Faciliterende en belemmerende factoren in de interprofessionele samenwerking binnen de huisartsenpraktijk: een literatuurstudie

Verstraten Bart, KU Leuven

Promotor: Prof. dr. Delvaux Nicolas, KU Leuven

Co-promotor: dr. Coursier Patrick, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Graag wil ik mijn promotor, prof. dr. Delvaux, oprecht bedanken voor de waardevolle begeleiding tijdens het schrijven van mijn thesis. Uw bereidheid om steeds opnieuw mee te denken, hebben niet alleen bijgedragen aan de kwaliteit van dit werk, maar mij ook nieuwe inzichten gegeven in de methodologie van een kwalitatieve studie.

Daarnaast ben ik u dankbaar voor uw geduld en begrip, vooral op momenten dat het proces moeizaam verliep. Uw constructieve feedback hebben ervoor gezorgd dat ik gemotiveerd en gefocust ben gebleven.

Ik zou graag ook dr. Coursier willen bedanken voor de begeleiding tijdens de verkennende fase van mijn thesis. Ik hoop dat hij aan het genieten is van zijn pensioen.

Het was een voorrecht om onder jullie begeleiding te mogen werken.

Tenslotte wil ik ook mijn zwangere vriendin, Anne Neyens, uit de grond van mijn hart bedanken voor haar niet aflatende steun, geduld, goede zorgen en praktische ondersteuning.

Inhoudstafel

Dankwoord 3

Inhoudstafel 4

Abstract 5

Introductie 6

Methoden 7

- Zoekstrategie 7
- In- en exclusiecriteria 7
- Kwaliteitsbeoordeling 7
- Data extractie 7
- Samenvatting van de resultaten 8
- Ethische goedkeuring 8

Resultaten 9

- Studieselectie 9
- Kwaliteitsbeoordeling 10
- Studiekarakteristieken 11
- Facilitatoren & barrières 14
  - Rolafbakening 14
  - Communicatie 14
  - Teamprocessen 15
  - Fysieke ruimte 16
  - Hiërarchie en macht 16

Discussie 19

- Belangrijkste bevindingen in relatie tot de literatuur 19
- Limitaties van de studie 20
- Implicaties voor de praktijk 21

Conclusie 22

Bijlagen 23

- Bijlage 1 - Zoekstrategie 23
- Bijlage 2 – CASP checklist voor kwalitatief onderzoek 29

Referenties 32

Abstract

Introductie: De toenemende vergrijzing, complexiteit van zorgnoden en een tekort aan zorgverleners, verhoogt de druk op de eerstelijnszorg. Dit vraagt om efficiëntere samenwerkingsmodellen. Interprofessionele samenwerking binnen huisartsenpraktijken wordt gezien als een veelbelovende aanpak, maar de implementatie ervan blijft beperkt.

Doel: Het identificeren van facilitatoren en barrières voor interprofessionele samenwerking binnen de huisartsenpraktijk.

Methoden: Deze literatuurstudie omvatte een zoekstrategie in PubMed en Embase (januari–juni 2025). Originele kwalitatieve studies gepubliceerd sinds 2005, die peilden naar de ervaringen van facilitatoren en barrières van interprofessionele samenwerking binnen huisartsenpraktijken, kwamen in aanmerking. De methodologische kwaliteit werd beoordeeld met de CASP-checklist. De resultaten werden samengevat volgens het framework van Reeves en collega's (2010).

Resultaten: Tien studies uit acht landen werden geïncludeerd. De meeste facilitatoren (80%) en barrières (67%) speelden zich af op relationeel en procesmatig niveau. Belangrijke facilitatoren waren duidelijke rolafbakening, wederzijds respect, formele en informele communicatie, gedeelde doelen, colocatie en organisatorische ondersteuning. Belangrijke barrières waren gebrekkig inzicht in elkaars rol, hiërarchische verhoudingen, onvoldoende tijd en fysieke ruimte, gebrek aan multidisciplinair EPD en financiële beperkingen.

Conclusie: Effectieve interprofessionele samenwerking in de huisartsenpraktijk vraagt om structurele en beleidsmatige hervormingen, zoals aangepaste financieringsmodellen, erkenning van praktijkverpleegkundigen, interprofessionele opleidingen en gedeelde digitale systemen. Het duurzaam omzetten van barrières naar facilitatoren kan bijdragen aan hogere kwaliteit en continuïteit van zorg in de eerste lijn.

Introductie

De eerstelijnszorg staat onder toenemende druk door onder meer demografische, epidemiologische en arbeidsmarktgerelateerde veranderingen. De vergrijzing van de bevolking en de toename van chronische aandoeningen en multimorbiditeit leidt tot een stijgende en complexere zorgvraag. (Belche et al., 2023; Supper et al., 2014) Dit staat in contrast met de wereldwijde toenemend tekort van huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners. De Wereldgezondheidsorganisatie schatte in 2010 het tekort al in op 4,3 miljoen en dat het tekort tegen 2030 zal oplopen tot 18 miljoen. (WHO, 2010) Daarenboven steeds meer jonge artsen voor deeltijds werk om zo een beter evenwicht te vinden tussen professioneel – en privéleven. (Belche et al., 2023; Supper et al., 2014) Naast een tekort aan zorgpersoneel zijn er ook toenemende financiële beperkingen. (O'Reilly et al., 2017) Door de toenemende complexiteit kan geen enkele discipline meer tegoetkomen aan alle noden van de patiënten. (Mickan et al., 2010)

Een van de meest veelbelovende oplossingen kan interprofessionele samenwerking zijn. (WHO, 2010) Een efficiënte interprofessionele samenwerking kan leiden tot een betere patiënttevredenheid, betere uitkomstmaten voor de patiënt en minder ziekenhuisopnames. (WHO, 2010; Mickan et al., 2010; Xyrichis & Lowton, 2008) Ook het zorgpersoneel zijn er voordelen verbonden aan interprofessionele samenwerking. Zo is er sprake van een grotere werktevredenheid en minder risico op burn-out. (Körner et al., 2016)

Interprofessioneel samenwerken is het proces waarbij professionals uit verschillende vakgebieden, organisaties of disciplines samenwerken aan een gemeenschappelijk doel, waarbij ze hun expertise en kennis bundelen om tot een betere oplossing te komen dan elk afzonderlijk zou kunnen bereiken. (D'Amour et al., 2005) Dit in tegenstelling tot multidisciplinair samenwerken, waarbij de verschillende disciplines onafhankelijk werken en nadien informatie uitwisselen. (D'Amour et al., 2005)

Ondanks de voordelen zien we dat het merendeel van de huisartsenpraktijken nog niet interprofessioneel samenwerken. (Karam et al., 2022) Dit heb ik zelf ook zo ervaren tijdens mijn opleiding tot huisarts. Verschillende studies hebben interprofessionele samenwerking onderzocht in de ziekenhuissetting, maar is hiernaar relatief minder onderzoek verricht binnen de context van de huisartsenpraktijk. Vandaar deze studie: wat zijn de facilitatoren en barrières voor interprofessionele samenwerking binnen de huisartsenpraktijk?

Methoden

Voor het schrijven van deze literatuurstudie heb ik mij gebaseerd op de PRISMA-richtlijn voor het schrijven van een systematic review.

