

Bouwsteen 3: 'Optimale Zorg Tafels' (leerbijeenkomsten)

Inhoud

Bouwsteen 3: 'Optimale Zorg Tafels' (leerbijeenkomsten).....	1
1. Achtergrond van de Optimale Zorg Tafel.....	2
1.1 ZOUT.....	2
1.2 Substitutie van zorg.....	3
1.3 Interprofessioneel leren	3
1.4 Toepassing van interprofessioneel leren	3
2. Theoretisch kader.....	4
2.1 Actieonderzoek.....	4
2.2 Design principes.....	5
2.3 Change laboratory.....	5
2.4 Boundary crossing.....	6
3. Doel van de Optimale Zorg Tafels.....	7
3.1 Algemene leerdoelen (zoals beschreven in de projectaanvraag).....	7
3.2 Specifiek geformuleerde leerdoelen	7
4. Opbrengst.....	8
4.1 Actieonderzoek.....	8
4.2 Verder onderzoek.....	8
5. Opzet bijeenkomsten (1): Vorm.....	8
5.1 Design principes.....	8
5.2 Cultuurhistorische activiteitentheorie	9
5.3 Change laboratory.....	9
6. Opzet bijeenkomsten (2): Inhoud.....	10
6.1 Leren van/met patiënten: de 'trajectory of care' als boundary object	10
6.2 Leren van spiegelinformatie: het transmuraal dossier als boundary object.....	11
7. Begeleiding van de bijeenkomsten.....	12

7.1 Actieonderzoek fase	12
7.2 Vervolfase.....	12
8. Dataverzameling en analyse.....	13
9. Ethiek.....	14
10. Disseminatie/vervolg	14
10.1 Vervolgonderzoek.....	16
10. Referenties	17

1. Achtergrond van de Optimale Zorg Tafel

1.1 ZOUT

Huisarts en specialist moeten intensiever en anders gaan samenwerken om Juiste Zorg op de Juiste plaats te bieden aan de patiënt. Met JZOJP wordt niet alleen kwalitatief goede zorg dichtbij de patiënt beoogd (effectief en patiëntgericht), maar ook meer efficiëntie waarmee we de krapte op de arbeidsmarkt en stijgende zorgkosten het hoofd moeten bieden en de toegankelijkheid van zorg waarborgen. In 2015 hebben ziekenhuizen en huisartsen in de regio Utrecht als uitwerking van dit beleid de regionale overeenkomst “Juiste Zorg op de Juist plek” afgesloten. In dit kader zijn regionale transmurale samenwerkingsafspraken (RTA’s) gemaakt, gericht op samenwerking in de zorgketen zo dicht mogelijk bij de patiënt, generalistisch waar mogelijk en specialistisch waar nodig, met heldere afspraken over ‘wie, wanneer, wat doet’ en waar mogelijk met overdracht van patiëntenzorg van het ziekenhuis naar de huisarts – ofwel substitutie van zorg.

De implementatie van de inmiddels geaccordeerde RTA’s voor patiënten met COPD, hart- en vaatziekten, diabetes en kanker blijft echter achter. Derhalve is ZOUT geïnitieerd: een onderzoek omtrent de ontwikkeling van een implementatiestrategie, leunend op drie pijlers: transmurale spiegelinformatie, patiëntparticipatie en interprofessioneel leren. Ingezet wordt op de realisatie van praktijkleerbijeenkomsten waarin huisartsen en specialisten – samen met patiënten – praten over de huidige vorm van samenwerking en mogelijke verbeterlagen. Het idee is dat deze bijeenkomsten bijdragen aan een betere samenwerking tussen huisartsen en specialisten in de regio, opdat de patiënt zoveel mogelijk op de juiste plaats zorg geboden kan worden.

Het project ZOUT is een actieonderzoek. Dat betekent dat de stakeholders, patiënten en professionals nadrukkelijk participeren in het onderzoek en dat de focus van het onderzoek in de loop van de tijd kan verschuiven naar die aspecten die het meest relevant blijken in de praktijk en voor het doel van het onderzoek.

1.2 Substitutie van zorg

De kosten van de gezondheidszorg nemen toe en met de huidige demografische ontwikkeling zal de capaciteit voor zorgpersoneel afnemen. Daarentegen zal de komende jaren het aantal mensen dat vanwege chronische- en/of complexe aandoeningen een beroep doet op de gezondheidszorg verder toenemen. Ook technologische ontwikkelingen en nieuwe opvattingen over ziekte en gezondheid leiden tot een veranderende zorgvraag. Het beleid geformuleerd onder de noemer Juiste Zorg op de Juiste Plaats anticipeert op deze ontwikkelingen door in te zetten op voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Substitutie is een vorm van verplaatsen van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn om te komen tot zoveel mogelijk generalistische basiszorg dichtbij huis en alleen als nodig gespecialiseerdere zorg in centra. Deze beweging is essentieel onderdeel van het beleid om de veranderende zorgvraag te beantwoorden en doelmatiger zorg te kunnen leveren.

De kostenbesparing die voortvloeit uit (blijvende) verplaatsing van zorg naar de eerste lijn kan niet los gezien worden van aspecten als kwaliteit van de geleverde zorg of de gezondheidsstatus van een bepaalde populatie. Substitutie-initiatieven dienen daarom te streven naar overeenstemming met het 'triple aim'-principe [1]. Dit principe stelt dat de verbetering van het zorgsysteem drie gelijkwaardige doelen heeft, namelijk 1) het verbeteren van de gezondheid van een populatie, 2) het verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg en 3) het reduceren van kosten.

1.3 Interprofessioneel leren

Samenwerking loont omdat men samen meer kan bereiken dan alleen. Zeker in de gezondheidszorg moeten professionals samenwerken met andere disciplines om hun patiënten de best mogelijke zorg te kunnen bieden. Het raadplegen van collega's in de besluitvorming rondom een patiënt heeft vaak toegevoegde waarde en is soms zelfs essentieel [2, 3]. In deze besluitvorming moet een derde partij echter niet worden vergeten – namelijk de patiënt [4]. De literatuur over de meerwaarde van patiëntparticipatie neemt gestaag toe, en in dit onderzoek kan de term 'interprofessioneel leren' dan ook worden gelezen als 'collaboratief leren'.

