

Bijlage

Onderzoeksrapport

‘het interprofessionele Leer- en InnovatieNetwerk; een coproductie van zorg en welzijn’

dr. Petra Boersma, docent / onderzoeker Lectoraat Gezondheid en Welzijn van Kwetsbare Ouderen, Hogeschool Inholland

dr. Robbert Gobbens, Lector Gezondheid en Welzijn van Kwetsbare Ouderen, Hogeschool Inholland en Zonnehuisgroep Amstelland

28 september 2021

Inleiding

Dit rapport beschrijft de onderzoeksuitkomsten van het project 'het interprofessionele Leer en InnovatieNetwerk (LIN); een coproductie van zorg en welzijn', een project waarin beoogd is de verbinding en afstemming tussen de professionals die verpleging en verzorging bieden en professionals van het sociale domein (bv de Wmo-consulent, welzijnswerkers, mantelzorgers, vrijwilligers) te verbeteren en cultuurverschillen te overbruggen. Met de verbinding tussen de domeinen zorg en welzijn kan meer integrale zorg/ondersteuning worden geboden die, naar verwachting, de begeleiding van kwetsbare thuiswonende ouderen in de regio Amstelveen ten goede zal komen. De eerste LINs zijn in 2015 vanuit de hbo opleiding verpleegkunde ontwikkeld en opgericht in een zorgorganisatie (thuiszorg en 24/u-zorg). Binnen een LIN komen (zorg)professionals, studenten en een docent samen in de klinische praktijk en gezamenlijk vormen zij een lerende en innovatieve gemeenschap. Zij werken samen aan praktijkgerichte projecten waarin best practices, onderzoeksresultaten en cliëntperspectieven worden gecombineerd om te innoveren en de kwaliteit van zorg te verbeteren en waarin een integratie van onderwijs, onderzoek en praktijk plaatsvindt (Albers et al., 2021). Het Interprofessionele LIN vormt een leergemeenschap waarin professionals van zowel het verpleegkundig als het sociaal domein zitting hebben, tezamen met docenten en studenten van de mbo en hbo opleidingen Verpleegkunde en Social Work. Binnen dit project hebben we de samenwerking in het LIN uitgebreid met het sociaal domein (opleiding en praktijk). Daarbij zijn twee interprofessionele LINs in de regio Amstelveen opgericht waarbij mbo en hbo-verpleegkunde studenten en hbo social work studenten, docenten verpleegkunde en social work samenwerken met professionals van het zorg en het sociale domein. De twee LINs werden beide begeleid door een hbo-verpleegkunde Lecturer Practitioner (LP-er), met ondersteuning van een hbo-social work docent, en waarin de principes van Practice Development (Munten et al., 2012) centraal staan.

Het centrale doel van dit project was om gezamenlijk met de professionals, mbo en hbo docenten, mbo en hbo studenten van het zorg en het sociaal domein verbinding en integrale samenwerking te zoeken om kwalitatief integrale zorg en ondersteuning te leveren aan zelfstandig wonende kwetsbare ouderen. Subdoelen waren gericht op: interprofessioneel leren, reflecteren en innovatief bezig zijn van professionals, docenten en studenten; stimulans om interprofessioneel samen te werken en het aanbod van integrale zorg en dienstverlening te optimaliseren; samenwerken, leren en reflecteren van mbo en hbo docenten.

Ten tijde van dit project is tevens een onderzoek uitgevoerd waarin de volgende onderzoeksvragen centraal stonden:

1. In hoeverre leidt het interprofessionele LIN tot samenwerken en (team)leren tussen zorg- en Welzijnsprofessionals, studenten en docenten?
2. Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaren zorg- en welzijnsprofessionals, docenten en studenten in interprofessioneel samenwerken?
3. In hoeverre draagt een interprofessioneel LIN bij aan integrale ouderenzorg?

Theoretische model

In dit onderzoek staat het theoretisch model van Interprofessioneel samenwerken, 'The Zuyd Interprofessional Building Blocks' ontwikkeld door Hogeschool Zuyd (2016) centraal. Dit model bestaat uit vijf verschillende blocks over interprofessioneel samenwerken, gericht op de benodigde competenties die zorg en welzijnsstudenten en professionals in hun professie nodig hebben. De vijf sleutelcompetenties zijn:

1. Elkaars competenties kennen en begrijpen
2. Werken met interprofessionele zorgplannen
3. Probleemoplossend handelen in interprofessionele teams
4. Passend interprofessioneel verwijzen
5. Werken met interprofessionele zorgplannen (zie fig 1).



Fig 1. Building blocks

Het model is ontwikkeld op basis van drie onderliggende modellen/theorieën. Het eerste is het competentiemodel van Hugh Barr (1998). Dit model beschrijft de competenties die iedere gezondheidsprofessional nodig heeft: gemeenschappelijke competenties die alle gezondheidszorg professionals nodig hebben; complementaire competenties die professies van elkaar onderscheiden en aanvullen; en samenwerkingscompetenties, die professionals nodig hebben om binnen de eigen discipline, met andere disciplines, met non-professionals, binnen organisaties, tussen organisaties met cliënten en hun mantelzorgers, met vrijwilligers en met gemeenschapsgroepen te kunnen samenwerken. Het tweede model/theorie zijn de vijf interprofessionele sleutelcompetenties van het European Network for Interprofessional Practice and Education EIPEN (Vyt 2009). Deze zijn:

- Collaborate and understand: effectief overleggen en samenwerken in interprofessionele teams, op basis van kennis van competenties van zorgverleners;
- Workout careplans: Uitwerken van op de patiënt afgestemde gedeelde zorgplannen op basis van informatie en interactie met andere zorg werkers;
- Deal with problems: anticiperen op, identificeren en verhelpen van problemen in het interprofessioneel team en gedeelde zorgplanning;
- Make appropriate referrals: op passende wijze doorverwijzen naar andere zorgverleners op basis van de kennis van de competenties van deze zorgverleners;
- Evaluate: evalueren van de communicatie, besluitvorming en zorgplanning in termen van efficiëntie.

Tenslotte zijn de CanMedsrollen (Frank, 2005) van zorgverlener/professional, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve Evidence-based Practice (EBP)-professional, gezondheidsbevorderaar, organisator en de professional en kwaliteitsbevorderaar, geïntegreerd in het theoretisch model van interprofessioneel samenwerken. Het IP BuildingsBlock model is tot stand gekomen door integratie van deze drie modellen, waarbij de samenwerkingscompetenties van Barr (1998) en de vijf EIPEN sleutelcompetenties (Vyt, 2009) in het midden zijn geplaatst met daaromheen de CanMeds-rollen.

Methode

Design

De drie onderzoeksvragen zijn beantwoord door middel van een casestudy design, waarin op kwalitatieve wijze data is verzameld (Creswell, 2013). De twee LIN-teams (LIN1 is gehuisvest bij ZHGA; LIN2 is gehuisvest bij St. Brentano) vormen de twee 'cases' (n=2).

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 1, is tevens kwantitatieve data verzameld binnen een pre- en posttest design, zonder controlegroep.

Dataverzameling

De verzamelde kwalitatieve data waarmee de drie onderzoeksvragen worden beantwoord, zijn:

- a) Observatie van tien casusbesprekingen (vijf casusbesprekingen per LIN), gedurende de periode juni 2019 tot juli 2021. In de casusbesprekingen stond iedere keer een (complexe situatie van een) client centraal, die van tevoren gekozen werd door de professionals en studenten in de LINs. Twee focusgroepen, uitgevoerd in juni 2021 (aan het einde van het project), om inzicht te krijgen in hoe het proces in beide LINs is verlopen (procesevaluatie). Per LIN zijn deelnemers doelgericht gevraagd deel te nemen (purposive sampling) zodat een mix van professionals (zorg en welzijn) en een mix van zorg en welzijn docenten en studenten deelnemen. De gesprekken in de focusgroepen zijn gevoerd aan de hand van de volgende stellingen, welke zijn opgesteld door de projectleider, de onderzoeker, een docent en de clientvertegenwoordiger:
- Interprofessioneel samenwerken geeft mij inzichten vanuit een andere invalshoek;
 - Interprofessioneel samenwerken stimuleert mij om kritisch over mijn werk en mijn houding na te denken;
 - Afspraken die we met elkaar maken als professionals in bijvoorbeeld casusbesprekingen worden opgevolgd en geëvalueerd;
 - Het interprofessioneel LIN geeft mij extra werkdruk;
 - Interprofessioneel werken vergroot mijn arbeidstevredenheid;
 - Er zijn geen belemmeringen om vanaf nu interprofessioneel samen te werken, social work – welzijn – verpleegkunde – zorg;
 - Ik ben veel bevorderende factoren tegen gekomen die ervoor gezorgd hebben dat dit interprofessioneel LIN goed werkte;
 - Ik wil graag deel uitmaken van een interprofessioneel team;
 - Door onze integrale zorg/begeleiding in het interprofessionele LIN blijven ouderen langer thuis wonen dan voorheen;
 - Ik zoek gemakkelijker contact met een andere discipline sinds ik deel uitmaak van dit interprofessioneel LIN, als ik een dilemma heb wat buiten mijn eigen expertise gebied ligt;
 - Om integrale zorg/begeleiding te kunnen verlenen is één dossier noodzakelijk;
 - Een interprofessioneel team heeft mij nieuwe inzichten gegeven voor de zorg/begeleiding aan thuiswonende kwetsbare ouderen;
 - In ons interprofessioneel LIN hebben onze cliënten de afgelopen twee jaar betere zorg/begeleiding gehad, dan ze voorheen zouden hebben gekregen;
 - Welzijn en zorg moeten tot eenzelfde organisatie behoren.
- b) Zowel de casusbesprekingen als de focusgroepen zijn opgenomen (audio-opname en ten tijde van de pandemie in MS Teams) en anoniem getranscribeerd. Naast deze data zijn aanvullend, waar relevant, de notulen van de werk- en projectgroepbijeenkomsten geanalyseerd.

Om onderzoeksvraag 1 (In hoeverre leidt het interprofessionele LIN tot samenwerken en (team)leren tussen zorg- en welzijnsprofessionals, studenten en docenten), is tevens kwantitatieve data verzameld. Bij de start van de beide LINs (T0) en aan het einde van het project (T1, na twee jaar), hebben zorg- en welzijnsprofessionals en docenten verpleegkunde en social work een uitgebreide vragenlijst hebben ingevuld. Deelnemende mbo en hbo studenten verpleegkunde en studenten social work hebben aan het begin (T0) en aan het einde van hun stage (T1) deze vragenlijst ingevuld. Hbo stagiaires liepen 20 weken stage, mbo verpleegkunde en social work stagiaires liepen 10 maanden stage.

