldman, J., Meuser, J., Rogers, J., Lawrie, L., & Reeves, S. (2010). Interprofessional collaboration in family health teams: An Ontario-based study. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 56(10), e368-374.
- ⁶⁸ Goldman, J., Meuser, J., Lawrie, L., Rogers, J., & Reeves, S. (2010). Interprofessional primary care protocols: A strategy to promote an evidence-based approach to teamwork and the delivery of care. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 653-665.
- ⁶⁹ Minkman, M. M. N., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2010). Het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg. *M en O*, 5, 26-43.
- ⁷⁰ Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(1), 19.
- ⁷¹ Edmondson, A. C. (2004). Learning from failure in health care: Frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality & Safety in Health Care*, 13 Suppl 2, ii3-9.
- ⁷² Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.
- ⁷³ Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941-966.
- ⁷⁴ Choy, E., Chiu, A., Butow, P., Young, J., & Spillane, A. (2007). A pilot study to evaluate the impact of involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *The Breast*, 16(2), 178-189.
- ⁷⁵ Sharma, A. E., Rivadeneira, N. A., Barr-Walker, J., Stern, R. J., Johnson, A. K., & Sarkar, U. (2018). Patient Engagement In Health Care Safety: An Overview Of Mixed-Quality Evidence. *Health Affairs (Project Hope)*, 37(11), 1813-1820.
- ⁷⁶ Patient Engagement and Safety. (2019). <https://psnet.ahrq.gov/primer/patient-engagement-and-safety>.
- ⁷⁷ Hjort, P.F. (2003). Adverse events in health care. Suggestions for a national program for prevention and action. Oslo: Department of Social- and Health Care (in Norwegian).
- ⁷⁸ Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19(10), 424-447; discussion 448-452.
- ⁷⁹ Mikkelsen, J., & Holm, H. A. (2007). Contextual Learning to Improve Health Care and Patient Safety. *Education for Health*, 20(3), 124.
- ⁸⁰ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System* (L. T. Kohn, J. M. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). National Academies Press (US).
- ⁸¹ Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914.

- ⁸² Ponte, P. R., Conlin, G., Conway, J. B., Grant, S., Medeiros, C., Nies, J., Shulman, L., Branowicki, P., & Conley, K. (2003). Making patient-centered care come alive: Achieving full integration of the patient's perspective. *The Journal of Nursing Administration*, 33(2), 82–90.
- ⁸³ Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7234), 569–572.
- ⁸⁴ Institute of Medicine, Roundtable on Value and Science-Driven Health Care, McGinnis, M. J., Saunders, R. S., & Olsen, L. (2011). *Patients Charting the Course: Citizen Engagement and the Learning Health System: Workshop Summary (Learning Health System: Roundtable on Value & Science-driven Health Care)* (1ste editie). National Academies Press.
- ⁸⁵ Lange, J.F, Dekker-van Doorn, C.M, Haerkens, M.H.T.M, & Klein, J. (2011). [A safety culture in hospitals]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155. Geraadpleegd via: <http://hdl.handle.net/1765/83051>.
- ⁸⁶ Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of interprofessional care*, 25(3), 167-174.
- ⁸⁷ Sholl, S., Scheffler, G., Monrouxe, L. V., & Rees, C. (2019). Understanding the healthcare workplace learning culture through safety and dignity narratives: a UK qualitative study of multiple stakeholders' perspectives. *BMJ open*, 9(5), e025615.
- ⁸⁸ Hernan AL , Giles SJ , Fuller J , et al . (2015). Patient and carer identified factors which contribute to safety incidents in primary care: a qualitative study. *BMJ Qual Saf* 24:583–93.
- ⁸⁹ Carter M , Thompson N , Crampton P , et al. (2013) Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting. *BMJ Open* 3:e002628.
- ⁹⁰ Notaro, K. A. M., Corrêa, A. D. R., Tomazoni, A., Rocha, P. K., & Manzo, B. F. (2019). Safety culture of multidisciplinary teams from neonatal intensive care units of public hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.