1.4 Toepassing van interprofessioneel leren

Substitutie van zorg vraagt om goede onderlinge communicatie en afstemming tussen de eerste en tweede lijn. Ook het onderling vertrouwen speelt hierbij een rol, zoals gebleken in een eerdere studie over substitutie van Nederlandse zorg van het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk [5]. Door professionals uit de eerste en tweede lijn samen te brengen wordt dit onderlinge vertrouwen (en in samenhang hiermee ook de onderlinge afstemming) bemoedigd. Uit dezelfde Nederlandse studie is gebleken dat het gebrek aan koppeling tussen het ziekenhuis dossier en het huisarts dossier een barrière is voor effectieve substitutie van zorg.

ZOUT is uniek in de realisatie van deze koppeling, en stimuleert professionals en patiënten om samen naar hun data te kijken en het gesprek hierover aan te gaan. Langs twee wegen wordt er geleerd: vanuit de terugkoppeling van spiegelinformatie uit eigen zorgdossiers over het gebruik van de RTA's, en vanuit de feedback van de patiënt. De vraag is hoe zo'n gesprek tussen zorgprofessionals en patiënten aan Optimale Zorg Tafels moet worden ingestoken: Hoe moet zo'n bijeenkomst eruit zien? En hoe begeleid je zo'n bijeenkomst? Daartoe zal onder meer een handleiding voor de Optimale Zorg Tafel worden ontworpen. Om (het proces richting) die handleiding te begrijpen worden hieronder eerst de opzet en onderliggende theorie van de Optimale Zorg Tafel besproken.

2. Theoretisch kader

2.1 Actieonderzoek

Actieonderzoek betekent samen met stakeholders onderzoek doen in zogenaamde korte onderzoek cycli, waardoor het mogelijk is om gedurende het project opkomende vragen mee te nemen, en zo nodig onderzoeksmethoden en interventie aan te passen [6-8]. De variant van actie onderzoek waar we in dit project voor gekozen hebben is ontwerpgericht onderzoek (*design based research*), waar de uitkomst van het onderzoek een ontwerp is [9], van in dit geval een implementatiestrategie, die in nauwe betrokkenheid met betrokkenen (eerste- en tweedelijns dokters en patiënten) wordt ontwikkeld, uitgetest en aangepast.

Kenmerkend aan ontwerpgericht onderzoek zijn de drie verschillende maar simultane 'rollen' die je hebt binnen dit type onderzoek, namelijk die van 1) onderzoeker, 2) ontwerper en 3) veranderaar.

1. Voorafgaand aan de leerbijeenkomsten baseer je het verloop hiervan op theorieën uit de literatuur en wetenschappelijke concepten; gedurende de bijeenkomsten fungeer je als observator, na de bijeenkomsten evalueer je de uitkomsten en rapporteer je deze.
2. Aan de hand van bovenstaand onderzoek 'ontwerp' je de leerbijeenkomsten; tussen de bijeenkomsten in voer je aanpassingen voor verdere optimalisatie van dit ontwerp; aan het eind lever/ontwerp je een bruikbaar 'eindproduct'.
3. Gedurende het gehele proces van onderzoek en ontwerp van de leerbijeenkomsten ben je bezig met het oplossen van 'problemen' om verandering in de praktijk te bewerkstelligen; je bent nauw betrokken bij het veld door real-time gesprekken met dit veld; aan het eind van het onderzoek beoog je een strategie te presenteren om de praktijk zo te kunnen veranderen dat implementatie van je interventie optimaal is.

Indien op een tijdlijn geplaatst lopen deze drie rollen continu door elkaar heen en deze kunnen derhalve ook niet als separate taken worden gezien. De theorie onderliggend aan de organisatie van de leerbijeenkomsten is dan ook afwisselend, al dan niet simultaan, van toepassing op deze drie verschillende rollen.

2.2 Design principles

Voor het ontwerp van deze bijeenkomsten werden zogeheten design principles onderzocht en geformuleerd die het ontwerp van de bijeenkomsten kunnen onderbouwen. Design principles worden in het algemeen gezien als geschreven regels of richtlijnen die helpen bij het succesvol ontwerpen van een interventie. Aan de hand hiervan worden de uitgangspunten van de interventie bepaald; ze geven een duidelijk kader waarin de belangrijkste wensen en behoeften van gebruikers vastgelegd worden. In de literatuur worden design principles veelal op verschillende manieren omgeschreven: als criteria waaraan men aan moet voldoen, als waarden die op zichzelf belangrijk zijn, als heuristisch advies, als ontwerp-methodologie, of als een combinatie van voorgaande.

De kracht van design principles zit hem met name in het feit dat ze niet alleen de 'wat' en de 'hoe' van interventies omvatten, maar ook de theoretische verklaringen en empirische onderbouwingen voor deze 'wat' en 'hoe' [10]. De designprincipes voor deze bijeenkomsten werden geformuleerd op basis van reeds bestaande theorieën, empirische bevindingen en literatuur aangaande belangrijke uitgangspunten van de leerbijeenkomsten, zoals het *change laboratory* en *boundary crossing*.

2.3 Change laboratory

Het faciliteren van de Optimale Zorg Tafels volgt een door het *change laboratory* (kort: change lab) geïnspireerde aanpak [11]. Een change lab biedt een context voor professionals (dokters in dit geval) om onderling met andere professionals (en patiënten) – onder leiding van een facilitator – in een leergemeenschap samen te werken. Opvattingen over de werking van de huidige praktijk, gezamenlijke ideeën voor 'herontwerp' van deze praktijk en daadwerkelijke interventies worden met elkaar verbonden. Het change lab vindt zijn theoretische basis in de cultuurhistorische activiteitstheorie (CHAT). Deze theorie biedt een model dat helpt om de relatie tussen hetgeen mensen denken en hetgeen mensen doen (de 'activiteit') beter te begrijpen en analyseren. Verschillende acties van eerste- en tweedelijns dokters rondom een gezamenlijk doel (de zorg voor een patiënt) kunnen in het licht van deze theorie worden gezien als meerdere 'activiteitensystemen' die actief zijn rondom de zorg voor de patiënt. Het change laboratory beoogt om met elkaar een nieuw – gezamenlijk – 'activiteitensysteem' te creëren.

