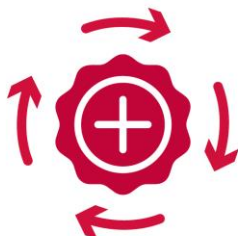




NEDERLANDSE FEDERATIE VAN UMC'S
CONSORTIUM KWALITEIT VAN ZORG



VERBETEREN VAN KWALITEIT

Whitepaper

Samen zorgen voor betere zorg

Betere interprofessionele samenwerking door teamtraining

Auteurs:

Prof. dr. Saskia Peerdeman (VUmc), prof. dr. Gert-Jan Scheffer (Radboudumc), dr. Cynthia van der Starre (Erasmus MC), dr. Tineke Westerveld (UMC Utrecht), prof. dr. Johan Lange (Erasmus MC), Ada van den Bos RN (Erasmus MC), drs. Annet van Harten (Radboudumc), Mireille Pluijgers MSc (NFU-consortium Kwaliteit van Zorg)



Radboudumc

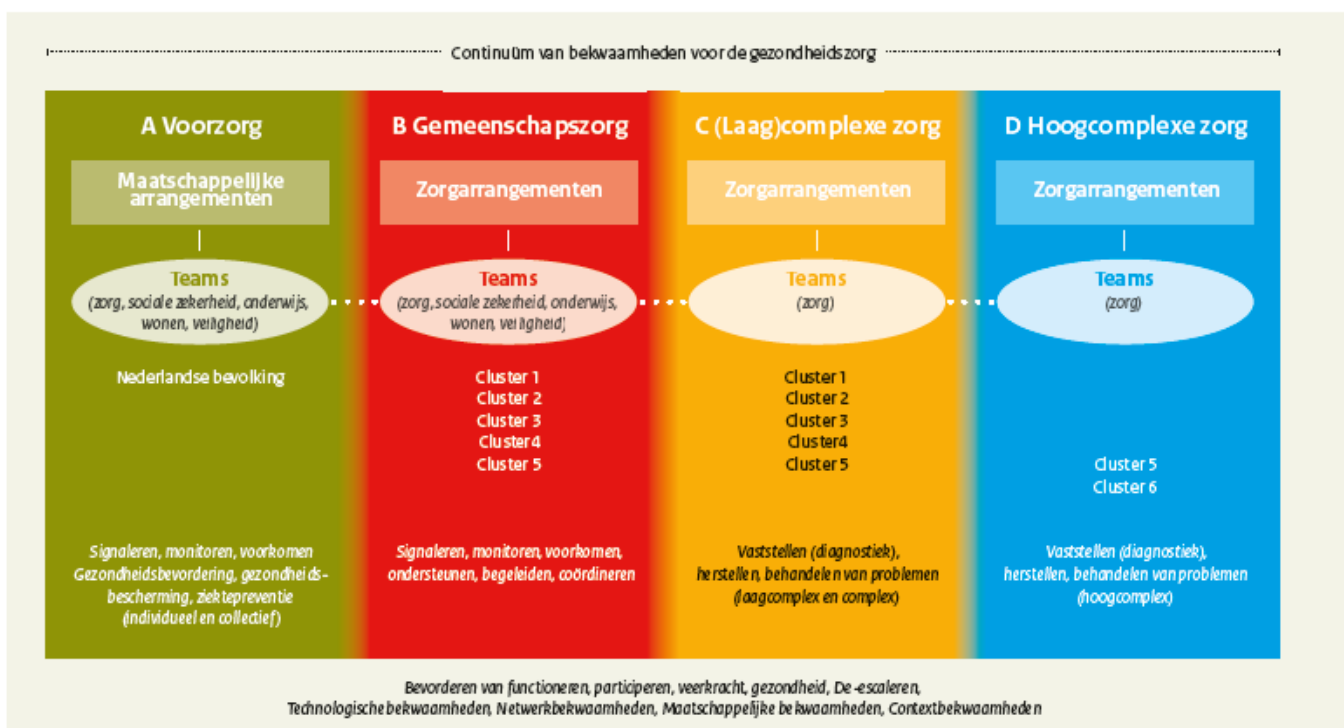


1. Doel en doelgroep

Het doel van deze white paper is het agenderen van het belang van interprofessioneel leren en in het bijzonder van training van interprofessionale teams bij umc's. De white paper is geschreven voor Raden van Bestuur, directeuren kwaliteit en veiligheid / medische zaken / patiëntenzorg in umc's, en professionals direct betrokkenen bij de patiëntenzorg. De paper is opgesteld door experts uit samenwerkende umc's in het kader van het verbetercluster Teamsamenwerking in het programma Verbeteren van Kwaliteit van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg.

