

Onderzoeks-rapport

Leren en verbeteren in de verpleeghuiszorg

Projectnummer 516012512

Auteurs: Petra Boersma, Dave van Loon, Karin Bosch, Krijn van Beek, Robbert Gobbens

Amsterdam, Februari 2023

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
Methode.....	5
Design.....	5
Vier onderzoeksfasen.....	5
Settingen.....	6
Uitvoering van het actie onderzoek, dataverzameling en data-analyse.....	6
Fase 1 Selectie van drie initiatieven (mnd 1-3).....	6
Fase 2 Interactie tussen bestaande initiatieven & literatuur onderzoek (mnd 4-9).....	7
Fase 3 Implementatie van het nieuwe initiatief (mnd 10-29).....	9
Businesscase beschrijven (mnd 34-36).....	11
Fase 4 Evalueren (mnd 10-29).....	12
Dataverzameling.....	13
Data analyse.....	16
Resultaten.....	17
Kenmerken van de deelnemers.....	17
Kwantitatieve data.....	18
<i>Betrouwbaarheid van de vragenlijsten.....</i>	18
<i>Toetsing van de door deelnemers ingevulde vragenlijsten.....</i>	19
<i>Toetsing leer- en ontwikkelgedrag.....</i>	19
Kwalitatieve resultaten.....	20
<i>Deelnemers.....</i>	20
<i>Thema's.....</i>	20
<i>Leerklimaat.....</i>	20
<i>Samenwerking.....</i>	22
<i>Communicatie.....</i>	24
<i>Opschaling.....</i>	25
Discussie.....	27
Conclusie & aanbevelingen.....	30
Dank.....	32
Referenties.....	33

Bijlage 1 Vragenlijst Competentie ontwikkeling	35
Bijlage 2 Interview protocol	37
Bijlage 3 Tabellen toetsing vragenlijsten.....	41
Bijlage 4 Tabellen toetsing leer- en ontwikkelgedrag.....	45
Bijlage 5 Correlaties tussen de subschalen van de CanMeds competentie ontwikkeling observatielijst (T0)	47

Inleiding

Dit rapport beschrijft de onderzoeksuitkomsten van het project ‘leren en verbeteren in de verpleeghuiszorg’, welke in 2019 is gestart met als centrale doel inzichtelijk te maken wat werkzame ingrediënten zijn van nieuwe veelbelovende leer/werkinitiatieven en wat er voor nodig is om deze op te kunnen schalen.

In januari 2017 is het nieuwe kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg vastgesteld en als kwaliteitstandaard opgenomen in het wettelijke Register van het Zorginstituut Nederland (2017). In het kader wordt beschreven wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Zo staat beschreven dat de cliënt als mens centraal dient te staan en moet de focus liggen op kwaliteitsverbetering, met vertrouwen in de betrokkenheid, trots en kracht van zorgprofessionals, hun relatie met de cliënt en met respect voor de lokale en persoonlijke context. Continu werken aan een betere kwaliteit van zorg is de norm.

De afgelopen jaren is de complexiteit van de zorgverlening aan ouderen in verpleeghuizen toegenomen (Actiz, 2018). Die complexiteit wordt enerzijds veroorzaakt door de toegenomen zwaarte en complexiteit van de aandoeningen waarmee mensen in het verpleeghuis terechtkomen en verblijven (Boersma et al., 2017; Zimmerman et al., 2014). Anderzijds wordt de complexiteit ook veroorzaakt door een toegenomen diversiteit van cliënten zoals de variatie in etnisch-culturele achtergrond, familieomstandigheden en wensen en behoeften van cliënten. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat er meer aandacht nodig is voor competentieontwikkeling van medewerkers. Tevens blijkt het werven en behouden van goed gekwalificeerd personeel in de ouderenzorg niet eenvoudig te zijn. Dit heeft te maken met een krappe arbeidsmarkt maar zegt ook iets over de arbeidsmarktreplicatie van de ouderenzorg. Om de competentieontwikkeling te bevorderen en werving en behoud te stimuleren, is een op ontwikkeling gerichte werkcontext nodig. Een dergelijke ontwikkelingsgerichte werkcontext wordt het beste gestimuleerd door te leren van en met elkaar. Het leren gericht op zorgvernieuwing, maar ook het leren gericht op bevoegd- en bekwaamheid wordt echter in de langdurige ouderenzorg niet altijd door medewerkers als vanzelfsprekend en leuk ervaren.

Het roept de vraag op, op welke wijze (en binnen welke context) leren en ontwikkelen als meer inspirerend maar ook effectiever kan worden aangeboden.

De onderzoeksvragen die we in dit project willen beantwoorden zijn:

1. Welke goede leerwerkpraktijken zijn er in de langdurige zorg in de grootstedelijke context van Amsterdam te benoemen?
2. Wat zijn de werkzame principes van deze best practices?
3. Wat is de generaliseerbaarheid van de werkzame principes van de best practices?
4. Wat valt te leren van de noodzakelijke interactie tussen de zorgprofessionals, cliënten en hun naasten, de opleiders en de managers in die zorg?

5. Hoe werkt het vergroten van de schaal van best practices die generaliseerbaar zijn?

De kern van dit onderzoek betreft het implementeren van een lerende omgeving, met als uiteindelijk doel de kwaliteit van zorg voor de cliënt te verbeteren, samen te leren en te ontwikkelen en daarmee het vertrouwen van de medewerkers en de in opleiding zijnde studenten te versterken.

Methode

Design

Dit participatief actieonderzoek binnen de verpleeghuiszorg heeft als centrale focus, het implementeren van een lerende omgeving. In deze dynamische leeromgeving is het actieonderzoek zelf dus feitelijk onderdeel van de interventie. In dit project hanteren we de methodiek van het Participatief Actie Onderzoek (PAO) van Migchelbrink (2018) waarbij uitdrukkelijk geldt dat de betrokken cliënten/naasten, verpleegkundigen, verzorgenden, docenten en studenten, zo veel mogelijk samenwerken met de onderzoekers zodat in co-creatie kennis en vaardigheden worden ontwikkeld.

Vier onderzoeksfasen

De volgende fasen hebben we aan de hand van PAO de afgelopen 3.5 jaar doorlopen (1 juni 2019 - 1 december 2022):

1. Selectie van drie initiatieven, doornemen planning en werkwijzen (maand 1-3) (= fase 1 en 2 van PAO)
 - a) Quickscan van onderwijsvernieuwingsinitiatieven in de langdurige zorg in Amsterdam
 - b) Voorstel voor selectie van drie initiatieven en keuze
2. Interactie tussen bestaande initiatieven (maand 4-9): (= fase 3 PAO: diagnosticeren)
 - a) Zes dialoogsessies waarin drie initiatieven van elkaar leren
 - b) Onderzoeker inventariseert parallel literatuur en is waarnemer
 - c) Fase eindigt met (hypothetische) set van succesfactoren (werkzame ingrediënten), die nog een keer worden voorgelegd aan alle betrokkenen; dit leidt tot een nieuw initiatief voor een leer/werkplaats
3. Implementatie van het nieuwe initiatief (maand 10-29) (= fase 4-5 van PAO)
 - a) Werven van teams die willen meedoen aan een nieuw initiatief m.b.t. een leer/werkplaats
 - b) Interviesessies tussen begeleiders binnen de nieuwe initiatieven
4. Evalueren (maand 10-29) (= fase 6 van PAO en loopt parallel aan fase 4-5)

Settingen

Alle woon/zorginstellingen voor langdurige ouderenzorg en mbo en hbo opleidingen die een samenwerkingspartner zijn van het Ben Sajet Centrum, zijn gevraagd te participeren in dit onderzoek. Concreet zijn Cordaan, Amsta, Amstelring, Zonnehuisgroep Amstelland, ROC TOP, ROC van Amsterdam en Hogeschool Inholland, daadwerkelijk in dit project aangehaakt. In de fasen 1 en 2 zijn al deze instellingen betrokken. De uitvoering van fase 3 heeft vooral plaats gevonden op de locaties van Amsta en Zonnehuisgroep Amstelland, met medewerking van ROC TOP, ROC van Amsterdam en Hogeschool Inholland.

Uitvoering van het actie onderzoek, dataverzameling en data-analyse

Fase 1 Selectie van drie initiatieven (mnd 1-3)

Onderzoeksvraag 1 ‘Welke goede leer/werkpraktijken zijn er in de langdurige zorg in de grootstedelijke context van Amsterdam te benoemen?’, is beantwoord met behulp van face-to-face interviews met vernieuwende leer/werkpraktijk in Amsterdamse verpleeghuiszorg, zoals het gildeleren, leer- en innovatienetwerken en fieldlabs. Een leer/werkpraktijk werd geselecteerd voor een interview als deze voldeed aan de definitie, ‘een hybride opleidingsplaats waar een zorginstelling en initiële opleiding (mbo of hbo) in gezamenlijkheid onderwijs, praktijk en bij voorkeur ook onderzoek integreren’. Deze zogenoemde hybride leeromgevingen worden gekenmerkt doordat opleiding en beroepspraktijk in elkaar schuiven en zijn opgenomen in één onderwijsontwerp. Denken en doen zijn niet van elkaar gescheiden zijn maar zitten in tijd en ruimte dicht tegen elkaar aan (Huisman et al., 2010).

Tussen 1 juni 2019 en 31 augustus 2019 zijn vijf hybride leer/werkpraktijken geïncorporeerd voor een interview, namelijk: 1) Vakschool Langdurige Zorg, 2) Leerhuis Hof van Sloten, 3) Gildeleren, 4) Leer- en InnovatieNetwerken en 5) TOP-leren 2.0.

Aan de betrokken professionals (praktijkopleiders/-adviseurs, managers en/of docenten) legden we mondeling de volgende vragen voor:

1. Welke innovatieve leer/werkpraktijken zijn er binnen de instelling/opleiding?
2. Waarom en door wie worden deze leer/werkpraktijken als goed/succesvol beschouwd?
3. Wie profiteert van het initiatief? En op welke wijze?
4. Hoe ziet de desbetreffende leer/werkpraktijk er concreet uit?
 - Aard: inhoud/niveau van de studenten
 - Omvang: aantal uren docent/aantal studenten/aantal plekken/betrokken professionals/duur
 - Focus: te bereiken doel
 - Samenwerking onderwijs / praktijk
 - Hoe wordt deze vorm bekostigd?

- Onderzoeksc component
5. Welke leermethoden en leerstijlen worden gebruikt?
 - Wie leert er?
 - Wat wordt geleerd?
 6. Welke belemmerende en bevorderende factoren zijn te onderscheiden?
 7. In welke mate is, naar de mening van de respondent, de leerpraktijk generaliseerbaar naar andere afdelingen/instellingen? Zijn hier al concrete plannen voor?
- Tot slot vroegen we projectplannen, verslagen van projectgroep bijeenkomsten en beleidsdocumenten op.

Daarnaast hebben we met twee cliënten van twee hybride leer/werkpraktijken een individueel interview gehouden om te achterhalen welke criteria vanuit het perspectief van de cliënt en/of diens naaste van belang zijn voor een goede leer/werkpraktijk op de afdeling.

Analyse van deze interviews gaf ons inzicht in de stand van zaken van reeds bestaande en als goed beoordeelde leer/werkpraktijken vanuit het perspectief van het management, het perspectief van cliënten en naasten, en vanuit de andere betrokken professionals, maar ook gaf het ons inzicht in de beïnvloedende succesfactoren. Deze zijn beschreven in de factsheet Boersma (2019), op te halen vanaf www.bensajetcentrum.nl/eerste-resultaten-programma-leren-en-verbeteren-in-de-verpleeghuiszorg/

Fase 2 Interactie tussen bestaande initiatieven & literatuur onderzoek (mnd 4-9)

Deze fase beantwoordt onderzoeksvraag 2 'Wat zijn de werkzame principes van deze best practices?' Tevens hebben we in deze fase een leernetwerk opgebouwd bestaande uit betrokkenen van de hierboven genoemde vijf hybride leer/werkinitiatieven en tevens partners van het Ben Sajet Centrum. Het van en met elkaar leren binnen het leernetwerk hebben we vorm gegeven door zes leerlab-bijeenkomsten te organiseren. Vijf leerlabs hebben we live uitgevoerd tussen 12 november 2019 en 3 maart 2020, waarbij 11 - 16 deelnemers aanwezig waren (gemiddeld aantal deelnemers was 13.2). Van alle deelnemende partners in dit project was er steeds een vertegenwoordiger aanwezig. Dus zowel van zorginstellingen, Mbo- én Hbo-instellingen. De thema's van de bijeenkomsten waren in gezamenlijkheid gekozen, namelijk: kennis maken met leernetwerk, het optimale leerklimaat, prototypes ontwikkelen m.b.v. methode van policy design studio (<https://policydesignstudio.nl>), van droom naar werkelijkheid, en als laatste ons nieuwe leer/werkplek.

De leerlabs kregen invulling met behulp van literatuuronderzoek en input van experts. De bijeenkomsten kregen vorm met behulp van nieuwe werkvormen die we ontleenden aan de bij Kennisland ontwikkelde ‘sociale innovatie- spiraal’(Oei e.a., 2013). De zesde en laatste bijeenkomst vond i.v.m. COVID-19 online plaats en stond in het teken van evaluatie van de leerlabs. Daarnaast hebben we ook nog twee aparte bijeenkomsten samen met verschillende groepen studenten gehouden. Boersma, Geest van der, & Gobbens hebben de uitvoering van de leerlabs beschreven in een artikel in O&G. Belangrijk om te vermelden hier is dat een cruciaal kenmerk van die leerlabs was, dat alle betrokkenen konden deelnemen en mee konden denken met de invulling en uitvoering. De kaders van de leerlabs legden we aan de deelnemers voor, om vervolgens samen met hen concrete invulling aan de leerlabs te geven. In de leerlabs hanteerden we een waarderende aanpak (Masselink e.a., 2020): benoem dat wat goed gaat en verbeter de situatie vanuit kracht (Boersma, Geest van der, & Gobbens, 2021). Leuk om te vermelden is dat dit artikel de Henk Ritzen-prijs 2021 heeft gewonnen. Het lovende jury verslag is ook gepubliceerd in O&G (Ritzen, 2022).