Een change lab is samengesteld uit deelnemers (eerste- en tweedelijns dokters en de patiënt), een facilitator (*researcher-interventionist*) en een observator (onderzoeker). Aansluitend bij het concept van actieonderzoek wordt er in een change lab kort cyclisch gewerkt (elkaar opvolgende bijeenkomsten). Deze cycli berusten op vijf principes: 1) leren van fricties (tussen mensen, tussen mensen en systemen, etc.), 2) expansief leren (nieuwe manieren van (samen)werken worden ontwikkeld), 3) naaste ontwikkeling (afstand nemen van individuele routines en kijken naar de gezamenlijke 'reis'), 4) formatieve interventie (ontwikkeling van interventie in samenwerking met deelnemers) en 5) dubbele stimulatie (eerst inbrengen van (spiegel)informatie en vervolgens de tools aanleveren om te komen tot ontwerp van een 'nieuwe' praktijk).

2.4 Boundary crossing

De boundary crossing theorie neemt ook een centrale plaats in bij de Optimale Zorg Tafels. Volgens deze theorie moeten de verschillen tussen verschillende werelden niet uit de weg worden gegaan, maar moeten zij juist opgezocht worden en benut worden om tot innovatieve resultaten te komen [12-14]. Engeström noemde dergelijke verschillen in 1995 als eerste 'grenzen' en gebruikte de term 'boundary crossing' om te verwijzen naar de inspanningen die mensen leveren om positief en productief met grenzen om te gaan. Grenzen kunnen worden gedefinieerd als sociaal-culturele verschillen die leiden tot discontinuïteit in actie of interactie [12]. Dat wil zeggen dat acties of interacties niet de gewenste voortgang hebben of een niet-vanzelfsprekende inspanning vergen: mensen lopen tegen een probleem aan dat door een verschil in praktijken wordt veroorzaakt.

In een boundary crossing leeromgeving zijn de deelnemers zich bewust van de grenzen die zich voordoen, ze zoeken die grenzen actief op en spannen zich in om deze grenzen over te steken op weg naar een zogenaamde 'transformatieve praktijk': een nieuwe manier van denken en doen over de grenzen van het bestaande heen [15].

Alhoewel deze nieuwe (grensoverbruggende) manier van werken een mooi streven is, is dit doorgaans uitdagend en complex [12]. Grenzen tussen jezelf en 'de ander' worden in eerste instantie meestal als hinderlijke drempels ervaren: 'hij snapt me echt niet', 'zij zijn heel anders gewend te werken, samenwerken is voorlopig een brug te ver', 'in mijn praktijk zeggen ze dat het zo moet, en in hun praktijk blijven ze maar volhouden dat die andere methode beter is'. Bakker en Akkerman stellen echter dat we ook de positieve kant van de onderlinge verschillen (grenzen) zouden moeten beschouwen, namelijk: deze grenzen bieden potentie om (van elkaar) te leren [16]. Zij spreken in dit verband over het leerpotentieel van grenssituaties.

Het proces van *boundary crossing* kan gefaciliteerd worden door *boundary objects*: een object of praktijk dat in verschillende werelden gebruikt wordt en ook in elk van die werelden een functie heeft (niet perse dezelfde functie). *Boundary objects* kunnen daarmee een gezamenlijke dialoog uitlokken en ondersteunen, en zo bijdragen aan gezamenlijk leren [12, 17]. Niet ieder ding is geschikt als boundary object: het moet enerzijds flexibel genoeg zijn om in verschillende werelden een verschillende functie te kunnen vervullen/of betekenis te krijgen, en anderzijds moet het robuust genoeg zijn om wel een herkenbare identiteit te behouden in verschillende werelden [18].

In de Optimale Zorg Tafels werden de 'trajectory of care' en het 'transmuraal dossier' ingezet als boundary objects; zie hiervoor sectie 6 (opzet bijeenkomsten – inhoudelijk).

3. Doel van de Optimale Zorg Tafels

3.1 Algemene leerdoelen (zoals beschreven in de projectaanvraag)

1. Kennis hebben van het doel van de RTA, zowel voor het eigen handelen (interprofessioneel samenwerken) als voor de patiënt (juiste zorg op de juiste plek dankzij substitutie).
2. Zicht hebben op verschillen tussen eigen handelen in de praktijk, en het handelen van anderen in de keten, vanuit het perspectief van de RTA
3. Bespreken van deze verschillen met als doel analyseren van oorzaken en verbeteren van het handelen in de praktijk om onnodige variatie bij RTA implementatie te voorkomen.

3.2 Specifiek geformuleerde leerdoelen

Huisarts

- Is zich bewust van zijn eigen motieven om de aanbevelingen uit de richtlijn wel of niet op te volgen in zijn of haar besluit over gezamenlijke zorg en doorverwijzingen
- Is zich bewust van de motieven van de ander, de specialist en de patiënt, om de aanbevelingen uit de richtlijn wel of niet op te volgen in zijn of haar besluit omtrent gezamenlijke zorg terugverwijzingen
- Heeft praktische tools in handen gekregen om (indien gewenst) de eigen besluitvorming en uiteindelijk doorverwijsgedrag bij te stellen.
- Is zich bewust van factoren buiten de patiënt en buiten de huisarts die de besluitvorming rond gezamenlijke zorg en doorverwijzen beïnvloeden (voorbeeld: verzekeraar, eigen risico), idem voor het terugverwijzen door de specialist.

Specialist

- Is zich bewust van zijn eigen motieven en die van de patiënt om de aanbevelingen uit de richtlijn wel of niet op te volgen in zijn of haar besluit over gezamenlijke zorg en terugverwijzingen
- Is zich bewust van de motieven van de huisarts en die van de patiënt om te besluiten om de aanbevelingen omtrent gezamenlijke zorg en doorverwijzingen op basis van richtlijn wel of niet op te volgen (vooral in geval van patiënten die, in de perceptie van de specialist, 'te laat' zijn doorverwezen)
- Heeft praktische tools in handen gekregen om (indien gewenst) eigen (besluitvorming over) terugverwijsgedrag bij te stellen
- Is zich bewust van factoren buiten de patiënt en buiten de huisarts die de besluitvorming rondom gezamenlijke zorg en doorverwijzen beïnvloeden (vb: verzekeraar, eigen risico)

Beiden

- Leren elkaar beter kennen waardoor ze elkaar weten te vinden in geval van interprofessioneel samenwerken

4. Opbrengst

4.1 Actieonderzoek

- Ontwerpprincipes voor bijeenkomsten waarin professionals en patiënten samen leren en toewerken naar bovenstaande doelen (zie sectie 5)
- Handleiding voor de facilitators van deze bijeenkomsten (zie sectie 7)

4.2 Verder onderzoek

- Een wetenschappelijk artikel over leren in een groep op basis van een gevisualiseerde trajectory of care als boundary object: een taal-analyse (artikel in voorbereiding).