2. Inleiding en schets van het probleem

De medische zorg voor patiënten in academische ziekenhuizen is in de loop der jaren complexer geworden. De specialistische zorg neemt toe, de inhoudelijke expertise wordt omvangrijker en de medische professionals (medici en andere zorgverleners) specialiseren zich steeds verder. Bij één patiënt zijn meestal meerdere zorgverleners betrokken. Ook voor de toekomst wordt beschreven dat de zorg geleverd zal worden in interprofessionele teams¹ (Figuur 1).



Figuur 35: Continuum van bekwaamheden voor de gezondheidszorg, Commissie Innovatie Zorgberoepen & opleidingen, 2015

Figuur 1. Organisatie van zorg in de toekomst Kaljouw, M. & van Vliet, K.(2015).

Ineffectief interprofessionele teamsamenwerking is een situatie die ontvankelijk is voor medische incidenten. Sinds de publicatie van het NIH rapport 'To err is human' in 1999 is een bewustwording ontstaan, dat een substantieel deel van incidenten in de patiëntenzorg niet veroorzaakt worden door gebrek aan kennis en expertise, maar eerder een gebrek aan communicatie en samenwerking die nodig is om deze kennis effectief in een teamprestatie neer te zetten.² Geschat wordt dat in de USA de additionele kosten van deze incidenten \$17 miljard per jaar is.³

Analyse van incidenten in de zorg in Nederland laat ook zien dat miscommunicatie en suboptimale samenwerking twee van de grootste veroorzakers zijn.⁴ Strategieën die focussen op het verminderen van incidenten en die het functioneren van medische teams in de steeds complexer wordende organisatie van zorg bevorderen, zijn daarom noodzakelijk.

Om een hoge zorgstandaard te bereiken en houden moeten daarom multidisciplinaire en interprofessionele teams gevormd worden. Afhankelijk van de situatie zullen de gevormde teams op reguliere basis met elkaar samenwerken of gelegenheidsteams zijn. Zo zullen bij acute situaties zoals een reanimatie de verschillende specialismen hetzelfde zijn (bv cardiologie, interne, anesthesie), maar de teamleden zullen telkens anderen zijn. Bij complexe patiënten in complexe situaties zijn de specialismen en de professies wisselend. Bij reguliere situaties, zoals multidisciplinaire overleggen, zullen de specialismen en teamleden relatief constant zijn. Daarnaast kan er ook sprake zijn van andere vormen van interprofessionele samenwerking: samen visite lopen, elkaar raadplegen of elkaar tijdens het werk ergens op (durven) aanspreken. Uitstekende individuele expertise van individuele teamleden is echter geen garantie voor optimale teamsamenwerking.

Interprofessioneel samenwerken gaat verder dan een multidisciplinaire aanpak. Een multidisciplinaire aanpak houdt het risico in zich dat de verschillende zorgverleners vanuit verschillende disciplines *onafhankelijk van elkaar* zich met hetzelfde probleem of dezelfde patiënt bezig houden. Elke zorgverlener valt terug op zijn eigen (para)medische achtergrond, protocollen en procedures om de beste zorg voor de patiënt te leveren. De interprofessionele samenwerking is erop gericht dat de zorgverleners *synergistisch samenwerken als één team*. Team-gebaseerde interprofessionele communicatie en besluitvorming leiden tot interprofessionele praktijkuitoefening waarbij de teamleden een gedeelde verantwoordelijkheid hebben en hun individuele expertise integreren en inzetten om de optimale zorg te leveren⁵.

