

Werken aan Samenwerken

Theoretische- en praktijkkennis over samenwerken: een literatuur verkenning

Frank Reinders

17 juni 2025



HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

COLOFON

Titel:	Werken aan Samenwerken
Auteurs:	Frank Reinders
Uitgever:	HAN University of Applied Sciences
Plaats:	Nijmegen
Afdeling:	AMM/AGV/AP
Publicatiedatum:	17 juni 2025
Versie:	1.0
Taal:	NL
Licentie:	Werken aan Samenwerken is gepubliceerd onder een Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license.
Omschrijving:	Verkenning en verdieping van visie op samenwerken in zorg en welzijn op basis van de projectaanvraag door literatuur onderzoek met een aanzet tot handelingskennis voor onderwijs, training en professionele ontwikkeling.
Trefwoorden:	Samenwerken theorie handelingskennis verkenning

Gebruik de volgende referentie bij hergebruik van (delen van) deze publicatie:

Frank Reinders (2025). Werken aan Samenwerken. HAN University of Applied Sciences, Nijmegen.

INHOUDSOPGAVE

AANLEIDING.....	4
SAMENWERKEN	6
1.1 Het nut van samenwerken.....	6
1.2 Wat er verder bij komt kijken.....	6
1.3 Professioneel samenwerken in zorg en welzijn.....	9
1.4 Context- en Situatiespecifiek kijken naar samenwerken.....	9
1.5 Professionele samenwerkingsvaardigheden ontwikkelen.....	11
1.5.1 Generieke samenwerkingsvaardigheden:.....	11
1.5.2 Specifieke samenwerkingsvaardigheden: alliantiebevordering	11
2 SAMENWERKEN IN ZORG EN WELZIJN	13
2.1 Terminologie en indeling.....	13
2.1.1 Voorwaarden voor een goede samenwerking binnen zowel het micro- als mesosysteem	14
2.1.2 Micro: Samenwerken met patiënt-/clientsystemen	14
2.1.3 Meso: Interprofessionele Samenwerking	14
2.2 Praktijk relevantie: samenwerkingsrelaties definiëren en context- en situatiespecifiek kijken	14
3 ONTWIKKELEN VAN HANDELINGSKENNIS	16
3.1 Handelingskennis: van wat naar hoe.....	16
3.2 Generieke handelingskennis samenwerken.....	17
3.3 Samenwerken met hulpvragers	17
3.4 Interprofessionele samenwerking	17
4 REFERENTIES	18
BIJLAGE A. 10 THEORIEEN SAMENWERKEN	19
BIJLAGE B: 7 THEORIEEN SAMENWERKING IN ZORG EN WELZIJN.....	22
BIJLAGE C. FLOWCHART SAMENWERKEN IN DE ZORG.....	25

AANLEIDING

Praktijken in het psychosociale veld constateren dat de kwaliteit van zorg ondermaats is en dat burgers die psychosociale ondersteuning het hardst nodig hebben deze niet krijgen. Een van de oorzaken hiervan is dat samenwerking, als belangrijke werkzame factor, in deze praktijken lastig blijkt. Ook de langdurende zorg (VG-Sector en ouderenzorg) gaat gebukt onder een enorme werkdruk en structurele tekortkomingen in de kwaliteit van zorg. Een betere samenwerking op het juiste niveau is een noodzakelijke voorwaarde om verbeteringen te realiseren. Samenwerken is niet altijd makkelijk, zeker niet als dit gebeurt binnen wisselende contexten en als de ernst van de problematiek veel eist van professionals. Binnen de genoemde praktijken (jeugdzorg, ggz, ouderenzorg) speelt meervoudige complexe problematiek en/of langdurende zorg waarbij er vaak onder hoge druk gewerkt wordt. Juist in die uitdagende omstandigheden is een gebrekkige samenwerking vaak funest voor de kwaliteit.

In het project 'werken aan samenwerken' richten wij ons op samenwerkingsrelaties binnen zorg en welzijn. Onze aandacht gaat in het bijzonder uit naar de invloedssfeer van de (toekomstige) professional op de kwaliteit van samenwerken. Dit betekent dat we ons richten op **interpersoonlijke vaardigheden** die de professional kan benutten ten behoeve van de samenwerking. Deze vaardigheden worden ingezet binnen twee verschillende **samenwerkingscontexten**: (1) de interpersoonlijke dynamiek **tussen hulpvragers en professionals** (allianties of werkrelaties) en (2) **tussen professionals onderling** (interprofessionele samenwerking).

Een groot knelpunt voor het HBO onderwijs is dat beginnende beroepskrachten afgeleverd worden, terwijl de complexiteit van het werk vraagt om 'vak volwassen' mensen. Met de kennis over samenwerken die dit onderzoek oplevert, willen de aanvragers aankomende professionals (onze studenten) en professionals in het werkveld, beter toerusten voor de vaak zware taak die zij krijgen. Het onderwijs (bachelor, master en post-initieel) richt zich op een zo goed mogelijke toerusting van beginnende professionals. Hoe deze toerusting eruit ziet vraagt bij tijd en wijle bijsturing vanuit vraagstukken uit de praktijk en inzichten in werkzame factoren vanuit onderzoek. Dit project richt zich dan ook op een van deze vraagstukken, met als hoofdthema samenwerken gespecificeerd als: **het vraagstuk van het opbouwen en onderhouden van werkrelaties met hulpvragers en steunfiguren in hun netwerk, én met andere betrokken hulp- of dienstverleners dat vanuit de praktijk om aandacht vraagt.**

Deze verkenning is geschreven als algemene inleiding op het project 'Werken aan Samenwerken', ter verheldering van het algemene concept samenwerken en de binnen het project gepresenteerde handelingskennis over samenwerken. Het is een gerichte, selectieve en niet-uitputtende verkenning van

theoretische- en praktijkkennis. We starten bij het brede begrip samenwerken en werken toe naar de handelingskennis van de samenwerkende professional binnen zorg en welzijn. De *capita selecta* werden gevormd door de kaders van de bovengenoemde aanleiding van het project. Daarnaast vertoont het zoeken en selecteren van relevante literatuur binnen deze kaders gelijkenis met de *scoping review* methodiek. Echter is deze niet uitputtend geweest en is de zoekstrategie niet verder methodisch geëxpliciteerd. Het gaat hier dan ook nadrukkelijk om een verkenning, gekaderd en onderbouwd op basis van de expertise en ervaringen binnen onze HAN projectgroep.

SAMENWERKEN

1.1 Het nut van samenwerken

Samenwerken kent vele gezichten. Mensen werken samen in uiteenlopende situaties binnen een breed scala aan contexten. De complexiteit en spanningen binnen deze uiteenlopende contexten (bv. sociale kwesties als armoede, onderwijs, klimaatverandering) kunnen samenwerken lastig en minder nuttig maken. De consensus onder onderzoekers is dat dominante (sociale) theorieën over samenwerken- zoals speltheorie, agency theorie, strategisch gedrag theorie, resource afhankelijkheid theorie vaak tekort schieten om recht te doen aan deze complexiteit (Vangen, 2016). De theorieën bieden onvoldoende leidraden om gecontextualiseerde concepten te ontwikkelen die relevant zijn voor de complexe samenwerkingscontexten. Het combineren van uiteenlopende theorieën (zie bijlage A&B) kan helpen bij het ontwikkelen van een meervoudig perspectief en zo bijdragen aan een meer praktijk relevante theorievorming. Maar dit is meestal nog onvoldoende voor het ontwikkelen van relevante handelingskennis toegespitst op de samenwerkingsvereisten binnen een specifieke context. Dit vereist meer dan het bundelen van inzichten. Het vereist een open en realistische blik op wat er in die specifieke context speelt, wat de aard van samenwerken daarin behelst en wat daarin van individuen gevraagd wordt. Vangen (2016) maakt zich daarbij sterk voor de acceptatie van een paradoxale blik op samenwerkingsrelaties met al haar intrinsieke spanningen en tegenstrijdigheden (bv. coöperatie vs. competitie, rigiditeit vs. flexibiliteit en korte- vs. lange termijn oriëntatie).