Zoekstrategie

Met behulp van de webinar voor het opstellen van een geschikte zoekstrategie van de KU Leuven Bibliotheken heb ik mijn zoekstrategie gebouwd rond 3 concepten, namelijk 'multidisciplinaire huisartsenpraktijk', 'facilitatoren en barrières' en 'samenwerking'. Gezien ik in een eerste, verkennende fase een grote variatie aan terminologie voor o.a. 'multidisciplinair' en 'samenwerking' ben tegengekomen, heb ik er voor gekozen om zoveel mogelijk relevante termen in de zoekstrategie te gebruiken, zowel in MeSH/Emtree termen, als in platte tekst (zie bijlage 1). Op 25 januari 2025 gaf ik mijn zoekstrategie in via Pubmed (via NCBI, inclusief MEDLINE) en Embase (via embase.com). Ik stelde in beide databases ook een e-mailmelding in voor nieuwe artikels die voldeden aan mijn zoekstrategie. Tot 25 juni werden via deze weg nog eventuele bijkomende relevante artikels bekeken. Aanvullend ben ik nog handmatig gaan zoeken in de referentielijsten van geïncludeerde studies, alsook in die van (systematische) reviews met een gelijkaardig onderwerp. Studies werden gescreend op titel en abstract, rekening houden met de in- en exclusiecriteria.

In- en exclusiecriteria

Artikels werden geïncludeerd als het ging om een originele, kwalitatieve studie vanaf 2005, waarin werd gepeild naar de ervaren facilitatoren en/of barrières voor interprofessionele samenwerking (minstens 2 disciplines) binnen de huisartsenpraktijk. Voor de geschikte disciplines heb ik mij gebaseerd op de 'New Deal' van Belche et al. (2023). De artikels moeten in het Engels of Nederlands geschreven zijn. Studies met een mixed-methods design, waarbij het kwalitatieve deel van de studie voldeed aan de inclusiecriteria, werden geïncludeerd. Studies die uitsluitend gingen over de samenwerking tussen de huisarts en een externe zorgverlener (apotheker, tandarts, tweedelijnszorg, …) of patiënten werden uitgesloten, evenals kwantitatieve studies of (systematic) reviews. Studies gaande over een specifieke pathologie, zoals diabetes mellitus of chronische nierinsufficiëntie werden eveneens uitgesloten.

Kwaliteitsbeoordeling

Om de methodologische kwaliteit van de geïncludeerde studies te beoordelen, heb ik gebruik gemaakt van de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Checklist voor kwalitatieve onderzoeken. (CASP, 2024) Deze checklist maakt het mogelijk om op een systematische manier de geldigheid, betrouwbaarheid en toepasbaarheid van de resultaten van kwalitatieve artikels te beoordelen en ze op een transparante manier weer te geven. Ze is opgebouwd uit tien vragen die betrekking hebben op onder andere het onderzoeksdoel, de methodologie, rekruteringsstrategie, dataverzameling en -analyse, reflexiviteit van de onderzoekers, ethische overwegingen en relevantie van de bevindingen.

Data extractie

Ik heb handmatig de studiekarakteristieken en resultaten uit de studies gehaald. Wat betreft de studiekarakteristieken ging het om de naam van de eerste auteur, jaartal, land, soort studie, type en aantal van deelnemers, de context van de deelnemers (samenwerkende disciplines) indien vermeld.

Voor de extractie van de data met betrekking tot de resultaten heb ik mij beperkt tot de faciliterende factoren en barrières die van invloed zijn op het samenwerken met verschillende disciplines in de huisartsenpraktijk.

Samenvatting van de resultaten

De geïncludeerde studies tonen aan dat interprofessionele samenwerking wordt beïnvloed door factoren op verschillende niveaus. Om deze bevindingen op een heldere manier over te brengen, heb ik gebruik gemaakt van het framework van Reeves et al. (2010). Dit kader is een veelgebruikt model binnen onderzoek naar interprofessionele samenwerking, omdat het ons in staat stelt om de complexiteit van interprofessionele samenwerking te duiden van zowel beleidsmatige als persoonlijke perspectieven. Het onderscheidt samenwerking in vier niveaus. Het contextueel niveau behelst factoren die verband houden met het bredere sociaal, economisch en politiek landschap waarin de groepspraktijk is gelegen. Het organisationeel niveau omvat factoren die van tel zijn op het lokaal functioneren van de groepspraktijk. Factoren binnen het procesmatige niveau hebben een invloed op de dagdagelijkse werking van de groepspraktijk. Ten slotte vallen factoren die een directe invloed hebben op de onderlinge relaties van de teamleden onder het relationele niveau.

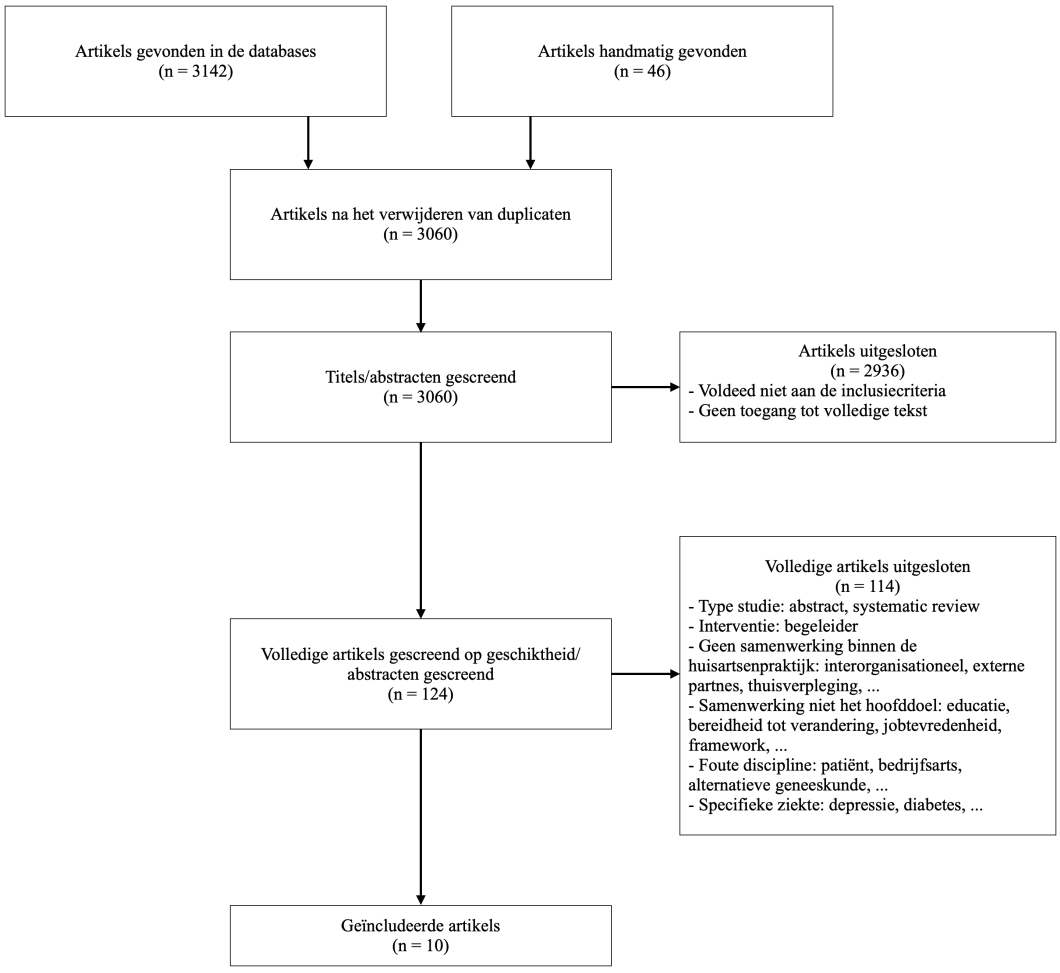
Ethische goedkeuring

Aangezien het om een literatuurstudie gaat, waarbij er op geen enkele wijze geen gebruik is gemaakt van persoonsgegevens, is er geen goedkeuring nodig van een gemachtigde commissie voor medische ethiek.

