

DEDICATED samenwerken bij proactieve zorgplanning

Een handreiking voor het samenwerken omtrent het levenseinde voor mensen met dementie in het verpleeghuis

Weet ik / Weten wij.....



Inleiding

Waar gaat deze handreiking over?

Dementie is een ongeneeslijke ziekte met een onzekere prognose, waarbij de gemiddelde levensverwachting kan variëren van 3 tot 12 jaar¹. Daarom is het belangrijk om na de diagnose van dementie te denken aan palliatieve zorg. Het doel van palliatieve zorg is om de kwaliteit van leven te verbeteren door het voorkomen en verlichten van lijden middels het vroegtijdig herkennen, beoordelen en behandelen van de behoeftes of problemen die zich kunnen voordoen op vier diverse dimensies (fysiek, sociaal, psychisch en spiritueel)². Aangezien palliatieve zorg met deze holistische blik (d.w.z. de vier dimensies) kijkt naar de persoon met dementie, is de samenwerking tussen zorgprofessionals (vanuit diverse vakgebieden) onderling, maar ook met mensen met dementie, naasten (d.w.z. verwanten, partners, aanverwanten) en/of informele zorgverleners (d.w.z. naasten, kennissen, vrienden, buurtbewoners of/en vrijwilligers) belangrijk voor het behouden en verbeteren van de kwaliteit van leven van de persoon met dementie. We noemen dit interprofessionele samenwerking.

Interprofessionele samenwerking in de dementiezorg is belangrijk binnen zorgsettingen maar ook tijdens de overgangen tussen zorgsettingen³. Aangezien ongeveer 90% van de mensen met dementie overlijdt in een verpleeghuis⁴, is de interprofessionele samenwerking ook in een verpleeghuis belangrijk voor het verlenen van optimale palliatieve zorg. Verder blijkt uit onderzoek dat mensen met dementie gemiddeld 2.5 jaar wonen in een verpleeghuis⁵. Om tevens optimale palliatieve zorg te verlenen in de laatste levensfase (*wat onderdeel is van palliatieve zorg en dus niet gelijk staat aan palliatieve zorg*), is het belangrijk om de wensen en voorkeuren rondom het levenseinde van de persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners te weten. Aangezien dementie wordt gekenmerkt door cognitieve achteruitgang is het belangrijk om als zorgprofessional in een vroeg stadium al in gesprek te gaan met de persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners over de doelen en wensen voor toekomstige zorg. Dit proces wordt proactieve zorgplanning genoemd⁶. Proactieve zorgplanning is een gezamenlijk

¹ Todd, S., Barr, S., Roberts, M., & Passmore, A. P. (2013). Survival in dementia and predictors of mortality: a review. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(11), 1109–1124. <https://doi.org/10.1002/gps.3946>

² World Health Organization. WHO definition of palliative care. [cited 2016 April 09]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

³ Bernstein Sideman, A., Harrison, K. L., Garrett, S. B., Naasan, G., & Ritchie, C. S. (2021). Practices, challenges, and opportunities when addressing the palliative care needs of people living with dementia: Specialty memory care provider perspectives. *Alzheimers Dement (N Y)*, 7(1), e12144. doi:10.1002/trc2.12144

⁴ Houttekier, D., Cohen, J., Bilsen, J., Addington-Hall, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliens, L. (2010). Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *J Am Geriatr Soc*, 58(4), 751-756. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02771.x

⁵ Joling, K. J., Janssen, O., Francke, A. L., Verheij, R. A., Lissenberg-Witte, B. I., Visser, P. J., & van Hout, H. P. J. (2020). Time from diagnosis to institutionalization and death in people with dementia. *Alzheimers Dement*, 16(4), 662-671. doi:10.1002/alz.12063

⁶ Rietjens, Judith & Sudore, Rebecca & Deliens, Luc & Ott, Brenda & Connolly, Michael & Delden, Johannes & Korfage, Ida & Drickamer, Margaret & Heyland, D.K. & Houttekier, Dirk & Janssen, Daisy & Orsi, Luciano & Payne, Sheila & Seymour, Jane & Jox, Ralf. (2018). Internationale definitie van advance care planning. *Huisarts en wetenschap*. 61. 10.1007/s12445-018-0224-y.

proces waarbij de samenwerking met het gehele interprofessionele team (*bestaande uit de persoon met dementie, zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners en betrokken zorgprofessionals*) centraal staat.