De rede dat gangbare theorieën onvoldoende inzicht geven in de praktijk ligt volgens Vangen (2016) in het gebrek aan inzicht in de veelvoorkomende instabiliteit van samenwerkingsrelaties. De dynamiek van interne spanningen binnen samenwerkrelaties wordt zo onderbelicht terwijl uit verschillende onderzoeken (Clarke-Hill et al., 2003; Das & Teng, 2000; Zeng & Chen, 2003) blijkt dat deze spanningsdynamieken een doorslaggevende rol spelen in de totstandkoming en het succes van samenwerken. Deze en andere onderzoeken laten zien dat binnen de samenwerking het delicaat in balans houden van interne spanningen¹ noodzakelijk is.

1.2 Wat er verder bij komt kijken.....

Het reguleren van interne spanningen binnen samenwerkingsrelaties en het accepteren van tegenstrijdigheden zijn vanuit het bovenstaande perspectief dus noodzakelijk. Het lijkt daarbij vooral te gaan om de spanning (en de daaruit voortvloeiende emoties) te reguleren zonder de tegenstrijdige dualiteit (coöperatie vs. competitie) en paradoxale aard van de samenwerking volledig glad te strijken

¹ Das en Teng (2000) ontwikkelde hiertoe een 3 factoren model waarin coöperatie vs. competitie, rigiditeit vs. flexibiliteit en korte- vs. lange termijn oriëntatie als tegenstrijdige (paradoxale) krachten worden gezien die delicaat in balans gebracht moeten worden. Clarke-Hill en collega's (2003) voegden hier aan toe dat het niet gaat om het specifiek kiezen tussen coöperatie en competitie aangezien de tegenstrijdige dualiteit onderdeel is van de complexe realiteit van de samenwerking.

(Clarke-Hill et al., 2003). Samenwerking gaat nu eenmaal gepaard met spanningen en dat is op zichzelf niet problematisch luidt het credo. Wel is het nodig om a) zicht te hebben op spanningen en b) ruimte te hebben om deze spanningen en bijkomende emoties te reguleren. Hoe en waar dit precies vorm krijgt verschilt per samenwerking en context. Zo kunnen samenwerkingsrelaties kunnen door middel van monitoring kritischer bekeken worden waardoor ook spanningen zichtbaar kunnen worden. Binnen de context van de GGZ bieden multidisciplinaire team overleggen, inter- en supervisie bijvoorbeeld ruimte om tot emotie regulatie te komen (De Boevers, 2024).

Maar het samenwerken zelf gaat verder dan regulatieve processen van relaties en emoties.

Samenwerking is zelf te zien als een proces waarin gezamenlijk iets tot stand wordt gebracht. De resultaten van dat proces kunnen sterk verschillen als gevolg van de kwaliteit van de samenwerking. Volgens Abele (Abele, 2011) schuilt de meerwaarde van samenwerking in de praktijk in het effectief samenbrengen van (bijv. intellectuele) slagkracht. Dat dient te gebeuren met een door de samenwerkende individuen ervaren '*shared sense of purpose*'. In goed Nederlands vereist goede samenwerking, in welke context dan ook, een gezamenlijk ervaren betekenisvolle bedoeling van de samenwerking. Hoe die betekenis er uit ziet verschilt per context en situatie. Binnen de zorg en het welzijnswerk lijken bijvoorbeeld interpersoonlijke waarden zoals communicatieve openheid en betrokkenheid op de ander in veel situaties essentieel (Putri & Ridlo, 2024). Wat algemeen geldt is dat zonder vertrouwen en doel samenwerking onmogelijk is en dat zonder gedeeld gevoel van zin en betekenis samenwerking niet effectief is.

Naast een gedeelde betekenis vereist goede samenwerking een bepaalde vorm van leiding of leiderschap. Abele's visie is dat idealiter samenwerkende individuen genoeg ruimte hebben en vereist de samenwerking geen strakke autoriteit. Abele noemt hier een vorm van leiderschap die zich richt op het managen van ego's en de verschillende persoonlijkheden zodat eenieder binnen de samenwerking tot zijn recht komt. Het is een vorm van leiderschap dat procesgericht is zodat eenieders toewijding, energie en creativiteit geactiveerd wordt zonder dat anderen benadeeld worden. Vertrouwen en overtuigingskracht zijn nodig net zoals (veel) ruimte voor verschillende perspectieven en discussies. Op het niveau van een leidinggevende vraagt het leiderschap: passionele nieuwsgierigheid, gemiddeld zelfverzekerd met ruimte voor ideeën van anderen zonder in competitie te gaan, mild geobsedeerd met meer zorg voor de collectieve missie dan voor persoonlijk fortuin (Abele, 2011). Hierin speelt emotionele intelligentie, als 'softe' leiderschap *skill*, als de maker van een sterke samenwerkende cultuur een belangrijke rol. Waarbij de default mind-set inclusief en bevragend, overtuigend maar nederig is. Als laatste met een scherp oog voor ondermijnende groepsdynamische processen waarbij diversiteit ingezet wordt tegen het gevaar van groepsdenken (Bion, 1961).

Meta- en systeemfactoren samenwerking volgens Abele:

- ☒ Goede samenwerking draait om wederzijds respect, luisteren en het erkennen van elkaars sterke punten.
- ☒ Hij stelt dat echte samenwerking ontstaat wanneer mensen bereid zijn hun ego opzij te zetten.
- ☒ Samenwerking mislukt wanneer mensen te veel gericht zijn op hun eigen gelijk of controle.
- ☒ Goed samenwerken vraagt om transparantie, open communicatie en het delen van informatie, ook als die ongemakkelijk is.
- ☒ Idee van “*collaborative discovery*,”: teams samen laten leren en ontdekken in plaats van strijden om het beste idee.
- ☒ Slechte samenwerking kenmerkt zich door hiërarchie, angst om fouten te maken en gebrek aan vertrouwen.
- ☒ Leiderschap in samenwerking gaat niet over domineren, maar over faciliteren.
- ☒ Succesvolle samenwerking vraagt om diversiteit in perspectieven en een cultuur waarin die verschillen gewaardeerd worden.
- ☒ Samenwerking wordt versterkt door nieuwsgierigheid en de bereidheid om continu te leren.
- ☒ Samenwerking is een proces van gedeeld eigenaarschap waarin het collectieve resultaat belangrijker is dan individuele erkenning.