Resultaten

Studieselectie

Op 25 januari 2025 gaf ik mijn zoekstrategie in op Pubmed en Embase, hetgeen respectievelijk 2407 en 735 artikels opleverde. Tijdens het proces van screenen op titel, abstract en later het volledig artikel maakte ik gebruik van Rayyan. Dit proces wordt visueel voorgesteld door de PRISMA flow chart. (Figuur 1) De automatische tool van Rayyan haalde er 128 duplicaten uit, waardoor uiteindelijk 3014 artikels overbleven om te screenen op titel en abstract. In deze fase heb ik de in- en exclusiecriteria eerder ruim toegepast, omdat ze vaak niet expliciet vermeld waren in de titel of het abstract, maar de inhoud wel deed vermoeden dat ze in aanmerking zouden kunnen komen. Dit leverde 102 artikels op om volledig door te nemen in het licht van de in- en exclusiecriteria. Vervolgens heb ik nog handmatig 46 artikels geselecteerd op basis van de titel uit referentielijsten van relevante artikels. Hiervan heb ik 22 artikels volledig gelezen. Van de 124 studies werden er 110 geëxcludeerd, voornamelijk omdat het onderzoeken van samenwerking niet het hoofddoel was van de studie. Studies werden eveneens uitgesloten omdat ze niet gingen over samenwerking binnen de huisartsenpraktijk, maar met externe zorginstanties, omdat ze gingen over een interventie of specifieke ziekte of omdat ze gingen over de samenwerking met een andere discipline dan diegene opgenomen in de inclusiecriteria. De automatische e-mails van beide platformen leverden geen bijkomende artikels op. In totaal leverde de zoekstrategie 10 geïncludeerde studies op.



Figuur 1. PRISMA flow chart toont het selectieproces voor de studies in de literatuurstudie.

Kwaliteitsbeoordeling

In totaal werden 10 studies beoordeeld op de kwaliteit van hun methodologie. (tabel 1) Alle artikels hadden een sterke methodologische opzet van een kwalitatieve studie met duidelijke onderzoeksdoelen. Vier studies voldeden aan alle kwaliteitscriteria. In de overige artikels lieten de onderzoekers het na hun mogelijke invloed op de deelnemers tijdens het onderzoek te vermelden, waardoor het onbekend is of ze hiermee rekening hebben gehouden. Shaw en et al. (2005) waren verder ook nog summier in het beschrijven van de manier waarop de data analyse werd gedaan. Hun voornaamste resultaten zijn niet overzichtelijk weergegeven en werden nauwelijks vergeleken met reeds bestaand wetenschappelijk onderzoek. Alle beoordeelde studies boden inhoudelijk waardevolle bijdragen aan de beantwoording van de onderzoeksvraag.

Deze bevindingen werden in overweging genomen bij de interpretatie van de resultaten. Ondanks de relatief lage methodologische kwaliteit van de studie van Shaw et al. (2005) werd deze opgenomen in de analyse, aangezien de resultaten in de lijn liggen met die van de overige geïncludeerde studies, waardoor de uiteindelijke conclusie niet primair afhankelijk is van deze studie. Er werden dan ook geen studies uitgesloten op basis van hun methodologische kwaliteit.

Tabel 1. Beoordeling van de methodologie volgens de CASP checklist voor kwalitatieve studies.

Studie	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10
(SHAW ET AL., 2005)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	O	Ja	O	Nee	Ja
(MAIN ET AL., 2007)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	O	Ja	Ja	Ja	Ja
(KVARNSTRÖM, 2008)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	O	Ja	Ja	Ja	Ja
(DELVA ET AL., 2008)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	O	Ja	Ja	Ja	Ja
(LEGAULT ET AL., 2012)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	O	Ja	Ja	Ja	Ja
(LEACH ET AL., 2017)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(MCINNES ET AL., 2017)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	O	Ja	Ja	Ja	Ja
(SZAFRAN ET AL., 2018)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(KARAM ET AL., 2022)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
(EL-AWAISI ET AL., 2024)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

O = onbekend

Studiekarakteristieken

De geïncludeerde studies werden uitgevoerd over 4 continenten in verschillende landen, waaronder het Verenigd Koninkrijk (Main et al., 2007; Shaw et al., 2005), Australië (McInnes et al., 2017), Canada (Delva et al., 2008; Legault et al., 2012; Szafran et al., 2018), de Verenigde Staten (Leach et al., 2017), Zweden (Kvarnström, 2008), Qatar (El-Awaisi et al., 2024) en België (Karam et al., 2022). (tabel 2) De verschillende onderzoeken richtten zich voornamelijk op de percepties en ervaringen van facilitatoren en barrières voor interprofessionele samenwerking, in het bijzonder de interactie tussen huisartsen en andere zorgprofessionals binnen de huisartsenpraktijk, zoals verpleegkundigen, administratieve medewerkers en praktijkmanagers.

Enkel de studie van Legault et al. (2012) gebruikt geen zuivere kwalitatieve methodologie, maar een mixed-methods design, bestaande uit focusgroepen, interviews en vragenlijsten. Vijf van de negen studies gebruiken semigestructureerde interviews. (Kvarnström, 2008; Main et al., 2007; McInnes et al., 2017; Shaw et al., 2005; Szafran et al., 2018) De overige vier onderzoeken maakten gebruik van focusgroepen. (Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Leach et al., 2017) Alle studies deden een thematische data-analyse om de grote hoeveelheden aan informatie te interpreteren.

De deelnemers van de verschillende studies kwam uit verschillende soorten praktijken en zorgsystemen. Zo kwamen de deelnemers uit de onderzoeken van Delva et al. (2008) en Leach et al. (2017) uit praktijken verbonden aan een universiteit of academisch medisch centrum. McInnes et al. (2017) en Szafran et al. (2018) interviewden deelnemers uit praktijken van praktijknetwerken. In het onderzoek van Karam et al. (2022) kwamen de deelnemers uit praktijken, waarbij de huisarts de eigenaar was.

Het gemiddeld aantal deelnemers per studie is 30. Niet alle studies vermelden expliciet het aantal deelnemers van de verschillende disciplines. (Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Kvarnström, 2008; Leach et al., 2017) Huisarsten en verpleegkundigen waren vertegenwoordigd in alle studies. Zij waren eveneens ook het best vertegenwoordigd met respectievelijk ongeveer 30% en 23% van het totaal aantal deelnemers.

Tabel 2 Studiekarakteristieken

Referentie	Land	Doel	Methode	Deelnemers	Bevindingen/thema's
(Shaw et al., 2005)	VK	Efficiëntere samenwerking m.b.v. ondersteuningsmaatregelen	Semigestructureerde interviews met thematische analyse	HA (19), PM (17), PN (10), NP (2) uit 21 praktijken, Londen	Gemeenschappelijke doelen hebben en elkaar rol kennen helpen. Personeelstekort is nefast.
(Main et al., 2007)	VK	Perceptie over de rol van de NP in de HA praktijk	Semigestructureerde interviews met thematische analyse	HA (10), PM (2), PN (1), NP (8) uit 5 praktijken met verschillende zorgsystemen, Southampton	Onduidelijkheid over de rol van de NP in de HA praktijk, wat ze kunnen/mogen. Colocatie is belangrijk.
(Kvarnström, 2008)	Zweden	Beschrijven van moeilijkheden bij interprofessionele samenwerking	Semigestructureerde interviews, vragenlijsten met thematische analyse	18 deelnemers (ET, VP, kinesist, MW, AM, HA, psycholoog, logopedist) uit 4 praktijken	Onduidelijkheid over elkaars rol, gebrek aan respect, hiërarchie bemoeilijken interprofessionele samenwerking.
(Delva et al., 2008)	Canada	Perceptie van factoren die invloed hebben op interdisciplinaire samenwerking	Focusgroepen, vragenlijsten met thematische analyse	29 deelnemers (HA, VP, AM, HAIO, diëtist, MW) uit 4 praktijken verbonden aan de Queen's University	Elkaars rol kennen, teambuilding en respect hebben een positieve invloed. Gebrek aan teambuilding, ruimte, tijd en een langetermijnvisie hebben een negatieve invloed, als ook afhankelijk zijn van de universiteit.
(Legault et al., 2012)	Canada	De ontwikkeling van samenwerkingsrelaties tussen HA en VP, APO	Mixed-methods: vragenlijsten, focusgroepen, interviews met thematische analyse	HA (8), VP (8), APO (1), AM (1) uit 1 praktijk, Ontario	Colocatie, vergaderingen en het kennen van elkanders rol vergemakkelijken het samenwerken.