In de zes leerlab-bijeenkomsten hebben we met alle betrokken partijen de werkzame Ingrediënten van de hybride leer/werkpraktijken bepaald. Op basis hiervan hebben we een handleiding ontwikkeld: ‘De nieuwe standaard in de verpleeghuiszorg: leren en werken op één plek’ (Boersma, & Van der Geest, 2020; https://www.kl.nl/wp-content/uploads/2020/07/handleiding_De-nieuwe-standaard-in-de-verpleeghuiszorg.pdf).

Met behulp van ontwerpstappen zijn we gekomen tot een nieuw initiatief rond een leer/werkpraktijk, het doorontwikkelen van het reeds bestaande Leer- en InnovatieNetwerk tot een Interprofessionele Leer- en InnovatieNetwerk (IP-LIN). In een LIN werken studenten verpleegkunde samen met verpleegkundige professionals en docenten op een zorgafdeling om goede zorg te verlenen én voeren zij samen onderzoek uit. Doelen van het LIN zijn: 1) de professionele ontwikkeling van studenten Verpleegkunde én die van de zittende gediplomeerde professionals te stimuleren, 2) om van en met elkaar te leren en om de ouderenzorg te innoveren en te verbeteren en 3) om het leerklimaat op de afdeling een positieve boost te geven én 4) om aanstaande professionals te interesseren voor de ouderenzorg (Albers e.a., 2021). Alle deelnemers van de leerlabs kwamen tot de conclusie dat het concept van het Leer- en InnovatieNetwerk het meeste recht doet aan en stimuleert tot leren en ontwikkelen van zowel zorgprofessionals in opleiding (mbo en hbo-studenten/leerlingen) als van zorgprofessionals die reeds werkzaam zijn in de ouderenzorg. De insteek van het LIN om binnen de driehoek ZORG - OPLEIDEN - ONDERZOEK te interveniëren is uniek in de regio Amsterdam/Amstelveen (Albers e.a., 2021). In fase 3 is dit doorontwikkelde LIN-concept geïmplementeerd op twee afdelingen van Amsta en Zonnehuisgroep Amstelland.

Fase 3 Implementatie van het nieuwe initiatief (mnd 10-29)

Deze fase is het eigenlijke hart van dit actieonderzoek. Hier geven we antwoord op onderzoeksvraag 3) Wat is de generaliseerbaarheid van de werkzame principes van de best practices? In deze fase hebben we uitgeprobeerd in hoeverre de werkzame ingrediënten van het nieuwe initiatief, het IP-LIN te transplanteren zijn naar twee andere settingen, namelijk de Geriatrische Revalidatie Afdelingen van Amsta en van de Zonnehuisgroep Amstelland, met als doel het lerend vermogen van studenten, docenten en zorgprofessionals te stimuleren. In de handleiding 'leren en werken op een plek', de nieuwe standaard in de verpleeghuiszorg (Boersma en Van der Geest, 2020) staan op pagina 12 en 13 de randvoorwaarden beschreven die nodig zijn voordat een hybride leer/werkplek wordt opgestart/ Twee daarvan zijn:

- a) De zorgorganisatie faciliteert de leer/werkplek met mensen en tijd:
Wekelijkse leer- en reflectiemomenten voor het team, waarin onderwijs en onderzoek met de zorgpraktijk worden gecombineerd. Richtlijnen daarvoor zijn: minimaal 1,5 uur voor gezamenlijk onderwijs; minimaal 1 uur voor gezamenlijk leren en reflecteren/projecten bedenken; minimaal 1,5 uur uitvoeringstijd voor student en professional die samen project uitvoeren.
- b) Er zijn voldoende gekwalificeerde medewerkers beschikbaar voor samen leren, reflecteren, begeleiden en verbeteren (minimaal 80% van het team is in vaste dienst).

Hoewel er niet gegarandeerd kon worden dat aan deze randvoorwaarden kon worden voldaan, besloten we toch te starten. Beide afdelingen hebben een projectplan geschreven, een (tijdelijke) projectleider aangesteld en op beide afdelingen is een IP-LIN gestart op 1 februari 2021. Betrokkenen waren: mbo en hbo zorgprofessionals, een arts, een fysiotherapeut, mbo en hbo studenten en docenten, praktijkopleiders en managers van de teams. Naast dat casuïstiek van cliënten en naasten regelmatig onderwerp van gesprek was in de lessen (interviews, klinische lessen, klinisch redeneren) werden cliënten en naasten betrokken bij de uitvoering en evaluatie van de kwaliteitsprojecten op beide afdelingen. Op de GRZ van de Zonnehuisgroep Amstelland hebben gedurende dit onderzoek twee projecten centraal gestaan, het eerste is het werken met betekenisvolle revalidatiedoelen, het tweede is familieparticipatie in de GRZ. Op locatie Amsta zijn de projecten optimaliseren van de interdisciplinaire samenwerking, communicatievaardigheden zoals feedback geven, complimenten, leren van incidenten, werken met leerdoelen, en tot slot het werken met beweegborden, uitgevoerd.

Interactie tussen de zorgprofessionals, studenten, cliënten/naasten, opleiders en managers kreeg in deze fase vorm door vier online 'gluren bij de burensessies' en twee online 'leerlab in de stad-bijeenkomsten' en 1 fysieke project afsluitend leerlab in de stad. De 'gluren bij de burensessies' hadden vooral tot doel om interactie en

uitwisseling tussen de twee IP-LINs te stimuleren, dus tussen de studenten, zorgprofessionals, docenten en cliënten van de GRZ-afdelingen van Amsta en Zonnehuisgroep Amstelland te bewerkstelligen. Ook nodigden we hiervoor de GRZ afdeling van Cordaan uit, omdat ook zij partner zijn van Ben Sajet Centrum en omdat ook zij recent gestart zijn met een LIN op de GRZ afdeling. Om optimale deelname mogelijk te maken organiseerden we deze sessies (met uitzondering van de vierde) twee keer in een week, een keer op de dinsdag en een keer op de donderdag. De 'leerlabs in de stad' hadden vooral tot doel om uitwisseling van kennis en ervaringen te stimuleren tussen opleidingsfunctionarissen, opleiders en beleidsmakers van de betrokken instellingen te creëren.

In gluren bij de burens 1 stond het werken met 'betekenisvolle doelen' centraal, in de 2^e 'het creëren van een uitdagend revalidatieklimaat', in de 3^e hoe nog beter 'clientgericht werken', en in de 4^e 'het verbeteren van de kwaliteit van de revalidatiezorg'. Er deden gemiddeld 18 deelnemers aan mee (min 8, max 29). De deelnemers waren mbo en hbo verpleegkunde studenten, verzorgenden en verpleegkundigen van de GRZ-afdelingen, mbo en hbo docenten, praktijkopleider, projectleider IP-LIN, fysiotherapeut en kwaliteitscoach. Cliënten participeerden niet live in deze bijeenkomsten, maar hun ervaringen werden via van tevoren gehouden evaluatiegesprekken en (video opname van) interviews meegenomen in de bijeenkomsten om bijvoorbeeld het reflecteren op goede kwaliteit van zorg te stimuleren.

De opzet en uitvoering van het leerlab in de stad 1 vond online plaats op 8 juni 2021 en werd in samenwerking met de projectleider van Fieldlabs (in Amsterdam en Flevopolder) uitgevoerd. In de bijeenkomst werd de opgehaalde kennis/ervaring van beide projecten gedeeld en vond uitwisseling plaats over bevorderende en belemmerende factoren binnen hybride leer/werkplekken die leren en ontwikkelen van zorgprofessionals (in opleiding) in de weg staat of juist stimuleert.

In het online gehouden 2^e leerlab in de stad op 1 november 2021 stonden we stil bij hoe studenten én zorgmedewerkers de regisseurs van hun eigen leerproces kunnen worden. Onder andere is daarbij de situationeel begeleiden methode besproken (Bell-Peereboom, 2007). Zestien deelnemers participeerden in leerlab 1, veertien in leerlab 2, beide met uiteenlopende functie/rollen zoals opleidingsmanager, manager van de zorginstelling, praktijkopleiders, projectleiders, onderwijskundige, opleidingsadviseurs. Aan leerlab 2 namen ook studenten en zorgprofessionals van beide IP-LINs deel. Een 3^e leerlab, 'het festival van het leren', hebben we georganiseerd op 4 november 2022. Dit leerlab vormde tevens de afronding van voorliggend project en de opmars naar een structureel netwerk rondom leren en verbeteren in de verpleeghuiszorg in de regio van Amsterdam, georganiseerd vanuit het Ben Sajet

Centrum. Dit structureel netwerk is gelinkt aan het nieuw opgezette programma Leren, verbeteren en implementeren van het Ben Sajet Centrum. Dit programma stimuleert en onderzoekt in samenwerking met praktijk-, onderwijs- en onderzoekspartners in Amsterdam/Amstelveen nieuwe hybride initiatieven, zoals bijvoorbeeld het Blijmakers project van Amstelring en het Leerbedden project bij Amsta.

De implementatie van de twee IP-LINs werd op kwantitatieve (vragenlijsten) en kwalitatieve wijze gevolgd (procesanalyse, observatie), zie uitwerking in fase 4. Aan het einde van de implementatie van de IP-LINs in twee nieuwe settings hebben we een toolbox ontwikkeld, waarin ook de businesscase is opgenomen, met als doel om het overdragen van de ontwikkelde kennis in dit project naar andere instellingen/afdelingen gemakkelijk te maken. De inhoud van de toolbox hebben we opgevraagd bij de verschillende stakeholders van de IP-LINs, met de vraag ‘Wat hebben jullie nodig aan informatie/materiaal om een IP-LIN op te kunnen zetten?’ De toolbox is zodanig ontworpen dat hij goed aansluit bij de doelgroep. In de digitale toolbox, die we ontworpen hebben als een interactieve pdf, zijn visuals, een filmpje (<https://www.youtube.com/watch?v=iKBKz9Axmzo>), en verhalen/ervaringen (narratief) opgenomen. De toolbox is vrij toegankelijk voor iedereen te gebruiken, evenals het daarin opgenomen ondersteunend materiaal zoals brochures, formats, etc., en openbaar toegankelijk via de website van het Ben Sajet Centrum (https://bensajetcentrum.nl/assets/2020/04/Toolkit-Leer-en-InnovatieNetwerk_2022.pdf). De toolbox is verspreid via de intranet's van de deelnemende zorg- en onderwijs instellingen, en wordt nog aangeboden aan Vilans voor plaatsing op hun website www.vilans.nl, de SIGRA en www.langdurigezorg.nl.

Businesscase beschrijven (mnd 34-36)

Om de inzet en het gebruik van de nieuw ontwikkelde initiatieven beschikbaar te maken voor andere instellingen hebben we een businesscase ontwikkeld (zie ook toolbox §2.2). Input voor de businesscase hebben we verkregen via individuele interviews met de (financieel) managers van de afdelingen en de opleidingsverantwoordelijken. Een belangrijke conclusie hierbij was, dat een IP-LIN veel immateriële baten oplevert die niet zo eenvoudig om te zetten zijn in euros. Denk aan meer tijd voor de cliënt/naaste, een leer- en ontwikkelcultuur op een afdeling, een bijdrage aan de kwaliteit van zorg o.a. ook door innovaties op de afdeling. Deze immateriële baten wegen zeker op tegen de kosten die een LIN met zich meebrengt.

Er is weinig extra inspanning vereist is om het LIN op te zetten. Veel van de inzet die nodig is bij de zorginstelling, van bijvoorbeeld werkbegeleiders of praktijkopleiders, is namelijk vaak al een onderdeel van de vaste formatie van een afdeling. Deze professionals zetten hun uren wel iets anders in dan wanneer er geen LIN op de

afdeling is, maar er is in principe geen extra formatie nodig voor deze inzet. Voor de onderwijsinstellingen (hbo en mbo) geldt dat bij een minimum aantal van acht studenten, de docenten één dagdeel per week op de afdeling kunnen zijn om lessen en projecten te begeleiden.

De extra kosten die wel vaak nodig blijken om het LIN op te zetten bestaan uit:

- Personele inzet: projectleider (FWG 60): 8 uur per week gedurende de eerste 6 maanden
- Materiële kosten: zaal/lokaal voor bijeenkomsten en lessen met studenten en medewerkers, met een digibord/beamer, benodigd meubilair en eventueel computers.
- Minimaal 8 studenten (mbo en hbo), die boven formatie worden ingezet
- Praktijkopleider (FWG 60): 8 uur per week
- Leidinggevende sturing en coördinatie (FWG 60): 2 uur per week
- Voldoende werkbegeleiders nodig die de studenten begeleiden tijdens het werk op de afdeling. Dit zijn de VIG'ers en/of verpleegkundigen van de afdeling.

Tijdens het werken in het LIN (klinische lessen, LIN-lessen, werken aan projecten) dienen er voldoende zorgprofessionals (i.o.) achter te blijven op de afdeling om de zorg te waarborgen. Omdat er met relatief veel studenten wordt gewerkt in een LIN, is het mogelijk dat tijdens de LIN-dag een gedeelte van het vaste team samen met de helft van de studentengroep meedoet in de LIN-activiteiten, terwijl de andere zorgprofessionals dan achterblijven op de afdeling met de andere helft van de groep studenten. Deze groepen wisselen elkaar af, zodat alle studenten en medewerkers mee kunnen doen aan het LIN. Er is dus voor een LIN in principe geen extra formatie nodig in de zorgteams.

Fase 4 Evalueren (mnd 10-29)

In deze fase hebben we met gebruik van data van beide afdelingen de volgende onderzoeksvragen beantwoord: 4) Wat valt te leren van de noodzakelijke interactie tussen de zorgprofessionals, cliënten en hun naasten, de opleiders en de managers in die zorg?; en 5) Hoe werkt het vergroten van de schaal van best practices die generaliseerbaar zijn?