Psychologische factoren die samenwerking hinderen volgens Abele :

- ☒ sterke ego's
- ☒ *kill the messenger* houding
- ☒ dogmatiek,
- ☒ verborgen agenda's
- ☒ cynisme en groepsdenken (Bion, 1961, 2003)

1.3 Professioneel samenwerken in zorg en welzijn

Centraal in het project 'Werken aan samenwerken' staat het onderwerp samenwerken binnen het zorg- en welzijn domein. De focus ligt daarbij op de samenwerkingsvaardigheden van professionals, in het bijzonder op aankomende professionals die nog in opleiding zijn of gaan komen. Vanuit het idee dat onderwijs een rol speelt in de (verdere) ontwikkeling van samenwerkingsvaardigheden. Voor het ontwerpen van onderwijs is dan de vraag welke vaardigheden daarbij relevant zijn en waar moeten we ons dan op richten? Om deze vragen goed te kunnen beantwoorden is voldoende zicht nodig op het onderwerp samenwerken. Uiteenlopende inzichten uit onderzoek en de praktijk kunnen daarbij een leidraad vormen voor het onderwijs.

Ook buiten het domein van de zorg en het welzijnswerk gaat er, zoals eerder beschreven, bijzondere aandacht uit naar samenwerken binnen uiteenlopende professionele contexten. Omdat samenwerken een zeer algemene en brede betekenis heeft is het van belang om te waken voor te weinig afbakening en *oversimplificatie* van samenwerkend handelen. Samenwerken is juist zo lastig omdat het zoveel verschillende vormen kan aannemen, binnen uiteenlopende complexe contexten en omdat het op zoveel verschillende manier een appel doet op de vaardigheden en ontwikkeling van professionals.

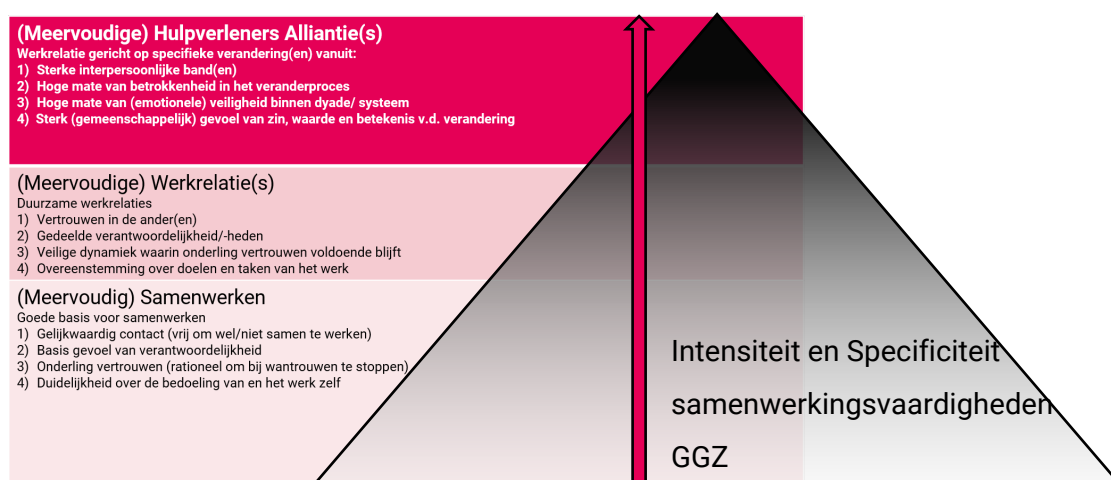
Door naar samenwerkingskwesaties en hun samenhang met professionele vaardigheden te kijken kan er een scherper beeld ontstaan over wat er van professionals gevraagd wordt. Door kennis over samenwerken te bundelen, zowel binnen als buiten het domein van zorg en welzijn, ontstaat er een gedifferentieerd beeld. Dit maakt het bijvoorbeeld mogelijk om een onderscheid te maken tussen generieke en meer specifieke vaardigheden. Het is de verwachting dat domein overstijgend er vooral algemeen (generieke) geldende samenwerking bevorderende vaardigheden te benoemen zijn.

1.4 Context- en situatiespecifiek kijken naar samenwerken

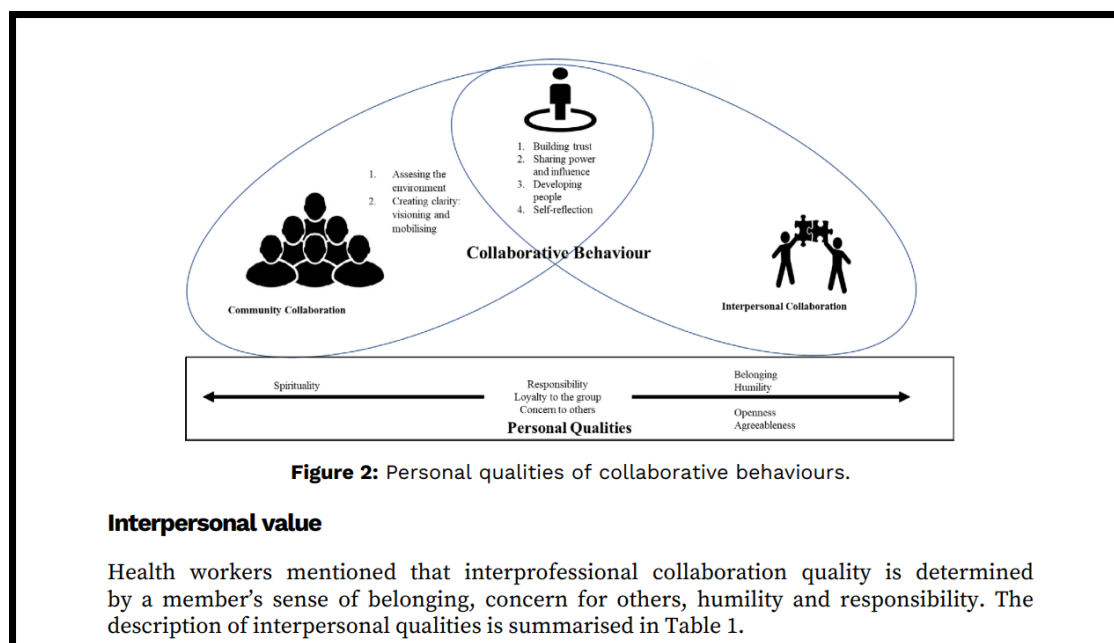
Naarmate de specificiteit van de samenwerkingskwesatie toeneemt, doordat men werkt in een specifieke samenwerkingscontext (bijv. de ggz, ziekenhuis, huisartspraktijk etc.) en typische situaties (bijv. een netwerkgesprek, intake, multidisciplinair overleg etc.) waarin wordt samengewerkt zullen er andere en vaak specifiekere vaardigheden nodig zijn. De samenwerking vraagt dan om andere accenten of stelt specifiekere eisen aan professionele vaardigheden binnen die geldende context en situatie (bv. directe samenwerking met psychiatrisch patiënten; samenwerken met verschillende beroepsgroepen in een complexe casus; samenwerken met je team in het organiseren van een teamuitje). Vanuit een gemeenschappelijke basis zijn er zowel overeenkomsten tussen contexten en situaties als ook subtiele en expliciete verschillen in de benodigde professionele vaardigheden om tot goede samenwerking te komen (zie illustratie 1). Deze verschillen kunnen liggen in de *intensiteit* (bv. sterkte, mate van) maar

ook in de wezenlijke *kwaliteit* (bv. empathie en co-regulatie) v.d. vaardigheden die dan nodig zijn om tot goede samenwerking te komen.

