

Dit document bevat een excerpt uit het boek en beslaat
alleen hoofdstuk 3, de samenvatting ervan en de
literatuurlijst.

KENNISSYNTHESE

Het Multidisciplinair Gesprek

voor het verbeteren van
patiëntveiligheid

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

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

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

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

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

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

Inhoudsopgave

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Waarden: Welke waarden zijn binnen een team nodig?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 3

Voordelen en uitdagingen van patiëntbetrokkenheid in de context van patiëntveiligheid⁷⁶

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

Literatuurlijst

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

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

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

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

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

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

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