Voor het beantwoorden van deze vragen hebben we het leer- en evaluatiemodel van Kirkpatrick & Kirkpatrick (2006) gebruikt, dat vier niveaus van effect van leren onderscheidt:

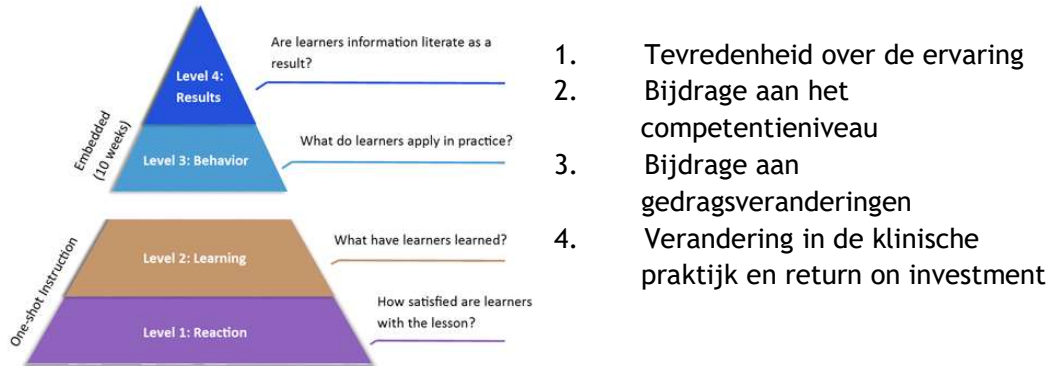


Fig. 1 Leer- en evaluatiemodel (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006).

Dataverzameling

We hebben een kwantitatieve voor- en nameting gehouden onder studenten en zorgprofessionals die deelnamen aan het IP-LIN. Aan het begin van deelname aan het IP-LIN (T0) en aan het einde van deelname aan het IP-LIN (T1) vroegen we studenten en professionals de gevalideerde 'Teamlerenvragenlijst' van Offenbergh (2001) in te vullen, een vragenlijst met een Likertschaal van 1 - 5, waarbij 1 staat voor 'vrijwel nooit' en 5 voor 'vrijwel altijd'. Deze vragenlijst gaat over Teamleren en Samenwerken, en bestaat uit 26 stellingen verdeeld over 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.

De betrouwbaarheid van de subschalen is in eerder onderzoek van Boersma & Gobbens (2019) gemeten met Cronbach's α en varieerde tussen 0.65 (informatie toepassing) en 0.85 (informatie distributie).

Tevens vroegen we professionals en studenten op T0 en T1 antwoord te geven op de vraag 'Wil je aangeven op een schaal van 1 tot 10 hoe tevreden jij bent met de Leerwerkplek op jouw afdeling?', waarbij een 1 stond voor 'heel erg ontevreden' en een 10 voor 'heel erg tevreden'.

Daarnaast hebben Boersma en Gobbens een vragenlijst ontwikkeld op basis van de CanMeds-rollen die competentieontwikkeling meet van verzorgenden/verpleegkundigen (in opleiding). Deze vragenlijst met Likertschaal, bestaande uit 30 vragen, met 5-punts antwoord categorieën van 1 ‘vrijwel nooit’, tot 5 ‘vrijwel altijd’, is onderverdeeld in zeven competenties afgeleid van de CANMEDS rollen (Lambregts, Grotendorst, en van Merwijk, 2015): zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner, reflectieve professional, gezondheidsbevorderaar, organisator, en tot slot professional en kwaliteitsbevorderaar (zie bijlage 1). Ook deze vragenlijst hebben zorgprofessionals en studenten ingevuld op zowel T0 als op T1.



Fig. 2 Competentiegebieden verpleegkundige

Gedrag van zorgprofessionals (in opleiding) hebben we tijdens diverse LIN-activiteiten, zoals intervisie of samen werken aan een kwaliteitsproject geobserveerd aan de hand van een van tevoren opgestelde observatielijst leren en ontwikkelen.

De observatie punten waren:

- De zorgprofessional (i.o.) neemt actief deel aan de reflectiebijeenkomst en/of verbeterproject.
- De zorgprofessional (i.o.) brengt nieuwe ideeën in.
- De zorgprofessional (i.o.) denkt mee over actuele ontwikkelingen binnen de organisatie.
- De zorgprofessional (i.o.) stimuleert anderen op positieve wijze tijdens de bijeenkomst.
- De zorgprofessional (i.o.) brengt eigen ervaringen over de zorguitvoering in, tijdens de bijeenkomst.
- De zorgprofessional (i.o.) luistert naar anderen.
- De zorgprofessional (i.o.) geeft feedback.
- De zorgprofessional (i.o) geeft feedback op opbouwende wijze.
- De zorgprofessional (i.o.) is uitnodigend naar nieuwe collega's (i.o.)

Deze werden door de actie-onderzoeker/observator gescoord met 'nooit, zelden, soms, of vaak'.

Daarnaast hebben we tijdens de nameting kwalitatieve data verzameld, in de vorm van een procesanalyse, waarmee onderzoeksvraag 5 'Hoe werkt het vergroten van de schaal van best practices', is beantwoord. Door middel van individuele interviews en focusgroepen met belangrijke stakeholders zijn de volgende zaken geëvalueerd:

- het proces van implementatie;
- de opbrengsten van de lerende omgeving;
- de inspanningen;
- de benodigde (financiële) kosten.

Tevens zijn de sterke punten en de resterende barrières en verbeterpunten uitgevraagd.

Voor de individuele gesprekken hebben we een interview protocol opgesteld, welke gebaseerd was op het Consolidated Framework voor Implementation Research (CFIR) framework (www.cfirguide.org). Van het interview protocol hebben we stellingen afgeleid die we in de focusgroepen hebben besproken. We hebben gekozen voor het CFIR framework, omdat dit bij uitstek inzicht geeft in het 'why' van de implementatie, oftewel het helpt om de black box van implementatie geopend te krijgen. Het CFIR bestaat uit een aantal 'constructen' die in verband worden gebracht met effectieve implementatie. Het CFIR framework is ontwikkeld in 2009, op basis van kennis uit o.a. Everett Rogers' Diffusion of Innovations Theory en de review van Greenhalgh en collega's' waarin zij 500 gepubliceerde bronnen in 13 wetenschappelijke disciplines hebben meegenomen. Naast deze twee bronnen zijn in het CFIR nog 18 andere bronnen verwerkt. Het CFIR kan een praktische gids zijn voor het systematisch beoordelen van belemmerende en bevorderende factoren die gepaard gaan met het implementeren van een innovatie, zoals bijvoorbeeld het implementeren van twee (interdisciplinaire) LINs.

Fig. 2 toont de 5 domeinen (interventie kenmerken, interne organisatie, externe organisatie, kenmerken van betrokken individuen en het proces) in samenhang met elkaar.

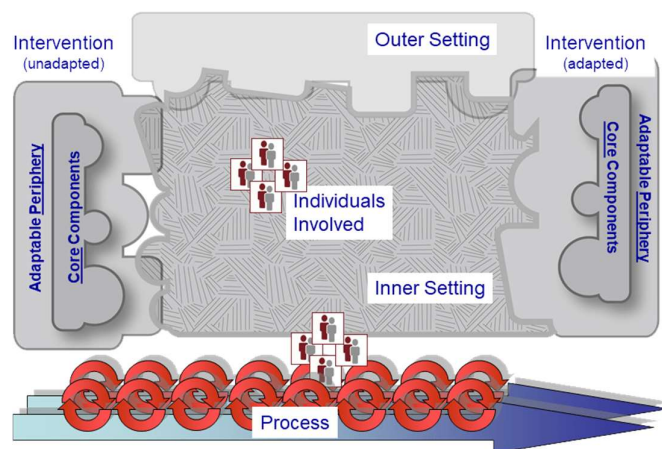


Fig 2. Vijf domeinen van het CFIR-framework (Damschroder e.a., 2009).

In bijlage 2 is het interview protocol opgenomen voor individuele interviews. De daarvan afgeleide stellingen voor de focusgroepen luiden:

1. Er zijn aanpassingen nodig om LIN tot een succes te maken voor cliënten, medewerkers, opleiders, managers.(welke?)

2. De client wil niet betrokken worden bij het LIN.
3. Elke stage moet een LIN-stage zijn.
4. In de LIN heb je als stagiaire meer verantwoordelijkheid.
5. Eerst vond ik de LIN leuk en nieuw, nu niet meer (intrinsieke motivatie blijvend)
6. Medewerkers en studenten binnen het LIN helpen elkaar om op zoek te gaan naar meer informatie en zo samen te leren.
7. Het LIN is van de school en niet van de zorginstelling.
8. Ik ben voldoende voorbereid en toegerust om deel te kunnen nemen aan het LIN en LIN-stagiaires goed te kunnen begeleiden.
9. Ik ben kritisch op mijn eigen functioneren binnen het LIN.
10. De meerwaarde van het LIN is de interactie die plaatsvindt tussen zorgprofessionals, andere disciplines, studenten, cliënten/naasten, docenten en managers.
(denk ook aan gluren bij de burens!)
11. Mijn kritische opmerkingen worden binnen deze organisatie gewaardeerd.
12. Welke factoren ervaar jij die de toekomst van het LIN in de weg staan (voor- en nadelen voor medewerker/cliënten/stagiaires, en bevorderende en belemmerende factoren).

Zeven individuele interviews werden afgenomen door de onderzoeker. Gesproken werd met de zorgmanagers van de afdelingen, hoger management/bestuurders, client, zorgprofessional en projectleider. Voor de focusgroepen nodigden we zorgprofessionals, docenten, praktijkopleider, professionals van een andere discipline en mbo en hbo studenten uit. De focusgroepen werden geleid door de onderzoeker (PB), met ondersteuning van een moderator (NS). We hebben gekozen voor focusgroepen omdat interactie tussen de verschillende deelnemers van een leer/werkplek gewenst was en omdat gezamenlijke en begeleide reflectie op de gezamenlijke ervaringen doorgaans tot verdieping van de inzichten en tot gezamenlijk leren leidt (De Jong & Schellens, 1998). Bovendien zijn de betrokkenen in de gelegenheid om in eigen bewoordingen en vanuit hun eigen perspectief hun ervaringen te verwoorden. In totaal hebben we vier focusgroepen gehouden (twee bij Amsta en twee bij Zonnehuisgroep Amstelland), waarin in totaal 23 personen participeerden (Kitzinger, 1995).

Data analyse

De interviews en de focusgroepen zijn, met toestemming van de deelnemers, opgenomen en getranscribeerd. De principes en stappen van thematische analyse (Braun en Clarke, 2006) zijn gevolgd: vertrouwd raken met de data, coderen, gemeenschappelijke thema's zoeken, herbekijken van de thema's, benoemen van de definitieve thema's, en verslaglegging. Drie interviews zijn onafhankelijk van elkaar beoordeeld door PB en RG, en daarna met elkaar vergeleken en afgestemd. De overige

interviews en focusgroepen zijn geanalyseerd door PB. De analyse is uitgevoerd met behulp van het softwareprogramma MaxQDA en besproken in de projectgroep (KB, KvB, DvL, RG, PB).

Kwantitatieve data is met behulp van IBM SPSS Statistics 27 geanalyseerd. De kenmerken van de deelnemers (T0) zijn bepaald met behulp van percentages, gemiddelden en standaarddeviatie (sd), afhankelijk van het type data. Verschillen in scores op T0 en T1 van de teamleren vragenlijst, de CanMeds competentie ontwikkeling en het tevredenheidscijfer over het LIN zijn getoetst met behulp van de non-parametrische Wilcoxon signed ranks-toets, op item of op subschaal niveau. De geobserveerde leer- en ontwikkel gedragingen tussen groepen zijn getoetst met behulp van de non parametrische Mann Whitney toets. Met behulp van de non-parametrische toets Spearman's rho, zijn de correlaties op T0 tussen de subschalen van de CanMeds competentie ontwikkelingsvragenlijst 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 van het kwantitatieve en het kwalitatieve onderzoek zijn voor de uitvoering mondeling en schriftelijk geïnformeerd en hebben schriftelijk 'informed consent' gegeven.

Resultaten

Kenmerken van de deelnemers

In tabel 1 staan de kenmerken van de deelnemers aan het onderzoek van beide IP-LINs beschreven, waarbij onderscheid is gemaakt tussen deelnemers die vragenlijsten hebben ingevuld, deelnemers waarvan leer- en ontwikkelgedrag is geobserveerd en deelnemers aan interviews en/of focusgroepen.

Tabel 1. Kenmerken van deelnemers

Persoonskenmerken		Deelnemers vragenlijst onderzoek (n=19)		Deelnemers kwalitatief onderzoek (n=26)		Deelnemers gedrags-observatie (n=28)	
		n totaal	waarde	n totaal	waarde	n totaal	waarde
Rol in LIN (n, %)	student	9	10.5%	7	26.9%	19	67.9%
	professional	8	42.1%	16	61.5%	6	21.4%
	leerling (bbl-route)	2	10.5%	-	-	1	3.6%
	docent LIN	-	-	2	7.7%	2	7.1%
	GRZ client	-	-	1	3.8%	-	-

Instelling	Amsta	8	42.1%	11	42.3%	9	32.1%
deelnemers LIN (n, %)	ZHGA	11	57.9%	13	50.0%	17	60.7%
	Inholland	-	-	2	7.7%	2	7.1%
Geslacht (n, %)	man	1	5.3%	21	80.8%	-	-
	vrouw	18	94.7%	5	19.2%	18	64.3%
Leeftijd in jaren <i>gemiddelde</i> (SD)		19	33.6(14.8)	10	36.8(15.9)	14	30.4(14.5)
Hoogst genoten opleidingsniveau (n, %)	mbo (niveau 1, 2, 3, 4)	10	52.6%	9	34.6%	8	28.6%
	hbo	3	15.8%	7	26.9%	2	7.1%
	universitair niveau/hbo master	-	-	5	19.2%	2	7.1%
	havo	6	31.6%	4	15.4%	6	21.4%
In opleiding (n, %)	ja	14	73.7%	10	38.5%	17	60.7%
	nee	5	26.3%	10	38.5%	5	17.9%
Huidige functie (n, %)	docent hbo	-	-	2	7.7%	2	7.1%
	verpleegkundige /verzorgende	6	31.6%	6	23.1%	6	21.4%
	stagiaire/leerling	10	52.7%	7	26.9%	19	67.9%
	-						
	verpleegkundige kwaliteitsverpleegkundige	-	-	1	3.8%	-	-
	praktijkopleider	-	-	1	3.8%	-	-
	fysiotherapeut	2	10.5%	2	7.7%	-	-
	helpende	1	5.3%	-	-	-	-
Aantal jaren werkzaam, <i>gemiddelde</i> (SD)		18	4.6(7.7)	7	8.0(9.1)	11	1.9(4.1)

Kwantitatieve data

Betrouwbaarheid van de vragenlijsten

De betrouwbaarheid van gebruikte vragenlijsten gemeten op T0 met Cronbach's α is hoog voor zowel de Teamleren vragenlijst (0.94) als voor de CanMeds-competentieontwikkeling vragenlijst (0.90). Voor de leer- en ontwikkelobservatie gedragingen is de betrouwbaarheid iets lager ($\alpha=0.79$), maar nog steeds acceptabel.