Bijvoorbeeld: de vaardigheden die een huisarts inzet om tot samenwerking te komen binnen een multidisciplinair team zullen overeenkomen en verschillen van zijn samenwerking 1-op-1 met patiënt(en). Door onderzoekend te kijken naar verschillende contexten en situaties wordt het mogelijk om die overeenkomsten en verschillen te vertalen naar handelingskennis over hoe er binnen specifieke contexten en situaties wordt samengewerkt en hoe dit er in uitvoering uitziet.



Illustratie 1: contextspecifiteit van samenwerkrelaties op microniveau binnen de GGZ in Nederland:



Illustratie 2: contextspecifiteit van interprofessioneel samenwerken binnen de wijkzorg in Indonesië (Putri & Ridlo, 2024)

1.5 Professionele samenwerkingsvaardigheden ontwikkelen

1.5.1 Generieke samenwerkingsvaardigheden:

Waar en hoe te beginnen met het professioneel leren samenwerken? Wat betreft het leren in de praktijk suggereert literatuur onderzoek dat het de voorkeur verdient om eerst algemene samenwerkingsvaardigheden te verbeteren voordat er (organisatorische) veranderingen en verwachtingen zoals nieuwe professionele teams, rollen en verantwoordelijkheden worden geïntroduceerd. Doelgericht investeren op professionele relaties zelf zorgt voor het geleidelijk opbouwen van het noodzakelijke vertrouwen, respect en continuïteit. Een vereiste is wel dat er tijdens de dagelijkse gang van zaken op het werk voldoende tijd wordt uitgetrokken voor professionals om overpeinzingen (reflecties) te delen en hier samen van te leren (Sorensen et al., 2018).

Een soortgelijke redenering als hier boven kan ook opgeld doen voor het onderwijs en dat is ook vaak te zien in de opbouw van onderwijscurricula binnen zorg en welzijn. Studenten beginnen vaak met het aanleren van algemene vaardigheden die geoefend worden in relatief minder complexe situaties. Naarmate hun vaardigheden zich ontwikkelen vindt er een vrij gelijkmatige overgang plaats naar meer complexiteit; in context en in situaties die andere verantwoordelijkheden en rollen met zich meebrengen. Ook hier geldt dat, in lijn met de beroepspraktijk (zie 1.4), het gaat om het uitbouwen van algemene naar meer specifieke samenwerkingsvaardigheden die meer vergen en vragen van de (aankomend) professional.

1.5.2 Specifieke samenwerkingsvaardigheden: alliantiebevordering

Als we naar de mogelijkheden van het leren van een specifieke samenwerking kijken, als voorbeeld nemen we hier de werkaliantie binnen de context van de ggz en de jeugdhulpverlening, dan vinden we in de literatuur verschillende relevante leerfactoren (Bennett-Levy, 2019; Lindqvist Bagge et al., 2024; Summers & Barber, 2003). Zo speelt bij het opbouwen van een werkaliantie 1) het vermogen om een alliantie te ontwikkelen een vaardigheid is die zich tijdens de training kan ontwikkelen en kan verbeteren door het verwerven van specifieke samenwerkingsvaardigheden, door veel klinische uren te maken en door complexere casus conceptualisering te leren maken 2) studenten raken meer gefocust op de alliantie met meer training en/of klinische ervaring, 3) bepaalde aspecten van de alliantie, zoals het stellen van doelen en herkennen van taken, zijn beter te leren dan andere aspecten, zoals de ontwikkeling van de interpersoonlijke band en 4) er zijn reeds bestaande professionalfactoren die van invloed zijn op het vermogen om een alliantie te ontwikkelen. Het onderzoek van Lindqvist Bagge en collega's (2024) maakt daarbij de vertaling naar aanbevelingen voor het onderwijs met als doel het verbeteren van de alliantie, te weten: (1) vroege didactische focus op het alliantie concept en alliantie bevorderende technieken, (2) aanhoudende aandacht voor de alliantie gedurende het hele practicum van de studenten en (klinische) stages (casusformuleringen, conceptualisaties, het actief bieden van klinische tutorbegeleiding bij verwachte alliantiebreuken binnen de besproken casussen, enz.), (3)

didactische en stapsgewijze focus bij het vaststellen van passende, realistische en besproken hulpverleningsdoelen en bij het vaststellen taken en (4) het concept 'alliantie ontwikkelen' moet worden geïntegreerd met (klinische) gegevens met betrekking tot de alliantie in relevantie casuïstiek en conceptualisaties bij het lesgeven over de alliantie (Summers & Barber, 2003). De auteurs zijn verder van mening dat de samenwerkingsrelatie, waaronder de alliantie valt, een centraal leeraspect moet zijn van (klinische) onderwijsprogramma's in zorg en welzijn. Daarom is het volgens hen belangrijk om klinische beoefenaars op te nemen als docenten bij het aanleren van praktische vaardigheden in het hoger onderwijs om een constructieve balans tussen theorie en praktijk te verkrijgen.

2 SAMENWERKEN IN ZORG EN WELZIJN

2.1 Terminologie en indeling

Samenwerkingsrelaties kunnen op basis van de context en situaties waarin wordt samengewerkt gesitueerd worden rondom een individu (bijv. de hulpvrager). Een gebruikelijke indeling binnen de zorg en het welzijnswerk is het onderscheid micro-, macro en mesosysteem (Bronfenbrenner, 2000 #207). Deze grofmazige indeling kan handig zijn om samenwerkingsverbanden te verhelderen, ze af te bakenen en om de aandacht te vestigen op algemene factoren die spelen binnen het samenwerken. Andere veelgebruikte termen zoals inter-, trans-, multidisciplinair en interprofessionele samenwerking kunnen door ze binnen een systeem te situeren zo ook verduidelijkt worden. Zo speelt veel interprofessionele samenwerking (maar niet exclusief) binnen het meso-systeem en 1-op-1 cliënt/patiënt contacten binnen het microsysteem. Enige overlap is hierbij te verwachten, bijvoorbeeld bij een MDO waar cliënten of patiënten zelf actief aan deelnemen.. In Tabel 1 staat voor het micro- en mesoniveau een aantal kenmerkende contexten en situaties genoemd binnen de domeinen van de zorg en het welzijnswerk.

Tabel 1. Micro-,meso- en exosystemen van samenwerken naar Bronfenbrenner (2000).

Domein Zorg-Welzijn	Contexten	Situaties
Microsysteem (individuele en directe samenwerking met een specifiek systeem rond een persoon/cliënt/patiënt)	Waarin er in direct contact samen met cliënten / patiënten / burgers wordt gewerkt	Bijv. Begeleiding, Intakes, Evaluaties, Therapieën, Behandelingen, Diagnostiek, Netwerkberaad, MDO, Cursussen, Uitleg, Psycho-educatie
Mesosysteem (structurele samenwerking rondom clientsystemen)	Waarin er samen met andere professionals gewerkt wordt aan de hulp / zorg / ondersteuning van (individuele) cliënten/patiënten/burgers	Bijv. MDO, Werkoverleg, Teamoverleg, Casusoverleg, Regieoverleg, Behandeloverleg
Exosysteem (Samenwerkingsrelaties die verder afstaan van individuele cliënten, patiënten of burgers, maar wel bepalend zijn voor de uiteindelijke kwaliteit van zorg of ondersteuning)	Waarin er samenwerkt wordt aan het overstijgend verbeteren van de hulp / zorg / ondersteuning van (groepen) cliënten / patiënten / burgers	Bijv. Leernetwerken, Wijkinitiatieven, Consortia, Beleidsontwikkeling, Domein overstijgende projecten

De indeling in systemen kan zo gebruikt worden als kader waarbinnen relevante gemeenschappelijke factoren voor samenwerken kunnen worden vastgesteld. Binnen het project 'Werken aan Samenwerken' zijn relevante voorwaardelijke vaardigheden vastgesteld op basis van literatuur onderzoek (zie aanvraag) op het niveau van zowel het micro- als het meso-systeem. Er zijn relevante factoren gevonden die als voorwaarden voor een goede samenwerking geformuleerd zijn die gelden binnen beide systemen (zie 2.1.1). Daarnaast is een specifieke factor geformuleerd (de werkrelatie) binnen het microsysteem (zie 2.1.2) en interprofessionele samenwerking die impliciet lijkt te verwijzen naar het meso-systeem (zie 2.1.3).