5. Opzet bijeenkomsten (1): Vorm

5.1 Design principles

De bijeenkomsten zijn ontworpen aan de hand van design principes. Het doel was om een initiële, relatief korte, lijst van design principes op te stellen, welke de centrale karakteristieken van de leerbijeenkomsten omvatten. Deze design principes zijn niet gedefinieerd met strikte vooraf bepaalde uitgangspunten of doelen omdat ze juist ondersteunend moeten zijn aan de ontwikkeling van een proces dat continu in ontwikkeling is om tot het gewenste resultaat te komen [19]. De aanvankelijk geformuleerde designprincipes stonden en staan daarmee open voor revisies gedurende het gehele traject van de Optimale Zorg Tafel.

De lijst met design principes is opgenomen in [Appendix A](#).

5.2 Cultuurhistorische activiteitentheorie

De opzet van de Optimale Zorg Tafels is gebaseerd op de activiteitentheorie van Engeström [20]. Centrale ideeën daarin zijn dat leren vooral plaatsvindt door samen met anderen over de verschillende perspectieven op een vraagstuk te praten en daarbij oog te hebben voor beweegredenen vanuit het verleden. Soms botsen de verschillende perspectieven, mensen hebben onderling spanningen, of er zijn tegenstellingen binnen een persoon. In de activiteitentheorie wordt het expliciet maken van dat soort tegenstellingen gezien als een mogelijkheid om te leren. Vaak helpen visualisaties daarbij, waarbij verschillende onderdelen van het systeem rond een vraagstuk (bijvoorbeeld transmuraal samenwerken) in beeld worden gebracht.

5.3 Change laboratory

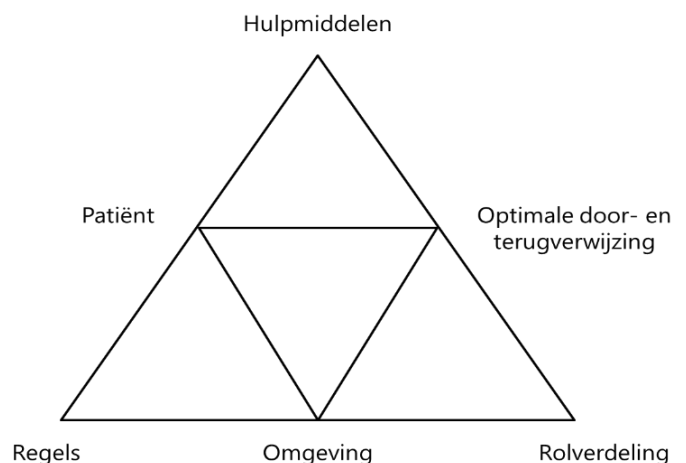
In de ruimte zijn hulpmiddelen aanwezig om de werkprocessen, relaties, uitgangspunten en rol- en taakverdelingen, evenals de fricties die zich daarbij voordoen, in beeld te brengen en te analyseren. Denk daarbij aan presentatiemiddelen, observatie- en analyse-instrumenten en technische en creatieve hulpmiddelen. Het centrale instrument van het change lab is een set van drie borden, waarop activiteiten worden gerepresenteerd.

- Het linkerbord is gereserveerd voor theoretische modellen, concepten en instrumenten en de analyses van verstoringen met behulp van het activiteitensysteemmodel.
- Op het middelste bord worden ideeën en hulpmiddelen voorgesteld.
- Op het rechterbord (de spiegel) worden ervaringen uit de werkpraktijk gepresenteerd en aan onderzoek onderworpen. Daarbij kan het gaan over verstoringen (spanningen), maar ook om nieuwe oplossingen.

Er wordt dus gependeld tussen:

- (1) Visies, uitgangspunten en concepten;
- (2) Gezamenlijke analyses en de ontwikkeling van praktische benaderingen;
- (3) Ervaringen, evaluaties en onderzoek.

Voorin de ruimte staan daarom drie flap-overs. De eerste flap-over is gereserveerd voor het 'activiteitensysteem model'. Hierin worden de factoren die deelnemers



noemen over het door- en terugverwijzen, en hun afwegingen, samengevat binnen verschillende 'categorieën' (bijvoorbeeld de hulpmiddelen om tot een afweging te komen en de regels die daarbij meespelen). Dit model (gevisualiseerd als een driehoek) is al voorgetekend, zoals in het figuur hiernaast, en kan tijdens de bijeenkomsten worden ingevuld.

Op de tweede flap-over kunnen tijdens en aan het einde van de bijeenkomst aanbevelingen worden vastgelegd. Dat kunnen aanbevelingen zijn voor henzelf (wat denken zij zelf anders te doen nadat ze aan deze discussie hebben deelgenomen), aanbevelingen voor naaste collega's (wat denken zij dat de naaste collega's anders kunnen doen), en aanbevelingen (vanuit henzelf, dus niet namens een groep) voor de RTA werkgroep.

Op de derde flap-over worden de spanningen, tegenstellingen en dilemma's opgeschreven die uit de discussies naar voren komen. Voorbeelden hiervan zijn:

- "we willen wel samenwerken", vs. "er is competitie"
- "we willen vernieuwend, innovatief werken" vs. "al ons handelen moet bewezen nuttig, onderbouwd en veilig zijn"
- "de patiënt staat centraal" vs. "de zorg moet financieel haalbaar zijn"
- "professionals moeten autonoom kunnen werken" vs. "we moeten wel grip kunnen houden op wat er gebeurt"
- "we moeten alle medische overwegingen en keuzes goed vastleggen" vs. "we moeten ruimte houden voor nieuwe bevindingen die tussendoor ontstaan"
- "er moet ruimte zijn om te leren" vs. "er moeten resultaten/opbrengsten geleverd worden"
- "we willen wel op gelijke wijze werken" vs. "onze reglementen en systemen zijn anders"
- "we willen zelf wel afspraken maken over samenwerking", vs. "de verzekeraar bepaalt hier hoe het gaat").