Toetsing van de door deelnemers ingevulde vragenlijsten

De groep deelnemers (n=9) toonden na toetsing geen significante verschillen op de voor- en nameting van de items van de vragenlijst Teamleren en ontwikkelen (p-waarde varieert tussen 0.83 en 1.00). Opvallend is dat 6 deelnemers aangeven dat er geen verschil is tussen T0 en T1 in feedback geven; 4 deelnemers geven aan dat er op T1 minder hulp en advies wordt gevraagd dan op T0; en 2 van de 6 deelnemers geven aan dat er in hun team op T1 meer naar vakinhoudelijke informatie en kennis van buiten de eigen organisatie wordt gezocht. (zie bijlage 3). Ook bleek uit de resultaten dat de deelnemers (n=10) na afloop van het LIN niet tevredener waren over de leer/werkplek dan bij de start van het LIN ($p = 0.77$). Vier deelnemers gaven aan tevredener te zijn op T1, 4 deelnemers waren minder tevreden en twee gaven aan geen verschil in tevredenheid te ervaren bij de voor- en nameting. (zie bijlage 3 voor tabel). Tot slot werden ook geen significante verschillen (p-waarde varieert tussen 0.29 en 1.00) gevonden op de subschalen bij de deelnemers (n=8) als het gaat om hun zelfgerapporteerde CanMeds competentie ontwikkeling aan het einde van deelname aan het LIN in vergelijking met de start van deelname aan het LIN. Vier van de 8 deelnemers geven aan dat zij op T1 de rollen samenwerkingspartner en organisator slechter uitvoeren dan op T0. Vijf van de 8 geven aan dat zij de rollen van reflectieve professional en gezondheidsbevorderaar op T1 beter uitvoeren dan op T0 (zie bijlage 3). Bijlage 5 geeft de correlaties weer tussen de subschalen van de CanMeds competentie ontwikkeling observatielijst, gemeten op T0.

Toetsing leer- en ontwikkelgedrag

Tijdens de LIN-bijeenkomsten is het leer- en ontwikkelgedrag van deelnemers (n=37) geobserveerd aan de hand van de observatielijst leren en ontwikkelen. De geobserveerde LIN-activiteiten waren: een moreel beraad, klinische les, klinisch redeneren, presentatie van het kwaliteitsproject en intervisie. Gemiddeld duurt zo'n activiteit 52 minuten (SD 11.51) met een range van 30 tot 60 minuten. Toetsing toont op een paar leergedragingen significante verschillen tussen hbo-v stagiaires en mbo-v stagiaires. Mbo-v stagiaires nemen actiever deel aan de reflectie/verbeterproject bijeenkomst ($p=0.042$), daarentegen denken hbo-v stagiaires meer mee met actuele ontwikkelingen ($p=0.026$) en luisteren zij meer in vergelijking met mbo-v stagiaires ($p=0.034$). Op de overige gedragingen worden geen significante verschillen gevonden. Zie bijlage 4 voor tabel met gemiddelde rangscores en somscores van de geobserveerde gedragingen.

Toetsing van verschillen in geobserveerde leer- en ontwikkel gedragingen tussen zorgprofessionals en stagiaires leverde geen significante resultaten op. De p-waarden varieerden tussen 0.06 (zorgprofessional stimuleert anderen op positieve wijze) en 0.32 (zorgprofessional luistert naar anderen). Bijlage 4 toont de gemiddelde rang en somscore van de geobserveerde gedragingen.

Kwalitatieve resultaten

Deelnemers

In totaal zijn er zeven individuele interviews gehouden met vijf managers, 1 verzorgende-IG en een GRZ-client. De gemiddelde duur van de interviews was 56.9 minuten (range 46 - 68 minuten). Tevens zijn er vier focusgroep gesprekken gehouden tussen juni 2021 en juli 2022, waar gemiddeld vijf deelnemers aan deelnamen (range 2-9). Een medewerker heeft aan twee focusgroepen deelgenomen, een in 2021 en een in 2022. De deelnemers aan de focusgroepen waren mbo en hbo verpleegkundigen, verzorgenden IG, helpende, fysiotherapeuten, mbo 4 en hbo studenten verpleegkunde en mbo en hbo docenten (zie ook tabel 1). Twee focusgroepen zijn live gehouden en twee online via teams. De gemiddelde duur van de focusgroepen was 48,8 minuten (range 42 - 65 minuten).

Thema's

De analyse van de kwalitatieve data en de data van gedragsobservatie waarmee vraag 4 'Wat valt te leren van de noodzakelijke interactie tussen de zorgprofessionals, cliënten en hun naasten, de opleiders en de managers in die zorg? is beantwoord, laat drie belangrijke thema's zien: leerklimaat, samenwerking en communicatie. 'Leerklimaat' is gerelateerd aan de 'interne organisatie van de zorginstellingen' van het CFIR-framework, 'samenwerking' aan de 'betrokken individuen bij het LIN' en 'communicatie' raakt aan zowel de 'betrokken individuen', de 'interne organisatie', als ook het 'implementatie proces van het LIN in de organisatie'. De drie thema's worden hieronder uitgewerkt. Het vierde en laatste thema is 'opschaling', waarmee antwoord wordt gegeven op vraag 5 'Hoe werkt het vergroten van de schaal van best practices?'

Leerklimaat

Om te kunnen leren in het algemeen, maar ook om te kunnen leren van elkaar, studenten, professionals, cliënten, naasten, professionals en opleiders, is een veilig leerklimate nodig. Op beide locaties (Amsta, Zonnehuisgroep Amstelland) is het leerklimate nog niet optimaal. Er is een onvoldoende uitnodigende houding en veiligheid om openlijk kritisch te durven zijn over de verleende kwaliteit van zorgverlening. Een bestuurder verwoordt dat een voorwaarde voor een goed leerklimate is, dat de organisatie zelf ook het kritisch (mogen) denken faciliteert en staf/management daarin een voorbeeld is:

“Dus aan de ene kant heb je kritische studenten nodig die kritische vragen durven stellen, en aan de andere kant heb je mensen nodig die ook bereid zijn om naar kritische vragen te luisteren en die willen beantwoorden met goed kijken naar hun

eigen gedrag en hun eigen vaardigheden. Maar ook naar de werkwijze zoals wij die als organisatie kennen.” (Resp 7)

Een manager geeft aan dat voor daadwerkelijk van en met elkaar kunnen leren het nodig is dat zowel professionals als studenten beide ‘kunnen variëren tussen een wetende houding en een onderzoekende houding’ (Resp 8). Alleen dan zal er een leerklimaat ontstaan waarin studenten van professionals leren en vice versa, professionals ook van studenten. Dat zal tevens dan ook leiden tot een situatie waarin professionals en studenten kunnen en durven te leren van cliënten en hun naasten.

Tegelijkertijd is er binnen het LIN ook een beweging van ‘zien leren, doet leren’. Alle professionals en studenten die betrokken waren bij het LIN werden door deelname aan het LIN gestimuleerd tot leren en ontwikkelen. Veel professionals op beide zorglocaties volgden ten tijde van het LIN ook een opleiding, zoals de opleiding Geriatrische RevalidatieZorg (GRZ). Op een locatie was men bekend met andere vormen van hybride onderwijs, zoals het Gilde-leren. Een verzorgende IG moest in het kader van haar GRZ-opleiding een presentatie houden en deed dit in het LIN. Zij verwoorde haar ervaring als volgt:

“Ja, ik hoorde een paar dagen later van: ja, ik was er niet bij op de andere afdeling, maar doet u het nog een keer? Ik zei nou laat me even wennen aan het idee, maar ik vind het wel heel leuk. Dus ik had zoiets van dat smaakt wel naar meer, dus dat is mijn leermomentje geweest van ja toch doen. Ik heb gemerkt dat ik het heel leuk vind om te doen, om die kennisoverdracht te delen, en ik word daar zelf ook wijzer van.” (Resp 24)

Hoewel mbo studenten/professionals en hbo studenten/professionals een verschillend opleidingsniveau hebben, biedt het LIN voor beide groepen voldoende mogelijkheden om samen te leren en te ontwikkelen. En hoewel de meeste studenten bij de start van de stage ook enige weerzin tegen deelname aan het LIN hebben, geven zij aan dat het LIN de stage interessanter maakt. Met name het bezig zijn met je vak door het doen van onderzoek, kwaliteitsprojecten opzetten en uitvoeren en het interdisciplinair samenwerken is leerzaam. Een student verwoordt de eigen verandering als volgt:

“Ik keek er in het begin juist tegenop, omdat het lijkt op veel meer werk. Maar ik denk dat je er uiteindelijk een betere verpleegkundige wordt, omdat je ook onderzoek doet. Ik vond het juist ook heel leuk om de families te interviewen bijvoorbeeld. Ik ben er nu positiever over dan ik had verwacht.” (Resp 14)

Hbo-ers leren van mbo-ers en omgekeerd, zowel op professional als op student niveau. Voor mbo-studenten was het LIN onbekend, zij gaven aan behoefte te hebben aan

meer voorlichting voordat zij in het LIN stapten, en ook dient het LIN beter geïntegreerd te worden in hun opleiding. Een verzorgende IG verwoordde heel mooi hoe haar kijk op hbo-ers is veranderd door deelname aan het LIN.

“Mijn beeld was dat hbo-v stagiaires vooral heel theoretisch zijn. Dat ze niet heel veel praktijkervaring hebben en dat ze dan vooral het theoriegedeelte zouden gaan oppakken en niet heel veel met de zorg aan het bed te maken zullen hebben. En dat is nu bij ons in het LIN echt wel anders geweest, de hbo-v stagiaires hebben heel hard meegewerkt in de zorg voor onze cliënten.” (Resp 25)

Samenwerking

In een hybride leeromgeving is samenwerking cruciaal, a) samenwerking tussen zorginstelling en opleiding, b) tussen professionals en studenten, en c) tussen professionals/studenten en cliënten/naasten.

Ad a): Het LIN verbetert de samenwerking tussen de opleiding en de zorginstelling (de praktijk). De docent komt wekelijks naar de praktijk, kent de begeleiders en ziet cliënten/naasten. Dit wordt door zowel de betrokkenen vanuit de praktijk als door de docent, als door de student, als positief ervaren.

Ad b): Zoals eerder is genoemd is een belangrijk doel van het LIN om het kritisch denken van zowel studenten als van professionals t.a.v. kwaliteit van zorg te stimuleren. En dat steeds weer binnen de driehoek praktijk, opleiding en onderzoek. Een goede samenwerking tussen professionals en studenten maakt samen leren en ontwikkelen mogelijk. Het meest lastige issue in het IP-LIN is om alle professionals aangehaakt te krijgen bij het LIN. De gedachtegang achter ‘een grote groep stagiaires op een afdeling plaatsen’, is dat een deel van de groep stagiaires met een paar professionals in het LIN bezig kan zijn met leren en ontwikkelen, terwijl de andere stagiaires op de afdeling blijven om te helpen bij het uitvoeren van de zorg. De week erna wordt dit dan omgedraaid. Deze formule is een grote succesfactor om het leren en ontwikkelen ook mogelijk te maken voor professionals op de afdeling. En toch, ondanks deze opzet, lukt het niet om alle professionals van de afdeling aangehaakt te krijgen. Professionals die regelmatig deelnemen aan het LIN en betrokken zijn, werken ook mee aan de kwaliteitsprojecten. Professionals die niet gemotiveerd lijken te zijn, roepen snel ‘*Het LIN is van de studenten*’. Dit is een zeer hardnekkig idee. Of er werd geroepen ‘*ik heb het te druk met andere (administratieve) werkzaamheden*’. Of docenten en studenten zagen dat ‘*professionals voortijdig uit de LIN-activiteit lopen om weer te helpen op de afdeling*’.. In alle vier focusgroepen zeiden zowel professionals als studenten dat ‘*medewerkers niet gemotiveerd zijn voor deelname aan het LIN*’. (Resp 13, 16, 21, 22) Of professionals ook echt niet gemotiveerd zijn voor het IP-LIN kan niet uit deze data worden achterhaald. In de focusgroepen hebben we geen professionals gesproken die niet hadden deelgenomen aan het LIN. In de individuele gesprekken en focusgroepen werd bevestigd dat er sprake is van een hoge

werkdruk, maar ook corona uitbraken, en vermoedens van weerstand tegen het LIN ‘het is eng’ (Resp 24) en weerstand tegen opnieuw moeten gaan leren ‘gewend zijn de dingen te doen, zoals ze al jaren worden gedaan’ (Resp 15) weerhielden collega’s van deelname aan het IP -LIN, volgens de geïnterviewden. In de gesprekken kwam naar voren dat ook op dagen waarin de verhouding tussen het aantal beschikbare professionals en de zorgzwaarte op de afdeling positief was, professionals dan toch zeggen dat zij ‘teveel werk nog te doen hebben’ om deel te kunnen nemen aan een LIN-activiteit. Een professional geeft aan dat sommige van haar collega’s geen verantwoordelijkheid voelen voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening.

“Het heeft te maken met verantwoordelijkheid denk ik. Het gevoel dat je ergens verantwoordelijk voor bent. Er zijn heel veel mensen die gewoon komen naar werk, denken, ik ben er voor de patiënten, dat doe ik, en dan ga ik weer naar huis. En voor de rest niks extra’s doen. En dan dat stukje verantwoordelijkheid om samen de afdeling te gaan verbeteren, dat mis ik. Dat je meer dan alleen de verpleegkundige bent, die op de afdeling staat voor de patiënt. En dat ze dan zien dat indirect zeg maar wat ze extra zouden doen, ook weer invloed heeft op de patiënt. Vooral als een last wordt het nu gezien.” (Resp 3)

Sommige professionals die aan het LIN deelnamen leken aanvankelijk ook weerstand te hebben, maar als ze ‘eenmaal aan het leren zijn vinden ze het eigenlijk weer heel leuk’. (Resp 10) en de cultuur van zorgprofessionals lijkt niet uit te nodigen tot leren en ontwikkelen.