Het verminderen van menselijke vergissingen en fouten kan op verschillende manieren aangepakt worden:

1. op het niveau van het ontwerp van een systeem: verminderen van fout-gevoelige situaties door ze makkelijk herkenbaar te maken en daardoor sneller te kunnen handelen. Een voorbeeld hiervan is verbetering van alarmen en alarmdisplays.
2. Op het proces niveau kunnen protocollen, maatregelen en richtlijnen gemaakt worden om patiënten en medewerkers te beschermen tegen fouten en vergissingen. Een voorbeeld hiervan is verbetering van medicatie labels en dubbelcheck procedures.
3. op het niveau van de samenwerkende professionals kan opleiding en training verwezenlijken dat mogelijke fouten en vergissingen gezien, vermeden en/of hersteld worden.⁶

Bewustwording van factoren als communicatie en samenwerking én training hiervan kan het functioneren van teams en andere vormen van samenwerking in de dagelijkse praktijk verbeteren.⁷

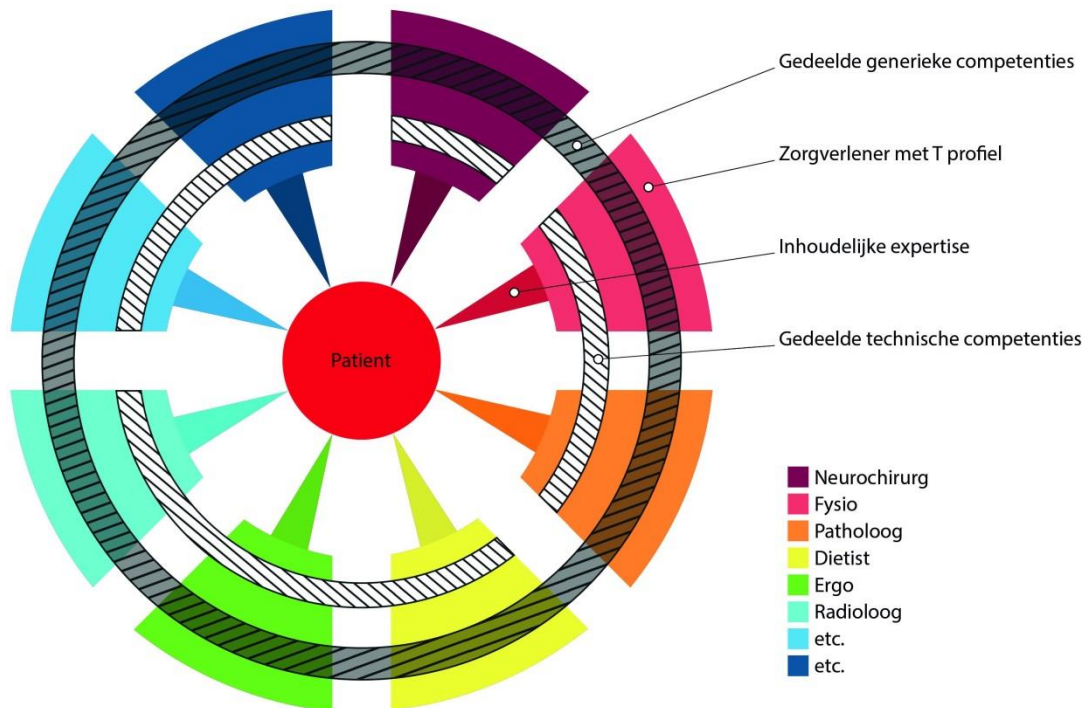
‘Beter teamwerk is betere zorg’

Het is essentieel gebleken om een veilige omgeving te creëren waarin teamwerk, missers en verbeteringen besproken kunnen worden zonder angst voor repercussies. Naast training van genoemde teamvaardigheden zijn ook andere maatregelen of instrumenten beschikbaar om samenwerking te verbeteren: het verbeteren van processen, het leren van zowel missers als successen, met daarbij gebruik maken van human factors engineering zijn enkele voorbeelden. In dit kader is training van teamwerk een logische eerste stap, zodat teamleden met elkaar die veilige omgeving kunnen creëren of behouden als die er al bestaat.