2.1.1 Voorwaarden voor een goede samenwerking binnen zowel het micro- als mesosysteem

- Kunnen hanteren van meerdere perspectieven (ook in complexe casuïstiek en onder druk)
- Meerzijdig partijdig handelen (idem)
- Creëren van een veilige sfeer (idem)
- Omgaan met interpersoonlijke spanning zodat effectieve samenwerking mogelijk blijft (idem)

2.1.2 Micro: Samenwerken met patiënt-/clientsystemen

- Bouwen aan en onderhouden van **goede en effectieve werkrelaties** die niet stuk lopen door vraagstukken van macht en hiërarchie, onderling wantrouwen, onduidelijke of onuitgesproken hoge verwachtingen.

2.1.3 Meso: Interprofessionele Samenwerking

- Krachten bundelen door **interprofessionele** samenwerking

2.2 Praktijk relevantie: samenwerkingsrelaties definiëren en context- en situatiespecifiek kijken

De grofmazige indeling heeft naast het voordeel van het vinden van gemeenschappelijkheid ook nadelen. Zo kan in ons project interprofessionele samenwerking afhankelijk van het perspectief dat je aanneemt (patiënt/client of professional centraal) als meso-systeem worden gezien (patiënt/client perspectief) dan wel als samenwerking binnen het microsysteem (professionals onderling) worden gesitueerd. Dit andere perspectief op samenwerking komt ook nadrukkelijk naar voren binnen de zorg, zie hiervoor bijvoorbeeld de flowchart samenwerken in de zorg (Bijlage C) en actuele visies op patiëntenzorg (Wynia & Reijneveld, 2009). Dit illustreert dat verder toelichtingen nodig zijn om beter zicht te krijgen op over welke samenwerking het nu eigenlijk gaat. Grofmazige typering als meso-, micro

maar ook typeringen als interprofessioneel zijn niet voldoende om de daadwerkelijke samenwerkingsrelatie te beschrijven. Ze zijn simpelweg te grofmazig en te veel een container begrip om voldoende zicht te krijgen op samenwerkingsvaardigheden omdat ze de relevante relaties die ten grondslag liggen aan de samenwerking onvoldoende expliciteren.

Algemene indelingen in niveaus en brede begrippen bieden dus op zichzelf geen gedegen kijk op de verschillende contexten en situaties die kenmerkend zijn voor samenwerking binnen beroepspraktijken. Het risico op oversimplificatie bestaat als dan enkel van deze grofmazige indeling wordt uitgegaan en de daaruit voortvloeiende gemeenschappelijke factoren. Er wordt dan onvoldoende rekening gehouden met de context- en situatiespecificiteit van samenwerkingsrelaties. Met het oog op praktijkrelevantie is het dus belangrijk om context- en situatiespecifiek te (blijven) kijken. Dit maakt het mogelijk om een gedegen afweging te maken betreffende de eisen die er worden gesteld aan de samenwerkingsvaardigheden van professionals. In het volgende hoofdstuk doen we hiertoe een eerste aanzet door de samenwerkingsrelatie zelf als uitgangspositie te nemen. We onderscheiden dan 3 categorieën samenwerkingsrelaties: de eerste categorie is de algemene interpersoonlijke relatie, de tweede is de samenwerkingsrelatie 'samenwerken met hulpvragers' en de derde is de relatie tussen professionals binnen het 'interprofessioneel samenwerken'.

De algemene samenwerkingsvaardigheden binnen de interpersoonlijke categorie kunnen als generieke vaardigheden worden getypeerd die de basis vormen van het samenwerkend handelen. Bij de twee andere categorieën, samenwerken met hulpvragers en interprofessionele samenwerking is het nodig voldoende rekening te houden met de contexten en situaties waarbinnen wordt samengewerkt om tot een meer gedetailleerde uitwerking van het samenwerkend handelen van de professionals te komen (zie Tabel 2). Het actief contextualiseren (binnen welke context wordt er samengewerkt) en situeren (binnen welke actuele situatie wordt er samengewerkt) van de samenwerkingsrelaties zorgt voor verduidelijking en inzicht in de samenwerking zelf.

Tabel 2. Samenwerkingsrelaties contextualiseren en situeren.

Samenwerkingsrelatie	Contextualiseren: (Binnen welke context wordt er samengewerkt?)	Situeren: (Binnen welke actuele situatie wordt er samengewerkt?)
Interpersoonlijk	N.v.t.	N.v.t.
Samenwerken met hulpvragers	Ja	Ja
Interprofessionele samenwerking	Ja	Ja

3 ONTWIKKELEN VAN HANDELINGSKENNIS

3.1 Handelingskennis: van wat naar hoe

In het voorgaande hoofdstuk hebben we een aantal relevante samenwerkingsfactoren beschreven waarop wij ons binnen dit project richten. Omdat het spreken in niveaus, zoals micro- en meso-, zowel voor verwarring als voor onvoldoende verheldering van de samenwerkingsrelaties zorgt spreken we explicieter over de samenwerkingsrelaties (zie tabel 2) en de noodzaak om deze relaties te verhelderen door ze te contextualiseren en situeren. We gaan daarbij uit van gemeenschappelijke vaardigheden, de generieke, die voor alle interpersoonlijke samenwerkingsrelaties gelden en meer specifieke vaardigheden die gelden voor de samenwerking met hulpvragers of de interprofessionele samenwerking.

Omdat er op basis van de aanvraag van dit project van uitgegaan wordt dan er meer samenwerking nodig is binnen zowel de zorg als in het welzijnswerk zetten wij aan tot het vergaren van meer kennis over deze samenwerkingsfactoren. Om deze kennis uiteindelijk voldoende praktijk- en onderwijs relevant te maken zal het nodig zijn om deze te vertalen naar concreet professioneel handelen *en* naar hoe dit handelen geleerd kan worden. Om dat mogelijk te maken zal het nodig zijn om samenwerkingsrelaties te contextualiseren en situeren binnen de voor de opleidingen relevante en kenmerkende beroepspraktijken. Binnen de driehoek onderwijs-praktijk-onderzoek wordt er zodoende praktijkrelevante kennis vergaart over wat er qua samenwerking nodig is. Dat zijn de eerste stappen om tot meer relevante kennis te komen over wat er nodig is voor goede samenwerking binnen specifieke context(en) en situatie(s). Daarmee hebben we nog geen volledige kennis over *hoe* professionals dat nu in de praktijk (kunnen) doen. Daartoe is er ook zicht op de zogenaamde handelingskennis nodig waarover (aankomende) professionals moeten beschikken.

