# Interdisciplinair samenwerken in de ouderenzorg

Frank Peters
Rita Kennis

In opdracht van het College voor de Beroepen
en Opleidingen in de Gezondheidszorg
(www.cbog.nl)

Nijmegen, 8 maart 2011

Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

© 2011 Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt, Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt te Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photo print, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

# Inhoudsopgave


Samenvatting 1

1 Inleiding 3
1.1 Aanleiding onderzoek 3
1.2 Probleemstelling 3
1.3 Opzet van het onderzoek 5
1.4 Respons 6
1.5 Opbouw van dit rapport 8

2 Beschikbare en vereiste competenties 9
2.1 Beeld op hoofdlijnen 9
2.2 Beeld op afzonderlijke competenties 10
2.3 Beeld per beroepsgroep 11

3 Gevraagde en aangeboden competenties 13
3.1 Beroepscompetentieprofielen over samenwerken 13
3.2 Kwalificatiedossiers over samenwerken 15

4 Leren samenwerken 17

5 Conclusies en aanbevelingen 19
5.1 Conclusies 19
5.2 Aanbevelingen 20

Bronnen 21

Bijlagen 23
Bijlage 1 – Items multidisciplinair samenwerken 25
Bijlage 2 – Vereiste en beschikbare competenties 27
Bijlage 3 – Competenties per beroepsgroep 31
Bijlage 4 – Prestatie-indicatoren op het gebied van samenwerken 35

# Samenvatting

Verzorgende, eerst verantwoordelijke verzorgende en mbo-verpleegkundigen zullen in de ouderenzorg van morgen in overleg met de ouderen moeten kunnen bepalen welke zorg nodig is, hen stimuleren zelf de regie te nemen over hun ziekte en gezondheid en meer moeten samenwerken met andere zorgverleners; niet-samenwerken kan niet meer. Een dergelijke benadering vraagt andere competenties dan voorheen. Het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) heeft dit daarom als insteek gekozen voor haar innovatieprojecten op het gebied van de ouderenzorg. Eén van die projecten betreft het inventariseren van beschikbare en vereiste competenties van mbo-opgeleide beroepskrachten voor interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg. Het CBOG heeft het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) gevraagd die inventarisatie uit te voeren.

In het onderzoek stonden twee vragen centraal:
- Welke competenties zijn voor mbo-opgeleide beroepskrachten in de ouderenzorg vereist om goed te kunnen samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende disciplines, waarbij steeds de zorgvraag van de oudere centraal staat?
- Over welke competenties beschikken de huidige mbo-opgeleiden die in de ouderenzorg werken, om goed te kunnen samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende disciplines, waarbij steeds de zorgvraag van de oudere centraal staat?

Het onderzoek is in twee stappen uitgevoerd. Als eerste activiteit is de vragenlijst opgesteld die in het veldwerk nodig was. Vertrekput daarvoor waren de beroepscompetentieprofielen van mbo-beroepskrachten in de ouderenzorg en literatuur over interdisciplinair samenwerken. Dit leverde een lijst op met kennis en vaardigheden, die is voorgelegd aan een tweetal personen met veel ervaring met de competenties van mbo-beroepskrachten in de ouderenzorg.
De tweede activiteit was het enquêteren van beroepskrachten, leidinggevenden en relevante andere respondenten in de ouderenzorg die te maken hebben met functionarissen op mbo-niveau, zoals werkgevers, specialisten ouderengeneeskunde, paramedici, huisartsen, opleidingsfunctionarissen, kwaliteitsfunctionarissen en cliënten zelf. In totaal hebben 218 respondenten van 75 organisaties (35 procent) aan het onderzoek meegewerkt. Veertig procent van de respondenten bestond uit verzorgenden, eerst verantwoordelijke verzorgende en mbo-verpleegkundigen, de rest uit andere functionarissen in de ouderenzorg.

Het onderzoek wijst uit dat om interdisciplinair te kunnen samenwerken, competenties zijn vereist op de volgende gebieden:
- communicatie met zorgvragers;
- informatie uitwisselen;
- houding;
- zorgleefplan en zorgproces;
- samenwerken in een (multidisciplinair) team;
- regie, coördinatie en bemiddeling;
- organisatie en beleid.

Elke categorie bestaat uit meerdere items (i.c. houdingsaspecten, kennis en vaardigheden); de totale lijst bestaat uit 71 items. Elk van deze items is vereist om in de ouderenzorg interdiscipli-

nair te kunnen samenwerken; beroepskrachten zelf en andere betrokkenen verschillen daarover niet van mening.

Gemiddeld vindt iets meer dan de helft van alle respondenten dat de drie beroepsgroepen niet beschikken over de competenties die zijn vereist. Ook in dit geval denken beroepskrachten zelf en andere betrokkenen hier vrijwel hetzelfde over. De grootse verschillen tussen vereiste en beschikbare competenties concentreren zich op drie categorieën: samenwerken in een (multidisciplinair) team (tot deze categorie behoren echter ook een aantal competenties met de kleinste verschillen), communicatie met zorgvragers en zorgleefplan en zorgproces.

In het onderzoek is ook gekeken naar de gevraagde en aangeboden competenties in respectievelijk beroepscompetentieprofielen en kwalificatiedossiers (voor de evv'er is er geen kwalificatiedossier). Hieruit blijkt dat alle gevraagde competenties ook feitelijk op de werkplek vereist zijn. Tegelijkertijd wordt in de beroepscompetentieprofielen *in de vorm van competenties of prestatie-indicatoren* nauwelijks aandacht besteed aan communicatie met de zorgvrager. Voor de kwalificatiedossiers (met de aangeboden competenties) kon dit niet worden vastgesteld, omdat deze vooral op hoofdlijnen aangeven wat beginnende beroepskrachten moeten kunnen; dit laat zich lastig vergelijken met de gedetailleerde lijst kennis en vaardigheden die in het onderzoek is gebruikt.

Om beroepskrachten te trainen in de competenties om interdisciplinair samen te werken blijkt in de ouderenzorg een duidelijke voorkeur te bestaan voor scholingsmogelijkheden op de werkplek. Dat geldt met name voor oefenen op de werkplek en werkplek-coaching. Gelet op het achterblijven van de competenties waarover beroepskrachten beschikken bij de competenties die zijn vereist én de voorkeur om hierin via scholing op de werkplek te voorzien, bevelen de onderzoekers het CBOG dan ook aan op korte termijn te starten met een vervolgtraject om een scholing voor interdisciplinair samenwerken te ontwikkelen dat door zorgorganisaties in de ouderenzorg zelf kan worden uitgevoerd.

Een tweede aanbeveling is om in het aan te bieden scholingstraject nadrukkelijk competenties aan de orde te stellen op het gebied van de communicatie met zorgvragers. Dit is namelijk één van de categorieën competenties met de grootste verschillen tussen vereiste en beschikbare competenties. Bovendien hebben deze competenties een weinig prominente plaats in de beroepscompetentieprofielen van verzorgenden, eerst verantwoordelijke verzorgenden en mbo-verpleegkundigen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

Om ook in de toekomst de benodigde zorg aan de groeiende groep ouderen te kunnen leveren, dient de ouderenzorg anders te worden georganiseerd. Niet het (versnipperde) aanbod van zorg moet uitgangspunt zijn, maar de vraag van ouderen, die zowel betrekking heeft op zorg als op wonen en welzijn. Een dergelijke omslag heeft gevolgen voor de beroepskracht. Die zal bijvoorbeeld in overleg met ouderen moeten bepalen welke zorg nodig is, hen stimuleren zelf de regie te nemen over hun ziekte en gezondheid en meer moeten samenwerken met andere zorgverleners; niet-samenwerken kan niet meer. Een dergelijke benadering vraagt andere competenties dan voorheen. Het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) heeft dit daarom als insteek gekozen voor haar innovatieprojecten op het gebied van de ouderenzorg. Eén van die projecten betreft het inventariseren van beschikbare en vereiste competenties van mbo-opgeleide beroepskrachten voor interdisciplinaire samenwerking in de ouderenzorg. Het CBOG heeft het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) gevraagd die inventarisatie uit te voeren. In voorliggend rapport doen we daarvan verslag.

## 1.2 Probleemstelling

In het onderzoek staan twee vragen centraal:

- Welke competenties zijn voor mbo-opgeleide beroepskrachten in de ouderenzorg vereist om goed te kunnen samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende disciplines, waarbij steeds de zorgvraag van de oudere centraal staat?

- Over welke competenties beschikken de huidige mbo-opgeleiden die in de ouderenzorg werken, om goed te kunnen samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende disciplines, waarbij steeds de zorgvraag van de oudere centraal staat?

Het onderzoek dient te resulteren in een overzicht van de benodigde en beschikbare competenties van mbo-opgeleide beroepskrachten in de ouderenzorg van morgen. Dit overzicht moet kunnen dienen als basisdocument voor een beoogd vervolgtraject waarin een interdisciplinaire scholing wordt ontwikkeld.

Voordat we aangeven hoe het onderzoek is uitgevoerd, staan we eerst even stil bij het type competenties waarvan in dit onderzoek sprake is en bij de functies waarop het onderzoek betrekking heeft.

### Competenties in soorten en maten

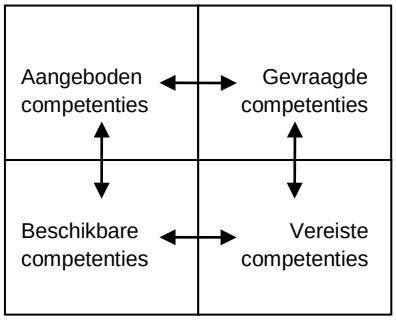
Zoals aangegeven, is het achterliggende doel van het onderzoek dat kan worden vastgesteld welke competenties aan de orde moeten komen in een scholing voor integrale, vraaggerichte zorg aan ouderen. Daarvoor is het van belang te bepalen welke typen competenties in kaart

moeten worden gebracht. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de competenties die in mbo-functies worden gevraagd en zijn vereist en anderzijds de beschikbare en aangeboden van beroepskrachten:

- gevraagde competenties: de competenties die in mbo-functies in de ouderenzorg worden gevraagd, bijvoorbeeld in de vorm van een beroepscompetentieprofiel of functiebeschrijving;
- vereiste competenties: alle competenties die nodig zijn om als beroepskracht in een bepaalde werksetting te kunnen functioneren;
- aangeboden competenties: de competenties die in mbo-opleidingen kunnen worden verworven en worden aangeboden op de arbeidsmarkt van de ouderenzorg;
- beschikbare competenties: alle competenties waarover beroepskrachten beschikken (binnen en buiten de opleidingen verworven).

Bij de inzet van mbo'ers als beroepskracht in een vraaggerichte ouderenzorg zijn in beginsel alle soorten competenties en de verhoudingen daartussen van belang. Een nieuwe manier van werken kan bijvoorbeeld leiden tot discrepanties tussen vereiste en beschikbare competenties. En discrepanties in de verhouding tussen beschikbare en aangeboden competenties, kunnen wijzen op tekortkomingen in de opleiding.