3. Teamvaardigheden

Individuele zorgverlener

Omdat de individuele zorgprofessional in academische ziekenhuizen vaak een hoge expertise heeft op een beperkt domein, is het noodzakelijk dat ook expertise opgebouwd en onderhouden wordt mbt de niet-technische vaardigheden die nodig zijn om in een team te werken, de zgn gedeelde generieke competenties (Figuur 2).



Figuur 2. T-vormig competentieprofiel met gedeelde generieke (team)competenties en inhoudelijke expertise.

Deze niet-technische vaardigheden bestaan onder andere uit communicatie, samenwerking, leiderschap en besluitvorming. Het Canadese 'national competency framework for interprofessional collaboration' beschrijft de profielen die de individuele zorgprofessional moet hebben om optimaal in een team te kunnen functioneren.⁸

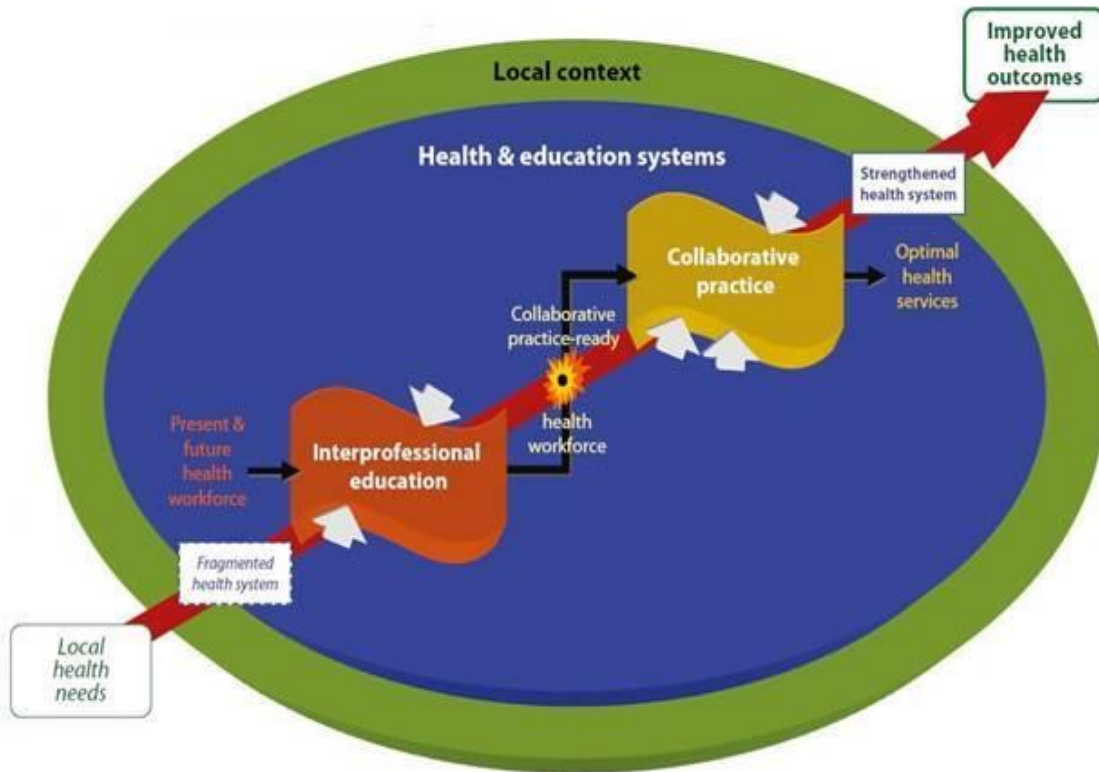
*'Van een team van experts
naar een expertteam'*