Handelingskennis is kennis over hoe reeds aanwezige (theoretische) kennis omgezet kan worden in (professioneel) handelen. Het vormt daarmee een essentieel maar ook lastig grijpbaar onderdeel van de professionele vaardigheden. Handelingskennis is een vorm van kennis die pas zichtbaar wordt in het handelen en is dan ook alleen door oefening en ervaring aan te leren. Met professionele handelingskennis over samenwerken in zorg en welzijn wordt kennis van professionals bedoeld over hoe te handelen (bijv. in gedrag, houding, communicatie) om tot samenwerking te komen. Van welke handelingskennis en theoretische kennis je als professioneel gebruik maakt is mede afhankelijk van de (inschatting van de) context en situatie waarop het handelen betrekking heeft.

Een voorbeeld van handelingskennis is weten hoe een goed kennismakingsgesprek met een nieuwe client of patiënt vorm krijgt. Je kunt kennis hebben van de logische structuur van een goed

kennismakingsgesprek en hoe dit er stapsgewijs uit ziet. Ook kun je video's kijken waarin het voor gedaan wordt. Maar een goed gesprek daadwerkelijk voeren is zo niet te leren of imiteren, vooral omdat ieder gesprek anders is. Je hebt handelingskennis nodig, deze kan globaal beschreven zijn en geeft het leren noodzakelijke richting en kaders. Maar om het daadwerkelijk te leren dien je te ervaren over hoe te handelen binnen de verschillende contexten en situaties. Door de juiste kenmerken van de handelingskennis te expliciteren kunnen studenten beter in staat gesteld worden om relevante (complexe) praktijkvaardigheden al doende te leren door oefening.

Als afsluiting van deze verkenning volgen in de onderstaande paragrafen 3.2 – 3.4 een aanzet over welke thema's er (meer) handelingskennis over samenwerken nodig is. Deze expliciteringen zijn geformuleerd op basis van een synthese van de relevante samenwerkingsfactoren van de aanvraag en de literatuurverkenning van hoofdstuk 1.

3.2 Generieke handelingskennis samenwerken

1. Reflecties op eigen handelen in complexe situaties en onder druk
2. Het innemen van meervoudige perspectieven in complexe situaties en onder druk
3. Het kunnen creëren van een veilige sfeer in complexe situaties en onder druk
4. Omgaan met (interpersoonlijke) spanningen zodat effectieve samenwerking mogelijk blijft
5. Conflicthantering

3.3 Samenwerken met hulpvragers

De basis in het samenwerken met hulpvragers is de werkrelatie die gericht is op verandering:

1. interpersoonlijke band(en) (bij voorkeur sterk)
2. betrokkenheid in het veranderproces (bij voorkeur hoog)
3. voldoende veiligheid binnen 1-op-1 relatie/ binnen het (patiënt-/client-)systeem
4. gedeeld gevoel van zin en betekenis van de verandering

3.4 Interprofessionele samenwerking

Krachten bundelen door **interprofessionele** samenwerking vereist:

- 1) Wederzijds vertrouwen
- 2) Gedeelde professionele verantwoordelijkheid
- 3) Overeenstemming over richting en doel(en) van de samenwerking
- 4) Overeenstemming over professionele taakverdeling

4 REFERENTIES

- Abele, J. (2011). Bringing minds together. *Harvard Business Review*, 89(7-8), 86-93, 164.
- Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 62, 133-145. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Bion, W. R. (1961, 2003). *Experiences in groups: And other papers*. Routledge.
- Clarke-Hill, C., Li, H., & Davies, B. (2003). The Paradox of Co-operation and Competition in Strategic Alliances: Towards a Multi-paradigm Approach. *Management Research News*, 26, 1-20. <https://doi.org/10.1108/01409170310783376>
- Das, T. K., & Teng, B.-S. (2000). Instabilities of Strategic Alliances: An Internal Tensions Perspective. *Organization Science*, 11(1), 77-101. <http://www.jstor.org/stable/2640406>
- De Boevers, M. (2024). Het team op de divan. *Tijdschrift voor Psychoanalyse & haar toepassingen*, 30(4), 209-220. <https://doi.org/10.5553/pa/259027332024030004003>
- Lindqvist Bagge, A. S., Holmqvist, R., Skoog, T., & Hildebrand Karlen, M. (2024). Learning a Practical Psychotherapeutic Skill in Higher Education in Sweden: A Conceptual Paper Concerning the Importance of Constructive Alignment When Teaching Therapeutic Alliance. *Clin Psychol Eur*, 6(3), e12037. <https://doi.org/10.32872/cpe.12037>
- Putri, N. K., & Ridlo, I. A. (2024). How Do Health Worker Qualities Affect Collaborative Skills? A Qualitative Study in Rural Indonesia Primary Health Services. *Education in Medicine Journal*, 16(1), 23-46. <https://doi.org/10.21315/eimj2024.16.1.3>
- Sorensen, M., Stenberg, U., & Garnweidner-Holme, L. (2018). A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *Int J Integr Care*, 18(3), 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry*, 27(3), 160-165. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.27.3.160>
- Vangen, S. (2016). Developing Practice-Oriented Theory on Collaboration: A Paradox Lens. *Public Administration Review*, 77(2), 263-272. <https://doi.org/10.1111/puar.12683>
- Wynia, K. K., & Reijneveld, S. M. (2009). 'Raamwerk Persoonsgerichte en Geïntegreerde dienstverlening aan ouderen' voor het ondersteunen van de transformatie in zorg en ondersteuning.
- Zeng, M., & Chen, X.-P. (2003). *Achieving cooperation in multiparty alliances: A social dilemma approach to partnership management* [doi:10.2307/30040749]. Academy of Management.

BIJLAGE A. 10 THEORIEEN SAMENWERKEN

Zoekopdracht met chat.mistral.ai (27-8-2025): what are the most accepted theories on human collaboration?

The most accepted theories on human collaboration span several disciplines, including psychology, sociology, anthropology, and organizational behavior. Here are some of the most influential and widely accepted theories:

- **1. Social Interdependence Theory (Deutsch, 1949)**
 - **Key Idea:** Collaboration is most effective when individuals perceive that their goals are positively linked (positive interdependence).
 - **Types of Interdependence:**
 - **Positive Interdependence:** Success of one helps others succeed.
 - **Negative Interdependence:** Success of one hinders others (competition).
 - **No Interdependence:** Outcomes are unrelated.
 - **Application:** Used in education (cooperative learning) and teamwork settings.
- **2. Collective Intelligence (Woolley et al., 2010)**
 - **Key Idea:** Groups can exhibit intelligence that surpasses individual members, depending on social sensitivity, equality in conversation turn-taking, and proportion of women.
 - **Findings:** Group performance is not just the sum of individual IQs, but depends on how well members collaborate.
- **3. Social Identity Theory (Tajfel & Turner, 1979)**
 - **Key Idea:** People's sense of who they are is based on their group memberships.
 - **Application:** Collaboration is stronger when individuals identify with the group and its goals.
- **4. Theory of Mind (Premack & Woodruff, 1978)**
 - **Key Idea:** The ability to attribute mental states (beliefs, intents, desires) to oneself and others is crucial for collaboration.
 - **Application:** Essential for understanding and predicting others' actions in cooperative tasks.
- **5. Common Ground Theory (Clark & Brennan, 1991)**
 - **Key Idea:** Effective collaboration requires shared knowledge, beliefs, and assumptions (common ground).
 - **Application:** Important in communication and joint problem-solving.
- **6. Transactive Memory Systems (Wegner, 1985)**
 - **Key Idea:** Groups develop a shared system for encoding, storing, and retrieving information.
 - **Application:** Explains how teams divide cognitive labor and rely on each other's expertise.