VK: Verenigd Koninkrijk, USA: United States of America, HA: huisarts, PM: praktijkmanager, PN: practice nurse, NP: nurse practitioner, ET: ergotherapeut, VP: verpleegkundige, MW: maatschappelijk werker, AM: administratieve medewerker, HAIO: huisarts in opleiding, APO: apotheker, PA: praktijkassistent, MA: medisch assistent,

Tabel 2 Studiekarakteristieken (vervolg)

Referentie	Land	Doel	Methode	Deelnemers	Bevindingen/thema's
(Leach et al., 2017)	USA	Perceptie van facilitators of barrières bij het implementeren van het ideale team	Focus groepen met thematische analyse	44 deelnemers (HA, PA, NP, VP, APO, MA, MW, PM, AM) uit 6 praktijken	Kwaliteiten van collega's, kwaliteit verbeterende projecten en vergaderingen werden als facilitator beschouwd. Afhankelijk zijn van een academisch centrum en het vergoedingssysteem werden als barrière ervaren.
(Mcinnes et al., 2017)	Australië	Facilitators en barrières van samenwerking tussen HA en VP	Semigestructureerde interviews met thematische analyse	HA (8), VP (14) uit 13 praktijken uit twee praktijknetwerken	Regelmatige overlegmomenten (formeel en informeel), professionele ontwikkelingen en een positieve cultuur vergemakkelijken de samenwerking.
(Szafran et al., 2018)	Canada	Perspectieven op facilitators en barrières van teamwork	Semigestructureerde interviews met thematische analyse	HA (19) uit 3 praktijknetwerken	Duidelijke rolverdeling, teambuilding, effectieve communicatie (formeel en informeel), colocatie, vertrouwen en respect werden als facilitator van teamwork gezien. Het gebrek hieraan en het ontbreken van een gemeenschappelijk doel als barrière.
(Karam et al., 2022)	België	Interprofessionele samenwerking tussen HA en VP beoordelen en verbeterpunten identificeren	Focusgroepen (maandelijks) en vragenlijsten met thematische analyse	HA (11), VP (16) uit verschillende praktijken	Open communicatie (formeel en informeel) en taakverdeling zijn belangrijke verbeterpunten. Duidelijke rolverdeling, colocatie, geen hiërarchie en gemeenschappelijke doelen faciliteren samenwerken.
(El-awaisi et al., 2024)	Qatar	Perspectieven op facilitators en barrières van interprofessionele samenwerking	Focusgroepen met thematische analyse	HA (17), VP (12), tandarts (3), APO (15), andere disciplines (11, onbekend welke)	Open communicatie (formeel en informeel), colocatie, kwaliteit verbeterende projecten werden beschouwd als facilitatoren. Hiërarchie, onduidelijke rolverdeling en tijdsgebrek belemmeren samenwerking.

VK: Verenigd Koninkrijk, USA: United States of America, HA: huisarts, PM: praktijkmanager, PN: practice nurse, NP: nurse practitioner, ET: ergotherapeut, VP: verpleegkundige, MW: maatschappelijk werker, AM: administratieve medewerker, HAIO: huisarts in opleiding, APO: apotheker, PA: praktijkassistent, MA: medisch assistent,

Facilitatoren & barrières

Uit de tien kwalitatieve studies heb ik 15 facilitatoren (tabel 3) en 21 barrières (tabel 4) kunnen ontwaren. De meest besproken thema's zijn: duidelijke rolafbakening, zowel formele als informele communicatie, teamprocessen, fysieke ruimte en hiërarchie en macht. Deze thema's behoren allemaal tot het relationele en procesmatige luik van het framework van Reeves et al. (2010).

Rolafbakening

Een cruciale factor voor efficiënte interprofessionele samenwerking is een duidelijke rolafbakening, waarbij de individuele teamleden een goed inzicht hebben in elkaars rol. Dat blijkt ook uit het aantal studies dat hierover rapporteert, namelijk maar liefst acht van de tien studies. Een goede kennis hebben van elkaars verantwoordelijkheden, expertise en kwaliteiten bevordert wederzijds respect en een efficiëntere taakverdeling. (Delva et al., 2008; Szafran et al., 2018) Dit verbetert niet alleen de dagelijkse samenwerking, maar draagt ook bij aan het gevoel van verbondenheid en teamcohesie. (Szafran et al., 2018) Bovendien stelt een goed inzicht in de eigen en andermans rol een teamlid ook in staat om in tijden van drukte de gaten te zien en eventueel bij te springen om zo een goede zorg te kunnen blijven garanderen. (Delva et al., 2008)

Het tegenovergestelde is ook waar: een gebrek aan kennis van de bevoegdheden van andere disciplines wordt ervaren als de belangrijkste barrière van een vlotte samenwerking. Huisartsen lijken vaak niet goed op de hoogte te zijn van wat een verpleegkundige voor de praktijk zou kunnen betekenen en hebben weinig vertrouwen in de competenties van een verpleegkundige. (Karam et al., 2022; Legault et al., 2012; Main et al., 2007; Shaw et al., 2005; Szafran et al., 2018) Huisartsen gaven in de studie van Karam et al. (2022) aan dat ze graag hun technische vaardigheden onderhielden, waardoor ze taken zoals wondzorg en bloedafnames niet wilden afstaan aan verpleegkundigen. Niet op de hoogte zijn van de grenzen van andermans rol kan leiden tot een foutieve taakdelegatie met frustratie als gevolg. (El-Awaisi et al., 2024; Kvarnström, 2008) Ook het overschrijden van de eigen rol en het uitvoeren van de taken van een collega kan irritatie opwekken bij die collega. (Kvarnström, 2008) Een onduidelijke afbakening van de rollen kan leiden tot conflicten, die op hun beurt de communicatie onderling bemoeilijkt. (Delva et al., 2008)

Communicatie

De hoeksteen van een effectieve interprofessionele samenwerking is het hebben van een goede onderlinge communicatie. De basis van een effectieve samenwerking is voor de deelnemers gestoeld op duidelijke, open en respectvolle communicatie, rekening houdend met elkaar gevoelens. (Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; McInnes et al., 2017; Szafran et al., 2018) Zowel formele (teamvergaderingen) als informele (spontane gesprekken, korte informatieuitwisseling 'en passant') overlegmomenten dragen bij aan het versterken van de onderlinge relaties. (Szafran et al., 2018) Regelmatige vergadermomenten zijn bevordelijk voor het samenwerken en stimuleren teamleden om de samenwerking ook te onderhouden. Het stelt het team in staat om elkaar perspectieven beter te begrijpen en draagt bij aan een betere vertrouwensrelatie. (El-Awaisi et al., 2024; McInnes et al., 2017; Szafran et al., 2018) Ook de verschillende communicatie technologieën, zoals telefonie en berichtenapps, maar ook mails en het elektronisch patiëntendossier (EPD) verbeteren de communicatie en continuïteit van zorg wat leidt tot een effectievere samenwerking. (El-Awaisi et al., 2024; Szafran et al., 2018)