Doel van deze handreiking

De handreiking geeft 6 kernvragen weer die essentieel zijn bij en verschaft informatie over interprofessionele samenwerking omtrent proactieve zorgplanning, beschrijft tips/adviezen over hoe een individuele zorgprofessional en het interprofessioneel team de samenwerking kan verbeteren en verwijst naar bestaande hulpmiddelen/tools om de interprofessionele samenwerking te verbeteren. Aangezien de kernvragen algemeen beschreven zijn, kan deze procesbeschrijving eventueel ook worden toegepast op andere bewoners (bewoners zonder cognitieve stoornissen of dementie) in het verpleeghuis. Elke kernvraag wordt beschreven op zowel individueel als teamniveau en legt de focus op de eigen kracht en de individuele bijdrage die een zorgprofessional kan leveren om de samenwerking te verbeteren.

DEDICATED-samenwerken bij proactieve zorgplanning

Weet ik / Weten wij.....



Kernvraag 1. Weet ik / Weten wij wat en waarom?

Hieronder volgen drie deelvragen:

Weet ik / Weten wij.....

2.1 Waarom
palliatieve zorg
belangrijk is?

2.2 Waarom
proactieve
zorgplanning
belangrijk is?

2.3 Waarom
interprofessionele
samenwerking
belangrijk is?

2.1 Weet ik / Weten wij waarom palliatieve zorg belangrijk is?

Wat is belangrijk om te weten?

Waarom is palliatieve zorg belangrijk voor mensen met dementie?

Dementie is een levensbedreigende en progressieve ziekte waar nog geen geneesmiddel voor is. Mensen met dementie overlijden door of aan dementie, daarom is het belangrijk om aandacht te besteden aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie.

Welke processen zijn belangrijk om optimale palliatieve zorg te bieden aan mensen met dementie?

- 1) Het inzien toepassen van palliatieve zorg voor mensen met dementie
- 2) Het leveren van persoonsgerichte zorg, communiceren en samennemen van beslissingen
- 3) Het vaststellen van zorgdoelen en uitvoeren van proactieve zorgplanning
- 4) Het behouden van continuïteit van de zorg
- 5) Het vermijden van overmatig invasie, belastend en zinloos handelen
- 6) Het bieden van optimale symptoombehandeling en comfortzorg
- 7) Het bieden van psychosociale en spirituele ondersteuning
- 8) Het zorgen voor en betrekken van de naasten en/of informele zorgverleners
- 9) Het prognosticeren en tijdig herkennen van de stervensfase
- 10) Het opleiden van het zorgprofessionals
- 11) Het in acht nemen van maatschappelijke en ethische kwesties

Bovenstaande processen staan beschreven in het [Europees witboek \(whitepaper\) over palliatieve zorg voor mensen met dementie](#)⁷.

Wat betekent kwaliteit van leven voor mensen met dementie?

Kwaliteit van leven is de subjectieve en objectieve beoordeling van diverse levensdomeinen van de persoon met dementie in zijn/haar omgeving op basis van de manier waarop hij/zij omgaat met de gevolgen van dementie⁸. Belangrijke domeinen van kwaliteit van leven zijn gevoelens en stemming,

⁷ van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C. M., de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., Francke, A. L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R. T., Volicer, L., & European Association for Palliative Care (EAPC) (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine*, 28(3), 197–209. <https://doi.org/10.1177/0269216313493685>

⁸ Dröes, R.-M., Boelens-Van Der Knoop, E. C. C., Bos, J., Meihuizen, L., Ettema, T. P., Gerritsen, D. L., Hoogeveen, F., De Lange, J., & Schölz-Dorenbos, C. J. M. (2006). Quality of life in dementia in perspective: An explorative study of variations in opinions among people with dementia and their professional caregivers, and in literature. *Dementia*, 5(4), 533–558. <https://doi.org/10.1177/1471301206069929>

zelfwaardering/zelfbeeld, gehechtheid, sociaal contact, plezier beleven aan activiteiten, relatie met zorgprofessionals en naasten, zich thuis voelen, gevoel voor esthetiek in de leefomgeving (zoals genieten van de schoonheid, natuur en omgeving), lichamelijk en geestelijke gezondheid, financiële situatie, vrijheid, spiritualiteit, veiligheid en privacy en zich nuttig voelen.