- **7. Social Exchange Theory (Homans, 1958; Blau, 1964)**
 - **Key Idea:** Collaboration is based on the exchange of resources and the expectation of mutual benefit.
 - **Application:** Used to understand cooperation in social and economic contexts.
- **8. Joint Action Theory (Sebanz, Bekkering, & Knoblich, 2006)**
 - **Key Idea:** People represent their own and others' actions in a shared task space, enabling coordination.
 - **Application:** Explains how people synchronize actions in real-time collaboration.
- **9. Cognitive Load Theory (Sweller, 1988)**
 - **Key Idea:** Collaboration can reduce cognitive load by distributing tasks among group members.
 - **Application:** Used in instructional design and teamwork optimization.
- **10. Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985)**
 - **Key Idea:** Collaboration is most effective when it supports autonomy, competence, and relatedness.
 - **Application:** Important for motivating team members and fostering intrinsic motivation.

Summary Table:

Theory	Key Idea	Application Example
Social Interdependence	Positive goal linkage enhances collaboration	Cooperative learning
Collective Intelligence	Group intelligence > sum of individual IQs	Team problem-solving
Social Identity	Group identity strengthens collaboration	Organizational culture
Theory of Mind	Understanding others' mental states is crucial	Negotiation, teamwork
Common Ground	Shared knowledge enables effective collaboration	Communication, joint tasks
Transactive Memory	Groups develop shared memory systems	Expertise distribution in teams
Social Exchange	Collaboration is based on resource exchange and mutual benefit	Social and economic cooperation
Joint Action	Shared task representation enables coordination	Real-time teamwork
Cognitive Load	Collaboration reduces individual cognitive load	Task distribution

Self-Determination	Collaboration supports autonomy, competence, relatedness	Motivation in teams
--------------------	--	---------------------

BIJLAGE B: 7 THEORIEEN SAMENWERKING IN ZORG EN WELZIJN

Zoekopdracht met chat.mistral.ai (27-8-2025): what theory would fit best the field of the healthcare and social care professional?

For **healthcare and social care professionals**, the most relevant and widely applied theories of collaboration are those that emphasize **teamwork, communication, shared goals, and patient-centered care**. Here are the top theories that fit best:

-
- **1. Social Interdependence Theory (Deutsch, 1949)**
 - **Why it fits:** Healthcare and social care are inherently team-based, requiring positive interdependence among professionals (doctors, nurses, social workers, etc.) to achieve the best patient outcomes.
 - **Application:** Encourages cooperative goal-setting and shared responsibility, which is crucial in multidisciplinary teams.
 - **2. Transactive Memory Systems (Wegner, 1985)**
 - **Why it fits:** Healthcare teams rely on each member's specialized knowledge (e.g., a doctor's medical expertise, a social worker's understanding of community resources). This theory explains how teams develop a shared system for encoding, storing, and retrieving information.
 - **Application:** Supports effective information sharing and role clarity in patient care.
 - **3. Collective Intelligence (Woolley et al., 2010)**
 - **Why it fits:** High-performing healthcare teams are not just about individual expertise, but how well members communicate, share information, and adapt to new situations.
 - **Application:** Helps in understanding how diverse teams can outperform individuals in complex care settings.
 - **4. Common Ground Theory (Clark & Brennan, 1991)**
 - **Why it fits:** Effective communication and shared understanding are critical in healthcare to avoid errors and ensure continuity of care.
 - **Application:** Used to improve handoffs, patient transfers, and interdisciplinary communication.
 - **5. Joint Action Theory (Sebanz, Bekkering, & Knoblich, 2006)**
 - **Why it fits:** Healthcare often requires real-time coordination (e.g., surgery, emergency response).
 - **Application:** Explains how professionals synchronize actions and anticipate each other's needs.
 - **6. Social Identity Theory (Tajfel & Turner, 1979)**
 - **Why it fits:** Strong team identity and a shared sense of purpose improve collaboration and reduce conflicts.
 - **Application:** Important for building cohesive care teams and reducing silos between different professions.
 - **7. Self-Determination Theory (Deci & Ryan, 1985)**

- **Why it fits:** Supporting autonomy, competence, and relatedness among care professionals can improve job satisfaction and patient care.
- **Application:** Used in team motivation and leadership in healthcare settings.

- **Best Fit for Healthcare & Social Care:**

Transactive Memory Systems and **Social Interdependence Theory** are especially relevant because:

- They address the need for **specialized knowledge integration** and **shared responsibility**—both critical in healthcare.
- They support the **interprofessional collaboration** model, which is a cornerstone of modern healthcare delivery.

Collective Intelligence and **Common Ground Theory** are also highly applicable, as they focus on **communication, adaptability, and shared understanding**, which are essential for patient safety and quality of care.

Theory	Relevance to Healthcare/Social Care	Example Application
Social Interdependence	Promotes teamwork and shared goals	Multidisciplinary care teams
Transactive Memory	Supports specialized knowledge sharing	Interprofessional rounds, case reviews
Collective Intelligence	Enhances team adaptability and performance	Emergency response teams
Common Ground	Improves communication and reduces errors	Handoffs, patient transfers
Joint Action	Enables real-time coordination	Surgical teams, emergency care
Social Identity	Strengthens team cohesion and identity	Building a unified care culture
Self-Determination	Boosts motivation and job satisfaction	Leadership, staff engagement

In practice: Most healthcare organizations use a **combination of these theories** to design training programs, improve teamwork, and enhance patient outcomes. The **interprofessional collaboration model** often integrates elements from several of these theories.

Would you like examples of how these theories are applied in specific healthcare settings (e.g., hospitals, community care)?

- **1. Actief luisteren trainen**
 - **Oefening:** Houd in gesprekken bewust je mond dicht en vat samen wat de ander zegt voordat je zelf reageert.
 - **Doel:** Anderen echt begrijpen vóór je zelf oordeelt of bijstuurt.
-

- **2. Feedback geven en ontvangen**
 - **Training:** Leer feedback geven met de 4G-methode (gedrag, gevoel, gevolg, gewenst gedrag).
 - **Doel:** Veiligheid creëren waarin eerlijke communicatie mogelijk is.
-

- **3. Omgaan met ego en controle loslaten**
 - **Reflectie:** Vraag jezelf na een overleg af: "Waar wilde ik per se gelijk krijgen? Waarom?"
 - **Doel:** Bewustwording van je eigen patronen helpt om ruimte te geven aan anderen.
-

- **4. Vertrouwen opbouwen**
 - **Oefening:** Geef collega's kleine verantwoordelijkheden en spreek uit dat je op ze vertrouwt.
 - **Doel:** Een cultuur van vertrouwen en wederzijds respect creëren.
-

- **5. Open communicatie stimuleren**
 - **Training:** Oefen met 'radicale openheid' (zoals in de methode van Kim Scott).
 - **Doel:** Transparantie bevorderen, zelfs over fouten of moeilijke thema's.
-