De vragenlijst bestond uit drie onderdelen:

- Deel 1 is gebaseerd op de vragenlijst van Van Offenbeek (2001) over Teamleren en Samenwerken, en bestaat uit 26 stellingen met antwoorden op een vijf-punts Likertschaal (van zelden tot zeer vaak). De 26 stellingen bestaan uit vier subschalen:
 1. Informatie verzamelen en selecteren (items 4, 5, 6, 9, 10), range 5 – 25;
 2. Informatie distributie (items 1, 2, 7, 8, 20, 21, 22, 23, 24), range 9 – 45;
 3. Informatie toepassing (items 3, 17, 18, 19, 25, 26), range 6 – 30;
 4. Informatie borging en opslag (items 11, 12, 13, 14, 15, 16), range 6 – 30.
- Deel 2 bestond uit een vragenlijst gebaseerd op de quickscan Interprofessioneel Samenwerken van van Dongen & Goossens (2019), met 25 stellingen over interprofessionele samenwerking die ook beantwoord worden op een vijf-punts Likertschaal (van niet aanwezig tot excellent aanwezig). Deze vragenlijst omvat vijf categorieën:
 1. Gemeenschappelijke waarden (items 1 - 5)
 2. Context (items 6 – 10)
 3. Structuur en organisatie (items 11 – 15)
 4. Groepsdynamica en interactie (items 16 – 20)
 5. Ondernemendheid en bedrijfsvoering (items 21 – 25)Op alle vijf subschalen kunnen deelnemers minimaal 5 en maximaal 25 punten behalen. Van deze vragenlijst zijn nog geen betrouwbaarheids en validiteitsgegevens bekend, omdat dit meetinstrument tot op heden vooral ingezet wordt als reflectietool.
- Deel 3 bestaat uit de uit het Engels vertaalde vragenlijst 'Readiness for Interprofessioneel Learning Scale (RIPLS)' van McFayden et al. (2005). McFayden et al. (2005, 2006) hebben de oorspronkelijke RIPLS van Parsell & Bligh (1999) doorontwikkeld. De RIPLS beschrijft 19 gedragingen waarop de deelnemer met een vijf-punts Likertschaal kan antwoorden (van zeer oneens tot zeer mee eens). Ook deze vragenlijst bestaat uit vier subschalen:
 1. SS1: Teamwerk & samenwerking (items 1 – 9), range 9 – 45;
 2. SS2: Negatieve beroepsidentiteit (items 10 – 12), range 3 – 15;
 3. SS3: Positieve beroepsidentiteit (items 14, 16, 17), range 3 – 15;
 4. SS4: Rollen & verantwoordelijkheden (items 15, 18, 19), range 3 – 15.

De subschalen SS2 en SS4 zijn negatief geformuleerd.

Uit onderzoek van McFayden et al. (2006) blijkt een voldoende test-herstest betrouwbaarheid (item-kappa's variëren tussen 0.208 en 0.551). De intraclass correlatie (ICC) is acceptabel voor de subschalen 1 (Teamwerk & samenwerking ICC 0.71 bij een 95% betrouwbaarheidsinterval van 0.55 – 0.82), 3 (Positieve beroepsidentiteit ICC 0.61 bij een 95% betrouwbaarheidsinterval van 0.41 – 0.76) en 4 (Rollen & verantwoordelijkheden), ICC is 0.62 bij een 95% betrouwbaarheidsinterval van 0.43 –

0.76). Subschaal 2 (Negatieve beroepsidentiteit) toont een onvoldoende ICC (0.38) bij een 95% betrouwbaarheidsinterval van 0.10 – 0.58) (McFayden et al., 2006).

Het streven was dat in totaal 30 professionals en/of docenten en 20 studenten de gehele vragenlijst zouden invullen. Van de deelnemers van zowel de kwalitatieve data als van de kwantitatieve data werden de volgende karakteristieken verzameld: leeftijd, geslacht, hoogst afgeronde opleiding, huidige opleiding, huidige functie (inclusief domein) en aantal jaren werkzaam.

Data analyse

De verzamelde kwalitatieve data (de verbatim transcripts van de focusgroepen) zijn op deductieve en inductieve wijze gecodeerd en geanalyseerd (Braun & Clarke, 2006). De codering van de transcripten van de focusgroepen vindt plaats aan de hand van de topics afkomstig van de theorie van het interprofessioneel samenwerken (Vyt, 2009) en Hugh Barr (1998) zoals opgenomen in The Zuyd Interprofessional Building Blocks-model (2016). De beide transcripten van de focusgroepen zijn, onafhankelijk van elkaar, door RG en PB gecodeerd. Vervolgens zijn de analyse van de codes in thema's zijn door hen beiden bediscussieerd tot er overeenstemming was.

De codering van de transcripten van de casusbesprekingen vond plaats op deductieve wijze plaats aan de hand van het interprofessioneel samenwerkingsmodel volgens 'The Zuyd Interprofessional Building Blocks' (Dutch version, 2016) en verder geanalyseerd en ingedeeld in relevante thema's. Drie transcripten van de casusbesprekingen zijn door CB en PB onafhankelijk van elkaar gecodeerd, en daarna bediscussieerd tot er overeenstemming was. De overige transcripten zijn door PB gecodeerd. Daarna zijn de gevonden thema's met een paar leden van de projectgroep (RG, PB en SM - clientvertegenwoordiger) verder geanalyseerd en bediscussieerd. Ter ondersteuning van deze kwalitatieve data analyse is gebruikt gemaakt van MaxQdata 2020 (www.maxqda.com). De resultaten worden toegelicht met letterlijke citaten uit casusbesprekingen (C) en focusgroepen (FG), met nummers van de respondenten (resp).

Kwantitatieve data (vraag 1) is met behulp van IBM SPSS Statistics 27 geanalyseerd. De kenmerken van de deelnemers (T0) zijn met bepaald met behulp van percentages, gemiddelden en standaarddeviaties (sd), afhankelijk van het type data. Verschillen in scores op T0 en T1 zijn met behulp van een t-toets getoetst. Met behulp van de non-parametrische toets Spearman's rho, zijn de correlaties van de subschalen van de drie vragenlijsten berekend, waarbij een score < 0.1 als zwak wordt beoordeeld, een score tussen 0.1 en 0.3 als matig wordt beoordeeld en een score >0.5 als goed wordt geïnterpreteerd (Cohen, 1977).

Alle deelnemers zijn voor de uitvoering van het onderzoek mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek en hebben schriftelijk 'informed consent' gegeven.

Resultaten

Kenmerken van de deelnemers

Bij dit onderzoek zijn in totaal 43 deelnemers (professionals, docenten en studenten van zowel het zorg als het sociale domein) betrokken. Deze deelnemers waren verbonden aan een van de vier deelnemende organisaties, Participe, Zonnehuisgroep Amstelland, Stichting Brentano en Hogeschool Inholland. De ouderenadviseurs van Participe en de verpleegkundigen van Zonnehuisgroep Amstelland en Stichting Brentano hadden al een samenwerkingsrelatie, o.a. doordat zij elkaar soms ontmoeten in een zogenoemd 'Gestructureerd Periodiek Overleg' (GPO), op initiatief van de diverse huisartsen in de regio Amstelveen. Zonnehuisgroep Amstelveen en Hogeschool Inholland hebben al een bestaande samenwerkingsrelatie rondom de LIN's en het begeleiden van reguliere stagiaires. Er was echter nog niet een bestaande samenwerking tussen deze twee thuiszorgteams en Hogeschool Inholland. Allen hebben deelgenomen aan een of meerdere casusbesprekingen, een deel (n=20) heeft ook de vragenlijst(en) ingevuld. Een mbo verpleegkunde stagiaire is uitgevallen omdat zij voortijdig gestopt is met de stage en een wijkverpleegkundige en verzorgende zijn uitgevallen omdat zij een andere baan hebben aangenomen. In tabel 1 zijn de kenmerken van de deelnemers vermeld. De stagiaires waren allen in opleiding tot mbo of hbo verpleegkundige of mbo of hbo social work, allen zaten in het 2e, 3^e of 4^e studiejaar.

Tabel 1. Kenmerken van deelnemers aan kwantitatief en kwalitatief onderzoek

Persoonskenmerken		Deelnemers kwantitatief en kwalitatief onderzoek (n=20)		Deelnemers kwalitatief onderzoek (n=23)	
		n totaal	waarde	n totaal	waarde
Rol in LIN (n, %)	student	12	60,0%	15	65,2%
	professional	8	40,0%	8	34,8%
Domein (n, %)	zorg	15	75,0%	19	82,6%
	social work	5	25,0%	4	17,4%
Geslacht (n, %)	man	1	5,0%	3	20%
	vrouw	19	95,0%	13	87,0%
Leeftijd in jaren <i>gemiddelde</i> (SD)		20	29.3 (13.4)	13	27.2 (12.7)
Hoogst genoten opleidingsniveau (n, %)	mbo (niveau 1, 2, 3, 4)	4	20,0%	5	21,7%
	hbo	8	40,0%	2	8,7%
	universitair niveau/hbo master	2	10,0%	1	4,3%
	havo	5	25,0%	6	26,1%
	mavo	1	5,0%	1	4,3%
In opleiding (n, %)	nee	8	40,0%	8	34,8%
	ja	12	60,0%	15	65,2%
Huidige functie (n, %)	docent hbo	1	5,0%	1	4,3%
	wijkverpleegkundige*	2	10,0%	0	
	stagiaire verpleegkundige	10	50,0%	13	56,5%

	stagiaire welzijn & samenleving	2	10,0%	2	8,7%
	ouderen adviseur/ projectleider welzijn in de wijk	3	15,0%	1	4,3%
	verpleegkundige	2	10,0%	4	17,3%
	praktijkopleider	0		2	8,7%
Aantal jaren werkzaam in deze functie, gemiddelde (SD)		20	1.9 (3.7)	23	2.9 (6.4)

*heeft tevens een coördinerende taak.

Kwantitatieve data

Betrouwbaarheid van de vragenlijsten

De betrouwbaarheid van de vragenlijsten gemeten met Cronbach's alpha is hoog voor de meeste subschalen, op zowel de voor- als de nameting (zie tabel 2).

Tabel 2. Betrouwbaarheid van de subschalen

Vragenlijst	Subschaal	T0 (α)	T1 (α)
Teamleren en ontwikkelen	Informatie verzamelen en selecteren	0.850	0.787
	Informatie distributie	0.854	0.878
	Informatie toepassing	0.653	0.857
	Informatie borging en opslag	0.837	0.848
Vragenlijst	Gemeenschappelijke waarden	0.836	0.866
Interprofessionele samenwerking	Context	0.728	0.744
	Structuur en organisatie	0.811	0.522
	Groepsdynamica en interactie	0.750	0.790
	Ondernemendheid en bedrijfsvoering	0.830	0.844
Vragenlijst bereidheid tot interprofessioneel leren	SS1: Teamwerk & samenwerking	0.944	0.787
	SS2: Negatieve beroepsidentiteit	0.888	0.765
	SS3: Positieve beroepsidentiteit	0.824	0.706
	SS4: Rollen & verantwoordelijkheden	0.844	0.678

De groep deelnemers (n=20) toonde na toetsing geen significante verschillen op de voor- en nameting van de vragenlijsten Teamleren en ontwikkelen, Interprofessionele samenwerking en de Bereidheid tot interprofessioneel leren vragenlijst. Na afloop van deelname aan het interprofessionele LIN bleken de deelnemers niet meer te zijn gaan samen leren en ontwikkelen (p-waarde van de subschalen varieert tussen 0.255 en 0.828). Ook bleken zij niet meer interprofessioneel te zijn gaan samenwerken (p-waarde van de subschalen varieert tussen 0.299 en 0.799), en was er geen toegenomen bereidheid tot interprofessioneel leren (p-waarde van de subschalen varieert tussen 0.172 en 0.421). Uit de tabellen 3,4 en 5, waarin de gemiddelde somscores (sd), minimale en maximale score van de drie vragenlijsten worden vermeld, blijkt ook dat er weinig verschillen tussen de gemiddelde somscores zijn op T0 en T1.