Bij kwaliteit van leven komt er meer nadruk te liggen op hoe mensen met dementie hun ziekte beleven, hoe ze zich aanpassen aan de gevolgen van de ziekte (adaptatie) en hoe ze omgaan met stress veroorzaakt door deze gevolgen (coping), welke psychosociale factoren daarop van invloed zijn en welke psychosociale interventies zorgprofessionals kunnen bieden om het welbevinden van mensen met dementie te vergroten. Deze persoonsgerichte benaderingswijze kijkt naar de mens achter dementie, identificeert de on vervulde behoeftes en houdt rekening met het aanpassingsproces omdat dit invloed heeft op de manier waarop de persoon met dementie zich uit zoals stemmingsstoornissen.

Wat houdt het aanpassings-en copingproces voor mensen met dementie in?

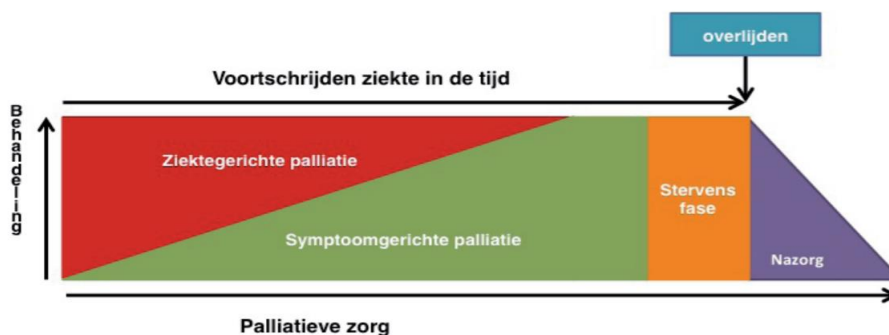
Er zijn 7 aandachtspunten om als zorgprofessional rekening mee te houden tijdens dit proces, zie het figuur hieronder. Om mensen met dementie te ondersteunen tijdens dit proces zijn er diverse **psychosociale interventies** ontwikkeld zoals reminiscentie, snoezelen en muziektherapie. Zo kan bijvoorbeeld reminiscentie (met stimuli zoals foto's, muziek en geurmooie herinneringen ophalen) agitatie verminderen en de stemming verbeteren.



Dit figuur komt uit het artikel [Omgaan met de gevolgen van dementie: het psychosociale perspectief](#).

Wanneer start de palliatieve zorg voor mensen met dementie?

Het Nationaal Instituut voor Gezondheid en Klinische Excellentie (NICE) en het [Europees witboek \(EAPC Whitepaper\)](#) over palliatieve zorg voor mensen met dementie adviseren om mensen met dementie direct **na de diagnose** palliatieve zorg te verlenen.



Dit figuur komt uit de [handreiking Zo verbindt u palliatieve zorg en dementie: handreiking voor goede samenwerking](#)

Uit welke fases bestaat palliatieve zorg?

Er zijn binnen palliatieve zorg vier fases te onderscheiden, waarbij de eerste twee fases (de ziektegerichte en symptoomgerichte palliatie) door elkaar kunnen lopen en tegelijk kunnen worden toegepast om elkaar te versterken met als doel om de kwaliteit van leven te verbeteren.

1. Ziektegerichte palliatie richt zich op het behouden of verbeteren van de kwaliteit van leven door de onderliggende ziektes te behandelen. Hierbij kan levensverlenging een doel zijn indien dit wenselijk is voor de persoon met dementie.
2. Symptoomgerichte palliatie richt zich op het behouden of verbeteren van de kwaliteit van leven door de klachten en symptomen veroorzaakt door de onderliggende ziektes te verlichten en indien mogelijk te voorkomen.
3. De derde fase is de **stervensfase**/terminale fase waarbij er een onomkeerbaar fysiologisch proces van start is gegaan waardoor de persoon met dementie op korte termijn zal komen te overlijden (3 maanden of minder).
4. De vierde fase is de nazorgfase waarbij er na het overlijden van de persoon met dementie aandacht is voor het rouwproces van de naasten en/of informele zorgverleners.

Welke hulpmiddelen zijn er?

Voordat u een kijkje neemt naar onderstaande hulpmiddelen, is het van belang om bij uw collega's of werkgever na te vragen welke bestaande hulpmiddelen er beschikbaar zijn of wellicht al gebruikt worden binnen uw eigen organisatie.

Hoe kan ik als individu **mijn** bewustwording en kennis omtrent palliatieve zorg bij dementie vergroten?