Inherent aan een interprofessionele samenwerking is een verscheidenheid aan werkschema's. Wanneer deze schema's het onmogelijk maken om te overleggen, heeft dat een negatieve impact op de samenwerking. (Delva et al., 2008; Karam et al., 2022; Szafran et al., 2018) Ook de toename van part-time werken verhindert goede communicatie binnen het team. (Shaw et al., 2005; Szafran et al., 2018) Inhoudelijk is het niet altijd duidelijk wat de verschillende disciplines verwachten. Wat belangrijk lijkt voor een verpleegkundige om te delen, lijkt in de ogen van de huisarts minder relevant en vice versa. (Karam et al., 2022) In het geval van gebrekkige communicatie is het moeilijk om een goede cohesie van het team te bekomen en de motivatie op peil te houden. (Shaw et al., 2005) Wanneer de teamvergaderingen op een inefficiënte manier, zoals onderling kibbelen, werkt dit ontmoedigend. (Delva et al., 2008) Wanneer na een vergadering geen of onvolledige informatie werd gedeeld met andere teamleden, dan lijden daar de prestaties onder. (Delva et al., 2008) De meeste EPD's zijn mono-disciplinair, waardoor het moeilijk is om gegevens tussen verschillende disciplines op een gepaste manier met elkaar te delen. (El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022) Dit verhoogt het risico op miscommunicatie of het verlies van data en kan er toe leiden dat er dubbel werk geleverd wordt. (Karam et al., 2022)

Teamprocessen

Wanneer er door onderling overleg een gezamelijke visie en doelen voor de praktijk ontwikkeld worden, creëert dit een hechtere band tussen de zorgverleners. (Karam et al., 2022; Shaw et al., 2005) Het gebrek aan gedeelde doelen maakte het moeilijk voor de deelnemers uit de studie van Shaw et al. (2005) zich een deel van een team te voelen en voor het team om zich verder te ontwikkelen.

De deelnemers uit de studie van Szafran et al. (2018) vinden het belangrijk om teambuildingactiviteiten te organiseren. Dit maakt de onderlinge relatie hechter, verbetert de communicatie en vergroot de werktevredenheid wat uiteindelijk leidt tot een betere samenwerking. (Szafran et al., 2018) Door teambuilding en brainstormmomenten komen de deelnemers uit het onderzoek van Delva et al. (2008) soms tot de vaststelling dat ze dingen op een betere manier kunnen aanpakken. Te weinig tijd voor teambuildingmomenten daarentegen werkt een effectieve samenwerking tegen. (Delva et al., 2008) Deelnemen als groep aan kwaliteitsverbeterende projecten, vaccinatiecampagnes en bijscholingen versterkt de interprofessionele samenwerking. (El-Awaisi et al., 2024; Leach et al., 2017) De mogelijkheid hebben om voortdurend opleidingen te volgen, maakt het daarenboven mogelijk om een betere taakdelegatie te doen, wat uiteindelijk de groepspraktijk ten goede komt. (Karam et al., 2022; Leach et al., 2017)

Een goede verstandhouding tussen collega's onderling vergemakkelijkt niet alleen goede communicatie, maar zorgt ook voor een grotere bereidwilligheid om elkaar te helpen. (Delva et al., 2008) Elkaar erkenning geven en steunen in stressvolle momenten versterkt de samenhorigheid. (Delva et al., 2008; Leach et al., 2017) Aan wederzijds respect en vertrouwen werd veel waarde gehecht door de deelnemers aan de studie van El-Awaisi et al. (2024). Het gebruik van inclusieve taal draagt eveneens bij aan een positieve teamcultuur, waarin iedereen zich gerespecteerd voelt, hetgeen de samenwerking ten goede komt. (McInnes et al., 2017) Gebrek aan respect door o.a. niet iedereens mening te laten geven, niet te luisteren naar iemands mening of geeuwen terwijl iemand aan het woord is tijdens een vergadering zorgt ervoor dat niet het volledige potentieel uit de samenwerking gehaald kan worden. (Kvarnström, 2008)

Fysieke ruimte

Het hebben van een gedeelde werkomgeving heeft een vitale rol binnen het interprofessioneel samenwerken. (El-Awaisi et al., 2024) Het maakt het makkelijker om (in)formele contactmomenten te hebben (Karam et al., 2022; Legault et al., 2012; Szafran et al., 2018) en een vlottere taakverdeling te doen. (Szafran et al., 2018)

De manier waarop de fysieke ruimtes in de praktijk zijn georganiseerd, maakt dat het moeilijk is om korte, informele contacten met verschillende disciplines te hebben, hetgeen nefast is voor een team om zich te ontwikkelen. (Delva et al., 2008; Legault et al., 2012; Szafran et al., 2018) De paramedici werken regelmatig niet in huis, maar op locatie (bv. huisbezoeken), waardoor het moeilijk is om een werkrelatie te creëren met de huisarts. (Legault et al., 2012; Main et al., 2007; Szafran et al., 2018)

Hiërarchie en macht

In de studie van Shaw et al. (2005) gebruikten de huisartsen ‘mijn’ en ‘onze’ verpleegkundigen. Ook de perceptie dat de werkzaamheden van de overige teamleden aangepast moeten worden aan de noden van de huisarts getuigt van medische dominantie, waarbij de rol van huisarts als hoger wordt ingeschat. (Delva et al., 2008) Een gevolg van deze medische dominantie is dat verpleegkundigen en praktijkmanagers weinig betrokken werden bij beslissingsmomenten. (Shaw et al., 2005) De perceptie van medische dominantie komt niet alleen vanuit het team zelf, maar ook van patiënten, die in de huisarts de belangrijkste speler in het interprofessionele team zien. Zij zien de paramedici als minderwaardig aan de huisarts. Dit kan er toe leiden dat patiënten enkel gezien willen worden door de huisarts, hetgeen zorgt voor een extra werkbelasting op de huisarts en de samenwerking met andere disciplines tekort doet. (El-Awaisi et al., 2024)

Een belangrijke factor die meespeelt bij de hiërarchie in een interprofessionele praktijk is dat de huisarts vaak de werkgever is en het loon van o.a. de verpleegkundige betaalt. (Main et al., 2007) Hiërarchie kan ook duidelijk worden in een verschillend salaris en wel of niet uitgenodigd worden voor congressen. Dit kan de wil om samen te werken ondermijnen. (El-Awaisi et al., 2024)

Deelnemers uit verschillende disciplines in de studie van Main et al. (2007) ervaarden de huisarts als territoriaal. Ze weigeren om verschillende taken uit te besteden. (Legault et al., 2012) Mogelijks speelt hierbij een gevoel van onzekerheid om hun rol en bijgevolg macht, controle en status te verliezen. (Karam et al., 2022; Main et al., 2007; McInnes et al., 2017; Szafran et al., 2018)