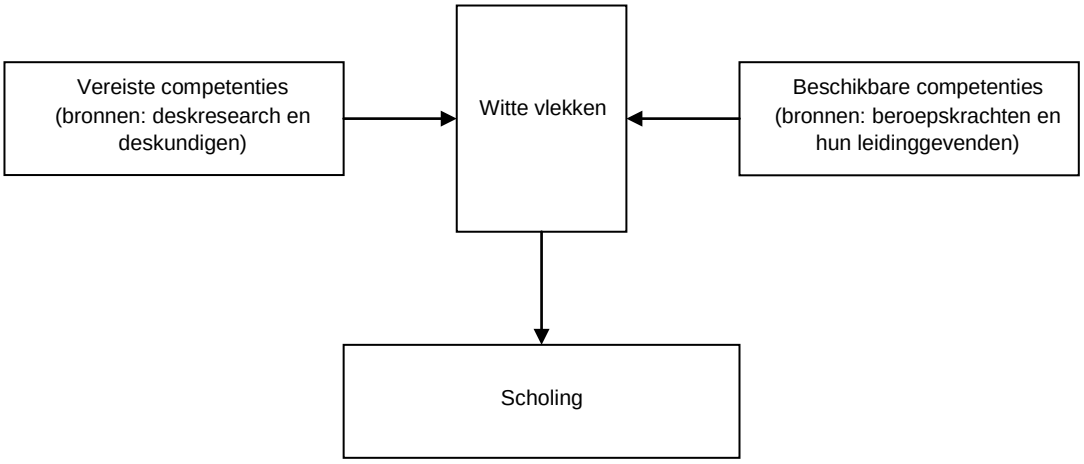
*Figuur 1 – Soorten competenties*




Uiteindelijk moet met de inventarisatie duidelijk worden welke competenties via een scholing moeten worden aangeboden omdat het werk die competenties vereist én mbo-opgeleide beroepskrachten daarover niet beschikken. De inventarisatie moet daarom betrekking hebben op deze twee soorten competenties; vereiste en (niet) beschikbare competenties. De competenties die zijn vereist om in een vraaggerichte ouderenzorg interdisciplinair te kunnen samenwerken, worden in kaart gebracht via deskresearch en interviews met deskundigen op het gebied van de ouderenzorg en/of interdisciplinaire samenwerking. Voor de competenties waarover mbo-opgeleide beroepskrachten (niet) beschikken, zijn de beroepskrachten zelf en hun leidinggevenden de eerstaangewezen bronnen. Daarnaast benaderen we relevante andere respondenten in de werksituatie van mbo'ers, zoals werkgevers, cliënten, specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen, opleidingsfunctionarissen en kwaliteitsfunctionarissen.

Door vereiste en beschikbare competenties met elkaar te vergelijken, wordt duidelijk waar sprake is van witte vlekken: gebieden waarop beroepskrachten niet of onvoldoende beschikken over de vereiste competenties en scholing nodig is. In schema:

*Figuur 2 – Aansluiting vereiste en beschikbare competenties*




**Functies in de ouderenzorg**

De branche ouderenzorg bestaat uit 130 verpleeghuizen en 160 verzorgingshuizen die aan bijna 250.000 personen zorg leveren[1]. In deze organisaties werken circa 390.000 medewerkers (210.000 fte) waarvan ongeveer 70 procent een cliëntgebonden functie heeft[2]. Het gaat voornamelijk om in deeltijd werkende vrouwen en de meeste medewerkers hebben een opleiding gevolgd op mbo-niveau.
De grootste mbo-beroepsgroepen die werkzaam zijn in het primaire proces van de ouderenzorg zijn verpleegkundigen op niveau 4 (13 procent) en verzorgenden (61 procent)[3]. Bij de verzorgenden gaat het ook om EVV'ers (andere functiebenamingen hiervoor zijn contactverzorgende of zorgcoördinator[4]). Het onderzoek heeft zich gericht op deze drie beroepsgroepen. Hierbij gaan we ervan uit dat de competenties die van deze beroepsgroepen worden vereist op het gebied van samenwerken, in grote lijnen ook gelden voor andere mbo-beroepsgroepen op niveaus 3 en 4 die werkzaam zijn in het primaire proces van de ouderenzorg.

## 1.3 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is in drie stappen uitgevoerd, te weten:
- deskresearch en raadpleging deskundigen;
- uitvoering veldwerk;
- analyse en rapportage.

1 Bron: Stichting A+O VVT (2009). *Arbeidsmarktanalyse VVT.* Den Haag: A+O VVT.
2 Bron: DigiMV, CBS en Stichting FAOT, geraadpleegd op: www.actiz.nl/feiten en cijfers.
3 Bron: Windt, Willem van der, Raymond Smeets en Elsbeth Arnold (2009). *Regiomarge 2009. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgende en sociaalagogen 2009-2013*. Utrecht: Prismant.
4 Bron: Haterd, Judith van de & Niels Zwikker (2009). *Profiel eerst verantwoordelijke verzorgende.* Utrecht: Movisie.

**Stap 1: Deskresearch en raadpleging deskundigen**
Als eerste activiteit is de vragenlijst opgesteld die in het veldwerk nodig was. Vertrekput voor het inventariseren van beschikbare competenties om interdisciplinair te kunnen samenwerken, waren de beroepscompetentieprofielen van mbo-beroepskrachten in de ouderenzorg en literatuur over interdisciplinair samenwerken (zie overzicht bronnen). Dit leverde een lange lijst op met kennis en vaardigheden (zie bijlage 1), die is voorgelegd aan twee personen met veel ervaring met de competenties van mbo-beroepskrachten in de ouderenzorg: de projectleider opleidingen van de Florence Academie en een onderwijskundig medewerker van Calibris, Kenniscentrum voor leren in de praktijk in Zorg, Welzijn en Sport, die is betrokken bij het opstellen van de kwalificatiedossiers van mbo-verzorgenden en verpleegkundigen.

Het overzicht is opgenomen in een vragenlijst, die in stap 2 is voorgelegd aan mbo-opgeleide beroepskrachten, hun leidinggevenden en andere relevante respondenten. Centrale vraag was om aan te geven over welke kennis en vaardigheden op het gebied van interdisciplinair samenwerken mbo'ers beschikken en welke kennis en vaardigheden vereist. Tevens is de respondenten gevraagd in welke context mbo-beroepskrachten het beste kunnen leren om met andere disciplines samen te werken.

**Stap 2: Uitvoering veldwerk**
Het veldwerk bestond uit het enquêteren van beroepskrachten, leidinggevenden en relevante andere respondenten in de ouderenzorg die te maken hebben met functionarissen op mbo-niveau, zoals werkgevers, specialisten ouderengeneeskunde, paramedici, huisartsen, opleidingsfunctionarissen, kwaliteitsfunctionarissen en cliënten zelf. Om een zo goed mogelijke respons te bereiken, is gebruikgemaakt van grotendeels gesloten vragenlijsten en zijn de vragenlijsten op naam aan contactpersonen in de organisaties gestuurd en webbased afgenomen.

We hebben contactpersonen van 213 organisaties voor ouderenzorg per e-mail benaderd om aan het onderzoek mee te werken. Die medewerking bestond uit het doorsturen (per e-mail of op papier) van de bijgeleverde instructie aan leidinggevenden, andere betrokken beroepskrachten en cliënten en mbo-opgeleide beroepskrachten. In de instructie wordt uitgelegd welke respondenten de contactpersoon moet selecteren en benaderen om mee te doen en hoe het invullen van de vragenlijst verloopt; de respondent wordt verwezen naar een internetpagina waar de vragenlijst met een vooraf verstrekte code kan worden ingevuld.

**Stap 3: Analyse en rapportage**
Laatste stap in het onderzoek was het opstellen van voorliggende rapportage, waarin de onderzoeksvragen zijn beantwoord en is beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Een conceptversie van de eindrapportage is besproken met de opdrachtgever.

## 1.4 Respons

In februari 2011 zijn contactpersonen van 213 organisaties voor ouderenzorg per e-mail benaderd om mee te werken aan de online enquête. Hun is gevraagd aan 5 mbo-opgeleide beroepskrachten en 5 leidinggevenden, andere betrokken beroepskrachten en cliënten een instructie en inlogcode te overhandigen en te verzoeken om aan het onderzoek deel te nemen en een vragenlijst in te vullen. In totaal hebben 218 respondenten van 75 organisaties (35 procent) aan het onderzoek meegewerkt (zie tabel 1.1). Omdat we niet weten hoeveel mensen door de

contactpersonen zijn gevraagd om mee te doen, kunnen we niet aangeven wat de verhouding is tussen het aantal benaderde respondenten en het aantal dat daadwerkelijk de enquête heeft ingevuld.

*Tabel 1.1 – Respons*

| | |
|---|---|
| Totaal aantal respondenten | 218 |
| Totaal aantal organisaties | 75 |
| Gemiddeld aantal respondenten per organisatie | 3 |
| - minimum | 1 |
| - maximum | 17 |

Het onderzoek had betrekking op de drie grootste mbo-beroepgroepen die werkzaam zijn in het primaire proces van de ouderenzorg: verzorgenden, EVV'ers (andere functiebenamingen hiervoor zijn contactverzorgende of zorgcoördinator) en verpleegkundigen op niveau 4. Van de respondenten had 40 procent een dergelijke functie (zie tabel 1.2). Vooral EVV'ers zijn goed in de responsgroep vertegenwoordigd, waardoor een belangrijke deel van de input afkomstig is van degenen die in een organisatie, uitgaande van de vraag van de cliënt, de werkzaamheden van de verschillende zorgverleners op elkaar moet afstemmen. De rest van de respondenten had diverse andere functies, zodat de informatie over vereiste en beschikbare competenties om samen te werken, vanuit verschillende invalshoeken afkomstig is.

*Tabel 1.2 – Respondenten naar type functie*

| Functie | Aantal | Percentage |
|---|---|---|
| Bewoner / zorgvrager | 2 | 1 % |
| Verzorgende | 20 | 9 % |
| Eerst verantwoordelijke verzorgende / zorgcoördinator / contactverzorgende | 54 | 25 % |
| Verpleegkundige - niveau 4 | 14 | 6 % |
| Verpleegkundige - niveau 5 | 4 | 2 % |
| Zorgmanager | 24 | 11 % |
| Teamleider/afdelingshoofd | 8 | 4 % |
| Arts | 1 | 0 % |
| Paramedicus | 9 | 4 % |
| Maatschappelijk werker | 2 | 1 % |
| Psycholoog | 10 | 5 % |
| Pastoraal medewerker | 5 | 2 % |
| Opleidingsfunctionaris | 50 | 23 % |
| Medewerker op afdeling P&O | 5 | 2 % |
| Kwaliteitsfunctionaris | 4 | 2 % |
| Anders (activiteitenbegeleidster, linnenkamermedewerkster, medewerker groepsverzorging team welzijn, ondersteuner, receptioniste en sociotherapeut) | 6 | 3 % |
| Totaal | 218 | 100 % |

De meeste respondenten werken in een verpleeghuis, verzorgingshuis of thuiszorgorganisatie of combinatie daarvan. Ook de variatie aan organisaties betekent dat vanuit diverse gezichtspunten informatie is verkregen over vereiste en beschikbare competenties om samen te werken.