Als de bijeenkomst wordt gesplitst in twee bijeenkomsten worden de ingevulde flap-overs uit bijeenkomst 1 tijdens bijeenkomst 2 weer opnieuw neergezet/opgehangen om hier op door te pakken en verder aan te vullen.

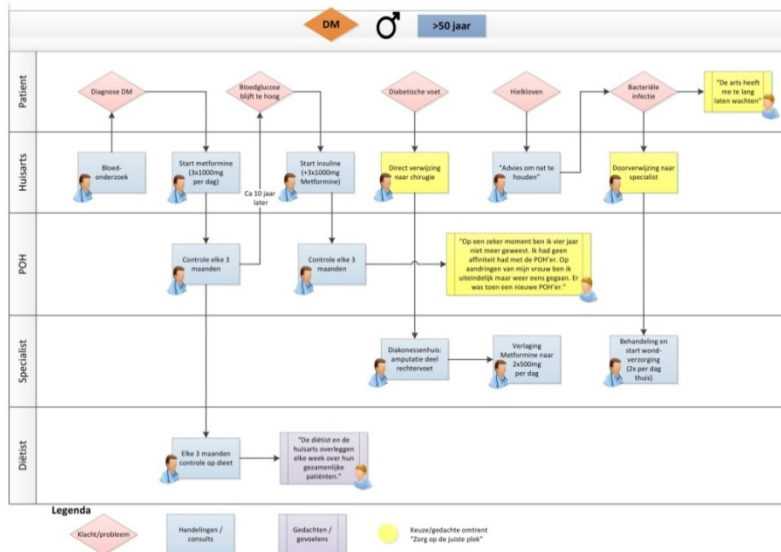
6. Opzet bijeenkomsten (2): Inhoud

6.1 Leren van/met patiënten: de 'trajectory of care' als boundary object

In het werk van Engeström wordt veel aandacht gegeven aan *trajectories of care*: de 'reis' van patiënten door het gezondheidszorg systeem. Zo'n *trajectory of care* omvat een overzicht van de medische besluiten en ervaringen door de tijd heen. Het is een schema waar zowel de tijd langer

doorloopt dan alleen een individueel consult, als waar de patiënt op verschillende plaatsen is en dus op verschillende plaatsen actie vereist is.

Tijdens de eerste bijeenkomst staat de *trajectory of care* centraal. Een voorbeeld van zo'n *trajectory of care* staat het in het figuur hieronder, en komt tot stand op basis van een eerder interview met de patiënt die in de bijeenkomst aanwezig is. De *trajectory of care* heeft hier de functie van boundary object: het is een tool om professionals uit verschillende lagen van het gezondheidszorg systeem (dus: over grenzen heen) met elkaar in gesprek te laten gaan. In dit gesprek exploreren zij de verschillende perspectieven die er zijn over het verloop van de *trajectory of care* en de verschillende rollen die eenieder van hen daarin speelt (of zou kunnen spelen) [21]. Het doel van dit gesprek is om de verschillende motieven/factoren die meespelen in de afwegingen om patiënten wel of niet door te verwijzen boven tafel te krijgen – door de cijfers terug te brengen naar een concrete patiënt: het boundary object.



6.2 Leren van spiegelinformatie: het transmuraal dossier als boundary object

Tijdens de tweede bijeenkomst staat de spiegelinformatie (feedback data) uit het transmuraal dossier centraal. De spiegelinformatie heeft hier de functie van boundary object: in deze bijeenkomst is dit de tool om professionals uit verschillende lagen van het gezondheidszorg systeem (dus: over grenzen heen) met elkaar in gesprek te laten gaan. In dit gesprek exploreren zij de verschillende perspectieven die er zijn op de data die zij voorgespiegeld krijgen.

Slechts voor een fractie gaat het hierbij om de cijfers *op zich* ("Zien we in de praktijk terug wat er afgesproken is?"), maar veel meer gaat het om het gesprek over de samenwerking *op basis van* de cijfers ("Wat vinden we hiervan?" en "(Hoe) kan het beter?"). Het doel van dit gesprek is

wederom om de verschillende motieven/factoren die meespelen in de afwegingen om patiënten wel of niet door te verwijzen boven tafel te krijgen – door de dagelijkse praktijk terug te brengen tot een 'schema met concrete cijfers' (spiegel): het boundary object.

ALS: DM II EN ONDERSTAANDE SITUATIE GEREGEREERD BIJ DE HUISARTS (tussen feb 2016 tm aug 2018)			DAN: GEREGISTREERD MET BEZOEK AAN SPECIALIST IN ... % (tussen feb 2016 en december 2018)																	
POPULATIE: DM PATIENTEN OBV DIAGNOSECODE DM II (ICPC T90.02)			PERCENTAGE VAN "ALS" GEREGISTREERD MET AFSpraak BIJ EEN VAN ONDERSTAANDE SPECIALISMEN																	
Situaties ("ALS") geregistreerd bij DM II patiënten:			GOED INGESTELD?	TOTAAL BEZOEK SPECIALIST	Interne	Nefro	Neuro	Uro	Cardio	Chir	Specialist van voorkeur volgens RTA									
Voet/ huid probleem	ACUTE voet / huidproblemen obv ICPC <i>S97 of subcode hiervan of 576 of 576.01</i>	5,8%	Ja 43%	65%	26%	2%	18%	12%	28%	29%	Consult internist-endocrinoloog									
Neuropathie	Diabetische neuropathie obv ICPC <i>N94.02</i>	1,6%	Nee 57%	60%	27%	3%	18%	12%	28%	28%	Verwijzing internist-endocrinoloog									
Recidiverende hypoglykemie bij insulinegebruik	Insuline gebruik (ATC A10) en recidiverende hypoglykemieën (2 of meer T87 = hypo in studieperiode)	0,0%	Ja 35%	70%	30%	0%	33%	13%	39%	25%	Pijnpoli (NIET ALS APARTE AFDELING LEVERBAAR)									
Nierinsufficiëntie en afwijkende metingen	(< 65 jaar bij meting EN eGFR < 45 ml/min of > 65 jaar bij meting EN eGFR < 30 ml/min) EN niet goed ingestelde DM	1,0%	Nee 65%	63%	27%	2%	26%	13%	29%	18%	Internist-endocrinoloog									
	albumine-creatinineratio (ACR): matig verhoogd: 3-30 mg/mmol	10,9%	100%	50%	50%	0%	25%	25%	50%	0%	Internist									
	albumine-creatinineratio (ACR): ernstig verhoogd: > 30 mg/mmol	2,2%	84%	61%	17%	19%	18%	50%	31%	Internist-endocrinoloog										
	Totaal Cholesterol (TC) > 8 mmol/l	0,1%	57%	20%	2%	15%	13%	29%	20%	22%	*Nefroloog (ALLEEN UMIC - DIAK / ANTON, NEFRO BIJ INTERNE)									
	Totaal Cholesterol (TC)/HDL ratio > 8	0,3%	66%	45%	7%	13%	15%	32%	22%	22%	*Nefroloog (ALLEEN UMIC - DIAK / ANTON, NEFRO BIJ INTERNE)									
	LDL > 5 mmol/l	0,3%	67%	27%	0%	20%	20%	33%	7%	7%	Internist									
Zwangerschap of wens	ICPC voor Zwangerschap(s)wens): A97.02 of W78 of W79 of W84	0,3%	43%	52%	19%	6%	13%	19%	29%	6%	Internist									
											LDL > 5 mmol/l	0,3%	43%	9%	0%	11%	6%	23%	17%	Internist
											Triglyceriden nuchter > 6 mmol/l	0,6%	62%	32%	6%	26%	17%	22%	22%	Internist