Team

Teamvaardigheden die getraind kunnen worden zijn groepsprocessen, besluitvorming, risicomangement en leiderschap. Bij *groepsprocessen* staat centraal wat het met de individuele zorgprofessional doet om lid van een team te zijn, en welke positieve en negatieve gevolgen dit voor het individu, het team en het gemeenschappelijke doel kan hebben. Bij *besluitvorming* wordt gekeken naar hoe in de team besluiten tot stand komen, hoe lopen de processen, welke invloed heeft dit op het teamwerk en hoe wordt er geleerd van de genomen besluiten. Het onderdeel *risicomangement* kan onder andere gaan over hoe de individuele zorgprofessional mede verantwoordelijk is voor de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg, hoe het team omgaat met de risico's die al bekend zijn patiënt en zorgprofessionals, maar ook welke risico's er misschien nog niet geïdentificeerd zijn en hoe daarmee om te gaan. De vaardigheden die nodig zijn bij *leiderschap* in de diverse situaties, de risico's die dit met zich meebrengt en het zogenaamde volgerschap zijn ook zaken die hebben ook invloed op het functioneren van een team.

Een ander belangrijk onderdeel van teamvaardigheden betreft het verkrijgen en behouden van gedeeld situationeel bewustzijn (*situational awareness*) centraal. De informatie die een individuele zorgverlener via de zintuigen binnen krijgt, kan bij de verschillende zorgverleners tot een verschillend beeld van de situatie leiden. Immers, de verwerking van binnenkomende informatie door de hersenen kan bij iedereen op een andere manier beïnvloed worden door de eigen kennis, ervaring, gemoedstoestand, stressniveau en dergelijke. Bijvoorbeeld een bevinding bij beeldvormende diagnostiek kan door de een anders geïnterpreteerd worden dan de ander, wat weer kan leiden tot miscommunicatie en tot verkeerde besluiten; dit kan ondervangen worden

door niet alleen te benoemen wat er gezien wordt, maar ook wat het dan betekent voor de situatie/patiënt/behandeling. Communicatie is dus cruciaal om een ieders situationeel bewustzijn te delen, en te zorgen dat binnen het team iedereen hetzelfde, en meest correcte, beeld van de situatie heeft. Het behouden van dit gedeelde situationeel bewustzijn kan door allerlei factoren bedreigd worden. Denk bijvoorbeeld aan stress door tijdsdruk, onverwachte gebeurtenissen, het 'niet passen' binnen de richtlijnen.



Figuur 3. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.¹²

4. Teamtraining voor teamvaardigheden

Noodzaak en frequentie

Teamtraining heeft uitgewezen de algemene prestaties van een team te kunnen verhogen en het gestructureerd trainen van teams geeft een reductie van complicaties in patiëntenzorg.^{9 10} In 1988 werd door de WHO een rapport gepubliceerd over teamleren door team werk in de gezondheidszorg. Dit rapport werd in 2010 verder uitgewerkt en heeft geresulteerd in het Framework for action on Interprofessional Education and collaborative practice (Figuur 3).^{11 12} Gesteld wordt dat het leren en trainen in de lokale context een continue terugkerend aspect moet zijn om de samenwerking en de zorg optimaal te houden.

De continu wisselende samenstelling van de teams die zorg leveren, maakt dat er veel aandacht moet zijn voor teamvaardigheden. Dat het trainen van teams hierbij van toegevoegde waarde is, blijkt uit vele publicaties.^{6 13} Bij een continu veranderende context is het wenselijk om onderwijs- en trainingssystemen zo in te richten dat het aansluit op en zoveel mogelijk plaatsvindt in de praktijk. Trainingen moeten daarom op reguliere basis periodiek (bv 1x per jaar) en zoveel mogelijk contextueel plaatsvinden en dus een weerspiegeling zijn van de steeds veranderende dagelijkse praktijk.

'Teams are made, not born'

Theoretische modellen

De deelnemers aan de trainingsgroepen zijn volwassen en hebben (levens)ervaring, ervaring in het werk en beschikken over veel kennis en vaardigheden. Gebruik van deze voorkennis bij het ontwerpen van trainingen optimaliseert het leerrendement.¹⁴

Een aantal modellen is bruikbaar voor het maken van trainingen voor werkplekleren (contextual learning). Een zeer praktisch en toepasbaar model dat gebruikt kan worden als leidraad voor het vormgeven van een training is van Taylor & Hamdy. Dit model combineert de theorieën van Kolb en Knowles rondom het leren van volwassenen.^{15 16}

Als leidraad voor de inhoud van de training wordt het concept van Crew Resource Management (CRM) aanbevolen. CRM is een systeem dat

'1+1 is meer dan 2'

optimaal gebruik maakt van alle beschikbare bronnen (materiaal, procedures en mensen) om veiligheid te bevorderen en efficiëntie te verhogen. CRM voorziet onder andere in communicatierichtlijnen, bewustmaking van de situatie, probleem oplossing en teamwork. Het gaat uit van het principe dat een team ingezet kan worden om de feilbaarheid van het individu op te vangen.