- U kunt uw eigen kennis omtrent palliatieve zorg voor mensen met dementie vergroten door gebruik te maken van de volgende informatiebronnen: [Zorg voor beter](#), [EAPC aanbevelingen voor palliatieve zorg bij dementie](#), [kwaliteitskader palliatieve zorg](#) en [Artikel over palliatieve zorg bij dementie](#).
- U kunt uw eigen kennis omtrent kwaliteit van leven voor mensen met dementie vergroten door gebruik te maken van de volgende informatiebronnen: [artikel omgaan met de gevolgen van dementie: psychosociale perspectief](#), [Een betekenisvol leven bij dementie](#) en [artikel Reminiscentie-benadering verbetert kwaliteit van leven mensen met dementie](#).

Hoe kan ik als individu bijdragen aan de bewustwording van mijn **collega's** omtrent palliatieve zorg bij dementie?

- U kunt met het team praten over palliatieve zorg bij dementie door gebruik te maken van [DEDICATED Kletspot](#), [kaartjes palliatieve zorg en dementie](#) en te kijken naar [DEDICATED Film Ik ben een mens, tot het einde](#).

Hoe kan ik als individu bijdragen aan de bewustwording van de **persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners** omtrent palliatieve zorg bij dementie?

- U kunt de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners verwijzen naar het [Levenspad dementie](#) om meer informatie te geven over het ziekteproces.
- U kunt naasten en/of informele zorgverleners verwijzen naar [folder Omgaan met dementerende ouderen](#), [folder aandachtspunten voor mantelzorgers van mensen met dementie](#) en [adviesdocument Een goed leven met dementie?!](#) om meer informatie te geven over de omgang met mensen met dementie.

2.2 Weet ik / Weten wij waarom proactieve zorgplanning belangrijk is?

Wat is belangrijk om te weten?

Waarom is proactieve zorgplanning belangrijk voor mensen met dementie?

Het verloop van dementie heeft een onvoorspelbaar karakter, vaak met afwisselingen of achteruitgangen in mentale toestanden en heldere periodes. Veel mensen met dementie hebben in een latere fase geen ziektebesef, kunnen moeilijk vooruitkijken en kunnen zelfs hun ziekte en het verloop ontkennen. Naast de achteruitgang in het cognitief vermogen, hebben mensen met gevorderde dementie moeite met communiceren en zichzelf uit te drukken⁹. Daarnaast is levenseindezorg vaak suboptimaal voor mensen met dementie omdat ze bijv. ongewilde interventies of invasieve behandelingen ondergaan¹⁰ of omdat er onvoldoende ondersteuning wordt verleend op het gebied van optimale pijnbestrijding¹¹.

Daarom is het belangrijk om zo vroeg mogelijk het gesprek aan te gaan. Dit gesprek hoort bij voorkeur al in de thuissituatie plaats te vinden door de betrokken zorgprofessionals. Vervolgens kunnen de zorgprofessionals in het verpleeghuis voortbouwen op de gesprekken die in de thuissituatie hebben plaatsgevonden om de continuïteit van proactieve zorgplanning te waarborgen. Indien er in de thuissituatie nog geen gesprekken hierover zijn gevoerd, is het van belang om dit onderwerp tijdig te introduceren omdat mensen met dementie gemiddeld 2.5 jaar in een verpleeghuis wonen. Verder is het voeren van deze gesprekken een van de randvoorwaarden om optimale zorg te verlenen aan bewoners in een verpleeghuis. Dit staat vermeld in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg¹².

⁹ Z. V. Blasi, A. C. Hurley, and L. Volicer, "End-of-life care in dementia: a review of problems, prospects, and solutions in practice," *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 3, no. 2, pp. 57–65, 2002.

¹⁰ Institute of Medicine. Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life 2015. Available from <https://www.nap.edu/read/18748/chapter/1>.

¹¹ Zwakhalen SMG, Koopmans RTC, Geels PJE, Berger MPF, Hamers JPH. The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *Eur J Pain* 2009;13:89e93.