ALS reden voor verwijzing in periode: februari 2016 tm augustus 2018

DAN afgesproken consequentie in periode: februari 2016 tm december 2018

7. Begeleiding van de bijeenkomsten

7.1 Actieonderzoek fase

De eerste reeks bijeenkomsten is begeleid door een ervaren facilitator. Observaties hiervan, en gesprekken met de facilitator, hebben een facilitator handleiding en training opgeleverd, die onder meer adviezen voor interventies bevatten om tot de "juiste" discussie te komen. Aan de hand van deze handleiding en training werd een tweede reeks bijeenkomsten georganiseerd: deze bijeenkomsten werden begeleid door minder of niet ervaren facilitators (personen in zorgverlenende dan wel zorg-coördinerende functies). In verdere reeksen werden de training en handleiding verder geoptimaliseerd om tot de definitieve versies te komen.

7.2 Vervolgfase

Omwille van de borging van verdere bijeenkomsten is een manier ontwikkeld om mensen vanuit de praktijk (dus van 'binnen' de groep) zelf de rol van facilitator te laten vervullen terwijl ze daarbij wel het 'buitenstaanders perspectief' blijven behouden.

Het idee is dat professionals kunnen worden voorbereid op een rol als facilitator van een Optimale Zorg Tafel door hen van te voren voldoende kennis te laten nemen van de bedoeling van de rol (en de verschillen hiervan met die van een 'klassieke' docent), en ze een duidelijke handleiding mee te geven voor het daadwerkelijk faciliteren van de bijeenkomst. Hiervoor zijn gedurende de actieonderzoek fase twee onderdelen ontwikkeld: de facilitator training en de facilitator handleiding.

De facilitator training

In deze training maken deelnemers kennis met de invulling van de rol van facilitator, en worden ze voorbereid om bijeenkomsten vanuit deze rol te faciliteren. Deze training ziet er grofweg als volgt uit:

1. Opzet/inleiding/aanleiding
2. Doelstelling van de bijeenkomsten
3. Uitgangspunten en werkwijze
4. Rol van de facilitator
5. Afsluiting en vragen

Een opzet van de training is opgenomen in [Appendix B](#).

De facilitator handleiding

Deze handleiding neemt facilitators stapsgewijs mee door de bijeenkomst. De handleiding is opgenomen in [Appendix C](#).

Vanwege Covid-19 werd de voortgang van fysieke bijeenkomsten lastig. Daarom is gezocht naar een manier om de Optimale Zorg Tafel digitaal vorm te geven. De handleiding voor de fysieke Optimale Zorg Tafel werd omgeschreven naar een handleiding voor een digitale zorgtafel. Die handleiding werd eerst weer getest in een eerste digitale zorgtafel, begeleid door dezelfde ervaren facilitator als in de fysieke variant. Op basis daarvan kon de handleiding worden aangepast op haalbaarheid en wenselijkheid in een digitale setting (bijvoorbeeld het toevoegen van interactieve Mentimeter elementen in verband met verschillen tussen fysieke en digitale interactie). De handleiding voor de digitale zorgtafel is opgenomen in [Appendix D](#).

8. Dataverzameling en analyse

Alleen relevant voor de actieonderzoek fase, niet voor de vervolgfase.

Gedurende de Optimale Zorg Tafels was een onderzoeker aanwezig die observaties uitvoerde. De observaties richtten zich enerzijds op de begeleider van de groepsbijeenkomsten (om de

handleiding voor begeleiders op te kunnen stellen), en anderzijds werden de dokters en de patiënt geobserveerd om hun leerproces te analyseren. De observaties geschieden aan de hand van de opgestelde design principes zoals benoemd in paragraaf 5.1. Een kolom met observatiecriteria werd hiervoor aan het overzicht met design principes toegevoegd, zie wederom [Appendix A](#).

Daarnaast werden van de discussies tijdens de bijeenkomsten ook video- en geluidsopnames gemaakt. De video-opnames richtten zich uitsluitend op de facilitator; de geluidsopnames werden gebruikt om het 'geheel' terug te luisteren. Daarnaast werden de facilitators gevraagd om feedback te geven op zowel de handleiding als eerdere training. Opvallende punten (vanuit de observaties, het terugkijken/luisteren van de opnames en de feedback van de facilitators) werden genoteerd en verwerkt in de facilitator training en handleiding.