*Tabel 1.3 – Respondenten naar type organisatie*

| Type organisatie | Aantal | Percentage* |
|---|---|---|
| Verpleeghuis | 90 | 41 % |
| Verzorgingshuis | 44 | 20 % |
| Woonzorgcombinatie | 9 | 4 % |
| Kleinschalige woonvorm | 33 | 15 % |
| Aanleunwoning | 6 | 3 % |
| Serviceflat | 2 | 1 % |
| Verpleeg- en verzorgingshuis | 24 | 11 % |
| Organisatie voor thuiszorg | 6 | 3 % |
| Organisatie voor verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg | 73 | 33 % |
| Anders, namelijk: | 8 | 4 % |
| - eerste lijn | 4 | |
| - dagbehandeling / dagverzorging | 2 | |
| - flexpool | 1 | |
| - GGZ en ouderenzorg | 1 | |

* *De percentages tellen op tot meer dan 100 procent omdat een deel van de respondenten in meerdere typen organisaties werkt.*

### 1.5 Opbouw van dit rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 beschrijven we de verschillen tussen vereiste en beschikbare competenties, zowel in het totaal als voor de drie beroepsgroepen afzonderlijk. In hoofdstuk 3 vergelijken we de vereiste en beschikbare competenties met de wijze waarop interdisciplinaire samenwerken in de beroepscompetentieprofielen en kwalificatiedossiers aan de orde komt. De manier waarop de vereiste competenties het best kunnen worden verworven, komt aan bod in hoofdstuk 4. Het rapport wordt in hoofdstuk 5 afgesloten met een beantwoording van de onderzoeksvragen en conclusies.

# 2 Beschikbare en vereiste competenties

In het onderzoek is in kaart gebracht welke competenties[5] zijn vereist om als verzorgende, eerst verantwoordelijke verzorgende en verpleegkundigen van niveau 4 in de ouderenzorg interdisciplinair te kunnen werken en over welke kennis en vaardigheden ze al beschikken. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten uit de enquête beschreven.

## 2.1 Beeld op hoofdlijnen

De competentie samenwerken is in de vragenlijst uitgewerkt in zeven categorieën. Binnen elk van de categorieën hebben de respondenten verschillende competenties (items) op het gebied van samenwerken beoordeeld. Er is gevraagd naar competenties op het gebied van:
- communicatie met zorgvragers;
- samenwerken in een (multidisciplinair) team;
- zorgleefplan en zorgproces;
- organisatie en beleid;
- informatie uitwisselen;
- regie, coördinatie en bemiddeling;
- houding.

Het overgrote deel van de respondenten vindt de beheersing van alle categorieën competenties vereist voor het werk van verzorgenden, mbo-verpleegkundigen en eerst verantwoordelijke verzorgenden. Gemiddeld gaat het om 82 procent van de respondenten. Ongeveer de helft van de respondenten vindt echter dat de beroepsgroep niet over deze competenties beschikt. Dat betekent dat het verschil tussen vereiste en beschikbare competenties op het gebied van samenwerken gemiddeld 34 procent is (zie tabel 2.1). Een totaaloverzicht van de verschillen voor elke competentie binnen de categorieën afzonderlijk staat in bijlage 2.

*Tabel 2.1 – Overzicht vereiste en beschikbare vaardigheden, volgens de respondenten (n=218)*

| | Vereist | Beschikbaar | Verschilscore |
|---|---|---|---|
| Communicatie met zorgvragers | 88% | 48% | 40% |
| Samenwerken in een (multidisciplinair) team | 78% | 46% | 32% |
| Zorgleefplan en zorgproces | 81% | 47% | 34% |
| Organisatie en beleid | 73% | 48% | 25% |
| Informatie uitwisselen | 88% | 44% | 43% |
| Regie / coördinatie / bemiddeling | 77% | 49% | 27% |
| Houding | 87% | 52% | 35% |
| Gemiddeld | 82% | 48% | 34% |

5 In feite gaat het om één competentie (samenwerken) die uiteengelegd kan worden in houdingsaspecten, kennis en vaardigheden. Voor de leesbaarheid gebruiken we daarvoor in dit rapport steeds de aanduiding competenties.

Uit tabel 2.1 komt naar voren dat alle categorieën belangrijk zijn. De mate waarin verzorgenden, mbo-verpleegkundigen en eerst verantwoordelijke verzorgenden per categorie over de betreffende competenties daarover beschikken, verschilt. Competenties op het gebied van informatie uitwisselen worden door de respondenten - samen met competenties in de communicatie met zorgvragers - het meest belangrijk (vereist) gevonden. Tegelijk beoordelen de respondenten dat maar 44 procent van de beroepsgroepen over deze competenties op het gebied van informatie uitwisselen beschikken. Dat betekent een verschilscore van 43 procent. De verschilscore in competenties in organisatie en beleid en in regie/coördinatie/bemiddeling is het kleinst. Toch is ook hier het verschil tussen de beschikking over deze competenties door de beroepsgroep en het belang van deze competenties meer dan 25 procent.

Respondenten die zelf de functie van verzorgende, mbo-verpleegkundige of eerst verantwoordelijke verzorgende uitoefenen, oordelen vrijwel hetzelfde over de mate waarin bepaalde competenties vereist zijn en zij over die competenties beschikken. Op het vlak van regie/coördinatie/bemiddeling betreft, hebben zij echter een positiever beeld over de al aanwezige (beschikbare) competenties. Gemiddeld denkt 43 procent van de respondenten dat de genoemde competenties op dit gebied al beschikbaar zijn, tegenover 27 procent gemiddeld. Op dit punt schatten zij zichzelf dus hoger in dan de hele respondentgroep dat doet.

## 2.2 Beeld op afzonderlijke competenties

Het beeld op individuele competenties is niet helemaal vergelijkbaar met het hierboven geschetste beeld op de hoofdcategorieën. Eerder kwam al naar voren dat de gemiddelde verschilscore tussen vereiste en beschikbare competenties 34 procent is. Er zijn zeven competenties waarbij het verschil groter is dan 50 procent. Tabel 2.2 laat zien dat deze competenties allemaal binnen drie hoofdcategorieën zitten: samenwerken in een (multidisciplinair) team, communicatie met zorgvragers en zorgleefplan en zorgproces. Waar eerder bleek dat de verschilscore bij de hoofdcategorie *informatie uitwisselen* gemiddeld het hoogste is, is dit niet het geval op individuele competenties (items).

*Tabel 2.2 – Overzicht van de grootste verschillen tussen vereiste en beschikbare competenties*

| Competenties | Verschil* |
|---|---|
| **Samenwerken in een (multidisciplinair) team** | |
| Kan omgaan met conflicten. | 59% |
| Vraagt om feedback van collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers en maakt er gebruik van. | 54% |
| Houdt zich aan afspraken en spreekt collega's en deskundigen van andere disciplines aan op het nakomen van afspraken. | 52% |
| **Communicatie met zorgvragers** | |
| Komt afspraken na en spreekt de zorgvrager en andere betrokkenen aan op het nakomen van afspraken. | 50% |
| Creëert een omgeving die wordt gekenmerkt door begrip, interesse, empathie, respect, vertrouwen en vertrouwelijkheid. | 50% |
| **Zorgleefplan en zorgproces** | |
| Werkt opdrachten tijdig en kwaliteitsvol af. | 50% |
| Communiceert helder over wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden. | 50% |

* *Een positief verschil betekent dat er meer respondenten zijn die vinden dat de competentie vereist is dan beschikbaar.*

Bij (slechts) één competentie is het percentage respondenten dat vindt dat de competentie bij de beroepsgroep aanwezig is, groter dan het percentage respondenten dat de betreffende competentie vereist vindt. Toch zijn er daarnaast ook competenties waar het verschil in percentage tussen vereist en beschikbaar dichter bij elkaar ligt. Er zijn acht competenties waarbij de verschilscore kleiner is dan 20 procent, dan wel negatief is (zie tabel 2.3).

*Tabel 2.3 – Competenties met de kleinste verschilscore*

| | Verschil* |
|---|---|
| **Samenwerken in een (multidisciplinair) team** | |
| Deelt gevoelens en emoties met collega's en andere betrokken disciplines. | -5% |
| Ontwikkelt en onderhoudt formele en informele contacten binnen en buiten de organisatie. | 8% |
| Overlegt of doet een beroep op collega's en deskundigen van andere disciplines op niet geplande momenten (spontaan, tussendoor). | 18% |
| Maakt gebruik van kennis van anderen. | 18% |
| Zorgt dat het overleg in het multidisciplinair overleg plaatsvindt volgens vaste procedure (frequentie/participanten/agenda e.d.). | 19% |
| **Organisatie en beleid** | |
| Levert een bijdrage aan het beleid en beheer van de organisatie gericht op de samenwerking met andere organisaties en disciplines. | 10% |
| Levert een bijdrage aan het beleid en beheer van de organisatie gericht op de interne overlegstructuur; | 16% |
| **Regie / coördinatie / bemiddeling** | |
| Bepaalt welke verpleegkundige zorg nodig is. | 11% |

* *Een positief verschil betekent dat er meer respondenten zijn die vinden dat de competentie vereist is dan respondenten die vinden dat verzorgenden, eerst verantwoordelijke verzorgende en mbo-verpleegkundigen daarover beschikbaar.*

Opvallend is dat vijf competenties op het vlak van samenwerken in een (multidisciplinair) team de kleinste verschilscore hebben, terwijl in tabel 2.2 bleek dat in deze categorie ook de competenties zitten met de grootste verschilscores. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat het in deze categorie om verschillende zaken gaat; in dat geval kan deze categorie beter worden gesplitst.

## 2.3 Beeld per beroepsgroep

De respondenten hebben de vragenlijst ingevuld voor ofwel mbo-verpleegkundigen (9 procent deed dat) ofwel verzorgenden (36 procent) ofwel eerst verantwoordelijk verzorgenden (56 procent). Tabel 2.4 geeft een overzicht van de verschilscores op de hoofdcategorieën van competenties, voor elke beroepsgroep. Mbo-verpleegkundigen lijken in het algemeen vaker over de competenties te beschikken dan verzorgenden of eerst verantwoordelijk verzorgenden. Bij zes van de zeven competenties scoren zij bovengemiddeld. Voor de competentie regie/coördinatie/-bemiddeling komt dit het sterkst naar voren: het verschil tussen vereiste en beschikbare competenties is hier gemiddeld 7 procent, tegenover 27 procent over de hele beroepsgroep. Eerst verantwoordelijk verzorgenden en verzorgenden wijken minder sterk af van het gemiddelde beeld (maar dat komt ook omdat EVV'ers 56 procent van het totaal uitmaken). De verschilscores voor de competenties afzonderlijk zijn terug te lezen in bijlage 3.