Tabel 3. Gemiddelde somscore (sd), min/max van de subschalen van Teamleren en ontwikkelen (T0 en T1)

	informatie verzamelen en selecteren (T0)	informatie verzamelen en selecteren (T1)	Informatie distributie (T0)	Informatie distributie (T1)	informatie toepassing (T0)	informatie toepassing (T1)	informatie borging en opslag (T0)	informatie borging en opslag (T1)
N	20	20	20	19	20	19	19	19
Gemiddelde	15,00	15,45	30,85	31,26	19,00	20,37	20,00	19,63
Std. Deviatie	3,825	3,410	5,264	6,190	3,078	4,245	5,312	5,090
Minimum	6	8	19	21	13	13	11	10
Maximum	22	22	40	43	24	27	30	30

Tabel 4. gemiddelde somscore (sd), min/max van de subschalen van interprofessioneel samenwerken (T0 en T1)

	samenwerking_ gemeenschapp elijke waarden (T0)	samenwerking_ gemeenschapp elijke waarden (T1)	samenwer king_cont ext (T0)	samenwer king_cont ext (T1)	samenwerkin g_structuur en organisatie (T0)	samenwerkin g_structuur en organisatie (T1)	samenwerkin g_groepsdyn amica en interactie (T0)	samenwerkin g_groepsdyn amica en interactie (T1)	samenwerking_ ondernemendh eid en bedrijfsvoering (T0)	samenwerking_ _ondernemend heid en bedrijfsvoering (T1)
N	20	20	20	20	19	19	20	20	18	18
Gemiddelde	17,85	17,40	15,95	16,90	15,53	15,53	18,10	17,85	13,11	13,83
Std. Deviatie	2,796	3,589	2,911	2,789	2,503	2,503	2,751	2,834	3,462	3,400
Minimum	13	10	11	12	11	11	14	13	9	7
Maximum	24	24	22	22	20	20	23	23	20	21

Tabel 5. gemiddelde somscore (sd), min/max van de subschalen van bereidheid tot interprofessioneel leren (T0 en T1)

	*SS1 (T0)	SS1 (T1)	**SS2 (T0)	SS2 (T1)	***SS3 (T0)	SS3 (T1)	****SS4 (T0)	SS4 (T1)
N	20	19	20	18	20	19	20	19
Gemiddelde	37,65	39,42	12,55	13,17	15,40	16,42	11,50	12,53
Std. Deviatie	7,132	3,820	2,724	1,790	2,998	2,411	2,585	1,954
Minimum	14	33	3	10	8	12	4	8
Maximum	45	45	15	15	20	20	15	15

*SS1: Teamwerk & samenwerking; **SS2: Negatieve beroepsidentiteit; ***SS3: Positieve beroepsidentiteit; ****SS4: Rollen & verantwoordelijkheden

Correlaties tussen de subschalen

De correlaties tussen de eerste drie subschalen van de vragenlijst over Teamleren en ontwikkelen zijn voldoende tot goed, de subschaal Informatie borging & opslag correleert zowel op de voor- als de nameting laag met de andere drie subschalen. De correlaties tussen de vijf subschalen van de vragenlijst over Interprofessioneel samenwerken, correleren niet allemaal even goed met elkaar, er is grote variatie in de correlaties tussen de subschalen, op zowel de voor- als de nameting. De correlaties tussen de subschalen SS1 (Teamwerk & samenwerking), SS2 (Negatieve beroepsidentiteit) en SS3 (Positieve beroepsidentiteit) van de vragenlijst over de Bereidheid tot interprofessioneel leren correleren voldoende tot goed met elkaar. De subschaal SS4 (Rollen & verantwoordelijkheden) geeft soms op de voor- of nameting een lagere correlatie. De correlaties tussen de verschillende subschalen van de drie vragenlijsten verschillen niet heel veel van elkaar op T0 en T1 (zie Bijlage 1).

Kwalitatieve data

Deelnemers en duur casusbesprekingen

In totaal zijn er tien casusbesprekingen gehouden over thuiswonende cliënten met complexe problematiek, vijf cliënten in LIN1 en vijf in LIN2. Aan één casusbespreking heeft de client zelf ook deelgenomen en aan een andere casusbespreking heeft de clientvertegenwoordiger van de zorginstelling deelgenomen. Gemiddeld namen bijna tien (9.9) deelnemers aan de casusbespreking deel, met een minimum van zes en maximum van dertien. De deelnemers waren: wijkverpleegkundigen, ouderenadviseur, projectleider welzijn, mbo en hbo social work studenten, mbo en hbo verpleegkunde studenten, hbo docenten social work en verpleegkunde, praktijkopleider. De onderzoeker nam ook deel aan de casusbesprekingen. Zeven van de tien casusbesprekingen zijn online via teams gehouden in verband met de Corona-pandemie. De gemiddelde duur van een casusbespreking was 1 uur en 20 minuten (79.8 min).

Deelnemers en duur focusgroepen

Er zijn twee focusgroepen gehouden, een met vier deelnemers van LIN1 en een met vijf deelnemers van LIN2. In beide focusgroepen nam een ouderenadviseur deel, een docent (social work of verpleegkunde) en een hbo verpleegkunde student. Daarnaast namen een praktijkopleider, een hbo student social work en een wijkverpleegkundige deel. Een focusgroep duurde 1 uur en 36 minuten, de ander 1 uur en 22 minuten.

Thema's

In (alineas van) de casusbesprekingen zijn naar thema's gezocht onder de vijf verschillende blocks van 'The Zuyd Interprofessional Building Blocks' (zie fig 1). Een aantal van deze blocks/items onder de blocks hebben we in de analyse afwijkend van de oorspronkelijke opzet geïnterpreteerd. De belangrijkste redenen daarvoor was dat in elke casusbespreking een andere client centraal stond, dus evaluatie en bijstelling van de zorg/begeleiding kwam weinig aan bod, de uitkomsten van de casusbesprekingen regelmatig niet met de client/mantelzorg werd besproken (items 2.4 – 2.6, 2.8, 5.1 – 5.5), de client/mantelzorger was m.u.v. 1 keer, niet aanwezig bij de casusbespreking en het ontbreken van een interprofessioneel begeleidingsplan (items 4.3 – 4.5). Daarnaast kwamen een aantal items niet aan de orde tijdens de besprekingen en werden daardoor niet gescoord (items 1.1 - 1.2, 1.11, 2.7, 3.7, 5.2, 5.5). De gevonden thema's zijn bij elk item in *italic* weergegeven.

In de casusbesprekingen werd veel tijd besteed aan het beschrijven van de situatie/persoonskenmerken van client (block 2) en het gezamenlijk bedenken van interprofessionele

interventies, oplossingen en/of bejegeningssafspraken (block 2). Regelmatig werd er feedback gegeven (block 3). En tot slot het laatste item (5.6) werd ook veel gescoord; iedereen nam zeer actief deel aan de casusbesprekingen. Men gaf in de evaluaties van de casusbesprekingen aan dat het fijn was om eens wat langer stil te staan bij een complexe situatie van een client en met elkaar te zoeken naar mogelijkheden. Per block kwamen de volgende thema's naar voren.

Block 1: Elkaars competenties kennen en begrijpen

In alle casusbesprekingen werd veel uitgewisseld over de samenwerkingsmogelijkheden tussen en zorg- en welzijnsprofessionals en een toelichting gegeven op de rollen/taken van diverse professionals in de wijk. Onder de verschillende items van dit block kwamen de volgende thema's naar voren.

Item 1.3: Kan eigen rollen en verantwoordelijkheid in interprofessionele teams beschrijven

Het thema 'wie heeft welke verantwoordelijkheid' was regelmatig onderwerp van gesprek. Bijvoorbeeld, wat is de rol van de eerst verantwoordelijk verpleegkundige (evv-er), welke rollen en verantwoordelijkheden hebben stagiaires, en wie is verantwoordelijkheid voor het continueren van de zorg/begeleiding van client. Onderstaande dialoog tussen de respondenten 19, 24 en 36, geeft een voorbeeld van een (complex) cliëntgericht probleem:

*'Ouderenadviseur (resp 19): Het autorijden bij dementie?
Stagiaire hbo-v (resp 36): Wat is jullie, onze verantwoordelijkheid eigenlijk?
Docent (resp 24): als wijkverpleegkundige heb je wel de verantwoordelijkheid om te signaleren, en je kunt de huisarts inschakelen om actie te ondernemen
Ouderenadviseur (resp 19): maar niet alle huisartsen denken daar hetzelfde over' (C4)*

De zorg en welzijnsprofessionals hebben niet dezelfde *hoeveelheid tijd beschikbaar voor de client*. De ouderenadviseur is vrijer om haar beschikbare tijd in te zetten voor gesprekken met de cliënten dan de verpleegkundigen. De verpleegkundige staat meer onder tijdsdruk/financieringsdruk; aan de hand van de uit te voeren handelingen wordt de daarvoor beschikbare tijd gepland. Alhoewel een wijkverpleegkundige die de regie heeft wel iets meer ruimte heeft om langer bij een client te blijven voor bijv. een gesprek.

'Heb ik ook meerdere keren met hem geprobeerd, maar vaak zegt ie eerder euh nee. Ik heb ook een paar gesprekken met hem geprobeerd te voeren zoals ik net ook vertelde, maar dan kwam er iets anders tussen. Want dan was ik wel bereid om een half uurtje met hem te zitten en allerlei zaken te bespreken. Want ik ben meer vrij in mijn doen en laten als wijkverpleegkundige, en heb meer tijd om te gaan zitten voor een gesprekje, dat doe ik af en toe bij verschillende cliënten.'(C9: wijkverpleegkundige, resp 7)

Item 1.4: Kan eigen specifieke expertise beschrijven

Ook werd in alle casusbesprekingen uitleg gegeven aan de andere deelnemers/professionals/stagiaires over de eigen expertise in het contact met de client. Een specifiek thema werd daarbij niet gevonden.

Item 1.5: Kan verantwoordelijkheid en competenties van andere professionals beschrijven en grenzen herkennen

In de casusbesprekingen werd complexe clientproblematiek besproken. Vaak waren meerdere professionals betrokken bij de zorg/begeleiding van del client. De *communicatie tussen de*

verschillende betrokken professionals was een belangrijk thema. Onderstaande dialogen maken dit duidelijk.

'Ik blijf me erover verbazen hoe slecht de communicatie soms is tussen instellingen. Want het gaat over dezelfde cliënt. Dat we van elkaar zo weinig te weten. Ja, het lijkt me juist heel waardevol, dat jullie weten hoe bijvoorbeeld het proces bij de Brijder gaat. Waar ze tegen aan lopen, dat je daar op zou kunnen letten.' (C1, hbo student vpk, resp 3)

'Client: Ik vind dat er nog wel iets kan worden verbeterd in de contacten tussen de verschillende groepen verdeeld over de dag.

Docent (resp 24): Dus de afstemming tussen de verschillende hulpverleners.

Client: Dat iedereen over en weer op de hoogte is van de laatste ontwikkelingen.' (C6)

Naast dat uitleg werd gegeven over de eigen expertise, is het ook nodig/behulpzaam om *uitleg te geven over expertise van andere professionals bij de client*. In de thuiszorg moeten cliënten soms 'overgehaald' worden om zorg/begeleiding te accepteren. Bij zeven casusbesprekingen bleken de zorg- en welzijn professionals elkaar te kunnen ondersteunen door bijvoorbeeld samen op huisbezoek te gaan, of door uitleg te geven over wat de andere professional voor de client zou kunnen betekenen. Bij drie casussen bleek welzijn niet te kunnen worden ingezet, omdat de casemanager reeds bij de client thuis kwam. In de regio Amstelveen is de afspraak dat wanneer de casemanager in zorg komt, de ouderenadviseur zich terug trekt uit de zorg.