“Het is een cultuur die weinig reflectief is, weinig gericht is op uitproberen en evalueren.” (Resp 8)

Ad c): In de interprofessionele LINs vond interactie plaats tussen de professionals en studenten van het interdisciplinaire LIN en de cliënten en hun naasten tijdens dagelijkse zorgtaken, maar ook tijdens de uitvoering van kwaliteitsprojecten. Cliënten merken dat er veel stagiaires op de afdeling zijn, op beide locaties werden stagiaires erg gewaardeerd door cliënten, Op Locatie B werd gezegd: ‘ze nemen meer de tijd voor de zorg, maken een praatje en hebben meer geduld’. (Resp 25) Op locatie A werd dit verwoord als:

“Stagiaires zitten vaker bij de patiënt. Ze hebben gesprekken, doen ook de persoonsbeeld gesprekken, dus ook wat heeft iemand vroeger gedaan, de cliënt levert het zeker wel wat op.” (Resp 3)

Op deze locatie werd echter ook wel aangegeven dat sommige cliënten liever niet door stagiaires verzorgd wilden worden. Cliënten hebben dan zorgen over of stagiaires wel goed genoeg weten wat ze moeten doen. De geïnterviewde cliënt gaf aan geen idee te hebben van de aanwezigheid van een LIN, wat een LIN inhoudt en wat een LIN de cliënt/naaste ook kan opleveren. Daarentegen was een verzorgende van locatie A heel duidelijk over wat de samenwerking met studenten de cliënt oplevert:

“Nou we hebben heel veel gehad aan de studenten. Ook in de zorg. Daar moet ik echt heel eerlijk in zijn. Ik weet dat ze een project hebben gehad, dan hadden ze van die beweegborden. Ze gingen ze inzetten. Het loopt nog niet optimaal, maar het wordt redelijk goed bijgehouden. Dus uiteindelijk heeft de patiënt daar baat bij. Omdat iedereen daar op 1 lijn zit qua diepte transfers dat soort dingen eigenlijk. Ik zie wel dat er wat is veranderd. Alleen het is nog niet wat je zou willen.” (Resp 25)

Communicatie

Zowel de zorgprofessionals als professionals van andere disciplines (fysio- en ergotherapeuten) gaven aan niet altijd even goed meegenomen te worden in het LIN, wanneer start er een groep, wie zijn het, en aan welke verbeterprojecten gaat gewerkt worden en wat wordt verwacht in de samenwerking met collega verpleegkundigen/verzorgende en andere disciplines. Communicatie hierover kan beter en eerder.

Het LIN, en dan met name de gastlessen door andere disciplines en de uitgevoerde kwaliteitsprojecten leiden tot verbeterde communicatie, meer verbinding en een grotere betrokkenheid tussen het zorgteam en andere disciplines. Er worden meer vragen gesteld aan elkaar, en men zoekt elkaar gemakkelijker op om even te overleggen over bijvoorbeeld, een situatie van een cliënt. Ook bleken de gastlessen van andere disciplines soms voor verzorgenden en verpleegkundigen die al langer werkzaam zijn op de afdeling, ook nog nieuwe informatie te geven.

Studenten op locatie B gaven aan het lastig te vinden om zorgprofessionals die niet regelmatig aan een LIN-activiteit deelnemen, te vragen om samen aan het kwaliteitsproject te werken en onderzoek te doen. Dit ervoeren zij als een belangrijke belemmerende factor in samen leren, ontwikkelen en innoveren.

De kwaliteitsprojecten hebben allen tot doel om de zorg voor de revalidatie van de cliënt en de zorg voor diens naaste te verbeteren. Hoewel het niet is gelukt om alle projecten duurzaam te implementeren merkten studenten en professionals op dat de communicatie met de cliënt/naaste wel is verbeterd. Het kwaliteitsproject over het werken met betekenisvolle revalidatiedoelen van de cliënt gaf de professionals/studenten informatie over wat belangrijk was voor de cliënt en wat hem/haar motiveert om te gaan revalideren. Deze kennis hielp verpleegkundigen en verzorgenden om de zorg te verlenen met de handen op de rug en niet bang te zijn

voor eventueel klachten of ontevredenheid van de cliënt. Een verpleegkundige verwoordde een mooi neveneffect.

“Vooral bij de eerste gesprekken als we het over het betekenisvolle revalidatiedoel gingen hebben, heb ik wel vaak de feedback gehoord dat cliënten het fijn vonden dat ze erover konden praten en zich dan ook wel gehoord voelen. Dus dat ze eigenlijk, ja, hun mening kunnen delen en waar ze het voor doen.” (Resp 21)

Opschaling

Opschaling van interprofessionele LINs binnen de verpleeghuiszorg zou heel erg wenselijk zijn, alle geïnterviewden zijn het daar over eens. Beide organisaties, inclusief de bestuurders/staf, zien het belang van het IP LIN en willen graag meer interprofessionele LINs in hun organisatie. Zij zien dat het een mooie omgeving is om te leren en te ontwikkelen, er komen relatief hoog opgeleide mensen op af en de instelling kan zich ermee profileren. Tegelijkertijd is opschaling binnen de huidige zorgcontext een grote uitdaging. Een bestuurder verwoordt dit knelpunt als volgt:

“Nou ik denk dat het zeker onderscheidend kan zijn. Maar dan moeten we het wel op een hoger niveau trekken en grootschaliger uitrollen. Maar grootschaliger uitrollen heeft alleen maar betekenis als de benodigde randvoorwaarden door P&O behandeld zijn of door wie dan ook. Want het heeft natuurlijk geen zin om te zeggen, we gaan in plaats van vier LINs die er nu zijn in onze organisatie, er 14 doen, als die 14 niet op een goede manier ondersteund worden. Want dan is dat alleen maar een stickertje. Dan leidt het niet daadwerkelijk tot een beter leerklimaat en een betere kwaliteit van zorg.” (Resp 7)

Ervaren succesfactoren van het IP-LIN zijn:

- Het verbinden van een hbo-verpleegkundige (in dienst of als zzp-er) aan de afdeling.
- Gestage uitbreiding van de LIN-werkgroep met mbo-verpleegkundigen en fysiotherapeut gedurende het project.
- De structuur van het LIN: de groep studenten op te delen in twee groepen, met ieder een docent en met ieder twee vaste medewerkers. De ene groep kreeg les en werkte aan opdrachten/ verbeterproject, de andere groep verleende zorg op de afdeling.
- De enigszins ongemakkelijk grote hoeveelheid studenten levert extra handen aan het bed op.
- Enthousiaste LIN-professionals zijn ook echt enthousiast en ervaren dat zij geïnspireerd raken door het samen leren en ontwikkelen binnen het LIN.

“Sommige casusbesprekingen waar ik ben geweest, die zetten voor mij de puntjes weer op de i. Omdat je mee moet denken: Oh ja, zo zat het. Hoe zat het al weer? Dat wij gewoon weer met die kennis up to date zijn.” (Resp 15)

- LINs stimuleren met de kwaliteitsprojecten nieuwe innovaties op de afdelingen die de kwaliteit van zorg verbeteren.
- De baten wegen op tegen de kosten, zoals een bestuurder beschrijft:

“Als we door het LIN meer mensen binnenkrijgen, meer studenten die bij ons zien hoe het werkt, die geïnteresseerd zijn om bij ons te komen werken, die op verjaardagen positief over ons praten. Kijk, natuurlijk kost het allemaal geld. Maar ik denk dat het zichzelf heel makkelijk terugverdient. Daar hoeft je niet zo een ingewikkelde businesscase voor te schrijven. Maar dan moet je er wel wat van maken als organisatie. En dan moet het niet een ‘erbjtje’ zijn. Dan moet je je erop willen onderscheiden. Dan moet je er echt denk- en werkkraft voor vrijmaken. Maar ik denk dat het zichzelf makkelijk terugverdient. Kijk we hebben nu ook best veel vacatures. We zijn niet in staat om mensen op niveau 3-4-5 makkelijk aan ons te binden. En we hebben een hoop verzuim. Ja, het is heel makkelijk uit te rekenen.” (Resp 7)

Ervaren belemmerende factoren waren:

- Het uitroosteren van professionals (verpleegkundigen, fysiotherapeut, arts) om deel te nemen aan LIN-activiteiten lukt te vaak niet, en dat belemmert in eerste instantie het samen leren en ontwikkelen, maar ook belemmert het duurzame implementatie van de kwaliteitsprojecten in het IP-LIN. Of anders verwoord door een manager:

“Het LIN op zich is niet complex. Maar het georganiseerd en gefaciliteerd krijgen, dat is wel complex. Dus de omgeving, de context, is complex.” (Resp 11)

- De teams hebben managers nodig die hun steunen en faciliteren. Op beide locaties was er naast een tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden, ook sprake van onder bemensing van managers/staf. Het verloop/uitval onder managers is groot en/of zij hebben een te grote span of control.
- Onvoldoende beschikbare werkbegeleiders. Veel studenten op een afdeling, vraagt ook veel beschikbare werkbegeleiders. Verpleegkundigen voelen zich te weinig geschoold/bekend met werkbegeleiding en hebben soms een negatief beeld over het LIN, waardoor zij ook niet de rol van werkbegeleiding op zich willen nemen.

Discussie

Het doel van dit actieonderzoek was om een hefboom te organiseren voor veelbelovende best practices op het gebied van leren en verbeteren. Met behulp van participatief actieonderzoek waarbij een waarderende aanpak is gehanteerd, hebben we met behulp van kwantitatieve en kwalitatieve data gezocht naar antwoorden op de vragen: welke goede leerpraktijken zijn er in de langdurige zorg in de grootstedelijke context van Amsterdam te benoemen; wat zijn daarvan de werkzame principes; wat is de generaliseerbaarheid van de werkzame principes van de best practices; wat valt te leren van de noodzakelijke interactie tussen de zorgprofessionals, cliënten en hun naasten, de opleiders en de managers in die zorg; en hoe werkt het vergroten van de schaal van best practices die generaliseerbaar zijn.

Met dit actieonderzoek is een samenwerking op gang gebracht tussen de verschillende partners van het Ben Sajet Centrum: opleidingen hbo en mbo en zorginstellingen die verpleeghuiszorg aan ouderen bieden. Zowel op beleidsniveau als op het niveau van de afdelingen waar zorg aan geriatrische revalidanten wordt geleverd is een samenwerking en uitwisselingsproces op gang gebracht, met als doel om van en met elkaar te leren. Van de vijf onderzochte veelbelovende leer/werkpraktijken die de Amsterdamse verpleeghuiszorg kent, is het LIN naar voren gekomen als de meest geschikte om een leerproces op gang te brengen bij zowel verpleegkunde studenten als bij zorgprofessionals (verzorgenden, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, artsen). Daarom is het LIN in dit project door ontwikkeld tot een interprofessioneel LIN.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is de grootte van de groep die heeft deelgenomen aan het kwantitatieve deel van dit onderzoek. Een groep van 19 deelnemers is te klein om significante verschillen zichtbaar te maken, en binnen die groep van 19 deelnemers waren ook nog veel uitvallers waardoor er uiteindelijk maar 8 - 10 gepaarde resultaten waren (deelnemers die zowel aan de voor- als aan de nameting hadden deelgenomen). En hoewel we in de design van het actie onderzoek bewust geen controle afdeling hebben opgenomen, heeft dit als gevolg dat eventuele kleine positieve, niet significante verschillen onzichtbaar zijn gebleven. Ook de coronapandemie heeft grote invloed gehad op de voortgang en uitvoering van dit actieonderzoek. Het project heeft een half jaar min of meer stil gelegen vanwege de pandemie, maar door goedkeuring van verlenging van het project door ZonMw hebben we het project toch (hybride) kunnen uitvoeren en succesvol kunnen afronden. Een derde beperking van dit onderzoek is dat we in de interviews en focusgroepen alleen staf, professionals en studenten hebben gesproken die daadwerkelijk betrokken waren geweest bij het IP-LIN. Dat is een gemiste kans. We hebben nu nog onvoldoende zicht op wat professionals ervan weerhoudt om betrokken te worden bij het LIN.

De resultaten van de kwantitatieve data geven aan dat het gezamenlijke leerproces tussen professionals en studenten op de afdelingen waar een IP-LIN is opgericht niet significant verbeterd is. Ook geven de resultaten aan dat professionals en studenten gedurende hun deelname aan het IP-LIN niet een significante competentie ontwikkeling hebben doorgemaakt en zijn zij na afloop van het LIN niet meer tevreden over de leerwerkplek als aan het begin van deelname aan het LIN. De data geven een voorzichtige indicatie dat de leerhouding van mbo-v stagiaires en hbo-v stagiaires op onderdelen verschillend kan zijn. Mbo-v stagiaires hebben een actievere houding in de verschillende LIN-activiteiten, en hbo-v stagiaires brengen meer actualiteit in, en luisteren meer. Geen verschillen in leerhouding zagen we tussen professionals en stagiaires. Een mogelijke verklaring voor de gevonden verschillen tussen mbo en hbo verpleegkundigen is dat de veelal 4^e jaars mbo-v stagiaires in het IP-LIN meer stage/werk ervaring hebben en daardoor gemakkelijker vanuit de praktijk mee kunnen doen, dan de veelal 2^e en 3^e jaars hbo-v stagiaires. De hbo-v staat bekend om haar meer theoretische insteek, mogelijk dat hbo-v stagiaires daardoor beter op de hoogte zijn van de actuele ontwikkelingen. Of hbo-v stagiaires daadwerkelijk meer luisterden kan betwist worden. Een actieve luisterhouding vraagt naast aandachtig luisteren, juist veel ‘in gesprek’ gaan door samen te vatten en door te vragen (Ten Have e.a., 2021). In de door ons ontwikkelde observatielijst is luisteren onvoldoende geoperationaliseerd en is daarmee onvoldoende op ‘actief luisteren’ geobserveerd.

De resultaten van de kwalitatieve data geven een genuanceerder beeld. Alle betrokken studenten, professionals, docenten, managers en bestuurders zien dat het LIN een grote potentie heeft om een positieve bijdrage te leveren aan het leer- en ontwikkelvermogen van de Amsterdamse verpleeghuiszorg. En de (im)materiele baten wegen op tegen de kosten. De organisatie en uitvoering van het LIN is echter binnen de huidige zorgcontext complex, dat vraagt de nodig inzet van bestuurders, managers, praktijkopleiders, docenten en professionals. De actualiteit in de Amsterdamse ouderenzorg heeft ons in dit project ingehaald. De beide IP-LINs zijn op 1 februari 2021 gestart, midden in coronapandemie. Bij de start op de ene locatie was de formatie van het team redelijk op orde. De formatie van de andere locatie was alles behalve op orde. Toch is toen besloten de beide LINs op te starten. De docenten waren er klaar voor, mbo en hbo studenten waren aangemeld, er waren voorlichtingsbijeenkomsten gehouden voor de beide teams en hun multidisciplinaire collega's, de staf/het management stond achter het implementeren van het interprofessionele LINs, er was een ruimte met beamer geregeld, een projectleider aangesteld en projectplan geschreven. Op beide locaties bleef echter gedurende het project de formatie een punt van aandacht, door verloop en ziekte stond op beide locaties de formatie continue onder druk.