*Tabel 2.4 – Overzicht van verschilscores* per beroepsgroep*

| Competentiecategorieën | Verzorgende | EVV'er | Verpleegkundige | Gemiddeld |
|---|---|---|---|---|
| Communicatie met zorgvragers | 44% | 38% | 43% | 40% |
| Samenwerken in een (multidisciplinair) team | 34% | 31% | 24% | 32% |
| Zorgleefplan en zorgproces | 36% | 35% | 25% | 34% |
| Organisatie en beleid | 22% | 28% | 17% | 25% |
| Informatie uitwisselen | 52% | 39% | 37% | 43% |
| Regie / coördinatie / bemiddeling | 23% | 33% | 7% | 27% |
| Houding | 44% | 29% | 34% | 35% |

* *Een positief verschil betekent dat er meer beroepskrachten zijn die vinden dat de competentie vereist is dan dat ze daarover beschikken.*

# 3 Gevraagde en aangeboden competenties

Beroepscompetentieprofielen (BCP's) vormen voor het onderwijs de basis voor het ontwikkelen van kwalificatiedossiers (KD's) waarin door het betrokken kenniscentrum (Calibris) - namens sociale partners en onderwijsveld gezamenlijk - is vastgelegd welke competenties aan het eind van de opleiding van (aankomend) verzorgenden en verpleegkundigen worden verwacht. Voor de EVV'er is een dergelijk dossier er niet. In dit hoofdstuk gaan we na in welke mate de vereiste en beschikbare competenties in de beroepscompetentieprofielen en kwalificatiedossiers aan bod komen.

Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven, onderscheiden we vier soorten competenties: gevraagde, vereiste, aangeboden en beschikbare competenties. In hoofdstuk 2 zijn de *vereiste* en *beschikbare* competenties beschreven. Die vergelijken we nu met de *gevraagde* competenties in de beroepscompetentieprofielen en de *aangeboden* competenties zoals geformuleerd in de kwalificatiedossiers.

## 3.1 Beroepscompetentieprofielen over samenwerken

Bronnen voor de gevraagde competenties van mbo'ers in de ouderenzorg zijn de profielen die voor deze beroepen zijn opgesteld. De beroepscompetentieprofielen van de verpleegkundige en de verzorgende zijn gevalideerd door de betrokken sociale partners. Het profiel van de eerst verantwoordelijke verzorgende is erkend (gelegitimeerd) door de sociale partners in de branche verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg.

In elk van de drie profielen is op diverse manieren aandacht voor samenwerken en het toenemende belang daarvan (zie schema 1).

*Schema 1 – Topics op het gebied van samenwerking in beroeps(competentie)profielen*

| | Verpleegkundige | Verzorgende | EVV[1] |
|---|---|---|---|
| Toenemend belang samenwerken | Ja | Ja | Ja |
| Samenwerkingspartners | Ja | Ja | Ja |
| Kerntaak op het gebied van samenwerken | Nee | Ja | Nee |
| Eigenstandige competentie op gebied van samenwerking | Ja | Nee | Ja |
| Samenwerking als prestatie-indicator[2] | Ja | Ja | Ja |

*1 In het profiel van de EVV worden alleen de taken en competenties beschreven die aanvullend zijn op het beroepscompetentieprofiel van de verzorgende.*

*2 Prestatie-indicatoren zijn criteria waarmee kan worden vastgesteld of de beroepskracht een competentie heeft verworven. In de beroepscompetentieprofielen worden proces- en resultaatindicatoren onderscheiden.*

Analyse van de profielen leert dat de daarin beschreven *prestatie-indicatoren* de meeste en meest concrete informatie geven over de kennis en vaardigheden die nodig zijn om interdisciplinair te kunnen samenwerken. In feite geven de competenties in de profielen vooral aan *dat*

beroepskrachten moeten samenwerken, terwijl de prestatie-indicatoren aangeven *hoe* dat moet, gelet op het proces van samenwerken en de beoogde resultaten van dat proces.

In bijlage 4 staat een overzicht van de prestatie-indicatoren voor de drie beroepgroepen gezamenlijk. Op een enkele aanpassing na, is dit de totaallijst van de prestatie-indicatoren uit de afzonderlijke profielen die betrekking hebben op samenwerken. Omdat de procesindicatoren op enkele aanpassingen na vrijwel onveranderd zijn opgenomen in de vragenlijst, kunnen die worden vergeleken met de competenties die op de werkplek zijn vereist en met de competenties waarover de betreffende beroepsgroepen beschikken (zie tabel 3.1).

*Tabel 3.1 – Respondenten over de prestatie-indicatoren op het gebied van samenwerken die in de beroeps(competentie)profielen worden genoemd (percentage respondenten; n=218)*

| Prestatie-indicatoren | Vereist | Beschik-baar | Verschil |
|---|---|---|---|
| *Samenwerken in een (multidisciplinair) team* | | | |
| Participeert in menings- en besluitvormingsprocessen met deskundigen van andere disciplines. | 78% | 50% | 28% |
| Zorgt dat het overleg in het multidisciplinair overleg plaatsvindt volgens vaste procedure (frequentie/participanten/agenda e.d.). | 68% | 49% | 19% |
| Toont overtuigingskracht. | 78% | 43% | 36% |
| Komt op eigen initiatief met voorstel/idee of oplossing en vraagt om en staat open voor andere ideeën. | 83% | 47% | 36% |
| Vraagt om feedback van collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers en maakt er gebruik van. | 88% | 34% | 54% |
| Geeft collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers op constructieve wijze feedback. | 83% | 36% | 47% |
| Betrekt collega's, andere disciplines, mantelzorgers en vrijwilligers actief bij de samenwerking. | 85% | 44% | 41% |
| Deelt ervaringskennis met collega's, andere betrokken deskundigen, mantelzorg en vrijwilligers. | 78% | 54% | 24% |
| Maakt gebruik van kennis van anderen. | 78% | 60% | 18% |
| Deelt gevoelens en emoties met collega's en andere betrokken disciplines. | 58% | 63% | -5% |
| Toont de gevoelens en behoeften van anderen te onderkennen. | 70% | 49% | 21% |
| *Zorgleefplan en zorgproces* | | | |
| Legt zorgleefplan voor in multidisciplinair overleg. | 78% | 54% | 24% |
| Verwerkt informatie uit het multidisciplinair overleg in het zorgleefplan. | 81% | 52% | 29% |
| Informeert zorgvrager en naaste collega's tijdig en op begrijpelijke (eenduidige) wijze over de afgesproken wijzigingen. | 86% | 43% | 43% |
| Bepaalt in overleg met zorgvrager (en/of diens naasten), collega's en andere beroepskrachten gezamenlijk korte- en langetermijndoelstellingen. | 81% | 45% | 36% |
| Communiceert helder over wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden. | 87% | 37% | 50% |
| Zorgt dat de gemaakte afspraken haalbaar zijn. | 84% | 47% | 37% |
| Benoemt knelpunten die een gezamenlijk resultaat in de weg staan en maakt deze bespreekbaar. | 82% | 43% | 39% |
| Kan behandeling van andere disciplines voortzetten en vormgeven in de dagelijkse ondersteuning. | 70% | 49% | 22% |
| Levert een bijdrage aan de afstemming van verschillende vormen van zorgverlening aan de zorgvrager. | 83% | 51% | 32% |
| Kan de grenzen van de eigen rol in het zorgproces afbakenen en bewaken. | 87% | 45% | 42% |

Tabel 3.1 maakt duidelijk dat de meeste respondenten vinden dat de gevraagde competenties om samen te werken, ook inderdaad op de werkplek worden vereist. Tegelijkertijd zien we dat verzorgenden, verpleegkundigen en eerst verantwoordelijke verzorgenden in onvoldoende mate over deze competenties beschikken. Daarbij zijn twee uitschieters: *Vraagt om feedback van collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers en maakt er gebruik van* en *Communiceert helder over wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden*. In beide gevallen gaat het om prestatie-indicatoren uit het beroepscompetentieprofiel van de verpleegkundige. Bovendien lijken verpleegkundigen kritischer te zijn over de mate waarin ze zelf vinden dat ze daarover beschikken dan verzorgende of eerst verantwoordelijke verzorgende, maar vergeleken met deze beroepsgroepen namen relatief weinig verpleegkundigen aan het onderzoek deel.

Een andere uitkomst is dat tabel 3.1 leert dat in de vorm van prestatie-indicatoren nauwelijks aandacht wordt besteed aan communicatie met de zorgvrager. Dat komt als thema wel aan de orde in de profielen, maar niet in de prestatie-indicatoren. Als indicator zou bijvoorbeeld kunnen worden opgenomen dat beroepskrachten in staat moeten zijn om in overleg met ouderen te bepalen welke zorg nodig is en hen te stimuleren zelf de regie te nemen over hun ziekte en gezondheid.

### 3.2 Kwalificatiedossiers over samenwerken

Zoals aangegeven, vormen beroepscompetentieprofielen de basis voor kwalificatiedossiers. Er vindt met andere woorden een vertaalslag plaats van gevraagde competenties (in de beroepscompetentieprofielen) naar competenties die beginnende beroepskrachten moeten kunnen aanbieden (beschreven in de kwalificatiedossiers). Bronnen voor de aangeboden competenties van verpleegkundigen en verzorgenden in de ouderenzorg zijn de kwalificatiedossiers 2011-2012 voor de kwalificaties Mbo-Verpleegkundige en Verzorgende-IG (IG staat voor individuele gezondheidszorg). Beide kwalificatiedossiers zijn nog niet definitief vastgesteld, maar uit het contact daarover met Calibris[6] blijkt dat eventuele aanpassingen marginaal zullen zijn. Voor de eerst verantwoordelijke verzorgende is een dergelijk landelijke geldend document niet beschikbaar.

In schema 3 staat op welke wijze in de kwalificatiedossiers aandacht wordt besteed aan samenwerken.

*Schema 3 – Topics op het gebied van samenwerking in kwalificatiedossiers*

| | Verpleegkundige | Verzorgende | EVV |
|---|---|---|---|
| Toenemend belang samenwerken | Ja | Ja | n.v.t. |
| Samenwerkingspartners | Ja | Ja | n.v.t. |
| Kerntaak op het gebied van samenwerken | Nee | Nee | n.v.t. |
| Eigenstandige competentie op gebied van samenwerking | Ja | Ja | n.v.t. |
| Samenwerking als prestatie-indicator* | Ja | Ja | n.v.t. |

6 Kenniscentrum Calibris is verantwoordelijk voor het opstellen van kwalificatiedossiers voor de sectoren zorg, welzijn en sport.