Tabel 3 Overzicht voornaamste facilitatoren

Facilitatoren	Referenties
Relationeel	
Teamsamenstelling: Complementaire vaardigheden en kwaliteiten van de collega's	(El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Leach et al., 2017)
Team rollen: Elkaars rol kennen en respecteren	(Delva et al., 2008; Karam et al., 2022; Szafran et al., 2018)
Teamprocessen: 1) Gedeelde teamdoelen 2) Teambuilding 3) De individuele wil om tot een team te behoren. 4) Positieve teamcultuur 5) Kwaliteit verbeterende projecten: campagnes, workshops, bijscholingen 6) Communicatie (informeel): duidelijk, open en met respect; zowel fysiek als digitaal; inclusief taalgebruik	1) (Karam et al., 2022; Shaw et al., 2005) 2) (Delva et al., 2008; Szafran et al., 2018) 3) (Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022) 4) (Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Leach et al., 2017; McInnes et al., 2017) 5) (El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Leach et al., 2017) 6) (Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; McInnes et al., 2017; Szafran et al., 2018)
Procesmatig	
Tijd & ruimte: 1) Colocatie (gebruik maken van dezelfde ruimtes) 2) Tijd voor teamvergaderingen	1) (El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Legault et al., 2012; Szafran et al., 2018) 2) (Karam et al., 2022)
Routines & rituelen: Communicatie (formeel): Teamvergaderingen	(El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Leach et al., 2017; Legault et al., 2012; McInnes et al., 2017; Szafran et al., 2018)
Informatietechnologie: Elektronisch patiëntendossier	1) (El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Leach et al., 2017; Szafran et al., 2018)
Organisatorisch	
Organisatorische steun: Ondersteuning bij administratie en personeelsbeleid	(Karam et al., 2022; Szafran et al., 2018)
Contextueel	
Politiek: Beleid, financiering en betaling zijn afgestemd op interprofessioneel samenwerken	(El-Awaisi et al., 2024; Szafran et al., 2018)
Economie: Financiering niet alleen per prestaties, maar ook per capita en overlegmomenten	(Karam et al., 2022; Szafran et al., 2018)

Tabel 4 Overzicht voornaamste barrières

Barrières	Referenties
Relationeel	
Professionele macht: (Perceptie van) Medische dominantie HA t.o.v. disciplines	(Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Shaw et al., 2005; Szafran et al., 2018)
Hiërarchie: Huisarts als werkgever	(El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Kvarnström, 2008; Main et al., 2007)
Teamsamenstelling: 1) Personeelstekort en hoge turnover 2) Niet de juiste disciplines aan boord hebben	1) (Shaw et al., 2005; Szafran et al., 2018) 2) (Kvarnström, 2008)
Team rollen: Andermans rol niet begrijpen	(El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Kvarnström, 2008; Legault et al., 2012; Main et al., 2007; Shaw et al., 2005; Szafran et al., 2018)
Teamprocessen: 1) Onduidelijke teamdoelen 2) Gebrek aan teambuilding 3) Communicatie: weinig communiceren, irrelevante communicatie, gebrek aan feedback 4) Parallel werken 5) Gebrek aan respect	1) (Delva et al., 2008; Shaw et al., 2005) 2) (Delva et al., 2008) 3) (Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Shaw et al., 2005) 4) (Legault et al., 2012; McInnes et al., 2017) 5) (Kvarnström, 2008; Szafran et al., 2018)
Procesmatig	1) (Delva et al., 2008; Legault et al., 2012; Main et al., 2007; Szafran et al., 2018)
Tijd & ruimte: 1) Gebrek aan colocatie (gebruik maken van dezelfde ruimtes) 2) Tijdsgebrek voor teamvergaderingen	2) (Delva et al., 2008; El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022; Legault et al., 2012; Shaw et al., 2005; Szafran et al., 2018)
Informatietechnologie: Geen multidisciplinair EPD	(El-Awaisi et al., 2024; Karam et al., 2022)
Taakverdeling: HA is territoriaal	(Legault et al., 2012; Main et al., 2007; McInnes et al., 2017)
Organisatorisch	
Organisatorische steun: Overkoepelende instantie bepaalt de werkruimte en personeelsbeleid.	(Delva et al., 2008; Leach et al., 2017; Szafran et al., 2018)
Angst voor geschillen: Wettelijke aansprakelijkheid?	(Legault et al., 2012; Main et al., 2007)
Contextueel	
Politiek: 1) Gebrek aan beschermde titel voor VP 2) Gebrek aan interprofessionele opleidingen	1) (Karam et al., 2022; Main et al., 2007) 2) (Karam et al., 2022; Szafran et al., 2018)
Economie: 1) Geen financiering voor betere NP opleidingen 2) Geen vergoeding voor interprofessioneel overleg 3) Geen nomenclatuur voor VP	1) (Main et al., 2007) 2) (Karam et al., 2022) 3) (Karam et al., 2022)

Discussie

Belangrijkste bevindingen in relatie tot de literatuur

Ik heb er voor gekozen om me te focussen op de facilitatoren en barrières binnen de huisartsenpraktijk en me niet te richten op de samenwerking tussen huisartsen en externe zorgverleners. Enerzijds omdat ik uit eigen ervaring gemerkt heb dat dit niet altijd vlot verloopt, anderszijds omdat er in de literatuur al veel onderzoek is gedaan naar externe zorgverleners, zoals apothekers (Kelly et al., 2013), kinesisten (Hayward & Willcock, 2015) en paramedici. (Chan et al., 2010)

De verscheidenheid aan facilitatoren en barrières laten zien hoe complex interprofessionele samenwerking in de eerste lijn kan zijn. Het framework van Reeves et al. (2010) staat ons toe om deze wisselwerking tussen het relationele, procesmatige, organisatorische en contextuele niveau overzichtelijk weer te geven. Het valt op dat het merendeel van de facilitatoren (80%) en barrières (67%) zich voordoen op het relationele of procesmatige niveau. Dit kan mogelijks verklaard worden doordat de deelnemers het gevoel hebben op het organisatorische en contextuele niveau weinig invloed te hebben. (Karam et al., 2018)

Een groep aan individuen uit verschillende disciplines kan uitgroeien tot een hecht team met een efficiënte interprofessionele samenwerking wanneer er sprake is van een duidelijke en open communicatie met wederzijds respect. Zowel formele als informele contactmomenten op regelmatige basis dragen hieraan bij. Wanneer de verschillende disciplines onder één dak samenwerken is het makkelijker om die informele contactmomenten te hebben. Uit eerdere studies is gebleken dat geschikte ruimtes en voldoende tijd noodzakelijk zijn voor efficiënte communicatie en op die manier standvastige werkrelaties kunnen ontwikkelen. (Morgan et al., 2015; San Martín-Rodríguez et al., 2005; Seaton et al., 2021) Daarnaast toont onderzoek van Wranik et al. (2019) aan dat het in huis hebben van verschillende disciplines ook voor de patiënt voordelen heeft. (Wranik et al., 2019) Het hebben van regelmatige vergaderingen versterkt de onderlinge relaties en wordt bevestigd door Rawlinson et al. (2021). Teamvergaderingen stellen het team in staat om een gezamelijke visie uit te denken en doelstellingen voor de praktijk te formuleren. Dit wordt ondersteund door de studie van de groep van Seaton (2021) en Wranik (2019). Volgens Xyrichis en Lowton (2008) is het hebben van een gezamelijke strategie een van de belangrijkste facilitatoren voor efficiënte interprofessionele samenwerking. (Xyrichis & Lowton, 2008) Maar ook de technologische evolutie met digitale communicatiemiddelen, zoals het EPD vergemakkelijken de onderlinge communicatie. Dit wordt ondersteund door Morgan et al. (2015). Wanneer alle groepsleden als gelijke worden beschouwd, versterkt dat het groepsgevoel. Dit getuigt van een positieve teamcultuur. Respect hebben voor en vertrouwen hebben in elkaars kennis, vaardigheden en kwaliteiten draagt bij aan deze cultuur. Dit komt ook naar voren in verschillende onderzoeken (Orchard et al., 2005; San Martín-Rodríguez et al., 2005; Schadewaldt et al., 2013; Seaton et al., 2021) Teambuildingactiviteiten en gezamenlijk meedoen aan kwaliteitsverbeterende projecten versterkt het groepsgevoel. Van cruciaal belang voor de teamcohesie is het hebben van een duidelijke rolafbakening, hiervan op de hoogte zijn en het respecteren van ieders rol binnen het team. (Wranik et al., 2019) Het onderzoek van o.a. Schot et al. (2020) en Orchard et al. (2005) tonen aan dat het bespreken en onderhandelen over de rolafbakening leidt tot een betere samenwerking. (Orchard et al., 2005; Schot et al., 2020)