Professionals participeren bij en hebben kennis van het opzetten en uitvoeren van de kwaliteitsprojecten op hun afdeling, maar nemen nog onvoldoende deel aan de evaluatie ervan. Omdat professionals te weinig deelnemen aan de LIN-bijeenkomsten zijn zij slecht op de hoogte van dit onderdeel. Het lukt de studenten en docenten blijkbaar wel om de teams te informeren over de opzet en uitvoering van de kwaliteitsprojecten, maar niet hoe deze geëvalueerd en onderzocht worden. In de driehoek praktijk, onderwijs en onderzoek is dit een aandachtspunt voor toekomstige LINs.

Hoewel in dit project een mooie eerste stap is gezet naar het opzetten van een interprofessioneel LIN, is dit nog onvoldoende tot rijping gekomen. In beide locaties waren twee professionals van een andere discipline bij het LIN aangesloten, een arts en een fysiotherapeut. Zij wilden graag actief betrokken worden bij de kwaliteitsprojecten, maar hun agenda's belemmeren bijvoorbeeld het wekelijks kunnen deelnemen aan het LIN. Op uitnodiging werden meer professionals van andere disciplines uitgenodigd in het LIN voor bijvoorbeeld een gastles. Dit laatste wordt zeker gewaardeerd door iedereen en is ook leerzaam, maar leidt onvoldoende tot samen een innovatie/kwaliteitsproject op te zetten.

Binnen ons actie onderzoek streefden we naar co-creatie en actieve participatie van cliënten en/of naasten in dit project in verschillende fasen van ons project. Twee cliënten van hybride leer/werkpraktijken zijn in fase 1 geïnterviewd. In fase 3 zijn diverse cliënten en naasten zijn actief betrokken in de uitvoering van de verschillende kwaliteitsprojecten (beweegborden, revalideren met betekenisvolle doelen en familieparticipatie) van de beide LINs. Een cliënt heeft een actieve bijdrage geleverd aan een gluren-bij-de-buren bijeenkomst. Een ex-revalidant is geïnterviewd in het kader van de evaluatie (fase 4). En tot slot heeft een cliëntvertegenwoordiger van Zonnehuisgroep deelgenomen aan twee LIN-bijeenkomsten en het panelgesprek bij het afsluitende symposium (leerlab in de stad 3). Toch hadden we verwacht dat we cliënten en naasten ook in de LIN-activiteiten een grotere rol hadden kunnen geven, bijvoorbeeld in een moreel beraad, een klinische les of casuïstiekbespreking. Mogelijker redenen van onvoldoende betrekken van cliënten in het LIN zijn dat revalidanten niet altijd de energie en/of interesse hebben in deelname aan dergelijke activiteiten, en ook vinden professionals het nog ongemakkelijk om cliënten te betrekken.

Aansluitend bij het model van Kirkpatrick (2007) is men met name tevreden over het IP-LIN en de ervaring van leren en ontwikkelen die het LIN met zich meebrengt. En hoewel niet hard gemaakt met kwantitatieve resultaten, geven diverse deelnemers (multidisciplinaire professionals, verpleegkunde stagiaires en docenten) in de kwalitatieve resultaten aan dat het interprofessionele LIN een positieve bijdrage heeft

geleverd aan het ontwikkelen van hun competenties. De bijdrage aan gedragsveranderingen van studenten en professionals en een verandering in de klinische praktijk en 'return on investment' kan met de resultaten van dit actieonderzoek niet worden aangetoond.

Conclusie & aanbevelingen

Dit actieonderzoek had als ambitie het lerend en ontwikkelvermogen van professionals in de verpleeghuiszorg te vergroten. Het concept van het Leer- en InnovatieNetwerk heeft een paar belangrijke voordelen ten opzichte van andere hybride leeromgevingen die het lerend en ontwikkelvermogen van professionals (i.o.) in de Amsterdamse Ouderenzorg stimuleren zoals het Gildeleren of de Verpleegkundige Vakschool. In het LIN-concept heeft onderzoek een expliciete rol en ook de professional wordt gestimuleerd tot leren en ontwikkelen. Met deze twee voordelen wordt het innovatief vermogen van de verpleeghuiszorg meer aangesproken. Het concept van het LIN is sector-onafhankelijk, dat wil zeggen, dat het LIN in alle zorgsectoren geïmplementeerd kan worden. Het is geschikt voor de Geriatrische Revalidatie, de somatische en geriatrische verpleeghuiszorg, maar ook voor de psychogerontologische zorg en de thuiszorg. En daarmee heeft het LIN grote potentie. Zowel studenten, docenten, alle betrokken professionals rondom een cliënt/naaste en de cliënt/naast zelf, profiteren van het LIN. Doorontwikkeling van het LIN naar een interprofessioneel LIN waaraan alle betrokken professionals van een team en hun studenten (professionals in opleiding) kunnen deelnemen heeft de toekomst. Ondanks deze positieve ervaringen zijn er echter ook belemmerende factoren om tot succesvolle implementatie en schaalvergroting te komen, zoals weerstand van professionals tegen actieve deelname in het LIN, hoge werkdruk, te weinig beschikbare werkbegeleiders en managers met een te grote span of control. Wanneer een LIN in een ouderenzorginstelling wordt geïmplementeerd is het belangrijk om specifiek aandacht te hebben voor de interne organisatie van de zorginstelling waar het LIN in wordt opgenomen, de samenwerking met de betrokken individuen en de communicatie. Communicatie over het hoe wat en wanneer van het LIN bij zowel de voorbereiding en start van het LIN door mbo en hbo docenten en leidinggevenden van de praktijkinstelling als communicatie gedurende het uitvoeringsproces van het LIN. Bij dit laatste gaat het enerzijds om bijtijds alle betrokkenen in de praktijk te informeren over de planning en activiteiten die vanuit het LIN worden ondernomen, en anderzijds om het communiceren van activiteiten/processen die op de afdelingen plaatsvinden naar de docenten.

Concrete aanbevelingen zijn:

- Doe meer (interprofessionele) LIN's! In principe zou elke afdeling een LIN kunnen worden, maar houdt wel rekening met de benodigde randvoorwaarden.

- Maak vooral LIN's ook voor mbo-ers en hbo-ers tegelijk. Voor beiden lijkt dit zeer leerzaam.
- Zorg bij de start van het LIN voor een heldere structuur waardoor iedereen (studenten en multidisciplinaire professionals) de mogelijkheid heeft om in het LIN te kunnen participeren. Bijvoorbeeld door de groep professionals en studenten op te delen in twee groepen. Als professionals meer betrokken zijn bij het LIN helpt dat de studenten en docenten. Dan kan er met het gehele team geleerd, ontwikkeld en geëvalueerd worden.
- Blijf inzetten op een interprofessioneel LIN door professionals van andere disciplines aan het LIN te verbinden, maar ook is het wenselijk hun mbo en/of hbo stagiaires te betrekken in het LIN.
- Ontwikkel een e-module werkbegeleiding voor het LIN, met:
 - aandacht voor de twee rollen van professionals, namelijk studenten begeleiden en zelf ook durven leren,
 - aandacht voor het integreren van de opleidingseisen van zowel mbo als hbo opleidingen, maar ook van opleidingen die professionals doen (bijv. de GRZ-opleiding).
- Ontwikkel een folder voor cliënten over het hoe, wat en waarom van het LIN.
- Begin elke nieuwe LIN-groep met een gezamenlijke startbijeenkomst voor alle betrokken multidisciplinaire professionals en maak daarbij expliciet duidelijk dat het LIN een samenwerkingsproject is tussen de praktijk en opleiding(en).
- Benadruk steeds weer, bij de start, maar ook gedurende de uitvoering van het LIN, de driehoek onderwijs, praktijk, en onderzoek, en zorg ervoor dat met name professionals worden betrokken bij (het doen van) onderzoek.
- Profiteer van de prachtige mogelijkheden die het LIN biedt voor leren en ontwikkelen met en van de cliënten en hun naasten, zoals:
 - Samen met cliënten/naasten bepalen waar de focus in de verbeterprojecten op moet liggen: wat willen cliënten/naasten veranderen? Waar liggen hun prioriteiten? Zodat op basis daarvan de onderwerpen voor de kwaliteitsprojecten worden gekozen.
 - Samen de onderzoeksvraag op te stellen, door te luisteren naar waar de uitdagingen van de cliënten liggen.
 - In de LIN-lessen kunnen cliënten/naasten een explicietere rol hebben in bijvoorbeeld de casuïstiekbesprekingen/klinische lessen/moreel beraad van het LIN.
- Organiseer bij de start van het LIN een structureel (werk- en stuurgroep)overleg tussen opleiding en zorginstelling, en evalueer jaarlijks de voortgang (zoek de dialoog op).
- Kies innovatieprojecten waar binnen het LIN mee aan de slag wordt gegaan op basis van waar de zorgprofessionals toch al mee bezig zijn, onder het motto: samen komen we verder.

- Implementeer succesvolle innovatie vanuit het LIN in regulier handelen (bv betekenisvolle doelen opnemen in het zorgpad revalidatie)
- In vervolgonderzoek is het wenselijk ook expliciet de professionals mee te nemen die niet hebben deelgenomen aan het LIN, zodat beter inzicht wordt verkregen in hun overtuigingen/belevingen.

Dank

We willen alle deelnemende studenten, docenten, professionals, staf/managers en geriatrische revalidatie cliënten en hun naasten enorm bedanken voor hun inzet en betrokkenheid bij dit project. Ook de partners van het Ben Sajet Centrum die verpleeghuiszorg leveren aan ouderen, Zonnehuisgroep Amstelland, Amsta, Cordaan en Amstelring, willen we bedanken. En natuurlijk ook Kennisland, bedankt voor de fijne samenwerking. Tot slot bedanken we onze onderwijspartners, ROC TOP, ROC van Amsterdam en Hogeschool Inholland. Zonder al jullie betrokkenheid en enthousiasme waren we met dit project niet tot zulke mooie resultaten gekomen.

Referenties

- Actiz (2018). Zorg op maat en werving en scholing personeel centraal bij verpleeghuizen. Downloaded op 12 november 2018 van: <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2018/10/zorg-op-maat-en-werving-en-scholing-personeel-centraal-bij-verpleeghuizen>
- 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
- Bell-Peereboom, D., & Timmer, C. (2007). Raad weten met de situatie. *ONGE* 31, 259. doi.org/10.1007/BF03071744
- Boersma, P., & van der Geest, S. (2020). De nieuwe standaard in de verpleeghuiszorg: leren en werken op één plek. Kennisland. Gelicenseerd onder CC BY 4.0.
- Boersma, P., van der Geest, S., & Gobbens, R. (2021). Samen opleiden, leren en verbeteren in de Amsterdamse verpleeghuiszorg. *O&G*, Februari, doi: 10.24078/oeng.2021.2.126474
- Boersma, P., Van Weert, J.C.M., Van Meijel, B., & Dröes, R.M. (2017). Implementation of the Veder Contact Method in daily nursing home care for people with dementia: A process analysis according to the RE-AIM framework. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 436-455. doi: 10.1111/jocn.13432
- 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*. London, Sage.
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A., Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementing Science*, 7;4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
- Frank, J.R., Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
- Kirkpatrick, D.L. & Kirkpatrick, J. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels* (3rd Edition). ISBN 1576753484. California, Berrett-Koehler Publishers.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311 (7000), 299-302.
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2015). Bachelor Nursing 2020, een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. Opgehaald op 25 november 2022 van <https://www.venvn.nl/media/aadklpzc/opleidingsprofiel-bachelor-of-nursing-2020.pdf>

- Masselink, R., de Haan, J., Hugenholtz, N., van Rossum, M., & Schwippert, R.P. (2020). Veranderen met appreciative inquiry. Waarderend actieonderzoek in de praktijk. ISBN 9789024429691. Amsterdam, Boom uitgevers.
- Migchelbrink, F. (2018). De kern van participatief actieonderzoek. Amsterdam: SWP
- Munten, G., Legius, M., Niessen, T., Snoeren, M., Jukema, J., & Harps-Timmermans, A. (2012). Practice Development: Naar duurzame verandering van zorgen onderwijspraktijken. Den Haag, Boom/Lemma.
- Niessen, T. & Cox, K. (Red.) (2011). Innoverend leren in het ZorgInnovatieCentrum. Het creëren van ruimte voor vernieuwing. Den Haag, Boom/Lemma.
- Offenbeek van, M. (2001). Process and outcomes of Team learning. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 10(3), 303-31.
- Ritzen, H. (2022). Henk Ritzen-prijs 2021. Het beste O&G artikel 2021. *O&G*, 3, 10-11.
- Ten Have, E.C.M., Gortworst, R., Boer de, Carin, & Willemse, J. (2021). De verpleegkundige als communicator. *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen. De patiënt centraal*. 7e druk. ISBN: 9789035234277. Utrecht, Bohn Stafleu van Lochem.
- Zimmerman, S., Shier, V., & Saliba, D. (2014). Transforming nursing home culture: Evidence for practice and policy. *The Gerontologist*, 54(1), S1-S5. doi: 10.1093/geront/gnt161
- Zorginstituut Nederland (2017). Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg; samen leren en verbeteren. Downloaded op 5 november 2018 van:
file:///H:/My%20Documents/health%20-%20lectoraat/subsidie%20aanvragen/Kwaliteit%20van%20Zorg%20Ondersteuning%20Zorginstituut/literatuur/Kwaliteitskader+Verpleeghuiszorg_2017.pdf

Bijlage 1 Vragenlijst Competentie ontwikkeling

	Zorgverlener	Vrijwel nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Vrijwel altijd	N.v.t.
1.	Ik pas op de afdeling <i>klinisch redeneren</i> toe. Daarbij maak ik gebruik van:						
	1. cliënt-gerelateerde informatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. informatie over de persoonlijke beleving, wensen en behoeften van de cliënt en/of diens naasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. verpleegkundige classificaties (bv ICIDH, OMAHA, NANDA, NIC, NOC) en/of meetinstrumenten (bv. bartelscore, pijnscore, dos etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. onderliggende kennis van o.a. anatomie, fysiologie, pathologie, psychologie, farmacologie en palliatieve zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. kennis over de ouder-wordende mens, de invloed van leefstijl op gezondheid, co- en multimorbiditeit, ehealth en de inzet van het informele netwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ik respecteer de cliënt en neem beslissingen over (uitvoering van) de zorg na overleg met de cliënt/naaste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ik ondersteun de cliënt in het realiseren of handhaven van een zo groot mogelijke autonomie in het dagelijks functioneren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ik werk volgens standaarden, richtlijnen, protocollen en wetenschappelijke inzichten die horen bij mijn verantwoordelijkheid als zorgverlener.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Communicator						
5.	Ik vraag na aan cliënten en/of naasten of ze begrijpen wat ik bedoel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ik reageer begripvol en passend op emoties van cliënten en/of naasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ik geef kritiek op opbouwende wijze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Als ik feedback krijg doe ik daar iets mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ik verwerk gegevens in het ECD en haal er gegevens uit en doe dit respectvol en met in achtname van de privacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ik zoek vakkundige informatie op in databanken en/of internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Samenwerkingspartner	Vrijwel nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Vrijwel altijd	N.v.t.