¹² <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg---2021.pdf>

Voordelen van proactieve zorgplanning

↑	Levenseindegesprekken
↑	Personen met dementie die palliatieve zorg en pijnbestrijding ontvangen
↑	Overeenstemming tussen wensen en voorkeuren en zorglevering in laatste fase
↓	Ongewenste verhuizingen of/en opnames, gebruik van intensieve zorg, toediening van kunstmatige voeding, gebruik van ambulances etc.
↑	Tevredenheid over de plek van overlijden
↑	Hospicegebruik en kwaliteit van leven en sterven
↓	Depressie en beslissingsambivalentie bij personen met dementie en naasten
↑	Zekerheid, vertrouwen en stabiliteit in de gemaakte keuzes bij personen met dementie en naasten

Gegevens uit bovenstaande tabel komen uit de volgende bronnen:

- Reinhardt, J. P., Chichin, E., Posner, L., & Kassabian, S. (2014). Vital Conversations with Family in the Nursing Home: Preparation for End-Stage Dementia Care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10(2), 112-126. doi:10.1080/15524256.2014.906371
- Wils, M., Verbakel, J., & Lisaerde, J. (2017). Improving advance care planning in patients with dementia: the effect of training nurses to engage in ACP-related conversations. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 8. doi:10.24816/jcgg.2017.v8i1.03
- Kelly, A. J., Lockett, T., Clayton, J. M., Gabb, L., Kochovska, S., & Agar, M. (2019). Advance care planning in different settings for people with dementia: A systematic review and narrative synthesis. *Palliative and Supportive Care*, 17(6), 707-719. doi:10.1017/S1478951519000257
- Dael, A., Bunn, F., Lynch, J., Pivodic, L., Van den Block, L., & Goodman, C. (2020). Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *Int J Nurs Stud*, 107, 103576. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103576

Waar gaat proactieve zorgplanning inhoudelijk over?

- Dementie- en gezondheids- veranderingen (Communicatie- en informatiebehoeftes omtrent dementie en de prognose)
- Zorgdoelen, palliatieve zorg & levenseindewensen (communicatie- en informatiebehoeftes omtrent alle gezondheidsdomeinen en het levenseinde)
- Beslissingen over behandelingen en zorgafspraken (wensen omtrent het nemen van beslissingen en ethische, financiële & juridische zaken)
- Behandeling en zorg bij meest voorkomende situaties (zoals slikproblemen, pijn en benauwdheid)
- Keuze van plaats van zorg en verandering van omgeving (verblijf- en zorglocatie en veranderingen in de omgeving of in betrokken zorgprofessionals)
- Aandacht voor naasten (Samenwerken met naasten en ondersteunen van naasten)
- Medische behandelingen (zoals reanimeren, opnames, operaties, toediening antibiotica, transfusies etc.)
- Actieve levensbeëindiging (zoals euthanasie)
- Stervensfase (waaronder palliatieve sedatie, locatie overlijden, ondersteunen waken en uitvaartwensen)
- Nazorg (ondersteuning naasten tijdens rouwproces)

Bovenstaande inhoudelijke onderwerpen van proactieve zorgplanning komen uit de [gesprekshulp De latere levensfase bij dementie](#). Deze gesprekshulp is ontwikkeld op basis van onderzoek¹³.

Wat zijn aandachtspunten bij proactieve zorgplanning?

- Bij proactieve zorgplanning gaat het niet alleen om de persoon met dementie, maar één systeem/groep d.w.z. inclusief de direct betrokken personen om de persoon met dementie waaronder naasten of/en informele zorgverleners en betrokken zorgprofessionals.
- Het gesprek is een dynamisch en continue proces, waarbij persoonsgerichte zorg, behoeftebepaling en behoud van autonomie en regie centraal staan.
- Het doel is niet het afvinken van de gespreksonderwerpen en het identificeren uitkomsten/gemaakte afspraken (zoals wel of niet reanimeren) maar het voeren van het gesprek en het verkennen van de wensen.

¹³ Van der Steen, J. T., Heck, S., Juffermans, C. C., Garvelink, M. M., Achterberg, W. P., Clayton, J., . . . van der Linden, Y. M. (2021). Practitioners' perceptions of acceptability of a question prompt list about palliative care for advance care planning with people living with dementia and their family caregivers: a mixed-methods evaluation study. *BMJ Open*, 11(4), e044591. doi:10.1136/bmjopen-2020-044591

Welke hulpmiddelen zijn er?

Voordat u een kijkje neemt naar onderstaande hulpmiddelen, is het van belang om bij uw collega's of werkgever na te vragen welke bestaande hulpmiddelen al gebruikt worden binnen uw eigen organisatie.

Hoe kan ik als individu **mijn** bewustwording en kennis omtrent proactieve zorgplanning vergroten?