* *Prestatie-indicatoren zijn criteria waarmee kan worden vastgesteld of de beroepskracht een competentie heeft verworven. In de kwalificatiedossiers wordt geen onderscheid gemaakt tussen proces- en resultaatindicatoren.*

Zowel voor de verzorgende als verpleegkundige is er in de kwalificatiedossiers een eigenstandige competentie opgenomen op het gebied van samenwerken. In schema 4 is aangegeven welke prestatie-indicatoren daarbij zijn geformuleerd.

*Schema 4 – Competentie en prestatie-indicatoren op het gebied van samenwerken in de kwalificatiedossiers van de mbo-verpleegkundige en verzorgende-IG*

| Competentie | Samenwerken en overleggen. |
|---|---|
| Prestatie-indicatoren | - De mbo-verpleegkundige in de VVT consulteert en schakelt zo nodig andere zorgverleners in; zij overlegt tijdig met hen, informeert alle betrokkenen volledig en meldt tijdig belangrijke zaken, zodat er een professionele samenwerking bestaat rondom de persoonlijke verzorging en monitoring.<br>- De mbo-verpleegkundige in de VVT roept bij calamiteiten tijdig hulp in van andere deskundigen, zodat de cliënt snel en adequaat wordt behandeld en zo nodig begeleid.<br>- De mbo-verpleegkundige in de VVT raadpleegt in het kader van de coördinatie van de zorgverlening indien nodig andere deskundigen en overlegt tijdig en regelmatig met hen, zodat de expertise van de betrokkenen optimaal wordt afgestemd en ingezet.<br><br>- De verzorgende-IG in de VVT schakelt indien wenselijk andere zorgverleners in; zij overlegt regelmatig met hen, informeert alle betrokkenen volledig en meldt tijdig belangrijke zaken, zodat er een professionele samenwerking bestaat rondom de persoonlijke verzorging.<br>- De verzorgende-IG in de VVT roept (tijdig) de hulp in van anderen, zodat de cliënt snel en adequaat wordt behandeld en zo nodig begeleid.<br>- De verzorgende-IG in de VVT vraagt in het kader van de afstemming van de zorgverlening de mening van alle betrokkenen en overlegt tijdig en regelmatig met hen, zodat ieders taak en inbreng duidelijk is. |

In de kwalificatiedossiers wordt op hoofdlijnen aangegeven *wat* beroepskrachten op het gebied van samenwerken moeten kunnen, terwijl de lijst met competenties die de respondenten is voorgelegd veel gedetailleerder is. Het is dan ook lastig beide documenten goed met elkaar te vergelijken. Bovendien wordt de mate waarin de vereiste competenties (via de beroepscompetentieprofielen) hun weerslag vinden in de door beroepskrachten aangeboden competenties, vooral bepaald door de wijze waarop de ROC's de kwalificatiedossiers vertalen in het curriculum. Op zichzelf lijken de kwalificatiedossiers te voorzien in de competenties die nodig zijn om samen te werken, zeker als we daarbij ook andere competenties betrekken en gelet op de aandacht in de dossiers voor het toenemend belang van samenwerken.

# 4 Leren samenwerken

Op verzoek van de opdrachtgever is de respondenten ook gevraagd op welke wijze verzorgenden, eerst verantwoordelijke verzorgende en verpleegkundigen zich het best de vereiste competenties eigen zouden kunnen maken. Daarbij is de nadruk gelegd op de mogelijkheden die er daarvoor op de werkplek zijn (zie tabel 4.1).

*Tabel 4.1 – Typen scholing om de vereiste competenties te verwerven (percentage respondenten dat scholingsvorm het meest geschikt vindt; n=218)*

| Soorten scholing[1] | Percentage respondenten[2] |
|---|---|
| Oefenen op de werkplek of leren-door-doen<br>(de medewerker verleent eerst assistentie aan een collega die als begeleider optreedt en neemt vervolgens steeds meer taken in eigen hand) | 76 |
| Instructie op werkplek<br>(een begeleider draagt de vaardigheden systematisch over) | 48 |
| Werkplekstudie<br>(de medewerker wordt met behulp van schriftelijke aanwijzingen en opdrachten aangespoord om zelf actief de nieuwe taken te leren en is zelf verantwoordelijk voor het eigen leerproces. Er is een begeleider met een ondersteunende en/of coachende rol) | 50 |
| Werkplek-coaching<br>(de medewerker leert op basis van gestructureerde feedback van een begeleider, die het werkgedrag observeert en de resultaten registreert) | 74 |
| Werkpleksupervisie<br>(de medewerker leert vooral door reflectie op de eigen ervaringen en er is een begeleider op afstand) | 43 |
| Een cursus of training door een extern opleidingsinstituut die in de organisatie plaatsvindt en speciaal voor de organisatie is gemaakt | 35 |
| Een standaardcursus of -training bij een school of opleidingsinstituut | 15 |
| Anders | 7 |

1. *Bron: Brouwers, K.M.P. & Y. van der Brugh (2000).*
2. *Respondenten konden meerdere opties kiezen.*

Tabel 4.1 maakt duidelijk dat de respondenten niet kiezen voor een cursus of training van een extern scholingsinstituut, maar een duidelijke voorkeur hebben voor leermogelijkheden op de werkplek die door de organisatie zelf wordt ingevuld. Die kunnen verschillende vormen hebben. Het hoogst scoren leren-door-doen en werkplek-coaching, maar ook andere vormen van werkplekleren zijn volgens een groot deel van de respondenten goede mogelijkheden.

# 5 Conclusies en aanbevelingen

## 5.1 Conclusies

*Welke competenties zijn voor mbo-opgeleide beroepskrachten in de ouderenzorg vereist om goed te kunnen samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende disciplines, waarbij steeds de zorgvraag van de oudere centraal staat?*

Voor het antwoord op deze vraag gaan we af op de opvatting daarover van zowel verzorgenden IG, eerst verantwoordelijke verzorgenden en mbo-verpleegkundigen zelf, als van degenen met wie zij moeten kunnen samenwerken, zoals managers, leidinggevenden, paramedici, opleidings- en kwaliteitsfunctionarissen, psychologen et cetera. De competenties die volgens deze betrokkenen zijn vereist om interdisciplinair te kunnen samenwerken, kunnen als volgt worden gecategoriseerd:

- communicatie met zorgvragers;
- informatie uitwisselen;
- houding;
- zorgleefplan en zorgproces;
- samenwerken in een (multidisciplinair) team;
- regie, coördinatie en bemiddeling;
- organisatie en beleid.

Elke categorie bestaat uit meerdere items (i.c. houdingsaspecten, kennis en vaardigheden); een overzicht daarvan staat in bijlage 1. Elk van deze items is vereist om in de ouderenzorg interdisciplinair te kunnen samenwerken; beroepskrachten zelf en andere betrokkenen verschillen daarover niet van mening.

*Over welke competenties beschikken de huidige mbo-opgeleiden die in de ouderenzorg werken, om goed te kunnen samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende disciplines, waarbij steeds de zorgvraag van de oudere centraal staat?*

Ook het antwoord op deze vraag baseren we op de opvattingen daarover van de drie beroepsgroepen zelf en van andere medewerkers. Die laten over de hele linie een substantieel verschil zien met de vereiste competenties; gemiddeld vindt iets meer dan de helft van hen dat de beroepsgroepen niet beschikken over de competenties die zijn vereist. Beroepskrachten zelf en andere betrokkenen denken hier vrijwel hetzelfde over.
De grootse verschillen tussen vereiste en beschikbare competenties concentreren zich op drie categorieën: samenwerken in een (multidisciplinair) team (tot deze categorie behoren echter ook een aantal competenties met de kleinste verschillen), communicatie met zorgvragers en zorgleefplan en zorgproces.

In het onderzoek is ook gekeken naar de gevraagde en aangeboden competenties in respectievelijk beroepscompetentieprofielen en kwalificatiedossier (voor de evv'er is er geen kwalificatiedossier). Hieruit blijkt dat alle gevraagde competenties, ook feitelijk op de werkplek vereist zijn. Tegelijkertijd wordt in de beroepscompetentieprofielen *in de vorm van competenties of prestatie-indicatoren* nauwelijks aandacht besteed aan communicatie met de zorgvrager. Voor de

kwalificatiedossiers (met de aangeboden competenties) kon dit niet worden vastgesteld, omdat deze vooral op hoofdlijnen aangeven wat beginnende beroepskrachten moeten kunnen; dit laat zich lastig vergelijken met de gedetailleerde lijst kennis en vaardigheden die in het onderzoek is gebruikt.

## 5.2 Aanbevelingen

Behalve het beantwoorden van de onderzoeksvragen, is het onderzoek ook uitgevoerd om na te gaan welke opvattingen in organisaties voor ouderenzorg bestaan om beroepskrachten in staat te stellen zich de vereiste competenties eigen te maken. Hieruit blijkt een duidelijke voorkeur te bestaan voor scholingsmogelijkheden op de werkplek. Dat geldt met name voor oefenen op de werkplek en werkplek-coaching. Mogelijk heeft dit te onder andere te maken met het idee dat opleiden op de werkplek het goed mogelijk maakt theorie en praktijk te integreren en om het geleerde direct in de praktijk toe te passen. Gelet op het substantiële achterstand van de competenties waarover beroepskrachten beschikken op de competenties die zijn vereist én de voorkeur om hierin via scholing op de werkplek te voorzien, bevelen we het CBOG aan op korte termijn te starten met een vervolgtraject om een scholing voor interdisciplinair samenwerken te ontwikkelen dat door zorgorganisaties in de ouderenzorg zelf kan worden uitgevoerd.

Aanleiding voor het onderzoek zijn de beoogde veranderingen in de ouderzorg, waarin de vraag van ouderen uitgangspunt moet zijn. Het feit dat de competenties op het gebied van de communicatie met de zorgvrager, één van de categorieën competenties is met de grootste verschillen tussen vereiste en beschikbare competenties, baart in dit verband zorgen. Dat geldt eens te meer omdat in de beroepscompetentieprofielen van verzorgenden IG, eerst verantwoordelijke verzorgenden en mbo-verpleegkundigen het belang van vraaggericht werken wel als zodanig wordt benoemd, maar niet expliciet terugkomt in de prestatie-indicatoren. We bevelen daarom de ontwikkelaars van een aan te bieden scholingstraject aan om dit thema nadrukkelijk aan de orde te stellen.

# Bronnen


Brouwers, K.M.P., en Y. van der Burgh (2000). Sc*holing van werknemers. Een verkenning.* Zoetermeer: EIM.

Haterd, Judith van de, en Niels Zwikker (2009). *Profiel eerst verantwoordelijke verzorgende*. Utrecht: MOVISIE.

Koolen, Linda, Lorette Renders, Femke Sleutjes en Alexandra Vergouwe (2008). *Multidisciplinair overleg: toekomstmuziek of utopie.* Eindhoven: Maxima Medisch Centrum en Fontys Hogescholen.

KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG-standpunt. Utrecht: KNMG

Liefhebber, Sonja et al (2007). *Beroepscompetentieprofiel verzorgende ten behoeve van onderwijsexperimenten.* Utrecht: MOVISIE / Vilans.