Item 1.6: Toont inzicht, begrip en respect voor rollen, verantwoordelijkheden en competenties van andere professionals in relatie tot de eigen professie.

Wat voor de zorg professionals gesneden koek is, blijkt dat niet altijd voor de welzijnsprofessionals te zijn, en vice versa. Zo werd er in de casusbesprekingen regelmatig *uitleg gegeven over de rollen en verantwoordelijkheden* van de zorg-, c.q. welzijnsprofessionals. Daarmee hangt samen dat men niet automatisch *elkaars taal verstaat*, dat geldt voor stagiaires, maar ook voor (beginnende professionals). Een (eenvoudig) voorbeeld van een dergelijke knelpunt is:

'Stagiaire welzijn (resp 27): Wat houdt ADL in?

Verpleegkundige (resp 12): Oh dat is de algemene dagelijkse, dus dat is eigenlijk meer het wassen en aankleden.

Stagiaire welzijn (resp 27): Oh oké gewoon dagelijkse zorg.'(C7)

Uit de focusgroepen kwam naar voren dat naast elkaars taal verstaan de interprofessionele samenwerking ook inzicht gaf in elkaars rol en competenties. Zorg en welzijn hebben ieder een eigen 'cultuur', waar zorg meer gericht is op oplossingen zoeken en evidence-based te werk te gaan, is welzijn meer gericht op analyseren van het probleem en de client te volgen in zijn wens/behoefte (versterken eigen regie). Een hbo student verpleegkunde verwoorde hoe zij geleerd had van de welzijnsprofessionals/studenten.

'Nou ja ik wel echt zeg banden opgebouwd met bepaalde cliënten, en door ook meer naar ze te luisteren. Niet komen met oplossingen maar gewoon alleen het verhaal aan te luisteren. En meer zeg maar inzicht te krijgen in een situatie van, oké ze heeft met dit te maken en ik ga gewoon alleen even een luisterend oor bieden.' (FG: hbo student vpk, resp 43)

En de welzijnsstudent verwoorde hoe zij geleerd had om tijdens dit interprofessionele LIN ook daadwerkelijk meer een social work attitude aan te leren.

'Ik denk wat het deed is, dat de cliënt meer van zichzelf ook bewust was. Wat hij of zij wil. En hoe daar verder aan gewerkt zou kunnen worden. Dus dat dat ik niet met de oplossing kom, maar dat de cliënt met de oplossing komt.' (FG: hbo student social work, resp 37)

In de kwaliteitsprojecten die uitgevoerd werden binnen het interprofessionele LIN zijn er regelmatig gesprekken geweest over hoe zo'n project zinvol kon zijn voor én social work studenten/professionals én voor verpleegkunde studenten/professionals. Juist vanwege die verschillende culturen bleek dat niet altijd eenvoudig, zoals onderstaande quote weergeeft.

'Ook heel leerzaam om te ontdekken hoe lastig het soms is om die samenwerking met elkaar te zoeken, en om met elkaar op één lijn te komen. En goed naar elkaar te luisteren en respect te hebben voor elkaars vakgebied. Dat goed bij elkaar te brengen, dat je dat op papier allemaal wel mooi kunt bedenken met elkaar, maar het uitvoeren, dat dat is nog wel een dingetje waar je, nou, echt de tijd voor moet nemen met elkaar. (FG: docent, resp 24)

Item 1.7: Ondersteunt andere professionals in interprofessionele team en levert zodoende een bijdrage aan een maximaal positief effect op de individuele zorg voor de client

In de zeven casussen waar zowel de verpleegkundigen als de ouderenadviseurs betrokken waren, bleek dat de ouderenadviseur vaak meer achtergrond informatie van de client en diens systeem bleek te hebben. Deze was *bereid de nodige informatie te delen*, maar alleen die informatie waarvan zij dacht dat die van toegevoegde waarde was voor de zorgprofessionals. Welke informatie wel of niet van toegevoegde waarde was voor de zorgprofessionals, werd eenzijdig door de ouderenadviseur beoordeeld.

Item 1.8: Kan omgaan met verschillen, misverstanden, tegenstrijdigheden en tekortkomingen van teamleden

In drie casussen stond een client met dementie centraal. Bij twee van de drie besprekingen ontstond een *discussie over de benadering van de client en diens familie*. Met behulp van argumenten werden deze verschillen gewikt en gewogen, tot dat er consensus was ontstaan over het te voeren beleid.

Item 1.9: Weet wanneer, hoe en waarom andere professionals bij interprofessionele zorg betrokken kunnen worden

Naast de inzet van andere professionals werd in alle casusbesprekingen ook gesproken over de mogelijkheid tot *inzet van informele zorg*. Informele zorg, zoals familie, burens en vrijwilligers, kan in de thuissituatie van grote betekenis en ondersteuning zijn. In vijf casussen was reeds sprake van informele zorg of is het gelukt om de samenwerking met informele zorg op gang te brengen. Lastig bleek om deze zorg in te voegen in het schema van de professionele zorg, o.a. door gebrek aan overlegmogelijkheden en ook angst bij professionals om familie en burens te overvragen. Daarnaast werd inzet van burens en vrijwilligers ook belemmerd door de Corona-pandemie. In twee van de vijf casussen waar geen sprake was van informele zorg, werd dit veroorzaakt door de cliënten zelf, zij weigerden contact met anderen.

Regelmatig bleek er behoefte aan *afstemming van de zorg/hulp*, bijvoorbeeld met casemanagers, diëtiste, huishoudelijke hulp, gespecialiseerd verpleegkundigen (zoals bijv. long verpleegkundige), maar ook met begeleiders van de dagbesteding/dagbehandeling. Het laatste thema bij dit item is het

'*behoud van eigen regie van de client*'. Afstemming en overleg dient in de allereerste plaats met de client zelf te worden gedaan, met name omdat deze graag de eigen regie wil behouden. In vier van de tien casussen is expliciet gesproken over hoe we behoud van eigen regie kunnen behouden, zie onderstaand voorbeeld.

Kunnen we alternatieven bedenken voor t werk wat meneer heeft aan zijn medicijnen beheren/uitzetten, zonder dat hij zelf de regie niet meer heeft?'(C3: docent, resp 25)

Item 1.10: Kan gegevens van andere professionals toepassen in de eigen interventies

Naast het beschrijven van de situatie van de client werd in de tien casusbesprekingen veel gesproken over het *uitbreiden van het interventie-repertoire*. De professionals, docenten en stagiaires waren zeer bereid hun ideeën over mogelijkheden die de situatie van de client zouden kunnen verbeteren te delen met elkaar.

'Wijkvpk (resp 18): nee die individuele begeleiders komen altijd binnen. En zij is echt blij als ze die individuele begeleiders ziet.

Docent (resp 24): en die ziet ze ook een paar keer per week?

Wijkvpk (resp 18): ja, ja want een collega gaat één keer per week daar heen en ja twee dagen in de week ziet ze wel iemand van de individuele begeleiding.

Onderzoeker: en wat is de sleutel tot succes? Waarom lukt het hun wel en jullie eigenlijk niet. Wat doen zij waardoor het wel lukt?

Wijkvpk (resp 18): ja ik denk omdat het, die twee gaan op vaste dagen daar heen. Langer blijven ze, twee uur. En ze ziet steeds hetzelfde gezicht natuurlijk, dus dan ga je ook een vertrouwensband opbouwen. En wij komen in een wijkverpleging steeds met verschillende personen daar naar binnen. En ja, en het lukt ook. We proberen nu wat vastere collega's in te zetten. Maar dat is gewoon helaas niet altijd haalbaar. En dan is het iedere elke dag een ander gezicht zeg maar. 's Ochtends of 's avonds. Ik denk dat dat euh maakt waardoor zij dan eerder euh die twee collega's vertrouwd en ons niet.'
(C8)

Block 2: Werken met interprofessionele zorgplannen

De beide interprofessionele teams werkten (nog) niet met een gezamenlijk interprofessioneel zorg- en ondersteuningsplan. De zorgprofessionals werkten met een eigen zorgplan, evenzo werkten de ouderenadviseurs met een eigen begeleidingsplan. Desondanks werden gemaakte afspraken van de casusbesprekingen wel meegenomen in de werkstructuren van de zorg- en welzijnsprofessionals.

Item 2.1: Stelt eigen onderzoeksgegevens en/of voorzieningen beschikbaar aan andere professionals om de zorg voor de client te optimaliseren

In de casusbesprekingen kwam steeds weer naar voren dat men *veel van elkaar leerde*, kennis over de client, maar ook tips en trucs om met het soms lastige gedrag van de client/familie om te gaan. Tegelijkertijd ontdekte men dat door o.a. het ontbreken van een gezamenlijk zorg- en begeleidingsplan voor de client, *informatie over de client niet altijd duurzaam beschikbaar bleek voor alle betrokkenen*. De casusbesprekingen bleken daar een goede stap voorwaarts in te zijn, maar de borging bleek nog een aandachtspunt. Professionals die niet bij de casusbespreking(en) aanwezig waren geweest, konden er niet automatisch op rekenen dat de informatie en afspraken ook voor hun beschikbaar kwam in bijvoorbeeld het dossier.

Item 2.2: Levert vanuit eigen professie een bijdrage aan een complete beschrijving van de client

In acht casusbesprekingen werd de client gepresenteerd zonder duidelijke structuur. Met hield wel een soort van holistische visie aan, door zowel informatie over de lichamelijke en de mentale toestand van

de client te delen, evenals het beschrijving van diens sociale systeem, maar dat was niet heel gestructureerd. In casusbesprekingen zeven en negen hebben we geprobeerd de client te presenteren aan de hand van het OMAHA systeem (<https://www.omahasysteem.nl/omaha-classificatiesysteem.html>). Het Omaha Systeem is een van oorsprong Amerikaans classificatiesysteem, geschikt voor zorg en welzijn, dat sinds 2014 dankzij steun van de overheid een toevlucht neemt in Nederland. Het Omaha Systeem is inmiddels uitgegroeid tot het meest gebruikte classificatiesysteem voor de wijkverpleging. Ook de wijkverpleging in de regio Amstelveen werkt met dit systeem. Voor de welzijnsprofessionals was dit model onbekend. Het gebruik van OMAHA werd positief geëvalueerd, zoals blijkt uit onderstaande citaten.

'Docent (resp 24): en wat ik wel heel mooi vond om te constateren is dat we eigenlijk op het psychosociale domein en op het gezondheid gerelateerde gedragsdomein uitkwamen. Wat eigenlijk laat zien hoe belangrijk het is om zorg en welzijn samen te pakken he. Dat je eigenlijk vanuit de zorg heel erg de neiging hebt om naar het fysiologisch domein te kijken en nu zie je van oke, deze twee domeinen springen eruit. Maar die betreffen gezondheid en welzijn.'(C9)

'Docent (resp 25): ja ik begrijp dat het voor de oefening wat uitgebreid was. Maar ik vond het super overzichtelijk. Euh ik vond het ook fijn dat nu gelijk alles aan bod kwam. Want anders dan begin je ergens en dan kan je ook zo insteken. Dus ik vond het heel prettig.'(C9)

Item 2.3: Levert een bijdrage aan een gedeelde probleemanalyse van alle betrokken professionals, waarbij het persoonlijk perspectief van de client centraal staat

In alle casusbesprekingen ging veel tijd en aandacht uit naar het analyseren van het clientprobleem en de complexe situatie rondom de client. Men vond het belangrijk om consensus te bereiken over het exacte probleem. Met *name inzicht krijgen in de sociale en psychische problematiek van de client*, vroeg veel tijd. Vervolgens vroeg men zich af of dit ook voor de client het meest prangende probleem was en *hoe zo goed mogelijk bij de persoonlijke behoefte/situatie van de client kon worden aangesloten*. Voor alle deelnemende professionals was dit het belangrijkste uitgangspunt. En tegelijkertijd lastig, omdat de client meestal niet aanwezig was tijdens de casusbesprekingen. Er werd dus vaak namens de client gesproken.