9. Ethiek

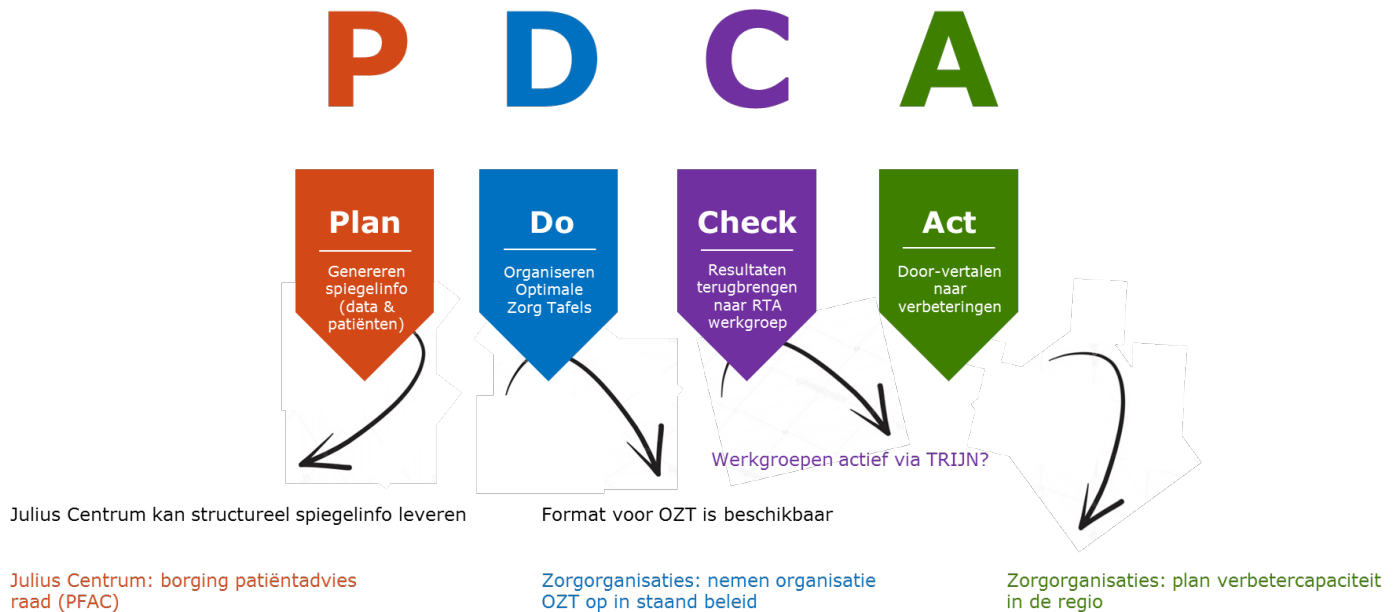
Alle deelnemers aan de bijeenkomsten (zowel dokters als patiënten) werden voorafgaand aan de bijeenkomsten geïnformeerd over het onderzoek rondom de bijeenkomsten, en uitdrukkelijk gevraagd om toestemming tot deelname in dit onderzoek. De gebruikte informatiebrieven en toestemmingsformulieren zijn opgenomen in [Appendix E](#).

10. Disseminatie/vervolg

Het format voor de Optimale Zorg Tafel ligt klaar om gebruikt en verspreid te worden. Het idee is dat zorgorganisaties hier zelfstandig mee aan de slag gaan. Gedeeltelijk gebeurt dat al: in de regio is recent aan de slag gegaan met het optimaliseren van transmurale oncologische zorg in het kader van een samenwerkingsproeftuin tussen UMC Utrecht en de regionale huisartszorggroepen. Als startpunt gebruiken ze daarvoor de Optimale Zorg Tafel.

Voor duurzame implementatie in de regio hebben we een voorstel neergelegd bij het regionale samenwerkingsverband Trijn voor de organisatie van Optimale Zorg Tafels in 2021 e.v. Het Julius Centrum kan de spiegelinformatie (data en patiënten) blijven leveren. Van de regionale zorgorganisaties wordt gevraagd om de organisatie van de Optimale Zorg Tafel over te nemen en op te nemen in stand beleid: zie het figuur hieronder.

Hoe organiseren we dit in de regio?



Verder is het format voor de Optimale Zorg Tafel ook opgepakt door de Optimale Zorg – Dappere Dokters in samenwerking met de KNMG voor hun online werkconferenties over ‘Dokteren in Coronatijd’ (zie [Appendix F](#)). Het gedachtegoed van de Optimale Zorg Tafel en de manier van faciliteren (het boven tafel krijgen van spanningsvelden) is in deze landelijke werkconferenties overgenomen. Het onderwerp van de bijeenkomsten is anders (samenwerking rondom Corona in plaats van rondom chronische ziekten), maar de werkwijze hetzelfde. Net als in ZOUT is het idee dat samenwerkende medisch professionals, in deze niet alleen huisartsen en medisch specialisten maar ook Specialist Ouderenzorg en bijvoorbeeld GGD artsen, in hun regio in gesprek gaan, en de huidige aanpak en dilemma’s in de regionale medische zorg kritisch tegen het licht houden. Zie [Appendix G](#) voor het ‘draaiboek’ voor de facilitators (voorzitters) van deze sessies.

In dit draaiboek worden de bijeenkomsten eerst inhoudelijk besproken, waarna de werkwijze en de rol van de facilitator worden toegelicht (vanaf de sectie ‘Taken, tips en suggesties’ onderaan pagina 3). Daarbij is voornamelijk geput uit de handleiding en ervaringen uit ZOUT; een aantal voorbeelden:

- Punten voor de facilitator/voorzitter om vooraf bij stil te staan, bijv.:
“Centraal staan de vragen: “Welke factoren spelen voor jou een rol in het bieden van medische hulp/vormgeven van gezamenlijke zorg? “Wat heb jij van de ander(en) nodig om je eigen werk goed te kunnen doen?”, en “Welke afwegingen maak je in je

besluitvorming?”, “Hoe doe jij dit in jouw praktijk/afdeling?” Het gaat om een reflectie op de eigen overwegingen en gedrag, waarbij de deelnemers zowel terugkijken (waarom zijn we dat zo gaan doen en hoe doen we dat nu) als vooruitkijken (welke veranderingen zijn wenselijk in de toekomst en waarom).”

- Tips bij het faciliteren/voorzitten van de bijeenkomst, bijv.:
“Stuur op verdieping; er mogen verschillen zijn, let op dingen die schuren en breng eventuele spanningsvelden boven tafel.”
- Voorbeeld formuleren om spanningsvelden boven tafel te krijgen, bijv.:
“Speelt dat in jouw praktijk / op jouw afdeling ook?”
- Overige voorbeeldvragen, bijv.:
“Herkennen jullie jullie eigen handelen hierin?”

Van al deze werkconferenties worden de uitkomsten vastgelegd in een regionaal verslag en samengevoegd in een landelijk document.