Dit is ook meteen een belangrijke factor die een efficiënte interprofessionele samenwerking verhindert. Dit ligt in lijn met verschillende studies. (Orchard et al., 2005; Schadewaldt et al., 2013; Seaton et al., 2021; Wranik et al., 2019) Geen inzicht hebben in de rol, vaardigheden en expertise van de collega's kan leiden tot frustraties binnen het team, andersmans taken opnemen of geen/slechte taakdelegatie. Hierdoor ontstaat regelmatig een parallelle samenwerking. (McInnes et al., 2015) Het opstellen van een draaiboek, waarin o.a. een duidelijke rolbeschrijving in is opgenomen, kan dit verhelpen. (Morgan et al., 2015) Naast een gebrek aan inzicht halen Orchard et al. (2005) aan dat ook een overlappende rol kan leiden tot conflicten. (Orchard et al., 2005) Daarnaast worden huisartsen vaak als territoriaal ervaren. Het lijkt alsof huisartsen, die het gewoon zijn om aan de top van de hiërarchische structuur te staan, zich onzeker voelen door de introductie van nieuwe teamleden, waardoor hun controle, status en macht bedreigd lijkt. Een vaak voorkomend argument voor een stroeve samenwerking is dat de opleiding van huisartsen niet gericht is op interprofessionele samenwerking. (McInnes et al., 2015; Rawlinson et al., 2021) Nochtans toont de studie van Seaton et al. (2021) aan dat wanneer een meer horizontale structuur wordt gehanteerd de samenwerking verbetert en er nagenoeg geen conflicten binnen het team zijn. (Seaton et al., 2021) Een andere mogelijke verklaring voor het niet willen afstaan van verpleegkundige taken is vermoedelijk het financieringssysteem. Betaling per prestatie zorgt er voor dat huisartsen makkelijk kunnen verdienen aan simpelere taken. (Karam et al., 2018) Daarnaast hebben praktijkverpleegkundigen nog geen erkende titel en geen nomenclatuurnummers, wat maakt dat ze een huisarts alleen maar geld kost. (Karam et al., 2018) Ook in de ogen van patiënten staat de huisarts aan het hoofd van het team. De overige collega's hebben het gevoel ondergeschikt te zijn en dat hun inbreng minderwaardig is. Wanneer tijdens een vergadering niet ieders mening wordt gehoord of er geen gelijkwaardige inspraak is bij beleidsbeslissingen of het uitwerken van een strategie leidt dit tot frustraties. Hierdoor wordt het potentieel van de interprofessionele samenwerking niet volledig benut. In sommige groepen werden er zelfs geen teamvergaderingen gehouden. Ook hier kan het financiële aspect meespelen, aangezien er in de prestatiegeneeskunde geen vergoeding is voor overlegmomenten. (Karam et al., 2018) Door een stijging van het deeltijds werken en de indeling van het gebouw is het moeilijk om informele contacten met andere disciplines te hebben, hetgeen nefast is voor de ontwikkeling van een goede werkrelatie. De digitale communicatiemiddelen zijn zowel een zege als een vloed voor het interprofessioneel samenwerken. De meeste EPD's zijn namelijk mono-disciplinair, wat de informatieoverdracht tussen disciplines bemoeilijkt.

Limitaties van de studie

Niet alle studies rapporteerden expliciet het aantal deelnemers per discipline. Op basis van huidige gegevens concludeer ik dat de groep van huisartsen oververtegenwoordigd is in deze studie. Wat huisartsen als facilitator en barrière beschouwen voor een goede interprofessionele samenwerking, kan verschillen met de mening van de andere disciplines. Alle studies onderzoeken de ervaringen van een kleine steekproef uit een kleine regio, waardoor de resultaten niet zomaar één-op-één generaliseerbaar zijn. De sterkte van deze studie is dat er door de inclusie van het onderzoek van El-Awaisi et al. (2024) uit het onderbelichte Midden-Oosten vier continenten vertegenwoordigd zijn. Ondanks alle verschillende contexten, lijkt er wel een tendens te zitten in de voornaamste facilitatoren en barrières. Mits er gepeild wordt naar de ervaringen en percepties van de deelnemers zijn er geen harde uitkomstmaten die het resultaat van een subjectief betere/mindere samenwerking kunnen staven. Eveneens bestaat er het risico van selectieve herinneringen van de deelnemers, wat een vertekend beeld van de werkelijkheid zou kunnen zijn. Een studieopzet met focusgroepen heeft een

verhoogd risico op bias doordat sommige antwoorden niet verstaanbaar zijn opgenomen omwille van rumoer in de ruimte. Daarnaast is het mogelijk dat de deelnemers in het bijzijn van hun directe collega's of deelnemers uit andere praktijken sociaal wenselijk hebben geantwoord. Sommige facilitatoren en barrières werden slechts summier aangehaald zonder diepgaandere verklaring te geven. Dat maakt het moeilijk om de ware toedracht van de facilitatoren en barrières te begrijpen.

Ik heb de thesis alleen geschreven. Ik ben dus niet in de mogelijkheid geweest om de in- en exclusiecriteria en kwaliteitbeoordeling van de artikels af te toetsten bij een collega. Dit geeft mogelijk een bias. Wat deze literatuurstudie zou versterken is een beoordeling (bv. m.b.v. iSoQ GRADE CERQual) van de waarde die we aan de resultaten van de geïncludeerde artikels mogen hechten. Er is enige voorzichtigheid nodig bij het interpreteren van de resultaten omdat ik de heterogeniteit van de verschillende zorgsystemen, verscheidenheid aan lokale noden en gevarieerde praktijktypes vanuit een Belgische context heb bekeken. Het kan zijn dat ik ze daarom niet volledig heb doorgrond en bijgevolg minder correcte conclusies heb getrokken. Ondanks de erg uitgebreide zoekstrategie met behulp van een ondersteunende webinar van de KU Leuven en het handmatig nagaan van de referentielijsten, zullen zeker niet alle geschikte studies geïncludeerd zijn in mijn studie.

Implicaties voor de praktijk

Uit dit onderzoek blijkt dat er voornamelijk op het relationele en procesmatige niveau barrièrs en facilitatoren worden ervaren. Echter, om echt efficiënte interprofessionele samenwerking te bekomen, moeten de barrières op het organisatorische en contextuele niveau omgezet worden naar facilitatoren. Beleidsmatig zijn hervormingen nodig die interprofessioneel werken financieel en structureel ondersteunen. Weinig geïncludeerde studies rapporteerden hierover, maar zowel Karam et al. (2022) als Szafran et al. (2017) pleitten voor een betere interprofessionele opleiding. Hierdoor leren studenten beter samenwerken met andere disciplines en zou de hiërarchische cultuur moeten afnemen. (Supper et al., 2014) Ook interprofessionele bijscholingen zouden gefaciliteerd moeten worden. Door beter te voorzien in interprofessionele opleidingen hebben deelnemers een beter inzicht in elkaars rol. Verder is een verandering van de financiële structuur noodzakelijk is. (Karam et al., 2018; Rawlinson et al., 2021; Wranik et al., 2019) In de prestatiegeneeskunde is er geen vergoeding voorzien voor overlegmomenten. Daarnaast weigeren huisartsen soms om simpelere taken te delegeren omdat ze de inkomsten voor zichzelf willen. Een oplossing zou kunnen zijn om de rol als praktijkverpleegkundige te erkennen en ze hun eigen nomenclatuur te geven. (Matthys et al., 2019) Het erkennen van de titel 'praktijkverpleegkundige' zorgt ook voor een uniforme rolafbakening. (Karam et al., 2022) Verder kan het ontwikkelen van een interprofessionele EPD bijdragen aan efficiëntere communicatie tussen verschillende disciplines. Subsidies voor het accommoderen van verschillende disciplines in de praktijk kunnen stimulerend werken.