'Hbo-student vpk (resp 2): Heb je het idee dat mw. zelf last heeft van de situatie waar ze in zit.

Mbo-stud vpk (resp 4): Ik heb soms de indruk van wel. Waarom ga je nu alweer, ik vind het zo jammer, want dan ben ik hier maar alleen, dan lig ik hier alleen maar te tukken op de bank. Op een ander moment heb ik het gevoel dat ze er geen last van heeft, althans, dan benoemt ze het dan niet.' (C2)

Bij één casusbespreking was de client wel aanwezig, en kon direct aan de client gevraagd worden hoe deze tegen de situatie aankeek, en wat voor hem/haar belangrijk was. De aanwezigheid van de client werd door allen als een grote meerwaarde ervaren.

Tegelijkertijd ondervond men in de samenwerking met de client en andere (interprofessionele) collega's, *samenwerkingsbelemmeringen om probleemanalyse helder te krijgen*, zoals afstemming tussen de verschillende hulpverleners 'wie doet wat op welk moment', onduidelijkheid over de situatie van de client (is er nu sprake van huiselijk geweld of niet) en er is veel behoefte aan individuele begeleiding, maar het wijkteam heeft daar weinig ruimte voor en voelt zich bezwaard om dat bij een andere organisatie in te huren. Nadat het probleem geanalyseerd was, werden er interventies bedacht en vervolgens een plan om deze uit te voeren.

Item 2.4: Formuleert samen met client/familie en andere professionals zorg/behandeldoelen

In negen casusbesprekingen werd *het client doel verwoord door professionals*, die al wel de client in zorg/begeleiding hadden. Geprobeerd werd om dat zo letterlijk mogelijk van de client over te nemen, zoals verwoord in onderstaande quote.

*'Ze zeggen zelf dat ze graag daar samen willen blijven wonen.
Dat is hun doel, ik vertel hun doel' (C1, welzijnsprofessional, resp 19)*

In een casusbespreking was de client zelf aanwezig en gevraagd zijn/haar doel te verwoorden. De onderstaande dialoog maakt duidelijk dat *een client hulp nodig heeft bij het formuleren van zijn eigen behandelgoal*. De client heeft niet direct helder wat zijn eigen behoefte precies is.

*'Docent (resp 24): En wat zou u nou graag als uitkomst willen hebben van deze bespreking? Waar heeft u behoefte aan?
Client: Ja het liefste wil je natuurlijk dat je... dat er iets tegen die ziekte gevonden wordt he. Medicijnen of wat dan ook, maar dat is er gewoon niet.
Docent (resp 24): Ja, maar heeft u geen specifieke vragen aan ons?
Client: Nou op dit moment niet, nee. Het komt niet zomaar boven borrelen maar misschien aan aanleiding van vragen die aan mij gesteld worden.'*(C6)

Item 2.5: Neemt samen met de client/familie en andere professionals, beslissingen over clientgecentreerde zorg/behandeldoelen

In alle casusbesprekingen werden voorstellen voor beleid/doelen/interventies gemaakt en was *er de intentie deze met de client* te bespreken. In de praktijk bleek echter dat deze intentie niet altijd tot uitvoering kwamen. In de casusbesprekingen werden de doelen ook niet altijd even expliciet vastgesteld.

Item 2.6: Bespreekt samen met de client/familie en andere professionals het clientgecentreerde zorg/behandelplan en legt dit ook vast

In de negen casusbesprekingen, zonder aanwezigheid van de client, zijn strikt genomen nooit de uitkomsten besproken met de client en dus ook niet vast gelegd. Na de 6^e casusbespreking werd geconcludeerd dat de casusbesprekingen vooral tot doel bleken te hebben dat de interprofessionele collega's, studenten en docenten elkaar beter leerden kennen en daardoor ook beter konden samenwerken. Dit werd bevestigd in beide focusgroepen. De vertaling van de uitkomsten van de casusbesprekingen naar de directe zorg/begeleiding van de client vond echter nog niet plaats. Vanaf de 7^e casusbespreking is daarvoor meer aandacht opgeëist, o.a. door structureel aan het begin van de casusbespreking de terugkoppeling te vragen van de vorige bespreking. En aan het einde van de casusbespreking werd afgesproken wie welke actie/interventie op zich ging nemen. Belangrijk uitgangspunt was het *inzetten van persoonsgerichte zorg*, telkens weer werd gezocht naar welke interventie het beste aansluit bij de persoonlijke behoeften en wensen van de client en/of diens familie.

'Het gaat echt over beperkingen en mogelijkheden en ondersteuning op maat voor het welzijn van mevrouw. Waar zij het beste bij vaart.' (C7: ouderenadviseur, resp 19)

In de focusgroepen concludeerde men dat dat het interprofessionele LIN een positief effect had, bijvoorbeeld dat de zorg- en welzijnsprofessionals elkaar gemakkelijker konden vinden, er breder werd gekeken, en er meer focus was op dat de gehele mens centraal staat (holistische benadering), zoals blijkt uit onderstaand dialoog uit een focusgroep.

Verpleegkundige (resp 18): Want euh nu, zo ken je elkaar ook he. Wij, ik ken nu (resp 19) nu heel goed dus dan is het voor mij makkelijker om mijn telefoon te pakken en haar te bellen. Om te overleggen zeg maar.

Ouderenadviseur (resp 19): Ja, en ik kan nu eigenlijk altijd wel weer iemand bij jou kwijt. Dat is ook wel makkelijk. (FG)

Tegelijkertijd werden ook samenwerkingsbelemmeringen ervaren. Het bleek voor oudere cliënten moeilijk om overzicht te krijgen over, welke professional op welk moment komt. Onderling interprofessioneel overleg daarover, zou wenselijk zijn. Ook kunnen wijkverpleegkundigen moeilijk exacte bezoektijden aangeven. Daarentegen leverden de casusbesprekingen ook mooie voorbeelden van interventies waar interprofessionele samenwerking op de voorgrond staat, en belangrijk, waarbij ook de *informele zorg* betrokken werd, zoals:

Ouderenadviseur (resp 19): Dan denk ik dat het interessant is om met de mantelzorg nog een keer een kring gesprek kunnen houden. Met mevrouw, mantelzorg, jij en ik. Om te kijken van, kunnen we, kunnen jullie die blokzorg overnemen omdat die financiën voor een deel al. Want laatst heeft hij dat met die buurvrouw al geregeld. Dus dan zou dat, het gaat er ook een beetje om dat die mantelzorg wat wordt ontlast. Ik denk dat er toch wel kansen liggen.

Wijk vpk (resp 18): nou helemaal mee eens. Ik denk dat het ook een goed idee is als wij met zijn drieën een gesprekje aangaan.' (C10)

Item 2.8: Werkt samen met andere professionals en met de client/familie om zorg te plannen

De casusbesprekingen leverden op dat de interprofessionele collega's gingen brainstormen over samenwerkingsmogelijkheden om de zorg voor de client te verbeteren.

'Doordat we toch samen, he, het gaan sparren en met elkaar toch met andere interventies komen' (FG: verpleegkundige, resp 18)

Block 3: Probleem-oplossend handelen in interprofessionele teams

Item 3.1: Kan reflecteren op eigen handelen in interprofessionele team

Kritische reflectie op het eigen handelen in de interprofessionele casusbesprekingen was gericht op *reflectie op de eigen attitude ten opzicht van de client/familie*. In casusbespreking 1 kwam bijvoorbeeld huiselijk geweld ter sprake. Er werd uitvoerig gesproken over hoe een ieder zich verhoudt tot dit gegeven en hoe deze kennis mogelijk zou kunnen doorwerken in de eigen attitude. Reflectie over het eigen handelen kwam ook regelmatig ter sprake als het ging over *regie behoud van de client*. Met name het spanningsveld tussen welke verantwoordelijkheid kan de client nog zelf dragen en welke dient te worden overgenomen door de professionals. Aan het einde van de casusbesprekingen werd gereflecteerd op de *impact van de interprofessionele casusbesprekingen op de professional/docent/student*. Een student (resp 15) gaf aan:

'Hbo student vpk: Ja, ik vond het ook heel leerzaam dat je nu ook meer gaat denken van wat voor oplossing gaan we hiervoor bedenken. Maar ook dat je er anders nu naar gaat kijken, zoals huiselijk geweld, dat was me helemaal niet bekend. Dus dat soort dingen denk ik dan weer meer aan bij volgende keer.

Welzijnsprof (resp 19): Bij ADL, ja.

Hbo student vpk: Zodat ik kan signaleren.' (C1)

Tot slot werd gereflecteerd op het *samen leren* tijdens de interprofessionele casusbesprekingen. Een student geeft in onderstaande quote mooi aan dat het elkaar leren kennen, elkaars werkzaamheden leren kennen, haar stimuleerde om vaker de andere discipline te betrekken bij een clientsituatie.

'Nou gewoon euh, meer de ouders adviseur betrekken in bepaalde situaties. Want ik weet dat je er bent, maar soms denk je wel eens van nou ja eigenlijk, wie weet is dat wel een dingetje voor jou. En wie niet vraagt wie niet wint.' (C8: student mbo vpk, resp 40)

Of een verpleegkundige die nu gemakkelijker ook problemen signaleert bij de client die over haar eigen domein heen gaan.

'Ik had vorig jaar een cliënt, we waren enkel alleen maar voor het verzorgen van haar teen, een wondje. En toen zag ik dat mevrouw zich ook eenzaam voelde en alleen en zodoende heb ik toen ook de ouderenadviseur gebeld. Kom eens langs. En toen is participe ook erbij gekomen.'(FG, verpleegkundige, resp 18)

Item 3.2: Kan feedback geven aan andere teamleden op een passende en constructieve manier

Tijdens casusbesprekingen werd over verschillende onderwerpen *op constructieve wijze feedback* gegeven: (a) feedback gericht op de zorg/begeleiding/omgang met de client, zoals bijvoorbeeld de ouderenadviseur (resp 19) iemand corrigeerde en zei *'het woord blij is al best ingewikkeld als je somber bent.'*(C10), (b) feedback gericht op behoud van een veilige thuissituatie, zoals in onderstaand dialoog:

'Ouderenadviseur (resp 19): en maken jullie wel eens een proef alarm? Want dan weet mevrouw ook dat ie het doet. Dat moet je eigenlijk elke maand doen he.

Wijk verpleegkundige (resp 12): ja dat klopt. Dat zal nu nog niet elke keer gedaan worden. Dus dat is wel een goeie om mee te nemen.

Ouderenadviseur (resp 19): misschien kunnen jullie dat eens doen want dan kan je ook zien, als ze er zelf op kan drukken. Want je ziet wel vaker bij mensen met dementie dat ze niet weten wat ze met een alarm moeten.