- U kunt uw eigen kennis vergroten omtrent proactieve zorgplanning voor mensen met dementie door gebruik te maken van de volgende informatiebronnen:
 - [Handreiking zorgvuldige zorg rond het levenseinde](#), [Begrippenkader Medisch begeleid sterven](#), [Handreiking begrippen en zorgvuldigheidseisen m.b.t. de besluitvorming rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg](#) of [Zorgvuldigheidseisen in de zorgverlening rond het levenseinde](#)
 - [Handreiking wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag](#)
 - [Filmpje palliatieve sedatie](#) en [Richtlijn sedatie bij refractair probleemgedrag bij dementie](#)
 - [Richtlijn ICD/pacemaker in de laatste levensfase](#)
 - [Dementie sluit praten over euthanasie niet uit](#), [Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek publieksversie](#) en [Handreiking schriftelijk euthanasieverzoek artsenversie](#)
 - [Richtlijnen zorg dementie](#)
 - [Handreiking nazorggesprek na overlijden](#)

Hoe kan ik als individu bijdragen aan de bewustwording van mijn **collega's** omtrent proactieve zorgplanning?

- U kunt met het team praten over het levenseinde door gebruik te maken van [DEDICATED Kletspot kaartjes levenseinde](#).
- U kunt met het team praten over casussen van mensen met dementie in de laatste levensfase, welke symptomen kwamen vaak voor, was er aandacht voor de laatste fase, op welke manier en wat zouden wij de volgende keer anders kunnen doen. U kunt hiervoor de [DEDICATED casuïstiekbespreking](#) gebruiken.

Hoe kan ik als individu bijdragen aan de bewustwording van de **persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners** omtrent proactieve zorgplanning?

- U kunt de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners verwijzen naar de [brochure Praat op tijd over uw levenseinde](#), informatiefolder van Envida (Bijlage 1), [gesprekshulp De latere levensfase bij dementie](#) of [Handreiking Zorg rond het levenseinde](#) om meer informatie te geven over proactieve zorgplanning bij dementie.

2.3 Weet ik / weten wij waarom interprofessionele samenwerking belangrijk is?

Wat is belangrijk om te weten?

Wat is het verschil tussen 'mono-, multi-, inter- of transprofessioneel samenwerken'?

Wij richten ons vanuit DEDICATED op **interprofessionele** samenwerking.

Monoprofessioneel

- Mono betekent één
- Werkt gezamenlijk met collega's binnen eigen professie om zorg te leveren.
- Weinig inzicht in en erkenning voor andere professies.

Multiprofessioneel

- Multi betekent 2 of meer
- Er zijn 2 of meerdere diverse professies betrokken waarmee overleggen worden gevoerd.
- Men heeft kennis van elkaars professie
- Er is een gezamenlijke visie.
- Er heerst gelijkwaardigheid.
- Er wordt persoonsgericht gewerkt.
- Er worden afspraken gemaakt over de taakverdeling.
- Iedere professie draagt (afzonderlijk van andere professies) enkel vanuit zijn/haar eigen professie bij aan de zorg.

Interprofessioneel

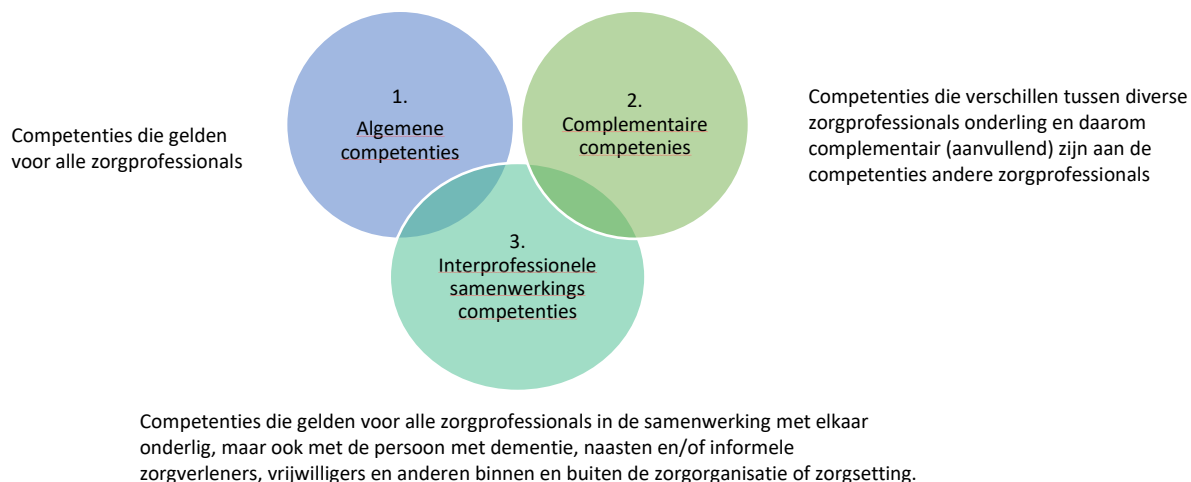
- Inter betekent tussen
- Naast de diverse professies, zijn de persoon met dementie en zijn/haar naasten ook onderdeel van het team.
- Er is één centraal aanspreekpunt voor de persoon met dementie en naasten
- Er heerst gezamenlijke verantwoordelijkheid en coördinatie.
- Er is één gezamenlijk zorgplan.
- Er wordt op een geïntegreerde en holistische manier persoonsgerichte zorg geleverd.