Liefhebber, Sonja et al (2007). *Beroepscompetentieprofiel mbo-verpleegkundige ten behoeve van onderwijsexperimenten*. Utrecht: MOVISIE / Vilans.

Mulder, M. (1995). Evaluatie, kosten en effectiviteit van opleidingen. In: dr. M. Mulder & drs. W. S. de Grave (Red). *Ontwikkelingen in branche- en bedrijfsopleidingen*, p. 179-187. Utrecht: Lemma.

Websites:
- www.interdis.be (Evaluatie van je interdisciplinaire competentie, Interdisciplinair overleg in de gezondheidszorg)
- www.wenckebachinstituut.nl (UMCG-competentiegebieden en -competenties.)

Bijlagen

## Bijlage 1 – Items multidisciplinair samenwerken

**Communicatie met zorgvragers**

1. Bouwt effectieve relaties op met de zorgvrager en andere betrokkenen (familie, vrijwilligers).
2. Betracht zorgvuldigheid en aandacht, rekening houdend met eventuele verminderde cognitieve, zintuiglijke en communicatieve functies van de oudere.
3. Creëert een omgeving die wordt gekenmerkt door begrip, interesse, empathie, respect, vertrouwen en vertrouwelijkheid.
4. Bespreekt relevante informatie over de zorgverlening met de zorgvrager en andere betrokkenen.
5. Informeert de zorgvrager en zijn of haar familie over de besluitvorming in het kader van het zorgleefplan en betrekt hen daarbij.
6. Checkt in hoeverre de zorgvrager informatie, afspraken en besluiten heeft begrepen en de reikwijdte daarvan kan overzien.
7. Komt afspraken na en spreekt de zorgvrager en andere betrokkenen aan op het nakomen van afspraken.

**Samenwerken in een (multidisciplinair) team**

8. Ontwikkelt en onderhoudt formele en informele contacten binnen en buiten de organisatie.
9. Participeert in menings- en besluitvormingsprocessen met deskundigen van andere disciplines.
10. Stemt werkzaamheden af met deskundigen van andere disciplines.
11. Zorgt dat het overleg in het multidisciplinair overleg plaatsvindt volgens vaste procedure (frequentie/participanten/agenda e.d.).
12. Overlegt of doet een beroep op collega's en deskundigen van andere disciplines op niet geplande momenten (spontaan, tussendoor).
13. Draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.
14. Toont overtuigingskracht.
15. Komt op eigen initiatief met voorstel/idee of oplossing en vraagt om en staat open voor andere ideeën.
16. Vraagt om feedback van collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers en maakt er gebruik van.
17. Verwoordt op heldere wijze eigen ideeën aan anderen en vraagt verheldering bij hen wanneer dat nodig is.
18. Geeft collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers op constructieve wijze feedback.
19. Betrekt collega's, andere disciplines, mantelzorgers en vrijwilligers actief bij de samenwerking.
20. Deelt ervaringskennis met collega's, andere betrokken deskundigen, mantelzorg en vrijwilligers.
21. Houdt zich aan afspraken en spreekt collega's en deskundigen van andere disciplines aan op het nakomen van afspraken.
22. Maakt gebruik van kennis van anderen.
23. Deelt gevoelens en emoties met collega's en andere betrokken disciplines.
24. Toont de gevoelens en behoeften van anderen te onderkennen.
25. Kan omgaan met conflicten.
26. Presenteert zich op een wijze die overeenkomt met de wijze waarop de organisatie gezien wil worden in de buitenwereld.

**Zorgleefplan en zorgproces**

27. Legt zorgleefplan voor in multidisciplinair overleg.
28. Verwerkt informatie uit het multidisciplinair overleg in het zorgleefplan.
29. Integreert ideeën en opvattingen van zorgvragers in de zorgleefplannen.
30. Integreert ideeën en opvattingen van zorgverleners in de zorgleefplannen.
31. Stelt op basis van adviezen van anderen eventueel het zorgleefplan bij en legt dit voor aan de zorgvrager (en/of diens naasten).
32. Informeert zorgvrager en naaste collega's tijdig en op begrijpelijke (eenduidige) wijze over de afgesproken wijzigingen.
33. Bepaalt in overleg met zorgvrager (en/of diens naasten), collega's en andere beroepskrachten gezamenlijk korte- en langetermijndoelstellingen.
34. Stelt in overleg met de zorgvrager (en/of diens naasten) doelen bij aan de hand van feedback.
35. Communiceert helder over wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden.
36. Zorgt dat de gemaakte afspraken haalbaar zijn.
37. Werkt opdrachten tijdig en kwaliteitsvol af.
38. Benoemt knelpunten die een gezamenlijk resultaat in de weg staan en maakt deze bespreekbaar.
39. Pakt knelpunten aan die een gezamenlijk resultaat in de weg staan.
40. Is bekend met de competenties, werkwijzen en mogelijkheden van deskundigen van andere disciplines.

41. Kan behandeling van andere disciplines voortzetten en vormgeven in de dagelijkse ondersteuning.
42. Levert een bijdrage aan de afstemming van verschillende vormen van zorgverlening aan de zorgvrager.
43. Kan de grenzen van de eigen rol in het zorgproces afbakenen en bewaken.
44. Kent de infrastructuur van de zorginstelling.

**Organisatie en beleid**

45. Is bereid en in staat de zorg af te stemmen in het belang van de zorgvrager.
46. Komt met voorstellen ter verbetering van de coördinatie en continuïteit van zorg.
47. Levert een bijdrage aan het beleid en beheer van de organisatie gericht op:
48. afstemming van zorgactiviteiten;
49. de interne overlegstructuur;
50. de samenwerking met andere organisaties en disciplines.
51. Draagt bij aan het optimaal functioneren van de organisatie.
52. Evalueert gevoerd beleid met betrokken disciplines en trekt daaruit lering.

**Informatie uitwisselen**

53. Draagt relevante informatie gestructureerd, correct en zorgvuldig over aan collega's, deskundigen van andere disciplines en andere betrokkenen.
54. Communiceert zodanig met andere professionals en zorgvragers dat de verwachtingen bij de zorgvrager steeds duidelijk zijn.
55. Praat op een positieve en open wijze over andere disciplines bij contacten met zorgvragers.

**Regie / coördinatie / bemiddeling**

56. Stelt het zorgleefplan mee op.
57. Bepaalt welke verpleegkundige zorg nodig is.
58. Gaat na welke factoren van invloed zijn op de zorgvraag.
59. Coördineert het totale integrale zorgproces.
60. Schakelt de juiste personen, disciplines en instellingen in op het juiste moment.
61. Fungeert als contactpersoon tussen relevante disciplines of instellingen.
62. Treft maatregelen zodat wordt voorkomen dat zorgvragers elke keer opnieuw hun verhaal moeten doen.
63. Geeft aanwijzingen aan zorgvragers, familieleden en andere zorgverleners over mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren.

**Houding**

64. Toont zich bewust van andere mensen, de omgeving en de eigen invloed hierop.
65. Onderkent de behoeften en gevoelens van anderen.
66. Accepteert en erkent de specifieke kundigheid van andere disciplines.
67. Stelt zich professioneel op, luistert naar anderen en is bereid tot compromissen.
68. Heeft respect voor de ander (vertrouwt erop dat bijdrage van ander van belang is).
69. Staat open voor adviezen van andere disciplines.
70. Beziet bijdragen van anderen in het licht van de zorgverlening.
71. Heeft een open houding naar collega's en is collegiaal.

## Bijlage 2 – Vereiste en beschikbare competenties

| | Vereist | | Beschikbaar | | | Verschil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aantal | % | Aantal | % | | % |
| **Communicatie met zorgvragers** | | | | | | |
| Bouwt effectieve relaties op met de zorgvrager en andere betrokkenen (familie, vrijwilligers). | 199 | 91% | 119 | 55% | | 37% |
| Betracht zorgvuldigheid en aandacht, rekening houdend met eventuele verminderde cognitieve, zintuiglijke en communicatieve functies van de oudere. | 196 | 90% | 111 | 51% | | 39% |
| Creëert een omgeving die wordt gekenmerkt door begrip, interesse, empathie, respect, vertrouwen en vertrouwelijkheid. | 202 | 93% | 94 | 43% | | 50% |
| Bespreekt relevante informatie over de zorgverlening met de zorgvrager en andere betrokkenen. | 188 | 86% | 120 | 55% | | 31% |
| Informeert de zorgvrager en zijn of haar familie over de besluitvorming in het kader van het zorgleefplan en betrekt hen daarbij. | 181 | 83% | 111 | 51% | | 32% |
| Checkt in hoeverre de zorgvrager informatie, afspraken en besluiten heeft begrepen en de reikwijdte daarvan kan overzien. | 187 | 86% | 92 | 42% | | 44% |
| Komt afspraken na en spreekt de zorgvrager en andere betrokkenen aan op het nakomen van afspraken. | 196 | 90% | 86 | 39% | | 50% |
| *Gemiddeld* | | *88%* | | *48%* | | *40%* |
| **Samenwerken in een (multidisciplinair) team** | | | | | | |
| Ontwikkelt en onderhoudt formele en informele contacten binnen en buiten de organisatie. | 138 | 63% | 121 | 56% | | 8% |
| Participeert in menings- en besluitvormingsprocessen met deskundigen van andere disciplines. | 170 | 78% | 109 | 50% | | 28% |
| Stemt werkzaamheden af met deskundigen van andere disciplines. | 187 | 86% | 109 | 50% | | 36% |
| Zorgt dat het overleg in het multidisciplinair overleg plaatsvindt volgens vaste procedure (frequentie/participanten/agenda e.d.). | 148 | 68% | 106 | 49% | | 19% |
| Overlegt of doet een beroep op collega's en deskundigen van andere disciplines op niet geplande momenten (spontaan, tussendoor). | 168 | 77% | 128 | 59% | | 18% |
| Draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg. | 151 | 69% | 93 | 43% | | 27% |
| Toont overtuigingskracht. | 171 | 78% | 93 | 43% | | 36% |
| Komt op eigen initiatief met voorstel/idee of oplossing en vraagt om en staat open voor andere ideeën. | 181 | 83% | 102 | 47% | | 36% |
| Vraagt om feedback van collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers en maakt er gebruik van. | 191 | 88% | 74 | 34% | | 54% |
| Verwoordt op heldere wijze eigen ideeën aan anderen en vraagt verheldering bij hen wanneer dat nodig is. | 180 | 83% | 91 | 42% | | 41% |
| Geeft collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers op constructieve wijze feedback. | 180 | 83% | 78 | 36% | | 47% |