Wijk verpleegkundige (resp 12): ja, ja dat klopt.' (C7)

En tot slot werden er ook regelmatig complimenten gegeven, zoals door de praktijkopleider (resp 5):

'Ja heel goed. Nee dit is heel goed wat je nu zegt. Persoonlijke zorg, want daar moet een interventie op gedaan worden.' (CB9)

Item 3.3: Kan reflecteren op interprofessioneel teamwerk

Reflectie door deelnemers op het interprofessioneel teamwerk tijdens de casusbesprekingen leidde vooral tot de conclusie dat deze een *positieve impact had op de client/familie*. Een client en student verpleegkunde verwoordden dit als volgt:

'Ik vond het heel interessant en het dwingt mij om over bepaalde dingen nog eens na te denken.'(C6: client)

'Ik weet best wel veel van die meneer. Maar ik vind het wel fijn dat we nu echt iets kunnen doen voor hem. In plaats van er een beetje over praten, ik praat er natuurlijk wel over met collega's en begeleider. Maar ja nu hebben we tenminste echt iets wat we kunnen doen. Als vervolgstap om hem te helpen, dat vind ik wel, ja dat vind ik fijn.'(C3: hbo student vpk, resp 3)

Of zoals een ouderenadviseur reflecteerde:

'Nou ja ook bij dat voorbeeld van de oudere dame van honderd jaar, zij hoeft niet eropuit he, zoals we eerst dachten om haar naar de dagbesteding te laten gaan. Ik kan ook naar haar toekomen. Dus dan he, daarin toch wel een middenweg vinden van wat he, de cliënt vooropstellen. Wat is belangrijk. Wat past bij de mens.' (FG: ouderenadviseur, resp 13)

In de casusbesprekingen is gestoeid met het gebruik van een zorg/begeleidingsmodel. Drie modellen zijn ter sprake te gekomen, het holistische model, het OMAHA model, en het positieve gezondheidsmodel. Daarnaast werd ook nog gesproken over een alternatief model vanuit welzijn. Met het holistische en OMAHA model is het meest geoefend. De deelnemers gaven aan dat het OMAHA model wel veel tijd kostte (alle domeinen bij langs gaan kost tijd), maar ook een overzichtelijk model is, geschikt voor zowel zorg als welzijn en dat de introductie van de client aan de hand van het OMAHA leidde tot een zeer volledig beeld.

Item 3.4: Kan eigen problemen en dilemma's identificeren en bespreekbaar maken in het interprofessionele team

In de casusbesprekingen kwamen *twee morele dilemma's* naar voren. Het een was de vraag 'hoe lang geef je nog zorg, terwijl deze door cliënten niet gewaardeerd lijkt te worden, waar liggen de grenzen'? Het andere morele dilemma was de spanning tussen behoud van eigen regie van de client en deze (meestal omwille van de veiligheid) overnemen?

Een ander probleem wat in een paar casusbesprekingen naar voren kwam was dat met name cliënten die moeizaam professionals 'binnen lieten', soms zo verschillend reageerden op de professionals. De een leek te kunnen lezen en schrijven met de client, terwijl de ander heel veel moeite moet doen om überhaupt binnen te mogen komen. Gesprekken over deze dilemma's en problemen gaven inzicht in eigen en andermans gedrag, maar gaf ook steun. Een ouderenadviseur verwoorde dit als volgt:

'Dan vind ik het heel fijn dat ik weet wie ik kan bereiken om even te spuien van god, ik heb deze casus, kan jij erin iets betekenen. Wat wel, wat niet en dan niet alleen met de zorg maar ook met de ergo therapeuten, bij de huisarts he, noem maar op. En ik vind het fijn dat we daarin korte lijntjes houden. En dat dat dat het ook echt mogelijk is. dat ik gewoon even kan bellen van god he, en advies kan inwinnen. Dat dat er daar ben ik heel blij mee.' (FG, ouderenadviseur, resp 13)

Item 3.5: Kan problemen binnen het interprofessioneel team tijdig identificeren en bespreekbaar maken

Een aandachtspunt bleek de *samenstelling van het interprofessionele team* te zijn. Regelmatig werden disciplines 'gemist' bij de casusbespreking, zoals bijvoorbeeld de casemanager of de huishoudelijke hulp wanneer er sprake was van dementie. Doordat deze ontbraken was *afstemming met ontbrekende disciplines* lastig. Idealiter zou het zo moeten zijn, dat de (zorg- en begeleidingsbehoefte) van de client leidend zou moeten zijn voor welke professionals aanwezig zijn bij de casusbesprekingen.

'Docent (resp 25): En wat ik me nog afvroeg is, we hadden het over mogelijk. dat de casemanager erbij was geweest. Maar hoe geldt dat voor de persoonlijk begeleider? Dat is ook iemand die erbij uitgenodigd zou kunnen worden. Het moet allemaal maar kunnen, dat begrijp je wel, maar...

Docent (resp 24): ook ja, bij deze casus zou dat ook wel gepast hebben he.

Docent (resp 25): ja.' (C8)

Item 3.6: Is in staat om problemen van interprofessioneel team aan te pakken en op te lossen

Alle deelnemers ervoeren een *positieve impact van de casusbesprekingen*. Deelname aan deze besprekingen nodigde uit tot reflectie op het eigen handelen, en biedt daarmee een mogelijkheid voor het ontwikkelen van een breder repertoire. Daarentegen bleken voorstellen voor tips/interventies toch vaak een stap te ver om daadwerkelijk te gaan uitvoeren. De situatie bij de client was soms inmiddels veranderd, en soms bleken voorstellen al eerder te zijn besproken in het zorgteam en te zijn afgewezen als niet passend voor deze client. De onderstaande quote is een voorbeeld van een haalbare en wel uit te voeren oplossing.

'Ik vind dat een hele mooie interprofessionele samenwerking als jij als verpleegkundige op hetzelfde moment komt als wanneer de ondersteunende begeleiding daar is. Dat is nou een heel mooi voorbeeld, denk ik, van hoe je interprofessioneel samenwerkt.' (C8, onderzoeker)

Ook gaven alle professionals aan dat zij leerden van de vragen die (ook door studenten) in casusbesprekingen worden gesteld.

Item 3.8: Is in staat om eigen problemen in interprofessioneel team aan te pakken en adequaat op te lossen

Zoals bij item 3.6 al beschreven bleek de uitvoering van de interprofessionele oplossing niet eenvoudig. Een belangrijk knelpunt was het personeelsverloop van zowel het verpleegkundig als het sociaal domein, evenals het verloop van stagiaires. Hbo zorg stagiaires liepen stage gedurende 20 weken, mbo zorg stagiaires gedurende 10 maanden, evenals de hbo en mbo welzijnsstagiaires. Ook was het niet eenvoudig om continuïteit van met name de zorgprofessionals in de casusbesprekingen te bewerkstelligen. Daarmee stond de *borging van de interprofessionele afspraken* naar aanleiding van de casusbesprekingen onder druk.

Block 4: Passend interprofessioneel verwijzen

Item 4.1: Kan de sociale kaart in de betreffende regio beschrijven en hanteren

Naast de zorg en welzijnsprofessionals zijn er nog veel andere ondersteuningsmogelijkheden voor thuiswonende cliënten, zoals bijvoorbeeld: home instead, sociale werkplaats, dagbesteding, inzet casemanager, huishoudelijke hulp, ergo therapie, aanvullende zorg/begeleidingsmogelijkheden vanuit WMO, WLZ en maaltijdbezorging. Dit zijn *belangrijke andere mogelijke samenwerkingspartners* in de zorg/begeleiding voor oudere cliënten in de wijk.

Item 4.2: Kan op een juiste manier verwijzen naar de verschillende professionals binnen en buiten het interprofessioneel team

In de casusbesprekingen werd de inzet van zorg en begeleiding kritisch bekeken en waar nodig afgestemd met de regiehouder. In Amstelveen is dat de huisarts, aldus de *ouderenadviseur (resp 19) 'In principe is de huisarts de regisseur'*(C1). Met de huisarts vindt overleg plaats op verschillende niveaus, direct contact met de huisarts of via de praktijkondersteuner, en meer complexe cliënten waarbij verschillende professionals betrokken zijn kunnen door alle professionals worden voorgedragen voor een bespreking in het GPO. Via de huisarts kunnen andere disciplines betrokken worden, zoals bijvoorbeeld de casemanager, een diëtiste, ergotherapeut of de Brijder stichting.

Block 5: Evalueren van interprofessioneel teamwerk

Item 5.1: Kan de clientgecentreerde zorg op methodische wijze evalueren als individuele zorgverlener, als interprofessioneel team en binnen de ketenzorg met de client/familie

Zoals niet alle interventies daadwerkelijk uitgevoerd werden door de zorg/welzijnsprofessionals, werden ook niet alle behandelplannen op methodische wijze met de client geëvalueerd. De teams zijn niet gewend om dit op methodische wijze in aanwezigheid van de client te doen, maar hebben op *meer informele wijze evaluatieve gesprekken met de client/familie*. Andere redenen van niet methodisch evalueren is opname van de client en daarmee uit (tijdelijke) zorg en dat de client niet open staat voor een dergelijk gesprek (bijv. door psychiatrische problematiek). Evaluatie van de uitgevoerde interventies met de client in casus 6 bleek heel positief te zijn. Een van de interventies bleek niet zoals was voorgesteld te worden uitgevoerd door eens vrijwilliger, maar is opgepakt door een stagiaire. De client heeft de interventies erg gewaardeerd en de interventie bleek een versterkt welbevinden met zich mee te brengen (bijvangst van de interventie).

Item 5.3: Kan de interprofessionele besluitvorming met client/familie, teamleden, ketenzorgers, mantelzorgers en belangenorganisaties (zorg en welzijn) op methodische wijze evalueren

Binnen de casusbesprekingen was het Interprofessionele team heel goed in staat de eigen besluiten en besluitvorming kritisch te evalueren. Vanaf de 7^e casusbespreking werd structureel aan het begin van de bespreking de afspraken/besluiten van de vorige casus geëvalueerd. Dit vond echter niet altijd op methodische wijze plaats en ook niet met de client/familie en alle betrokken zorg en welzijnsprofessionals. Daar valt nog wel een verbeteringslag te maken, zoals ook de praktijkopleider verwoordt in onderstaande quote.

'Want ik denk namelijk dat ons opgevolgd werden, daar heb ik wat minder zicht op. Ik had wel het idee dat ze, zeg maar de mensen die erbij zaten, wel alert erop waren om de dingen die afgesproken waren door te pakken. Alleen, of het goed overgedragen werd ook aan de anderen van het team, en of het goed in het eigen dossier kwam, dat betwijfel ik. En de terugkoppeling in een volgende evaluatie inderdaad, of in een volgende bespreking. Dat miste in het begin, maar dat ging steeds een beetje beter. Maar ook dan zagen we vaak dat ze niet meer zo goed wisten wat er dan afgesproken was, en of er wat opgevolgd was. Dus ik denk dat het echt alleen lag bij de mensen die er op dat moment bij waren. Dat die in de korte tijd daarna daar wel wat mee gedaan hebben, maar daar bleef het haken denk ik. Dus professioneel gezien is daar nog wat te winnen. (FG: praktijkopleider, resp 5)

Item 5.4: Kan de efficiëntie van de interprofessionele zorg/begeleiding met client/familie, teamleden, ketenzorgers, mantelzorgers en belangenorganisaties (zorg en welzijn) op methodische wijze evalueren.