- **6. Nieuwsgierigheid ontwikkelen**
 - **Oefening:** Begin elk teamoverleg met een vraag aan anderen in plaats van met jouw mening.
 - **Doel:** Meer leren van anderen en gezamenlijke ontdekkingen stimuleren.
-

- **7. Fouten omarmen als leermoment**
 - **Ritueel:** Organiseer regelmatig een 'fail forward'-sessie waarin je leert van mislukkingen.
 - **Doel:** Een veilige leercultuur opbouwen, waarin fouten normaal zijn.
-

- **8. Diversiteit benutten**
 - **Oefening:** Laat bij beslissingen altijd meerdere perspectieven aan bod komen, zelfs als ze tegengesteld zijn.
 - **Doel:** Bredere inzichten en betere beslissingen door uiteenlopende denkwijzen.
-

- **9. Faciliterend leiderschap oefenen**
 - **Training:** Volg een cursus in coachend leiderschap of dienend leiderschap.
 - **Doel:** Leren hoe je anderen ondersteunt in plaats van stuurt.
-

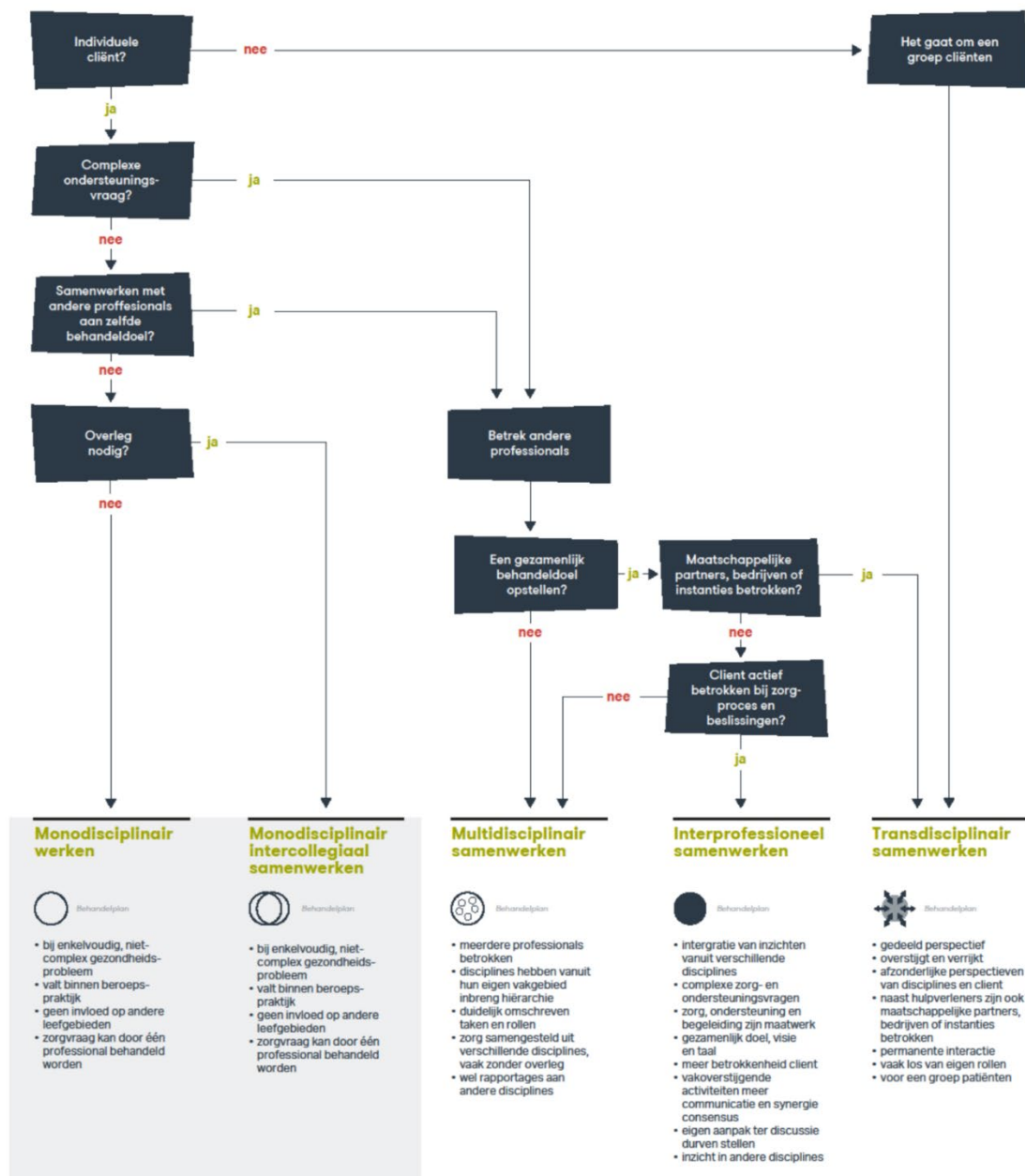
- **10. Gedeeld eigenaarschap stimuleren**
- **Actie:** Werk met gedeelde doelen en laat het team beslissen over de aanpak.
- **Doel:** Verantwoordelijkheid en betrokkenheid van iedereen verhogen.

BIJLAGE C. FLOWCHART SAMENWERKEN IN DE ZORG

Flowchart Samenwerken in de zorg

Deze flowchart helpt professionals bij het kiezen van een samenwerkingsvorm

Caroleen Schuurman
Yvonne van Zaanen
Hogeschool
Lectoraat Relationale Zorg



Bronnen: Zaanen Y, Deckers S, Schuurman H, Handboek interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn (2021), Uitgeverij Coutinho, Bussum, 2021.
Heulemans S en Franssen M, Transdisciplinair is de nieuwe maat, TOPOS 2005:1:22-25.

DE HAAGSE
HOGESCHOOL

Meten teamsamenwerking

Instrument	Kenmerken	Bezwaar volgens Orchard, King, Khalali en Bezzina (2016)
Collaboration and Satisfaction About Care Decisions (CSACD)	Toepasbaar in diverse settings met een sterk gerapporteerde validiteit.	De eenvoudige constructen van de items kunnen samenwerken niet meten.
Team Collaboration Index	Meet individuele vaardigheid binnen drie dimensies: teamcontext, wederzijdse afhankelijkheid, en groei en ontwikkeling.	Meet niet het gehele teamfunctioneren binnen organisaties.
Attitudes Toward Health Care Teams instrument	Meet de voorkeur voor het werken in teams.	Heeft slechts twee schalen: kwaliteit van zorg/proces en artsdominantie; onderzoekt geen teamsamenwerking.
Jefferson Survey of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration	Vier subschalen (teamwerk, verzorging in tegenstelling tot genezing, verpleegkundige autonomie en artsdominantie).	Alleen samenwerkingskenmerken tussen professionals worden onderzocht.
Temkin-Greener et al.'s Interdisciplinary Team Performance Survey (ITPS)	Teamproces en voorspellers van teamfunctioneren: leiderschap, coördinatie, communicatie, conflictmanagement, teamcohesie en teameffectiviteit.	Enkele componenten van samenwerken, maar focus ligt voornamelijk op teamontmoetingen binnen institutionele context.
Teams Climate Inventory	Vier domeinen: a visie op participatieveiligheid b ondersteuning bij innovatie c taken en verantwoordelijkheden d interactiefrequentie	Client heeft geen rol binnen team.