| | Vereist | | Beschikbaar | | | Verschil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aantal | % | Aantal | % | | % |
| Betrekt collega's, andere disciplines, mantelzorgers en vrijwilligers actief bij de samenwerking. | 185 | 85% | 96 | 44% | | 41% |
| Deelt ervaringskennis met collega's, andere betrokken deskundigen, mantelzorg en vrijwilligers. | 171 | 78% | 118 | 54% | | 24% |
| Houdt zich aan afspraken en spreekt collega's en deskundigen van andere disciplines aan op het nakomen van afspraken. | 195 | 89% | 81 | 37% | | 52% |
| Maakt gebruik van kennis van anderen. | 170 | 78% | 130 | 60% | | 18% |
| Deelt gevoelens en emoties met collega's en andere betrokken disciplines. | 127 | 58% | 138 | 63% | | -5% |
| Toont de gevoelens en behoeften van anderen te onderkennen. | 152 | 70% | 107 | 49% | | 21% |
| Kan omgaan met conflicten. | 193 | 89% | 65 | 30% | | 59% |
| Presenteert zich op een wijze die overeenkomt met de wijze waarop de organisatie gezien wil worden in de buitenwereld. | 182 | 83% | 87 | 40% | | 44% |
| *Gemiddeld* | | *78%* | | *46%* | | *32%* |
| **Zorgleefplan en zorgproces** | | | | | | |
| Legt zorgleefplan voor in multidisciplinair overleg. | 169 | 78% | 117 | 54% | | 24% |
| Verwerkt informatie uit het multidisciplinair overleg in het zorgleefplan. | 176 | 81% | 113 | 52% | | 29% |
| Integreert ideeën en opvattingen van zorgvragers in de zorgleefplannen. | 183 | 84% | 103 | 47% | | 37% |
| Integreert ideeën en opvattingen van zorgverleners in de zorgleefplannen. | 166 | 76% | 105 | 48% | | 28% |
| Stelt op basis van adviezen van anderen eventueel het zorgleefplan bij en legt dit voor aan de zorgvrager (en/of diens naasten). | 174 | 80% | 112 | 51% | | 28% |
| Informeert zorgvrager en naaste collega's tijdig en op begrijpelijke (eenduidige) wijze over de afgesproken wijzigingen. | 187 | 86% | 94 | 43% | | 43% |
| Bepaalt in overleg met zorgvrager (en/of diens naasten), collega's en andere beroepskrachten gezamenlijk korte- en langetermijndoelstellingen. | 176 | 81% | 98 | 45% | | 36% |
| Stelt in overleg met de zorgvrager (en/of diens naasten) doelen bij aan de hand van feedback. | 172 | 79% | 107 | 49% | | 30% |
| Communiceert helder over wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden. | 190 | 87% | 81 | 37% | | 50% |
| Zorgt dat de gemaakte afspraken haalbaar zijn. | 183 | 84% | 103 | 47% | | 37% |
| Werkt opdrachten tijdig en kwaliteitsvol af. | 192 | 88% | 83 | 38% | | 50% |
| Benoemt knelpunten die een gezamenlijk resultaat in de weg staan en maakt deze bespreekbaar. | 179 | 82% | 94 | 43% | | 39% |
| Pakt knelpunten aan die een gezamenlijk resultaat in de weg staan. | 173 | 79% | 87 | 40% | | 39% |
| Is bekend met de competenties, werkwijzen en mogelijkheden van deskundigen van andere disciplines. | 161 | 74% | 108 | 50% | | 24% |
| Kan behandeling van andere disciplines voortzetten en vormgeven in de dagelijkse ondersteuning. | 153 | 70% | 106 | 49% | | 22% |

| | Vereist | | Beschikbaar | | | Verschil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aantal | % | Aantal | % | | % |
| Levert een bijdrage aan de afstemming van verschillende vormen van zorgverlening aan de zorgvrager. | 181 | 83% | 111 | 51% | | 32% |
| Kan de grenzen van de eigen rol in het zorgproces afbakenen en bewaken. | 190 | 87% | 99 | 45% | | 42% |
| Kent de infrastructuur van de zorginstelling. | 171 | 78% | 112 | 51% | | 27% |
| *Gemiddeld* | | *81%* | | *47%* | | *34%* |
| **Organisatie en beleid** | | | | | | |
| Is bereid en in staat de zorg af te stemmen in het belang van de zorgvrager. | 194 | 89% | 108 | 50% | | 39% |
| Komt met voorstellen ter verbetering van de coördinatie en continuïteit van zorg. | 168 | 77% | 110 | 50% | | 27% |
| Levert een bijdrage aan het beleid en beheer van de organisatie gericht op: | | | | | | |
| - afstemming van zorgactiviteiten; | 163 | 75% | 109 | 50% | | 25% |
| - de interne overlegstructuur; | 136 | 62% | 102 | 47% | | 16% |
| - de samenwerking met andere organisaties en disciplines. | 129 | 59% | 107 | 49% | | 10% |
| Draagt bij aan het optimaal functioneren van de organisatie. | 168 | 77% | 98 | 45% | | 32% |
| Evalueert gevoerd beleid met betrokken disciplines en trekt daaruit lering. | 150 | 69% | 91 | 42% | | 27% |
| *Gemiddeld* | | *73%* | | *48%* | | *25%* |
| **Informatie uitwisselen** | | | | | | |
| Draagt relevante informatie gestructureerd, correct en zorgvuldig over aan collega's, deskundigen van andere disciplines en andere betrokkenen. | 194 | 89% | 95 | 44% | | 45% |
| Communiceert zodanig met andere professionals en zorgvragers dat de verwachtingen bij de zorgvrager steeds duidelijk zijn. | 191 | 88% | 84 | 39% | | 49% |
| Praat op een positieve en open wijze over andere disciplines bij contacten met zorgvragers. | 190 | 87% | 112 | 51% | | 36% |
| *Gemiddeld* | | *88%* | | *44%* | | *43%* |
| **Regie / coördinatie / bemiddeling** | | | | | | |
| Stelt het zorgleefplan mee op. | 187 | 86% | 116 | 53% | | 33% |
| Bepaalt welke verpleegkundige zorg nodig is. | 144 | 66% | 119 | 55% | | 11% |
| Gaat na welke factoren van invloed zijn op de zorgvraag. | 171 | 78% | 107 | 49% | | 29% |
| Coördineert het totale integrale zorgproces. | 151 | 69% | 97 | 44% | | 25% |
| Schakelt de juiste personen, disciplines en instellingen in op het juiste moment. | 183 | 84% | 98 | 45% | | 39% |
| Fungeert als contactpersoon tussen relevante disciplines of instellingen. | 157 | 72% | 110 | 50% | | 22% |
| Treft maatregelen zodat wordt voorkomen dat zorgvragers elke keer opnieuw hun verhaal moeten doen. | 167 | 77% | 100 | 46% | | 31% |

| | Vereist | | Beschikbaar | | | Verschil |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aantal | % | Aantal | % | | % |
| Geeft aanwijzingen aan zorgvragers, familieleden en andere zorgverleners over mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren. | 176 | 81% | 111 | 51% | | 30% |
| *Gemiddeld* | | *77%* | | *49%* | | *27%* |
| **Houding** | | | | | | |
| Toont zich bewust van andere mensen, de omgeving en de eigen invloed hierop. | 189 | 87% | 102 | 47% | | 40% |
| Onderkent de behoeften en gevoelens van anderen. | 182 | 83% | 114 | 52% | | 31% |
| Accepteert en erkent de specifieke kundigheid van andere disciplines. | 187 | 86% | 122 | 56% | | 30% |
| Stelt zich professioneel op, luistert naar anderen en is bereid tot compromissen. | 193 | 89% | 108 | 50% | | 39% |
| Heeft respect voor de ander (vertrouwt erop dat bijdrage van ander van belang is). | 196 | 90% | 114 | 52% | | 38% |
| Staat open voor adviezen van andere disciplines. | 193 | 89% | 116 | 53% | | 35% |
| Beziet bijdragen van anderen in het licht van de zorgverlening. | 178 | 82% | 115 | 53% | | 29% |
| Heeft een open houding naar collega's en is collegiaal. | 194 | 89% | 111 | 51% | | 38% |
| *Gemiddeld* | | *87%* | | *52%* | | *35%* |

## Bijlage 3 – Competenties per beroepsgroep

| | Verzorgende (n=78) | EVV'er (n= 21) | Mbo-verpleeg-kundige (n=19) | | Gemiddeld (n=218) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Communicatie met zorgvragers** | | | | | |
| Bouwt effectieve relaties op met de zorgvrager en andere betrokkenen (familie, vrijwilligers). | 42% | 33% | 37% | | 37% |
| Betracht zorgvuldigheid en aandacht, rekening houdend met eventuele verminderde cognitieve, zintuiglijke en communicatieve functies van de oudere. | 46% | 34% | 42% | | 39% |
| Creëert een omgeving die wordt gekenmerkt door begrip, interesse, empathie, respect, vertrouwen en vertrouwelijkheid. | 58% | 46% | 37% | | 50% |
| Bespreekt relevante informatie over de zorgverlening met de zorgvrager en andere betrokkenen. | 31% | 31% | 37% | | 31% |
| Informeert de zorgvrager en zijn of haar familie over de besluitvorming in het kader van het zorgleefplan en betrekt hen daarbij. | 27% | 33% | 47% | | 32% |
| Checkt in hoeverre de zorgvrager informatie, afspraken en besluiten heeft begrepen en de reikwijdte daarvan kan overzien. | 45% | 41% | 53% | | 44% |
| Komt afspraken na en spreekt de zorgvrager en andere betrokkenen aan op het nakomen van afspraken. | 59% | 45% | 47% | | 50% |
| *Gemiddeld* | *44%* | *38%* | *43%* | | *40%* |
| **Samenwerken in een (multidisciplinair) team** | | | | | |
| Ontwikkelt en onderhoudt formele en informele contacten binnen en buiten de organisatie. | 22% | -1% | 5% | | 8% |
| Participeert in menings- en besluitvormingsprocessen met deskundigen van andere disciplines. | 14% | 33% | 53% | | 28% |
| Stemt werkzaamheden af met deskundigen van andere disciplines. | 27% | 40% | 47% | | 36% |
| Zorgt dat het overleg in het multidisciplinair overleg plaatsvindt volgens vaste procedure (frequentie/participanten/agenda e.d.). | 4% | 31% | 11% | | 19% |
| Overlegt of doet een beroep op collega's en deskundigen van andere disciplines op niet geplande momenten (spontaan, tussendoor). | 22% | 19% | 0% | | 18% |
| Draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg. | 32% | 26% | 11% | | 27% |
| Toont overtuigingskracht. | 33% | 36% | 42% | | 36% |
| Komt op eigen initiatief met voorstel/idee of oplossing en vraagt om en staat open voor andere ideeën. | 42% | 33% | 32% | | 36% |
| Vraagt om feedback van collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers en maakt er gebruik van. | 55% | 50% | 68% | | 54% |
| Verwoordt op heldere wijze eigen ideeën aan anderen en vraagt verheldering bij hen wanneer dat nodig is. | 44% | 40% | 37% | | 41% |
| Geeft collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en | 47% | 51% | 16% | | 47% |