In de focusgroepen kwam efficiëntie van het interprofessionele LIN aan de orde bij het thema werkdruk. Alle deelnemers van de focusgroepen gaven aan plezier te hebben in de samenwerking met de interprofessionele deelnemers van het LIN. Tegelijkertijd ervoeren allen ook een toegenomen *werkdruk*. Studenten ervoeren werkdruk door de combinatie van het uitvoeren van het kwaliteitsproject en de combinatie met de opdrachten voor school. Professionals en docenten ervoeren werkdruk door het opzetten, uitvoeren en ook begeleiden van de kwaliteitsprojecten. Naast dat de deelname aan de project- en werkgroep en casusbesprekingen de interprofessionele samenwerking bevorderden, kostten ze simpelweg ook extra tijd. Voorgesteld werd om, in navolging van de opgedane positieve ervaring tijdens de pandemie, in de toekomst elkaar in de project- en werkgroepen ook grotendeels online te ontmoeten, dit bespaart veel reistijd. Allen gaven uiteindelijk aan dat de voordelen van het

interprofessionele LIN toch opwogen tegen deze nadelen. Alle deelnemers gaven aan dat deelname aan het LIN een leerzaam proces is geweest en een plezierige samenwerking heeft opgeleverd, hetgeen hun arbeidstevredenheid vergrootte. Een ouderenadviseur, verpleegkundige, twee studenten en een praktijkopleider gaven aan dat hun arbeidstevredenheid met name ook vergroot werd doordat zij zien dat een interprofessionele samenwerking ten goede komt aan hun cliënten.

‘Vanuit mezelf euh ja, het levert mij wel meer arbeidstevredenheid op omdat ik echt zie dat het effect heeft op de kijk naar onze cliënten en dat vind ik zelf iets waar ik heel blij van word.’ (FG: praktijkopleider, resp 5)

Item 5.6: Draagt actief en professioneel bij aan interprofessionele casusbesprekingen, vergaderingen, teamsamenwerking en netwerken

Iedereen was actief betrokken bij het uitvoeren van de casusbesprekingen, onder andere door te stimuleren de vaart erin te houden, juiste volgorde van stappen aan te houden, *c.q. structuur geven aan de besprekingen*: eerst probleem analyseren (nadat was afgesproken hoe een casus werd ingebracht), dan voorstellen voor interventies inventariseren, dan afspraken maken en afronden. Gezocht werd naar welk onderliggend thema speelt er bij de client op een dieperliggend niveau? De studenten waren veelal onbekend met het houden van een casusbespreking, maar werden door iedereen actief uitgenodigd actief te participeren.

In de regio's waar de casusbesprekingen werden gehouden werkte men met zogenoemde GPO's, multidisciplinaire overleg-momenten met onder andere de huisarts, praktijkondersteuner, ouderenadviseur, casemanager en verpleegkundigen. De deelnemers van de casusbesprekingen hadden *de wens aan meer interprofessionele overlegmomenten*. De GPO's zouden zich daar goed voor kunnen lenen. Maar dan is het nodig dat in de GPO's iets meer tijd wordt gemaakt voor het bespreken van de situatie, ieders rol, nadenken over interventies en hoe familie erbij te betrekken, zodat de GPO's naast een functioneel overleg, ook de functie krijgt van een wat meer reflectief overleg. De gedachte was dat de casusbesprekingen kunnen vervallen en kan worden aangesloten bij bestaande structuren. Hoewel niet iedereen een gezamenlijk cliëntendossier voor zorg en welzijn waarin informatie en gemaakte afspraken met de client voor iedereen toegankelijk zijn wenste, werd het ontbreken ervan wel als een belemmering in de interprofessionele samenwerking ervaren. Zoals een docent (resp 25) verwoorde, *‘Ik denk dat het, het is natuurlijk makkelijker’*, maakt onderstaand dialoog duidelijk dat interprofessionele samenwerking ook niet vanzelfsprekend is met alleen een gezamenlijk cliënten dossier.

‘Ik sluit me er helemaal bij aan. Want je hebt aan de ene kant een volledig beeld als je één dossier hebt. En aan de andere ook weer niet. Want je wil dan snel dingen over het hoofd zien. Dat je denkt, oh ik heb het al in het dossier staan. Dus ik hoef er niet nog een keer naar te vragen. Maar misschien is de situatie wel verandert. En het is ook, nou ja, zoals we in het kwaliteitsproject hebben gezien, belangrijk om een band op te bouwen met de cliënt. En die band komt ook al wel sneller als je zelf het gesprek aangaat. Dan als je de informatie als krijgt.’ (FG: hbo student verpleegkunde, resp 43)

Discussie

In dit onderzoek is met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve data gezocht naar antwoorden op de vragen, in hoeverre het interprofessionele LIN leidt tot samenwerken en (team)leren tussen zorg- en Welzijnsprofessionals, studenten en docenten, welke bevorderende en belemmerende factoren worden ervaren door de zorg- en welzijnsprofessionals, docenten en studenten in interprofessioneel samenwerken en tot slot vroegen we ons af in hoeverre een interprofessioneel LIN een bijdrage levert aan integrale ouderenzorg?

De resultaten van de kwantitatieve data tonen geen significante verschillen in interprofessioneel leren, ontwikkelen en samenwerken tussen de voor- en nameting. Daaruit kunnen we de conclusie trekken dat de deelnemers (studenten, docenten en professionals verpleegkunde en social work van de twee interprofessionele LINs geen grote veranderingen hebben doorgemaakt tijdens deelname aan de diverse interprofessionele activiteiten. De kwalitatieve data daarentegen geven aan dat zowel studenten, docenten als professionals binnen dit interprofessionele LIN hebben geleerd en hun samenwerking hebben verbeterd. Daarbij hebben zij de wens uitgesproken om het interprofessionele LIN ook na afloop van dit ZonMw-project op eigen kosten voort te zetten. In de focusgroepen gaven alle deelnemers aan dat zij de indruk hadden dat het interprofessioneel LIN een positieve invloed had op de kwaliteit van leven van de thuiswonende ouderen, enerzijds door inzet van stagiaires die meer tijd en aandacht voor de ouderen tijdens de zorg/begeleidingsmomenten hebben, en door het uitvoeren van verschillende kwaliteitsprojecten die erop gericht waren de zorg/begeleiding aan de ouderen te verbeteren, maar ook doordat zorg en welzijnsprofessionals een bredere blik kregen op de problematiek van de ouderen en hoe zij daarbij integrale ondersteuning zouden kunnen geven. De ouderenadviseurs en verpleegkundigen schakelden elkaar sneller in, en hadden meer overleg over hoe om te gaan met complexe problematiek, waardoor een positieve beweging richting integrale zorg is gemaakt.

Een knelpunt in de interprofessionele samenwerking was dat informatie over de client niet duurzaam beschikbaar werd gesteld voor collega's, waarmee de cyclus van het methodisch werken niet volledig werd afgerond. Met name de uitvoering van het behandelplan en de evaluatie ervan, kwam te weinig aanbod. Dit werd onder andere belemmerd door personeelsverloop van zowel professionals als stagiaires, werkdruk en te weinig continuïteit in de deelname aan de interprofessionele casusbesprekingen. Een mooi instrument in Nederland wat mogelijk ook in de regio Amstelveen een bijdrage kan leveren aan het oplossen van het probleem dat de zorg- en welzijnsprofessionals met verschillende clientsystemen werken en bij verschillende organisaties werken, is de Online Zorg Omgeving (OZO-verbindzorg) (<https://helpdesk.ozoverbindzorg.nl/support/home>). OZO-verbindzorg is een samenwerkingsplatform waarbij degene die zorg/ondersteuning nodig heeft bepaalt wie er allemaal toegang krijgen tot zijn/haar netwerk. De communicatie en samenwerking verlopen daarmee efficiënter. Het unieke aan OZO is dat OZO van de client zelf is, de client heeft de regie, een belangrijk uitgangspunt ook in dit interprofessionele LIN. Zowel zorgorganisaties, welzijnsinstellingen en andere betrokkenen vanuit het sociaal domein in de regio kunnen aangesloten worden bij OZO-verbindzorg.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is de grootte van de groep die heeft deelgenomen aan het kwantitatieve deel van deze studie. Een groep van 20 deelnemers is feitelijk te klein om significante verschillen zichtbaar te maken. Tabel 6 laat zien dat op de eerste drie subschalen van de vragenlijst 'Teamleren en ontwikkelen', informatie verzamelen, distributie en toepassen, en de vier

subschalen van de 'Bereidheid tot interprofessioneel leren'-vragenlijst, de deelnemers gemiddeld een kleine hogere score tonen op de nameting. Dat zou mogelijk kunnen verklaren waarom de deelnemers in de focusgroepen aangeven wel degelijk een stap voorwaarts hebben gezet in het interprofessioneel leren en ontwikkelen. De gemiddelde scores van de subschalen van de vragenlijst over 'interprofessionele samenwerking' tonen niet deze vooruitgang op de nameting. Hiervoor zijn twee verklaringen denkbaar, het eerste is dat de deelnemers daadwerkelijk de ervaring hebben, niet meer interprofessioneel te hebben samengewerkt. Samen werken is nog wat anders dan samen leren. De tweede, wat ons betreft, meer plausibele verklaring is dat deze vragenlijst onvoldoende samenhang heeft. De correlaties tussen de subschalen van deze vragenlijst lopen veel meer uiteen dan bij de andere twee vragenlijsten en ook zijn de verschillen op T0 en T1 veel groter. Deze vragenlijst is oorspronkelijk niet ontworpen als vragenlijst, maar als een quickscan waarmee professionals kunnen reflecteren op hun interprofessionele team en netwerken-samenwerking in kaart te brengen (Wijkgerichte zorg factsheet quickscan interprofessionele team samenwerking).

Een belangrijke andere beperking is dat in het interprofessionele LIN welzijn, zowel op het niveau van professionals, docenten als studenten ondervertegenwoordigd was. Meer social work studenten leveren is moeilijk realiseerbaar in het hbo onderwijs, omdat de alleen studenten die kiezen voor wijkgericht werken in aanmerking komen voor een stage bij Participe en daarmee in dit interprofessionele LIN. Onderzocht zou moeten worden in hoeverre uitbreiding van mbo studenten social work voor deelname aan dit interprofessionele LIN mogelijk zou zijn. In dit project was de inzet in het interprofessionele LIN voor de verpleegkunde en social work docenten niet gelijk getrokken, de social work docent had minder uren beschikbaar gekregen dan de verpleegkunde docent. In de opzet van het interprofessionele LIN was het achteraf gesproken beter geweest een gelijke verdeling in de project begroting op te nemen en daarmee het ook mogelijk te maken dat de LIN-dagen om en om door verpleegkunde dan wel de social work docent zou worden begeleid.

Conclusie & aanbevelingen

Dit twee- en een half-jarig project waarbij twee interprofessionele LINs (zorg en welzijn) werden opgezet in twee regio's in Amstelveen zijn, ondanks de komst van de pandemie, succesvol afgerond.

De belangrijkste conclusies omtrent het interprofessioneel samenwerken en (team)leren zijn:

1. De casusbesprekingen en kwaliteitsprojecten in het interprofessionele LIN gaven de zorg- en welzijnsprofessionals (i.o.) de gelegenheid elkaar beter te leren kennen, hetgeen hun samenwerking intensiverde en hun de gelegenheid gaf hun problemen met betrekking tot complexe cliënten te bespreken.
2. Social work en verpleegkunde studenten, docenten en professionals leerden van elkaars expertise (hun blik werd verruimd).

Ondanks dat een interprofessioneel LIN in de thuiszorg ook extra inzet en tijd vraagt, was de algehele conclusie dat interprofessionele casusbesprekingen en kwaliteitsprojecten binnen het LIN, leiden tot betere afstemming en samenwerking tussen de domeinen zorg en welzijn, die de kwaliteit van leven van de client ten goede komt. Hoewel moeilijk te realiseren, heeft het grote meerwaarde om de client/familie te betrekken bij de casusbesprekingen.