Transprofessioneel

- Trans betekent over
- Hierbij kunnen professionals elkaars taken/rollen overnemen en kan er dus sprake zijn van rolverschuiving of rolvervaging.

Welke competenties zijn belangrijk bij interprofessionele samenwerking?

Een competentie is het vermogen van een zorgprofessional om diverse componenten waaronder kennis, vaardigheden, waarden en attitudes te integreren. Er zijn drie soorten competenties¹⁴.



¹⁴ Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.

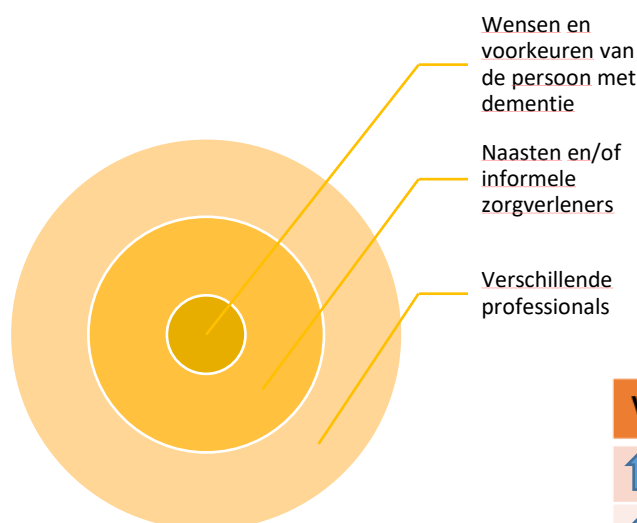
Welke interprofessionele samenwerkingscompetenties zijn er?

Onderstaand figuur beschrijven 5 competentiedomeinen die belangrijk zijn bij interprofessionele samenwerking¹⁵.

Samen overleggen en plannen	Collega's betrekken en stimuleren	Communiceren en informeren	Leren en reflecteren	Doelgericht en tactvol handelen
• Vanuit eigen professie verantwoorde en concrete doelen formuleren die door collega's worden begrepen. • Inschatten welke bijdrage een collega van andere professie kan leveren • Op een opbouwende manier samenwerken • Relevante informative/gegevens van de persoon met dementia selecteren en ordenen t.b.v. college's • Effectief gebruik maken van bestaande informatiesysteem • In overlegsituaties met meerdere college's het eigen standpunt helder en genuanceerd naar voren brengen.	• Adequaate en helder informeren van collega's • Spontaan beroep doen op de juiste college van andere professie • Overleg met college's en het rendement ervan stimuleren en versterken • Eigen ideeën helder verwoorden en verheldering vragen aan collega wanneer iets niet duidelijk is. • Inbreng van collega's waarderen, stimuleren en versterken • Bruikbaar en respectvol feedback geven	• Relevante informative/gegevens correct en gestructureerd mondeling, schriftelijk en digitaal kunnen doorgeven/presenteren aan collega's • Vakjargon om kunnen zetten naar begrijpelijke en toegankelijke taal • Schriftelijk en mondeling de Nederlandse taal correct kunnen gebruiken • Flexibel en adequaat communiceren, rekening houdend met de gesprekspartners • Kunnen reflecteren op eigen communicatie en deze zo nodig bijstellen	• Leermomenten herkennen en gebruiken met het doel om eigen samenwerkingscompetenties te versterken • Actief op zoek gaan naar ontbrekende kennis of informative • Gericht feedback vragen aan anderen • Gericht om kunnen gaan met feedback op eigen gedrag en resultaten • Zichzelf ter discussie durven stellen en eigen ideeën relativeren • Mening en beweringen kritisch kunnen bevragen en beoordelen	• Respect tonen voor andere teamleden en voor de eigenheid van andere professies • Tact en voorzichtigheid betrachten in het omgaan met anderen en bij het formuleren/trekken van conclusies en adviezen • Bij contacten met persoon met dementia en naasten op een open en positieve wijze kunnen spreken over andere professionals • Actiegericht problemen aanpakken, dan wel vermijden • Afspraken na komen • Opdrachten tijdig en kwaliteitsbewust uitvoeren