10.1 Vervolgonderzoek

Omdat deze toepassing van de Optimale Zorg Tafel beschouwd kan worden als een natuurlijk experiment met de in ZOUT ontwikkelde methode hebben we gemeend om van de eerste serie werkconferenties eveneens data te verzamelen voor wetenschappelijk onderzoek, met name gericht op de borging van samenwerking in COVID-19 tijden in een post-COVID-19 realiteit.

Hoewel nieuwe manieren van samenwerken veelal pogen een brug te slaan tussen organisaties leert de ervaring namelijk dat de bestaande kaders van die organisaties fungeren als ware slagbomen [22]. Patronen als ‘ik – jij’ en ‘wij – zij’ halen de flow uit de samenwerking en maken het onduidelijk wie er ‘in the lead’ is. De talloze ideeën voor samenwerking die ontstaan uit gesprekken tussen zorgprofessionals aan Optimale Zorg Tafels vinden daardoor moeilijk doorgang in de dagelijkse praktijk, of erger: verdwijnen weer wanneer de post-COVID-19 realiteit zich voordoet.

De vraag is waar de aangrijpingspunten liggen om scherp te blijven op nieuwe suggesties of aanbevelingen voor samenwerking. In hoeverre worden nieuwe manieren van werken voorgesteld in termen van ‘ik/jij’ of in termen van een ‘grensoverstijgende wij’? Hoe komen we van praten naar doen?

Video-opnames van 13 Optimale Zorg Tafels binnen deze werkconferenties (uit zowel Utrecht als Haarlem) zijn beschikbaar om een eerste antwoord op die vragen te kunnen formuleren. De expertise daarvoor is aanwezig, (financiële) steun en mogelijke oplossingen daarvoor worden gezocht.

Tot slot heeft de projectleider ook bijgedragen aan het NFU boek 'Gepersonaliseerde medische zorg' als auteur van het hoofdstuk 'Cardiometabool zorgnetwerk: de juiste zorg op de juiste plaats met behandeling op maat'. In dat hoofdstuk wordt de Optimale Zorg Tafel besproken en toegelicht als de 'stap verder' dan de huidige gezamenlijke nascholing van huisarts en specialist (zie [Appendix H](#)):

"Voor een effectief lerend zorgnetwerk is actiegericht leren en verbeteren noodzakelijk, waarbij de zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor het leveren van optimale zorg in het netwerk."

10. Referenties

1. Berwick, D.M., T.W. Nolan, and J. Whittington, *The Triple Aim: Care, Health, And Cost*. Health Affairs, 2008. **27**(3): p. 759-769 DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759.
2. Jadotte, Y., et al., *Interprofessional Collaboration and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Synthesis*. 2016. p. 24.
3. O'Daniel, M. and A. Rosenstein, *Professional Communication and Team Collaboration*. 2008.
4. Myron, R., et al., *Professionals learning together with patients: An exploratory study of a collaborative learning Fellowship programme for healthcare improvement*. Journal of Interprofessional Care, 2018. **32**(3): p. 257-265 DOI: 10.1080/13561820.2017.1392935.
5. van Hoof, S.J.M., et al., *Substitution of Hospital Care with Primary Care: Defining the Conditions of Primary Care Plus*. International Journal of Integrated Care, 2016. **16** DOI: 10.5334/ijic.2446.
6. Bleach, J., *Learning networks - enabling change through community action research*. Educational Action Research, 2016. **24**(1): p. 21-33 DOI: 10.1080/09650792.2015.1135069.
7. Jacobs, G., S. Cardiff, and F. Lieshout, *Actieonderzoek: de praktijk centraal*. TVZ, 2018. **128**: p. 56-57 DOI: 10.1007/s41184-018-0157-8.
8. Reason, P. and H. Bradbury, *The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice*. [http://lst-iiiep.iiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/jin=epidoc1.in/?t2000=018601/\(100\)](http://lst-iiiep.iiep-unesco.org/cgi-bin/wwwi32.exe/jin=epidoc1.in/?t2000=018601/(100)), 2001.
9. Dolmans, D.H. and D. Tigelaar, *Building bridges between theory and practice in medical education using a design-based research approach: AMEE Guide No. 60*. Med Teach, 2012. **34**(1): p. 1-10 DOI: 10.3109/0142159X.2011.595437.
10. Van den Akker, J., *Curricular development research as specimen of educational design research*, in *Educational design research*, T. Plomp and N. Nieveen, Editors. 2013, SLO: Enschede, the Netherlands. p. 53-70.
11. Virkkunen, J. and D. Newnham, *The change laboratory : A tool for collaborative development of work and education*. 2013. 1-269.
12. Akkerman, S.F. and A. Bakker, *Boundary Crossing and Boundary Objects*. Review of Educational Research, 2011. **81**(2): p. 132-169 DOI: 10.3102/0034654311404435.

13. Akkerman, S. and A. Bakker, *Learning at the boundary: An introduction*. International Journal of Educational Research, 2011. **50**: p. 1-5 DOI: 10.1016/j.ijer.2011.04.002.
14. Engestrom, Y. and A. Sannino, *Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges*. Educational Research Review, 2010. **5**(1): p. 1-24 DOI: 10.1016/j.edurev.2009.12.002.
15. Daniels, H., et al., *Activity theory in practice : promoting learning across boundaries and agencies*. 2010.
16. Bakker, A., *Leren door boundary crossing tussen school en werk*. Pedagogische Studien, 2014. **91**.
17. Star, S.L. and J.R. Griesemer, *Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39*. Social Studies of Science, 1989. **19**(3): p. 387-420 DOI: 10.1177/030631289019003001.
18. Bakker, A., et al., *Tussen opleiding en beroepspraktijk: Het potentieel van boundary crossing*. 2016.
19. Paavola, S., et al., *The roles and uses of design principles for developing the triological approach on learning*. Research in Learning Technology, 2011. **19** DOI: 10.3402/rlt.v19i3.17112.
20. Engeström, Y., *Expansive Learning at Work: Toward an Activity Theoretical Reconceptualization*. . Journal of Education and Work, 2001. **14**: p. 133-156 DOI: 10.1080/13639080020028747.
21. Johnson, J.K., et al., *Searching for the missing pieces between the hospital and primary care: mapping the patient process during care transitions*. Bmj Quality & Safety, 2012. **21**: p. 97-105 DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001215.
22. Ingerslev, K., *Crossing and creating boundaries in healthcare innovation*. J Health Organ Manag, 2016. **30**(4): p. 541-57 DOI: 10.1108/JHOM-07-2015-0107.