Een belangrijke bevorderende factor was het enthousiasme om deel te nemen aan de interprofessionele casusbesprekingen, iedereen leerde van elkaar. Een andere belangrijke bevorderende factor was de werkgroep. In de werkgroep bijeenkomsten werden hobbels die men tegenkwam in de uitvoering van het interprofessionele LIN besproken, wat de samenwerking, bijvoorbeeld de uitvoering van de kwaliteitsprojecten, vergemakkelijkte.

In de casusbesprekingen werd de methodische cyclus van zorg/begeleiding niet altijd volledig doorlopen. Veel aandacht werd besteed aan de probleemanalyse, doelbepaling en behandel/interventie voorstellen. Belangrijke belemmeringen waren:

- Hoewel hier discussie over was, werd het ontbreken van een gezamenlijk zorg/begeleidingsplan gemist.
- Ontbreken van tijd om cliëntenbesprekingen te houden en om alle betrokken disciplines rondom de client deel te laten nemen.
- Continuïteit van zorg/begeleiding o.a. door verloop van medewerkers en studenten.

De belangrijkste aanbeveling is om het interprofessionele LIN in de wijk te continueren, maar dan met een grotere gelijkwaardigheid van de domeinen zorg en welzijn. Dit kan onder andere worden gerealiseerd door de docenten social work en verpleegkunde een even grote rol in het geheel te geven. Een maandelijks bijeenkomst van de werkgroep interprofessioneel LIN wordt aangeraden.

Een andere belangrijke aanbeveling is om te onderzoeken of het gebruik van OZO-verbindingzorg (<https://helpdesk.ozoverbindzorg.nl/support/solutions/62000112018>) een geschikt hulpmiddel zou zijn om de interprofessionele samenwerking beter te kunnen borgen. Daarmee zou mogelijk het volledig doorlopen van de cyclus van het methodisch werken en het delen van clientinformatie vergemakkelijkt kunnen worden, waardoor de teams een professionaliseringsslag kunnen maken. Het grote voordeel van OZO-verbindingzorg is dat organisaties niet hoeven te fuseren of dat clientregistratiesystemen dienen te worden aangepast.

De laatste aanbeveling is om te onderzoeken of de huidige structuur van clientbesprekingen in het GPO, kan worden aangepast, waardoor er (a) meer ruimte ontstaat voor gesprek over en (b) reflectie

op de (complexe) situatie van de client en (c) alle betrokken disciplines aanwezig kunnen zijn en/of (d) dat een client/familie bij het overleg aanwezig kan zijn en direct inspraak heeft. Op die manier kunnen de interprofessionele casusbesprekingen vervallen. Indien dit geen optie is, dan is de alternatieve aanbeveling om de interprofessionele casusbesprekingen in de LIN-activiteiten op te nemen.

Referenties

- Albers, M., Gobbens, R.J.J., Reitsma, M. Timmermans, O.A.A.M.J. & Nies H.L.G.R. (2021). Learning and innovation network in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today* 104, 1-8. doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104988
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competencybased model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12, 181-188.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 3(2), 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York/London: Academic Press.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Sage, London.
- Frank, J.R., Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
- Kromhout, M., Kornalijslijper, N., & de Klerk, M. (red) (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking; Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- McFayden, A.K., Webster, V.S. & MacLaren, W.M. (2006). The test-retest reliability of a revised version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). *Journal of Interprofessional Care*, December 2006; 20(6): 633–639
- McFayden, A. K., Webster, V.S., Strachan, K., Figgins, E., Brown, H., & McKechnie, J. (2005). The Readiness for Interprofessional Learning Scale: A possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 595 – 603.
- Moser, A. (2016). Factsheet background Interprofessional competence model and Interprofessional building blocks. Downloaded from: <http://interprofessioneelsamenwerken.nl/factsheet-background-paper-ipos-buildingblocks-albine-moser-2/>
- Munten, G., Legius, M., Niessen, T., Snoeren, M., Jukema, J., & Harps-Timmermans, A. (2012). *Practice Development: Naar duurzame verandering van zorgen onderwijspraktijken*. Boom/Lemma, Den Haag.
- Niessen, T. & Cox, K. (Red.) (2011). *Innoverend leren in het ZorgInnovatieCentrum. Het creëren van ruimte voor vernieuwing*. Boom/Lemma, Den Haag.
- OZO-verbindzorg (z.d). Downloaded from: <https://helpdesk.ozoverbindzorg.nl/support/home>
- Parsell, G., & Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness for health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*, 33, 95 – 100.
- Van Dongen, J. & Goossens, W. (2019). 2e uitgave 2019 Interprofessionele samenwerking De Quicksan. Op een lijn 64, 2e uitgave, <https://quicksan-ipt.nl/wp-content/uploads/2019/09/QuickScan-interprofessionele-samenwerking.pdf>
- Van, Offenbeek, M. (2001). Process and outcomes of Team learning. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(3), 303–31.
- Vyt, A. (2009). *Exploring quality assurance for interprofessional education in health and social care*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Wijkgerichte zorg factsheet quickscan interprofessionele team samenwerking. Maastricht University / Hogeschool Zuyd. Downloaded from:

<https://www.zuyd.nl/binaries/content/assets/zuyd/onderzoek/factsheets/wijkgerichte-zorg-factsheet-quickscan-interprofessionele-team-samenwerking.pdf>

Bijlage 1. Correlaties tussen de subschalen van de drie vragenlijsten op T0 en T1

Tabel Correlaties subschalen teamleren en ontwikkelen (T0 en T1)

		informatie verzamelen en selecteren (T0)	informatie verzamelen en selecteren (T1)	Informatie distributie (T0)	Informatie distributie (T1)	informatie toepassing (T0)	informatie toepassing (T1)	informatie borging en opslag (T0)	informatie borging en opslag (T1)
informatie verzamelen en selecteren (T0 en T1)	Correlatie Coëfficiënt	1,000	1,000	,566**	,788**	,602**	,757**	,224	,527*
	Sig. (2-zijdig)			0,009	0,000	0,005	0,000	0,357	0,020
	N	20	20	20	19	20	19	19	19
Informatie distributie (T0 en T1)	Correlatie Coëfficiënt	,566**	,788**	1,000	1,000	,639**	,936**	,465*	0,325
	Sig. (2-zijdig)	0,009	0,000			0,002	0,000	0,045	0,174
	N	20	19	20	19	20	19	19	19
informatie toepassing (T0 en T1)	Correlatie Coëfficiënt	,602**	,757**	,639**	,936**	1,000	1,000	,663**	0,352
	Sig. (2-zijdig)	0,005	0,000	0,002	0,000			0,002	0,140
	N	20	19	20	19	20	19	19	19
informatie borging en opslag (T0 en T1)	Correlatie Coëfficiënt	0,224	,527*	,465*	0,325	,663**	0,352	1,000	1,000
	Sig. (2-zijdig)	0,357	0,020	0,045	0,174	0,002	0,140		
	N	19	19	19	19	19	19	19	19

**Correlatie is significant bij 0.01 (2-zijdig).

*Correlatie is significant bij 0.05 (2-zijdig).

Tabel Correlaties tussen de subschalen Interprofessionele samenwerking (T0 en T1)

		samenwerki ng&gemeen schappelijke waarden (T0)	Samenwerki ng&gemeen schappelijke waarden (T1)	samenwerki ng_context (T0)	samenwerki ng_context (T1)	Samenwerki ng&structuu r en organisatie (T0)	Samenwerki ng&structuu r en organisatie (T1)	samenwerki ng&groepsd ynamica en interactie (T0)	samenwerki ng&groepsd ynamica en interactie (T1)	samenwerki ng&onderne -mendheid en bedrijfsvoeri ng (T0)	samenwerk ing&ondern emendheid en bedrijfsvoeri ng (T1)
samenwerking & gemeen-	Correlatie Coëfficiënt	1,000	1,000	,529*	,663**	,609**	,576**	,512*	,492*	0,057	,571*

schappelijke waarden (T0 en T1)	Sig. (2-zijdig)			0,016	0,001	0,006	0,010	0,021	0,027	0,824	0,013
	N	20	20	20	20	19	19	20	20	18	18
samenwerking & context (T0 en T1)	Correlatie	,529*	,663**	1,000	1,000	0,265	0,285	0,177	,716**	0,273	,487*
	Coëfficiënt										
	Sig. (2-zijdig)	0,016	0,001			0,274	0,238	0,455	0,000	0,272	0,040
	N	20	20	20	20	19	19	20	20	18	18
	Correlatie	,609**	,576**	0,265	0,285	1,000	1,000	,495*	,520*	0,004	0,427
samenwerking_ structuur en organisatie (T0 en T1)	Coëfficiënt										
	Sig. (2-zijdig)	0,006	0,010	0,274	0,238			0,031	0,023	0,988	0,077
	N	19	19	19	19	19	19	19	19	18	18
samenwerking & groepsdynamica en interactie (T0 en T1)	Correlatie	,512*	,492*	0,177	,716**	,495*	,520*	1,000	1,000	-0,211	0,345
	Coëfficiënt										
	Sig. (2-zijdig)	0,021	0,027	0,455	0,000	0,031	0,023			0,402	0,161
	N	20	20	20	20	19	19	20	20	18	18
	Correlatie	0,057	,571*	0,273	,487*	0,004	0,427	-0,211	0,345	1,000	1,000
samenwerking & ondernemendheid en bedrijfsvoering (T0 en T1)	Coëfficiënt										
	Sig. (2-zijdig)	0,824	0,013	0,272	0,040	0,988	0,077	0,402	0,161		
	N	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18

**Correlatie is significant bij 0.01 level (2-zijdig).

*Correlatie is significant bij 0.05 level (2-zijdig).

Tabel Correlaties subschalen RIPLS (T0 en T1)

		SS1 (T0)	SS1 (T1)	SS2 (T0)	SS2 (T1)	SS3 (T0)	SS3 (T1)	SS4 (T0)	SS4 (T1)
SS1: Teamwerk & samenwerking (T0 en T1)	Correlatie	1,000	1,000	,686**	,633**	,649**	,594**	,649**	0,348
	Coëfficiënt								
	Sig. (2-zijdig)			0,001	0,005	0,002	0,007	0,002	0,144
	N	20	19	20	18	20	19	20	19
SS2: Negatieve	Correlatie	,686**	,633**	1,000	1,000	,674**	,653**	,784**	,730**
	Coëfficiënt								
	Sig. (2-zijdig)	0,001	0,005			0,001	0,003	0,000	0,001

beroepsidentiteit (T0 en T1)	N	20	18	20	18	20	18	20	18
SS3: Positieve beroepsidentiteit (T0 en T1)	Correlatie Coëfficiënt	,649**	,594**	,674**	,653**	1,000	1,000	0,422	,542*
	Sig. (2-zijdig)	0,002	0,007	0,001	0,003			0,064	0,016
	N	20	19	20	18	20	19	20	19
SS4: Rollen & verantwoordelijkheden (T0 en T1)	Correlatie Coëfficiënt	,649**	0,348	,784**	,730**	0,422	,542*	1,000	1,000
	Sig. (2-zijdig)	0,002	0,144	0,000	0,001	0,064	0,016		
	N	20	19	20	18	20	19	20	19

**Correlatie is significant bij 0.01 level (2-zijdig).

*Correlatie is significant bij 0.05 level (2-zijdig).