Gezien de overeenkomsten tussen mijn resultaten en de bestaande literatuur, lijkt de uitdaging minder te liggen in het identificeren van wat nodig is, maar eerder in het ontwikkelen van strategieën om barrières om te buigen naar facilitatoren en ze duurzaam te implementeren in uiteenlopende contexten van eerstelijnszorg. Toekomstig onderzoek zou zich daarom kunnen richten op interventiestudies die de impact op de interprofessionele samenwerking van verschillende facilitatoren en barrières, inclusief de rol van financieringsmodellen en leiderschapsstructuren, vergelijken en kwantificeren. Zo zou er een ranking van belangrijkheid gemaakt kunnen worden van elementen die bijdragen aan een succesvolle interprofessionele samenwerking. Tenslotte zou het

interessant zijn om te kijken welk effect dit kan hebben op gezondheidsgerelateerde uitkomstmaten, zoals verbetering in preventie, ziekenhuisopnames en mortaliteit.

Conclusie

Deze literatuurstudie laat zien dat de meeste facilitatoren en barrières voor interprofessionele samenwerking in de huisartsenpraktijk zich bevinden op het relationeel en procesmatig niveau. Een duidelijke rolafbakening, regelmatige formele en informele communicatie en wederzijds respect en vertrouwen versterken de samenwerking. Een gebrekking inzicht in elkaars rol, hiërarchische verhoudingen en beperkte tijd en ruimte daarentegen bemoeilijken deze samenwerking. Structurele en beleidsmatige hervormingen, inclusief aangepaste financieringsmodellen, erkenning van praktijkverpleegkundigen en de ontwikkeling van een multidisciplinair EPD zijn nodig om duurzame samenwerking te bevorderen. Investeren in interprofessionele opleidingen en het creëren van een teamgerichte werkomgeving kan de kwaliteit van de eerstelijnszorg verder verbeteren.

Referenties

Belche, J. L., Geentjens, P., & Van den Bruel, A. (2023, maart). Eindrapport reflectiegroep: Naar een New Deal voor de huisarts(praktijk). https://vandenbroucke.belgium.be/nl/naar-een-new-deal-voor-de-huisartspraktijk

Critical Appraisal Skills Programme. (2024). CASP checklist: For qualitative research. https://casp-uk.net/critical-appraisal-checklists/

Chan, B. C., Perkins, D., Wan, Q., Zwar, N., Daniel, C., Crookes, P., & Harris, M. F. (2010). Finding common ground? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals. *International Journal for Quality in Health Care*, *22*(6), 519-524. Embase. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq057

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*(sup1), 116-131. https://doi.org/10.1080/13561820500082529

Delva, D., Jamieson, M., & Lemieux, M. (2008). Team effectiveness in academic primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, *22*(6), 598-611. Embase. https://doi.org/10.1080/13561820802201819

El-Awaisi, A., Yakti, O. H., Elboshra, A. M., Jasim, K. H., AboAlward, A. F., Shalfawi, R. W., Awaisu, A., Rainkie, D., Al Mutawa, N., & Major, S. (2024). Facilitators and barriers to interprofessional collaboration among health professionals in primary healthcare centers in Qatar: A qualitative exploration using the 'Gears' model. *BMC Primary Care*, *25*(1), 316. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02537-8

Hayward, C., & Willcock, S. (2015). General practitioner and physiotherapist communication: How to improve this vital interaction. *Primary Health Care Research & Development*, *16*(03), 304-308. https://doi.org/10.1017/S1463423614000103

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative

research. *International Journal of Nursing Studies*, *79*, 70-83. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002

Karam, M., Macq, J., Duchesnes, C., Crismer, A., & Belche, J.-L. (2022). Interprofessional collaboration between general practitioners and primary care nurses in Belgium: A participatory action research. *Journal of Interprofessional Care*, *36*(3), 380-389. https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1929878

Kelly, D. V., Bishop, L., Young, S., Hawboldt, J., Phillips, L., & Keough, T. M. (2013). Pharmacist and physician views on collaborative practice: Findings from the community pharmaceutical care project. *Canadian Pharmacists Journal*, *146*(4), 218-226. Embase. https://doi.org/10.1177/1715163513492642

Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, *30*(1), 15-28. https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1051616

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, *22*(2), 191-203. https://doi.org/10.1080/13561820701760600

Leach, B., Morgan, P., Strand de Oliveira, J., Hull, S., Østbye, T., & Everett, C. (2017). Primary care multidisciplinary teams in practice: A qualitative study. *BMC Family Practice*, *18*(1), 115. https://doi.org/10.1186/s12875-017-0701-6

Legault, F., Humbert, J., Amos, S., Hogg, W., Ward, N., Dahrouge, S., & Ziebell, L. (2012). Difficulties Encountered in Collaborative Care: Logistics Trumps Desire. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *25*(2), 168-176. https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110153

Main, R., Dunn, N., & Kendall, K. (2007). 'Crossing Professional Boundaries': Barriers to the Integration of Nurse Practitioners in Primary Care. *Education for Primary Care*, *18*(4), 480-487. https://doi.org/10.1080/14739879.2007.11493578

Matthys, E., Remmen, R., & Van Bogaert, P. (2019). Practice nurse support and task suitability in a general practice: A cross-sectional survey in Belgium. *Journal of Interprofessional Care*, *33*(6), 661-669. https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1569602

McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, *71*(9), 1973-1985. Medline. https://doi.org/10.1111/jan.12647

McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2017). Understanding collaboration in general practice: A qualitative study. *Family Practice*, *34*(5), 621-626. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx010

Mickan, S., Hoffman, S. J., Nasmith, L., & on behalf of the World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. (2010). Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries. *Journal of Interprofessional Care*, *24*(5), 492-502. https://doi.org/10.3109/13561821003676325

Morgan, S., Pullon, S., & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(7), 1217-1230. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008

Orchard, C. A., Curran, V., & Kabene, S. (2005). Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Medical Education Online*, *10*(1), 4387. https://doi.org/10.3402/meo.v10i.4387

O'Reilly, P., Lee, S. H., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C., & MacFarlane, A. (2017). Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLOS ONE*, *12*(5), e0177026. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177026

Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Peytremann-Bridevaux, I., & Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care:

Barriers and Facilitators. *International Journal of Integrated Care*, *21*(2), 32. https://doi.org/10.5334/ijic.5589

San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, *19*(sup1), 132-147. https://doi.org/10.1080/13561820500082677

Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E., & Gardner, A. (2013). Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care – an integrative review. *BMC Family Practice*, *14*(1), 132. https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-132

Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, *34*(3), 332-342. https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007

Seaton, J., Jones, A., Johnston, C., & Francis, K. (2021). Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: An integrative review. *Journal of Interprofessional Care*, *35*(2), 217-228. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311

Shaw, A., De Lusignan, S., & Rowlands, G. (2005). Do primary care professionals work as a team: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, *19*(4), 396-405. https://doi.org/10.1080/13561820500053454

Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2014). Interprofessional collaboration in primary health care: A review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, fdu102. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu102

Szafran, O., Torti, J. M. I., Kennett, S. L., & Bell, N. R. (2018). Family physicians' perspectives on interprofessional teamwork: Findings from a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, *32*(2), 169-177. Medline. https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1395828

World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education &

collaborative practice (WHO/HRH/HPN/10.3). World Health Organization. https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

Wranik, W. D., Price, S., Haydt, S. M., Edwards, J., Hatfield, K., Weir, J., & Doria, N. (2019). Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*, *123*(6), 550-563. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.015

Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(1), 140-153. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015