| | Verzorgende (n=78) | EVV'er (n= 21) | Mbo-verpleeg-kundige (n=19) | | Gemiddeld (n=218) |
|---|---|---|---|---|---|
| vrijwilligers op constructieve wijze feedback. | | | | | |
| Betrekt collega's, andere disciplines, mantelzorgers en vrijwilligers actief bij de samenwerking. | 46% | 40% | 21% | | 41% |
| Deelt ervaringskennis met collega's, andere betrokken deskundigen, mantelzorg en vrijwilligers. | 35% | 20% | 11% | | 24% |
| Houdt zich aan afspraken en spreekt collega's en deskundigen van andere disciplines aan op het nakomen van afspraken. | 68% | 45% | 37% | | 52% |
| Maakt gebruik van kennis van anderen. | 23% | 16% | 16% | | 18% |
| Deelt gevoelens en emoties met collega's en andere betrokken disciplines. | 3% | -7% | -21% | | -5% |
| Toont de gevoelens en behoeften van anderen te onderkennen. | 19% | 21% | 21% | | 21% |
| Kan omgaan met conflicten. | 65% | 58% | 37% | | 59% |
| Presenteert zich op een wijze die overeenkomt met de wijze waarop de organisatie gezien wil worden in de buitenwereld. | 50% | 45% | 11% | | 44% |
| *Gemiddeld* | *34%* | *31%* | *24%* | | *32%* |
| **Zorgleefplan en zorgproces** | | | | | |
| Legt zorgleefplan voor in multidisciplinair overleg. | 13% | 32% | 16% | | 24% |
| Verwerkt informatie uit het multidisciplinair overleg in het zorgleefplan. | 18% | 36% | 32% | | 29% |
| Integreert ideeën en opvattingen van zorgvragers in de zorgleefplannen. | 37% | 39% | 21% | | 37% |
| Integreert ideeën en opvattingen van zorgverleners in de zorgleefplannen. | 24% | 31% | 21% | | 28% |
| Stelt op basis van adviezen van anderen eventueel het zorgleefplan bij en legt dit voor aan de zorgvrager (en/of diens naasten). | 26% | 30% | 32% | | 28% |
| Informeert zorgvrager en naaste collega's tijdig en op begrijpelijke (eenduidige) wijze over de afgesproken wijzigingen. | 36% | 47% | 42% | | 43% |
| Bepaalt in overleg met zorgvrager (en/of diens naasten), collega's en andere beroepskrachten gezamenlijk korte- en langetermijndoelstellingen. | 37% | 40% | 5% | | 36% |
| Stelt in overleg met de zorgvrager (en/of diens naasten) doelen bij aan de hand van feedback. | 24% | 34% | 26% | | 30% |
| Communiceert helder over wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden. | 54% | 46% | 58% | | 50% |
| Zorgt dat de gemaakte afspraken haalbaar zijn. | 46% | 33% | 21% | | 37% |
| Werkt opdrachten tijdig en kwaliteitsvol af. | 59% | 46% | 37% | | 50% |
| Benoemt knelpunten die een gezamenlijk resultaat in de weg staan en maakt deze bespreekbaar. | 47% | 38% | 11% | | 39% |
| Pakt knelpunten aan die een gezamenlijk resultaat in de weg staan. | 50% | 37% | 11% | | 39% |

| | Verzorgende (n=78) | EVV'er (n= 21) | Mbo-verpleeg-kundige (n=19) | | Gemiddeld (n=218) |
|---|---|---|---|---|---|
| Is bekend met de competenties, werkwijzen en mogelijkheden van deskundigen van andere disciplines. | 28% | 24% | 11% | | 24% |
| Kan behandeling van andere disciplines voortzetten en vorm-geven in de dagelijkse ondersteuning. | 31% | 19% | 0% | | 22% |
| Levert een bijdrage aan de afstemming van verschillende vormen van zorgverlening aan de zorgvrager. | 35% | 31% | 32% | | 32% |
| Kan de grenzen van de eigen rol in het zorgproces afbakenen en bewaken. | 49% | 36% | 47% | | 42% |
| Kent de infrastructuur van de zorginstelling. | 33% | 22% | 32% | | 27% |
| *Gemiddeld* | *36%* | *35%* | *25%* | | *34%* |
| **Organisatie en beleid** | | | | | |
| Is bereid en in staat de zorg af te stemmen in het belang van de zorgvrager. | 45% | 39% | 21% | | 39% |
| Komt met voorstellen ter verbetering van de coördinatie en continuïteit van zorg. | 23% | 32% | 5% | | 27% |
| Levert een bijdrage aan het beleid en beheer van de organisa-tie gericht op: | | | | | |
| - afstemming van zorgactiviteiten; | 22% | 29% | 11% | | 25% |
| - de interne overlegstructuur; | 13% | 18% | 11% | | 16% |
| - de samenwerking met andere organisaties en disciplines. | 6% | 14% | 0% | | 10% |
| Draagt bij aan het optimaal functioneren van de organisatie. | 33% | 28% | 53% | | 32% |
| Evalueert gevoerd beleid met betrokken disciplines en trekt daaruit lering. | 13% | 38% | 16% | | 27% |
| *Gemiddeld* | *22%* | *28%* | *17%* | | *25%* |
| **Informatie uitwisselen** | | | | | |
| Draagt relevante informatie gestructureerd, correct en zorgvul-dig over aan collega's, deskundigen van andere disciplines en andere betrokkenen. | 54% | 40% | 42% | | 45% |
| Communiceert zodanig met andere professionals en zorgvra-gers dat de verwachtingen bij de zorgvrager steeds duidelijk zijn. | 51% | 49% | 42% | | 49% |
| Praat op een positieve en open wijze over andere disciplines bij contacten met zorgvragers. | 51% | 27% | 26% | | 36% |
| *Gemiddeld* | *52%* | *39%* | *37%* | | *43%* |
| **Regie / coördinatie / bemiddeling** | | | | | |
| Stelt het zorgleefplan mee op. | 29% | 35% | 32% | | 33% |
| Bepaalt welke verpleegkundige zorg nodig is. | 12% | 12% | 11% | | 11% |
| Gaat na welke factoren van invloed zijn op de zorgvraag. | 37% | 30% | -5% | | 29% |
| Coördineert het totale integrale zorgproces. | 10% | 39% | -5% | | 25% |
| Schakelt de juiste personen, disciplines en instellingen in op het juiste moment. | 31% | 46% | 26% | | 39% |

| | Verzorgende (n=78) | EVV'er (n= 21) | Mbo-verpleeg-kundige (n=19) | | Gemiddeld (n=218) |
|---|---|---|---|---|---|
| Fungeert als contactpersoon tussen relevante disciplines of instellingen. | 6% | 33% | 11% | | 22% |
| Treft maatregelen zodat wordt voorkomen dat zorgvragers elke keer opnieuw hun verhaal moeten doen. | 32% | 38% | -21% | | 31% |
| Geeft aanwijzingen aan zorgvragers, familieleden en andere zorgverleners over mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren. | 27% | 35% | 11% | | 30% |
| *Gemiddeld* | *23%* | *33%* | *7%* | | *27%* |
| **Houding** | | | | | |
| Toont zich bewust van andere mensen, de omgeving en de eigen invloed hierop. | 49% | 36% | 32% | | 40% |
| Onderkent de behoeften en gevoelens van anderen. | 36% | 28% | 32% | | 31% |
| Accepteert en erkent de specifieke kundigheid van andere disciplines. | 42% | 21% | 37% | | 30% |
| Stelt zich professioneel op, luistert naar anderen en is bereid tot compromissen. | 47% | 35% | 32% | | 39% |
| Heeft respect voor de ander (vertrouwt erop dat bijdrage van ander van belang is). | 50% | 31% | 32% | | 38% |
| Staat open voor adviezen van andere disciplines. | 41% | 30% | 47% | | 35% |
| Beziet bijdragen van anderen in het licht van de zorgverlening. | 37% | 24% | 26% | | 29% |
| Heeft een open houding naar collega's en is collegiaal. | 50% | 31% | 32% | | 38% |
| *Gemiddeld* | *44%* | *29%* | *34%* | | *35%* |

**Bijlage 4 – Prestatie-indicatoren op het gebied van samenwerken**

In onderstaand schema staan de prestatie-indicatoren die in de beroepscompetentieprofielen van verzorgenden, verpleegkundigen en eerst verantwoordelijke verzorgende worden genoemd op het gebied van samenwerken. Het gaat om de indicatoren in de drie beroepscompetentie-profielen gezamenlijk.

| | |
|---|---|
| Procesindicatoren | - Participeert in mening- en besluitvormingsprocessen.<br>- Werkt samen met andere disciplines aan het ontwikkelen van een zorgplan.<br>- Legt zorgplan voor in multidisciplinair overleg.<br>- Verwerkt informatie uit het MDO in het zorgleefplan.<br>- Zorgt dat het overleg in het MDO plaatsvindt volgens vaste procedure (frequentie/partici-panten/agenda e.d.).<br>- Informeert cliënt/naaste collega's tijdig en op begrijpelijke (eenduidige) wijze over wijzigin-gen.<br>- Maakt doelafspraken met collega's, andere betrokken deskundigen, mantelzorg en vrijwilli-gers.<br>- Bepaalt in overleg met zorgvrager en overige verzorgers gezamenlijk korte en langetermijn-doelstellingen.<br>- Communiceert helder over wederzijdse verwachtingen en mogelijkheden.<br>- Zorgt dat de gemaakte afspraken haalbaar zijn.<br>- Benoemt knelpunten die een gezamenlijk resultaat in de weg staan en maakt deze be-spreekbaar<br>- Deelt ervaringskennis met collega's, andere betrokken deskundigen, mantelzorg en vrij-willigers.<br>- Maakt gebruik van kennis van anderen.<br>- Vraagt om ideeën en/of meningen van anderen.<br>- Deelt gevoelens en emoties met collega's en andere betrokken disciplines.<br>- Toont dat ze de gevoelens en behoeften van anderen onderkent.<br>- Vraagt om feedback van collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers en maakt er gebruik van.<br>- Geeft collega's, andere betrokken disciplines, mantelzorg en vrijwilligers op constructieve wijze feedback.<br>- Kan behandeling van andere disciplines voortzetten en vormgeven in de dagelijkse onder-steuning.<br>- Levert een bijdrage aan de afstemming van verschillende vormen van hulpverlening aan de zorgvrager.<br>- Betrekt de mening van collega's, mantelzorgers, vrijwilligers en andere disciplines actief bij de samenwerking.<br>- Komt op eigen initiatief met voorstel/idee of oplossing en staat open voor andere ideeën.<br>- Kan de grenzen van de eigen rol in het zorgproces afbakenen en bewaken.<br>- Toont overtuigingskracht. |
| Resultaatindicatoren | - De zorgvrager krijgt afgestemde en continue zorg.<br>- De beroepskracht werkt constructief samen, leert van andere deskundigen en vice versa.<br>- Multidisciplinaire samenwerking levert meerwaarde op voor de cliënt. |