Door CRM-principes te trainen in de setting van werkplek-leren, kunnen zorgprofessionals de algemene niet-technische vaardigheden trainen die nodig zijn voor optimaal teamwork. De onderdelen van CRM zijn informatiemanagement, communicatie, stressmanagement, groepsprocessen, leiderschap, besluitvorming en risicomanagement. Het tijdens de training benoemen van de verschillende mogelijke verstoringen van het team situationeel bewustzijn, en vooral het bespreken van hoe hiermee om te gaan, vormt ook een essentieel onderdeel van de training.

5. Uitvoering teamtraining

Op basis van bovenstaande uitgangspunten kunnen de volgende basisprincipes geformuleerd worden:

- Train de teams die in de dagelijkse praktijk met elkaar samenwerken;
- Train situaties die je in de dagelijkse praktijk tegenkomt;
- Train niet-technische teamvaardigheden die je de volgende dag kunt toepassen.

Met deze basisprincipes is het mogelijk de steeds veranderende context van het werken in een ziekenhuis in een training vorm te geven. Tevens is het leerrendement hoog, omdat het gebruikt maakt van onderwijskundige principes van het leren van volwassenen.

6. Succesfactoren voor goede samenwerking in teams

Om in een organisatie een cultuur te creëren waarbij het normaal is dat teams van zorgprofessionals trainen is het van belang dat er commitment is op verschillende niveaus

Strategisch niveau

- RvB en organisatie faciliteert de trainingen
- Verankerung van ambities in strategie, jaarplannen en kaderbrieven

Tactisch niveau

- Financiën en tijd worden geborgd in de organisatie
- Ambassadeurs van de trainingen komen uit de doelgroep
- Experts op deelgebieden worden ingeschakeld waar mogelijk

Operationeel niveau

- Trainingen worden interprofessioneel en discipline-overstijgend vorm gegeven
- Er is een adequate logistieke ondersteuning aanwezig om de trainingen te organiseren

Trainingen vinden plaats in context (teams die met elkaar samenwerken, situaties die het team op de werkvloer tegenkomt)

Inhoudelijk niveau

Trainingen zijn gedegen onderwijskundig onderbouwd

Trainingen worden gestructureerd geëvalueerd op kwaliteit en effectiviteit

Trainers zijn geschoold voor deze vorm van teamtrainingen

Kwaliteitsindicatorniveau

Structuurindicator: hoe zijn teamtrainingen geborgd?

Procesindicator: hoeveel exposure heeft gemiddelde professional aan teamtraining/jaar?

Uitkomstindicator: wordt safety culture/climate gemeten? (bijna-)incidenten gerelateerd aan communicatie minder? Betrokkenheid patient/familie bij teamtraining?

Gezien academische functie/rol: hoe teamtraining in opleidingen?

7. Aanbevelingen

De opstellers van deze White Paper kwamen tot de volgende gezamenlijke aanbevelingen:

1. Benoemen van (interprofessionele) teamsamenwerking in de strategie en missie van het umc.
2. Structurele en geaccrediteerde interprofessionele training als vast onderdeel voor professionals die betrokken zijn bij het primaire zorgproces.
3. Gezamenlijk ontwikkelen, financieren en implementeren van een geaccrediteerde e-learning teamsamenwerking voor alle professionals in de directe patiëntenzorg door de umc's die kiezen voor implementatie van de teamtraining.
4. Interprofessionele samenwerking opnemen als vast onderdeel in het hele (para) medische onderwijs- en opleidings continuüm.

De operationalisering van deze aanbevelingen kan per umc verschillen.