- ⁹¹ Rogers, M. J., Matheson, L., Garrard, B., Maher, B., Cowdery, S., Luo, W., ... & Ashley, D. M. (2017). Comparison of outcomes for cancer patients discussed and not discussed at a multidisciplinary meeting. *Public Health*, 149, 74-80.
- ⁹² Pillay, B., Wootten, A. C., Crowe, H., Corcoran, N., Tran, B., Bowden, P., & Costello, A. J. (2016). The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: a systematic review of the literature. *Cancer treatment reviews*, 42, 56-72.
- ⁹³ Lan YT, Jiang JK, Chang SC, Yand SH, Lin CC, Lin HH, et al. (2016). Improved outcomes of colorectal cancer patients with liver metastases in the era of the multidisciplinary teams. *Int J Colorectal Dis* 31(2):403e11.
- ⁹⁴ Lordan JT, Karanjia ND, Quiney N, Fawcett WJ, Worthington TR. (2009). A 10-year study of outcome following hepatic resection for colorectal liver metastases e the effect of evaluation in a multidisciplinary team setting. *Eur J Surg Oncol* 35(3):302e6.
- ⁹⁵ Munro A, Brown M, Niblock P, Steel R, Carey F. (2015). Do multidisciplinary team (MDT) processes influence survival in patients with colorectal cancer? A population-based experience. *BM Cancer* 15:686.

- ⁹⁶ Stephens MR, Lewis WG, Brewster AE, Lord I, Blackshaw I, Hodzovic I, et al. (2006). Multidisciplinary team management is associated with improved outcomes after surgery for esophageal cancer. *Dis Esophagus* 19(3):164e71.
- ⁹⁷ Ford, E. and Scanlon, D. (2007). "Promise and problems with supply chain management approaches to healthcare purchasing", *Healthcare Management Review*, Vol. 32 No. 3, pp. 192-202.
- ⁹⁸ Meijboom, B.R., De Haan, J. and Verheyen, P. (2004), "Networks for integrated care provision: an economic approach based on opportunism and trust", *Health Policy*, Vol. 69 No. 1, pp. 33-43.
- ⁹⁹ Westert, G.P., Berg, M.J., van den Kooiman, X. and Verkleij, H. (2008). *Dutch Health Care Report 2008*, National Institute for Public Health, Bilthoven.
- ¹⁰⁰ Schoen, C., Osborn, R., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, J. and Murukutla, N. (2007), *Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries 2007*, *Health Affairs – Web Exclusive* w 717.
- ¹⁰¹ Meijboom, B., Schmidt Bakx, S., & Westert, G. (2011). Supply chain management practices for improving patient oriented care. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3), 166–175.
- ¹⁰² Ovretveit, J. (2000). "Total quality management in European healthcare", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13 No. 2, pp. 74-9.
- ¹⁰³ Grone, O. and Garcia-Barbero, M. (2001). "Integrated health: a position paper of the WHO European office for integrated health services", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 1 No. 3.
- ¹⁰⁴ Andersson, G. and Karlberg, I. (2000). "Integrated care for the elderly: the background and effects of the reform of Swedish care of the elderly", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 1 No. 1.
- ¹⁰⁵ Saltman, R.B., Rico, A. and Boerma, W. (2006). *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*, Open University Press, Milton Keynes.
- ¹⁰⁶ Wijngaarden, J.D.H., van Bont, A.A. and de Huijsman, R. (2006). "Learning to cross boundaries: the integration of health network to deliver seamless care", *Health Policy*, Vol. 79 Nos 2-3, pp. 202-13.
- ¹⁰⁷ Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration?. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16(4), 360-367.
- ¹⁰⁸ Evans, L., Donovan, B., Liu, Y., Shaw, T., & Harnett, P. (2019). A tool to improve the performance of multidisciplinary teams in cancer care. *BMJ open quality*, 8(2), e000435.
- ¹⁰⁹ Dhondt, S., Hermans, K., Molema, H., Boermans, S., van der Klauw, D., & Vrijhoef, H. J. (2017). Mechanisms of integrated care in Flanders: A bottom-up perspective. *International Journal of Care Coordination*, 20(3), 87-97.