11.	Ik hou rekening met de normen, waarden, wensen en gewoonten van de cliënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ik kom met de cliënt tot <i>gezamenlijke besluitvorming</i> over de te verlenen zorg. Ik hou rekening met etnische, culturele en levensbeschouwelijke diversiteit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ik overleg met andere disciplines en/of mantelzorgers over de te verlenen zorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ik ben in staat diepgaande kennisinhoudelijke discussies op mijn werkgebied aan te gaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflectieve professional							
15.	Ik onderzoek mijn eigen functioneren en eigen motieven, waarden, normen en emoties kritisch en bespreek de uitkomsten met mijn collega(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ik let voortdurend op de wensen, behoeften en emoties van de cliënt, en reageer hier zodanig op dat de cliënt zich gehoord en begrepen voelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ik signaleer praktijkproblemen en doe voorstellen om deze te verbeteren (bv d.m.v. onderzoek).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezondheidsbevorderaar							
18.	Ik bespreek met de cliënt en/of naaste zijn/haar ongezonde leefgewoonten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ik doe interventie-voorstellen voor een gezondere leefstijl aan de cliënt/naaste om zijn/haar gezondheid te versterken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ik evalueer met de cliënt/naaste de uitvoering van de interventies.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisator							
21.	Ik herken (bijna-)incidenten en reageer adequaat om schade voor de cliënt te beperken, meld deze schriftelijk om zo herhaling te voorkomen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ik zorg voor de continuïteit van zorg en houdt rekening met de belangen van de disciplines en organisatie en met die van de cliënt en zijn netwerk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ik bewaak in samenwerkingsrelaties op assertieve wijze en zelfbewust het eigen karakter van het verpleegkundig beroep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professional en kwaliteitsbevorderaar							
24.	Ik deel mijn visie op kwaliteit van zorg in begrijpelijke woorden met mijn collega's.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ik doe voorstellen voor (kleine) verbeteringen op onze afdeling en/of binnen ons (multi)disciplinaire team.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ik weet welke verantwoordelijkheden ik heb en doe geen taken waarvoor ik niet bekwaam/bevoegd ben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 2 Interview protocol

Domein CFIR	Construct	Relevante vragen
Interventie kenmerken	Waar komt interventie vandaan?	In hoeverre heb je inspraak op de uitvoering gehad? In hoeverre sta je achter de invoering van LIN2.0? Wat zijn essentiële onderdelen van het LIN
	Bewijskracht en kwaliteit	
	Relatief voordeel	Welke voordelen heeft het LIN2.0 tov vergelijken met reguliere stages. En welke nadelen?
	Aanpassingsvermogen	Welke aanpassingen zijn nodig om LIN2.0 tot een succes te maken?
	Complexity	Welke (online) tools/materiaal/middelen heb je tot je beschikking en welke ontbreken?
	Kosten	In hoeverre wegen de kosten op tegen de baten van het LIN?
Externe organisatie	Behoeften van cliënten/naasten	In hoeverre zijn cliënten/naasten betrokken? Hoe goed denkt u dat de interventie tegemoet komt aan de behoeften van de Bijv. verbeterde kwaliteit van zorg Kent u verhalen van cliënten?
		Hoe denkt u dat de cliënten/naasten op de interventie reageerden? Voor- en nadelen
	Behoefte van studenten	Hoe goed denkt u dat de interventie tegemoet komt aan de behoeften van de stagiaires? Op welke manieren zal de interventie aan hun behoeften voldoen? Bijv. verbeterde kwaliteit van zorg? Praktijkleren?
		Welke belemmeringen ondervinden de stagiaires van het LIN2.0?
	Burgerschap/samenwerken met andere (landelijke) organisatie	
	Groepsdruk (vanuit andere organisatie)	
	Extern beleid & stimulansen	
Interne organisatie	Infrastructuur	
	Netwerk & communicatie	Hoe wordt er gecommuniceerd binnen de

	(aangepast richting implementatie v interventie)	organisatie over (het implementeren van) nieuwe interventie? In hoeverre zijn nieuwe ontwikkelingen/ interventie onderdeel van de formele en informele gesprekken/vergaderingen die u heeft met collega's?
		Worden er regelmatig vergaderingen, zoals personeelsvergaderingen, gehouden? - Is het implementeren van een nieuwe interventie onderwerp op de agenda?
	Cultuur	Team cultuur, open voor LIN - docenten, student, onderzoek.
		Open voor nieuwe ontwikkelingen? (bv open leerklimaat, kritisch reflecteren, open staan voor feedback etc.)
	Implementatie klimaat	
	Veranderingsbehoefte	Is er een sterke behoefte aan deze interventie? - Waarom wel of waarom niet? - Zien anderen een noodzaak voor de interventie?
	Compatibiliteit (afstemming-samengaan met andere systemen)	
	Relatieve prioriteit	
	Stimulansen en beloningen voor de organisatie	
	Doelen en feedback	
	Leerklimaat (een belangrijk onderdeel van LIN2.0 is het ontwikkelen van een prettig leerklimaat voor stagiaires en medewerkers)	In hoeverre heeft LIN2.0 een bijdrage geleverd aan het verbeteren van het leerklimaat? - Graag de bijdrage toelichten. - Welke factoren waren daarbij behulpzaam? - Welke factoren belemmerden dit proces? - Wie hebben een sleutelrol gespeeld?
	Leiderschapsbetrokkenheid	Wat voor steun of actie heeft u ondervonden van de leiders in uw organisatie om de implementatie te doen slagen? - Wie zijn deze leiders? Hoe was hun houding? - Zijn zij op de hoogte van de uitvoering van de interventie? - Hebben zij barrières opgeworpen? Zo ja, welke?

	Beschikbare middelen	
	Toegang tot kennis en informatie	Heeft u een vorm van training/begeleiding aangeboden gekregen om bv de begeleiding van stagiaires beter te kunnen doen, of bv het doen van onderzoeksprojecten? - Zo ja welke? En wat heeft u dat opgeleverd? - Zo nee, welke had u graag willen volgen?
Kenmerken van individuen	Self-efficacy	Hoe kijkt u tegen het succes/nut van de interventie aan? - Wat geeft u dat niveau van vertrouwen (of gebrek aan vertrouwen)?
		In hoeverre ben je bekwaam genoeg om stagiaires te begeleiden en onderzoek uit te voeren/te innoveren op de afdeling tbv kwaliteit van zorg.
	Bereidheid tot adoptie van de interventie	Hoe denkt u dat uw team de interventie zullen adopteren?
		Welke belemmeringen ondervinden de medewerkers van het LIN2.0?
	Andere persoonlijke eigenschappen	
Proces	Planning	
	Betrokkenheid	Hoe zijn medewerkers betrokken bij het LIN2.0? - Welke activiteiten zijn daarvoor ondernomen? Was dat voldoende?
	Opinieleiders	
	Formeel benoemde interne uitvoeringsleiders	
	Kampioenen (mensen die er meer voor gaan dan strikt van hun wordt gevraagd)	Hoe wordt door andere teamleden tegen deze voorlopers aangekeken?
	Externe veranderaars	Heeft iemand (of een team) van buiten uw organisatie u geholpen bij de implementatie van de interventie? - Wie waren zij? - Wat was hun rol? - Wat voor soort activiteiten voerden zij uit? - Hoe behulpzaam is dat geweest?
	Sleutel stakeholders	Welke stappen zijn ondernomen om medewerkers aan te moedigen deel te nemen aan LIN2.0? - Hoe zijn zij benaderd?

		<ul style="list-style-type: none"> - Welke informatie hebben zij gekregen? - Hoe vaak en hoe heeft u met hen gecommuniceerd?
		<p>Welke communicatie- of educatiestrategie (training niet inbegrepen, zie Toegang tot Kennis en Informatie) is gebruikt om de interventie bekend te maken?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welke materialen/modaliteiten/middelen heeft u gebruikt? Bijvoorbeeld e-bulletin boards, e-mails, brochures? - Hoe heeft u gecommuniceerd met medewerkers? Bijvoorbeeld naar personeelsvergaderingen gaan, informeel met mensen praten?
	Interventie deelnemers	<p>Hoe communiceren jullie over het LIN2.0 met cliënten/naasten en stagiaires?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe participeerden zij in het LIN2.0?
	Uitvoering vd interventie	<p>Is het LIN volgens de oorspronkelijke opzet uitgevoerd?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zo ja, kunt u dit toelichten? - Indien nee, op welke onderdelen niet, en waarom niet?
	Reflectie & evaluatie	

Bijlage 3 Tabellen toetsing vragenlijsten

Tabel gemiddelde en som rang van vragenlijst Teamleren (Offenberg, 2001)

		N	Gemiddelde Rang	Som Rang
TL_1.2: In mijn team vragen we elkaar om hulp en advies over het werk -	Negatieve rangen	4 ^a	3,75	15,00
TL_1.1: In mijn team vragen we elkaar om hulp en advies over het werk	Positieve rangen	2 ^b	3,00	6,00
	Gelijke volgorde	3 ^c		
	Totaal	9		
TL_2.2: in mijn team geven we elkaar feedback -	Negatieve rangen	1 ^a	2,00	2,00
TL_2.1: in mijn team geven we elkaar feedback	Positieve rangen	2 ^b	2,00	4,00
	Gelijke volgorde	6 ^c		
	Totaal	9		
TL_3.2: Als team proberen we nieuwe werkwijzen of methoden uit -	Negatieve rangen	1 ^a	2,00	2,00
TL_3.1: Als team proberen we nieuwe werkwijzen of methoden uit	Positieve rangen	3 ^b	2,67	8,00
	Gelijke volgorde	5 ^c		
	Totaal	9		
TL_4.2: in mijn team verzamelen we vakinhoudelijke informatie over t werk waar we mee bezig zijn -	Negatieve rangen	0 ^a	0,00	0,00
TL_4.1: in mijn team verzamelen we vakinhoudelijke informatie over t werk waar we mee bezig zijn	Positieve rangen	3 ^b	2,00	6,00
	Gelijke volgorde	5 ^c		
	Totaal	8		
TL_5.2: In mijn team zoeken we buiten onze eigen organisatie naar vakinhoudelijke informatie en kennis. -	Negatieve rangen	2 ^a	1,50	3,00
TL_5.1: In mijn team zoeken we buiten onze eigen organisatie naar vakinhoudelijke informatie en kennis.	Positieve rangen	2 ^b	3,50	7,00
	Gelijke volgorde	2 ^c		
	Totaal	6		
TL_6.2: In mijn team vergaren we informatie door samen te werken met anderen buiten ons team -	Negatieve rangen	2 ^a	2,00	4,00
TL_6.1: In mijn team vergaren we informatie door samen te werken met anderen buiten ons team	Positieve rangen	3 ^b	3,67	11,00
	Gelijke volgorde	2 ^c		
	Totaal	7		
TL_7.2: In mijn team wisselen we onderling kennis en informatie uit -	Negatieve rangen	1 ^a	2,50	2,50
TL_7.1: In mijn team wisselen we onderling kennis en informatie uit	Positieve rangen	3 ^b	2,50	7,50
	Gelijke volgorde	5 ^c		
	Totaal	9		
TL_8.2: In mijn team wordt vakinhoudelijke informatie verspreid onder alle teamleden -	Negatieve rangen	3 ^a	3,33	10,00
TL_8.1: In mijn team wordt vakinhoudelijke informatie verspreid onder alle teamleden	Positieve rangen	2 ^b	2,50	5,00
	Gelijke volgorde	4 ^c		
	Totaal	9		
TL_9.2: In mijn team wisselen we informatie en kennis uit met anderen buiten ons team -	Negatieve rangen	2 ^a	2,00	4,00
TL_9.1: In mijn team wisselen we informatie en	Positieve rangen	1 ^b	2,00	2,00