Begrippenlijst

Team	Een team is een aantal zorgprofessionals dat bij elkaar is gebracht om één gemeenschappelijk doel te bereiken en het in grote lijnen eens is over de weg naar dit doel. Behalve een gemeenschappelijk doel en een gedeelde visie over de aanpak, dienen de verschillende teamleden elkaar aan te vullen.
Training	Een leerproces waarin deelnemers vaardigheden verwerven en oefenen op het toepassen ervan
Discipline	Vakgebied. Een terrein van beroepsmatig toegepaste kennis en vaardigheden waar mensen zich in kunnen specialiseren. Kenmerkend voor een vakgebied in een moderne samenleving is dat er een vakopleiding en ervaring vereist is om in dat vakgebied succesvol werkzaam te kunnen zijn (bv cardiologie, revalidatie, oogheelkunde). Binnen één discipline kunnen meerdere professies werkzaam zijn.
Professie	Beroep. De verzameling van werkzaamheden en taken, die behoren tot een baan van een persoon (bv arts, verpleegkundige, fysiotherapeut).
Specialisme	Afzonderlijk onderdeel van een groter vakgebied.
Multidisciplinair	Bestaande uit verschillende vakgebieden.
Interprofessioneel	Professie-overschrijdend.
Interprofessionele samenwerking	Het proces van ontwikkelen en handhaven van een effectieve interprofessionele relatie met zorgverleners, studenten, trainees, patiënten, cliënten, families en gemeenschappen om optimale uitkomsten in de zorg te krijgen.
Context	Het geheel van omgevingselementen dat direct en/of indirect inhoud, structuur en wijze van werken bepalen.

Referenties

1. Kaljouw MvV, K. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen, de contouren. [Towards new health and health professions, the outlines]. 2015.
2. Kohn LTC, J.M.; Donaldson, M.S. To Err Is Human. Building a Safer Health Care System. In: Kohn LT CJ, Donaldson MS., ed. Washington D.C.: Institute of Medicine., 2000.
3. Andel C, Davidow SL, Hollander M, et al. The economics of health care quality and medical errors. *J Health Care Finance* 2012;**39**(1):39-50.
4. Wagner CS, M.; van Wagtenonk, I.; Zwaan, L.; Lubberding, S.; Merten, H.; Timmermans, D.R.M. Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen. Een systematische analyse met PRISMA op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), chirurgie en interne geneeskunde. [Causes of incidents and unwanted damage in hospitals. A systematic analysis with PRISMA on emergency, surgery and internal medicine departments]: EMGO Instituut en NIVEL, 2008.
5. Atwal A, Caldwell K. Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *Int J Nurs Pract* 2006;**12**(6):359-65.
6. Ostergaard D, Dieckmann P, Lippert A. Simulation and CRM. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2011;**25**(2):239-49.
7. Jones KJ, Skinner AM, High R, et al. A theory-driven, longitudinal evaluation of the impact of team training on safety culture in 24 hospitals. *BMJ Qual Saf* 2013;**22**(5):394-404.
8. CIHC. A National Interprofessional Competency Framework: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.
9. Prakash V, Koczmara C, Savage P, et al. Mitigating errors caused by interruptions during medication verification and administration: interventions in a simulated ambulatory chemotherapy setting. *BMJ Qual Saf* 2014;**23**(11):884-92.
10. Salas E, DiazGranados D, Klein C, et al. Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Hum Factors* 2008;**50**(6):903-33.
11. WHO. Learning together to work together for health. Technical report series 769, 1988.
12. WHO. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. 2010.
13. Kemper PF, de Bruijne M, van Dyck C, et al. Crew resource management training in the intensive care unit. A multisite controlled before-after study. *BMJ Qual Saf* 2016;**25**(8):577-87.
14. Knowles MSHI, E.F.; Swanson, R.A. *The Adult Learner*. Eighth Edition ed. New York, USA: Routledge, 2015.
15. Taylor DC, Hamdy H. Adult learning theories: implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Med Teach* 2013;**35**(11):e1561-72.
16. Hattie J. The applicability of Visible Learning to higher education. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology* 2015;**1**(1):79-91.