kennis uit met anderen buiten ons team	Gelijke volgorde	3 ^c		
	Totaal	6		
TL_10.2: In mijn team ontvangen we informatie van anderen buiten ons interprofessioneel team -	Negatieve rangen	1 ^a	1,50	1,50
	Positieve rangen	1 ^b	1,50	1,50
TL_10.1: In mijn team ontvangen we informatie van anderen buiten ons interprofessioneel team	Gelijke volgorde	4 ^c		
	Totaal	6		
TL_11.2: Mijn team legt haar informatie en kennis vast in een archief -	Negatieve rangen	2 ^a	2,50	5,00
TL_11.1: Mijn team legt haar informatie en kennis vast in een archief	Positieve rangen	3 ^b	3,33	10,00
	Gelijke volgorde	4 ^c		
	Totaal	9		
TL_12.2: In mijn team worden afspraken die in het team zijn besproken zorgvuldig vastgelegd -	Negatieve rangen	5 ^a	3,60	18,00
TL_12.1: In mijn team worden afspraken die in het team zijn besproken zorgvuldig vastgelegd	Positieve rangen	1 ^b	3,00	3,00
	Gelijke volgorde	3 ^c		
	Totaal	9		
TL_13.2: Mijn team legt informatie vast doordat notulen worden gemaakt bij bijeenkomsten -	Negatieve rangen	2 ^a	3,00	6,00
TL_13.1: Mijn team legt informatie vast doordat notulen worden gemaakt bij bijeenkomsten	Positieve rangen	2 ^b	2,00	4,00
	Gelijke volgorde	3 ^c		
	Totaal	7		
TL_14.2: In mijn team refereren we tijdens een bespreking aan eerder besproken zaken om deze informatie en kennis te benutten -	Negatieve rangen	4 ^a	3,50	14,00
TL_14.1: In mijn team refereren we tijdens een bespreking aan eerder besproken zaken om deze informatie en kennis te benutten	Positieve rangen	2 ^b	3,50	7,00
	Gelijke volgorde	0 ^c		
	Totaal	6		
TL_15.2: In mijn team worden eerdere documenten geraadpleegd -	Negatieve rangen	3 ^a	2,00	6,00
TL_15.1: In mijn team worden eerdere documenten geraadpleegd	Positieve rangen	1 ^b	4,00	4,00
	Gelijke volgorde	5 ^c		
	Totaal	9		
TL_16.2: In mijn team houden wij ons aan de afspraken die we als interprofessioneel team hebben vastgelegd -	Negatieve rangen	1 ^a	1,50	1,50
TL_16.1: In mijn team houden wij ons aan de afspraken die we als interprofessioneel team hebben vastgelegd	Positieve rangen	1 ^b	1,50	1,50
	Gelijke volgorde	7 ^c		
	Totaal	9		
TL_C_17.2: In mijn team proberen we waar mogelijk standaardprocedures of criteria op te stellen -	Negatieve rangen	2 ^a	3,75	7,50
TL_C_17.1: In mijn team proberen we waar mogelijk standaardprocedures of criteria op te stellen	Positieve rangen	3 ^b	2,50	7,50
	Gelijke volgorde	3 ^c		
	Totaal	8		
TL_C_18.2: In mijn team ontwikkelen we gedeelde opvattingen over de aanpak van het werk -	Negatieve rangen	3 ^a	3,00	9,00
TL_C_18.1: In mijn team ontwikkelen we gedeelde opvattingen over de aanpak van het werk	Positieve rangen	2 ^b	3,00	6,00
	Gelijke volgorde	2 ^c		
	Totaal	7		
TL_C_19.2: In mijn team proberen we een	Negatieve rangen	1 ^a	1,50	1,50

duidelijke consensus te bereiken -	rangen			
TL_C_19.1: In mijn team proberen we een	Positieve rangen	1 ^b	1,50	1,50
duidelijke consensus te bereiken	Gelijke volgorde	5 ^c		
	Totaal	7		
TL_C_20.2: In mijn team bespreken we	Negatieve rangen	2 ^a	3,25	6,50
gezamenlijk moeilijke beslissingen over ons werk	Positieve rangen	3 ^b	2,83	8,50
-	Gelijke volgorde	2 ^c		
TL_C_20.1: In mijn team bespreken we	Totaal	7		
gezamenlijk moeilijke beslissingen over ons werk	Negatieve rangen	3 ^a	4,17	12,50
TL_C_21.2: In mijn team helpen teamleden	Positieve rangen	3 ^b	2,83	8,50
elkaar tot een gedegen meningsvorming te	Gelijke volgorde	1 ^c		
komen -	Totaal	7		
TL_C_21.1: In mijn team helpen teamleden	Negatieve rangen	1 ^a	2,00	2,00
elkaar tot een gedegen meningsvorming te	Positieve rangen	3 ^b	2,67	8,00
komen	Gelijke volgorde	4 ^c		
TL_C_22.2: In mijn team gebruiken we	Totaal	8		
commentaar om het functioneren van het team	Negatieve rangen	3 ^a	3,00	9,00
te evalueren -	Positieve rangen	2 ^b	3,00	6,00
TL_C_22.1: In mijn team gebruiken we	Gelijke volgorde	4 ^c		
commentaar om het functioneren van het team	Totaal	9		
te evalueren	Negatieve rangen	1 ^a	2,50	2,50
TL_C_23.2: In mijn team luisteren we goed naar	Positieve rangen	2 ^b	1,75	3,50
elkaars ideeën over het werk - TL_C_23.1: In	Gelijke volgorde	3 ^c		
mijn team luisteren we goed naar elkaars ideeën	Totaal	6		
over het werk	Negatieve rangen	1 ^a	2,00	2,00
TL_C_24.2: In mijn team dagen wel elkaar uit	Positieve rangen	2 ^b	2,00	4,00
om op een nieuwe manier naar het werk te	Gelijke volgorde	3 ^c		
kijken -	Totaal	6		
TL_C_24.1: In mijn team dagen wel elkaar uit	Negatieve rangen	2 ^a	3,00	6,00
om op een nieuwe manier naar het werk te	Positieve rangen	2 ^b	2,00	4,00
kijken	Gelijke volgorde	3 ^c		
TL_C_25.2: In mijn team vragen we ons af wat	Totaal	7		
externe veranderingen voor ons werk betekenen	Negatieve rangen	2 ^a	3,00	6,00
-	Positieve rangen	2 ^b	2,00	4,00
TL_C_25.1: In mijn team vragen we ons af wat	Gelijke volgorde	3 ^c		
externe veranderingen voor ons werk betekenen	Totaal	6		
TL_C_26.2: In mijn team overwegen we of er	Negatieve rangen	2 ^a	3,00	6,00
betere mogelijkheden zijn om het werk aan te	Positieve rangen	2 ^b	2,00	4,00
pakken -	Gelijke volgorde	3 ^c		
TL_C_26.1: In mijn team overwegen we of er	Totaal	7		
betere mogelijkheden zijn om het werk aan te				
pakken				

a. TL_item T1 < TL_item T0; b. TL_item T1 > TL_item T0; c. TL_item T0 = TL_item T1

Tabel Gemiddelde en som van de ranks Tevredenheid leerwerkplek

		N	Gemiddelde Rang	Som Rang
tevreden_leerwerkplek T1: hoe tevreden ben jij met de leerwerkplek (LIN2.0) op jouw afdeling	Negatieve rangen	4 ^a	5,00	20,00
	Positieve rangen	4 ^b	4,00	16,00

(cijfer 1 - 10) - tevreden_leerwerkplek.T0: hoe tevreden ben jij met de leerwerkplek (LIN2.0) op jouw afdeling (cijfer 1 - 10)

Gelijke volgorde 2^c
Totaal 10

a. tevreden_leerwerkplek.T1: cijfer 1 - 10 < tevreden_leerwerkplek.T0: cijfer 1 - 10
 b. tevreden_leerwerkplek.T1: cijfer 1 - 10 > tevreden_leerwerkplek T0: cijfer 1 - 10
 c. tevreden_leerwerkplek.T1: cijfer 1 - 10 = tevreden_leerwerkplek T0: cijfer 1 - 10

Tabel gemiddelde en somscores subschalen CanMeds vragenlijst competentie ontwikkeling

		N	Gemiddeld	
			Rang	Som Rang
som_communicator_T1 - som_communicator_T0	Negatieve rangen	4 ^a	3,50	14,00
	Positieve rangen	4 ^b	5,50	22,00
	Gelijke volgorde	0 ^c		
	Totaal	8		
Som_samenwerkingspartner_T1 - Som_samenwerkingspartner_T0	Negatieve rangen	4 ^a	3,00	12,00
	Positieve rangen	2 ^b	4,50	9,00
	Gelijke volgorde	2 ^c		
	Totaal	8		
Som_reflectieve_professional_T1 - Som_reflectieve_professional_T0	Negatieve rangen	2 ^a	4,50	9,00
	Positieve rangen	5 ^b	3,80	19,00
	Gelijke volgorde	1 ^c		
	Totaal	8		
Som_gezondh_bevorderaar_T1 - Som_gezondh_bevorderaar_T0	Negatieve rangen	3 ^a	3,50	10,50
	Positieve rangen	5 ^b	5,10	25,50
	Gelijke volgorde	0 ^c		
	Totaal	8		
Som_organisator_T1 - Som_organisator_T0	Negatieve rangen	4 ^a	2,50	10,00
	Positieve rangen	2 ^b	5,50	11,00
	Gelijke volgorde	1 ^c		
	Totaal	7		
Som_prof_kwalitbev_T1 - Som_prof_kwaliteitsbev_T0	Negatieve rangen	3 ^a	3,50	10,50
	Positieve rangen	3 ^b	3,50	10,50
	Gelijke volgorde	2 ^c		
	Totaal	8		

a. som_score T1 < som_score T0; b. som_score T1 > som_score T0; c. som_score T1 = som_score T0

Bijlage 4 Tabellen toetsing leer- en ontwikkelgedrag

Gemiddelde rang en som van de rang van de observatielijst leer- en ontwikkelgedrag van mbo-v en hbo-v stagiaires

functie deelnemer		N	Gemiddelde Rang	Som Rang
de zorgprofessional (i.o) neemt actief deel aan reflectie/verbeterproject bijeenkomst	stagiaire hbo v	19	11,18	212,50
	stagiaire mbo v	5	17,50	87,50
	Totaal	24		
zorgprofessional (i.o) brengt nieuwe ideeën in	stagiaire hbo v	19	12,37	235,00
	stagiaire mbo v	5	13,00	65,00
	Totaal	24		
zorgprofessional (i.o) denkt mee over actuele ontwikkelingen	stagiaire hbo v	19	14,05	267,00
	stagiaire mbo v	5	6,60	33,00
	Totaal	24		
zorgprofessional (i.o) stimuleert anderen op positieve wijze	stagiaire hbo v	19	12,18	231,50
	stagiaire mbo v	5	13,70	68,50
	Totaal	24		
zorgprofessional (i.o) brengt eigen ervaringen over de zorguitvoering in, tijdens de bijeenkomst	stagiaire hbo v	19	11,58	220,00
	stagiaire mbo v	5	16,00	80,00
	Totaal	24		
zorgprofessional (i.o) luistert naar anderen	stagiaire hbo v	19	13,68	260,00
	stagiaire mbo v	5	8,00	40,00
	Totaal	24		
zorgprofessional (i.o) geeft feedback	stagiaire hbo v	19	12,47	237,00
	stagiaire mbo v	5	12,60	63,00
	Totaal	24		
zorgprofessional (i.o) geeft opbouwende feedback	stagiaire hbo v	19	12,97	246,50
	stagiaire mbo v	5	10,70	53,50
	Totaal	24		
zorgprofessional (i.o) is uitnodigend naar nieuwe collega's (i.o)	stagiaire hbo v	19	12,24	232,50
	stagiaire mbo v	5	13,50	67,50
	Totaal	24		

Gemiddelde rang en som van de rang van de observatielijst leer- en ontwikkelgedrag van medewerkers en stagiaires

		N	Gemiddelde Rang	Som Rang
de zorgprofessional (i.o) neemt actief deel aan reflectie/verbeterproject bijeenkomst	stagiaire	24	16,33	392,00
	medewerkers	10	20,30	203,00
	Totaal	34		
zorgprofessional (i.o) brengt nieuwe ideeën in	stagiaire	24	17,06	409,50
	medewerkers	10	18,55	185,50
	Totaal	34		
zorgprofessional (i.o) denkt mee over actuele ontwikkelingen	stagiaire	24	15,83	380,00
	medewerkers	10	21,50	215,00
	Totaal	34		

zorgprofessional (i.o) stimuleert anderen op positieve wijze	stagiaire	24	15,50	372,00
	medewerkers	10	22,30	223,00
	Totaal	34		
zorgprofessional (i.o) brengt eigen ervaringen over de zorguitvoering in, tijdens de bijeenkomst	stagiaire	24	16,04	385,00
	medewerkers	10	21,00	210,00
	Totaal	34		
zorgprofessional (i.o) luistert naar anderen	stagiaire	24	16,73	401,50
	medewerkers	10	19,35	193,50
	Totaal	34		
zorgprofessional (i.o) geeft feedback	stagiaire	24	16,04	385,00
	medewerkers	10	21,00	210,00
	Totaal	34		
zorgprofessional (i.o) geeft opbouwende feedback	stagiaire	24	15,75	378,00
	medewerkers	10	21,70	217,00
	Totaal	34		
zorgprofessional (i.o) is uitnodigend naar nieuwe collega's (i.o)	stagiaire	24	16,25	390,00
	medewerkers	10	20,50	205,00
	Totaal	34		

Bijlage 5 Correlaties tussen de subschalen van de CanMeds competentie ontwikkeling observatielijst (T0)

Tabel Correlaties subschalen CanMeds competentie ontwikkeling lijst (T0)

		Communicator	Samenwerkings-partner	reflectieve_professionaal	Gezondheids-bevorderaar	Organisator	Professional_en_kwaliteitsbevorderaar	Zorgver-lener
Communicator	Correlation Coefficient	1,000	,681**	-0,048	-0,073	0,467	0,272	,734**
	Sig. (2-tailed)		0,007	0,866	0,796	0,093	0,308	0,001
	N	16	14	15	15	14	16	16
Samenwerkings-partner	Correlation Coefficient	,681**	1,000	0,183	0,107	,672**	,586*	,707**
	Sig. (2-tailed)	0,007		0,514	0,704	0,008	0,022	0,005
	N	14	16	15	15	14	15	14
reflectieve_professionaal	Correlation Coefficient	-0,048	0,183	1,000	,512*	0,460	0,484	0,100
	Sig. (2-tailed)	0,866	0,514		0,043	0,085	0,057	0,711
	N	15	15	17	16	15	16	16
Gezondheids-bevorderaar	Correlation Coefficient	-0,073	0,107	,512*	1,000	0,425	0,162	-0,025
	Sig. (2-tailed)	0,796	0,704	0,043		0,114	0,549	0,929
	N	15	15	16	16	15	16	15

Organisator	Correlation Coefficient	0,467	,672**	0,460	0,425	1,000	0,427	0,308
	Sig. (2-tailed)	0,093	0,008	0,085	0,114		0,113	0,284
	N	14	14	15	15	15	15	14
Professional_ en_ kwaliteits- bevorderaar	Correlation Coefficient	0,272	,586*	0,484	0,162	0,427	1,000	,575*
	Sig. (2-tailed)	0,308	0,022	0,057	0,549	0,113		0,020
	N	16	15	16	16	15	17	16
zorgprofessionaal	Correlation Coefficient	,734**	,707**	0,100	-0,025	0,308	,575*	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,005	0,711	0,929	0,284	0,020	
	N	16	14	16	15	14	16	17

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

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