¹⁵ Vyt A. *Interprofessioneel En Interdisciplinair Samenwerken in Gezondheid En Welzijn*. Vierde, herziene en uitgebreide druk ed. Antwerpen: Garant; 2017.

Waarom is interprofessionele samenwerking belangrijk?



Voordelen van interprofessionele samenwerking

↑	Effectieve communicatie
↑	Kennis, erkenning en gebruik van elkaars professie
↑	Kwaliteit, continuïteit en coördinatie van zorg
↑	Betere taakverdeling
↑	Werktevredenheid
↓	Burnout en stress

Elke betrokken zorgprofessional kijkt vanuit zijn/haar eigen ervaring, de relatietype en contactmomenten met de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners en vanuit zijn/haar eigen professie naar de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners. Daarom is het essentieel dat alle relevante zorgprofessionals betrokken zijn bij gezamenlijke besluitvorming. Naasten en/of informele zorgverleners kijken vanuit hun eigen ervaring (afhankelijk van de relatietype en -lengte en betrokkenheid in het zorgproces) naar de persoon met dementie maar bezitten daarnaast tevens informatie/kennis over de persoon met dementie die zorgprofessionals helpen om persoonsgerichte zorg te kunnen leveren.

Het betrekken van de persoon met dementie zelf is uiterst belangrijk voor het behouden van autonomie en stimuleren van eigen regie. Indien de persoon met dementie wilsonbekwaam is verklaard, betekent dit nog niet dat de persoon met dementie wilsonbekwaam is voor alle typen beslissingen. Het is belangrijk om bij elk type beslissing na te gaan of de persoon met dementie de capaciteit beschikt om beslissingen te nemen en of de persoon met dementie zelf betrokken wilt worden in het nemen van beslissingen. Meer informatie over de typen beslissingen en niveaus van betrokkenheid staat beschreven in kernproces 5. Gezamenlijke besluitvorming.

Welke hulpmiddelen zijn er?

Voordat u een kijkje neemt naar onderstaande hulpmiddelen, is het van belang om bij uw collega's of werkgever na te vragen welke bestaande hulpmiddelen er al gebruikt worden binnen uw eigen organisatie.

Hoe kan ik als individu **mijn** bewustwording en kennis omtrent interprofessionele samenwerking vergroten?

- U kunt uw eigen kennis vergroten omtrent interprofessionele samenwerking door gebruik te maken van de volgende informatiebronnen: [Filmpje van Zuyd](#), [Best practices interprofessionele samenwerking](#), [T-shaped professional](#), [Dossier interprofessioneel samenwerken](#), [Grensoverstijgend samenwerken](#) en [Palliaweb](#).
- U kunt uw kennis vergroten omtrent de verschillende termen (monodisciplinair, multidisciplinair, interdisciplinair en interprofessioneel) binnen samenwerking door blz. 292 te lezen van het artikel [interdisciplinair overleg: Is er een nood aan opleiding over 'samenwerken'?](#)
- U kunt uw eigen kennis vergroten omtrent interprofessionele competenties door blz. 105 te lezen van het [artikel interprofessioneel en interdisciplinair werken in Heliomare](#), blz. 684 van artikel [interprofessionele samenwerking: de sleutel tot betere mondzorg voor \(kwetsbare\) ouderen](#), [EIPEN gedragsindicatoren](#) en [filmpje over team competenties van het Erasmus MC](#).

Hoe kan ik als individu **mijn** bewustwording en kennis omtrent de samenwerkingsbehoeftes van mensen met dementie en naasten en/of informele zorgverleners vergroten?

- U kunt uw eigen kennis vergroten omtrent samenwerken met mensen met dementie door gebruik te maken van de volgende bronnen: DEDICATED-publiekssamenvatting over de behoeftes van mensen met dementie in de samenwerking met zorgprofessionals, [Handleiding fotostem](#), [informatieboek over dementie en eigen regie](#) en de [website Zorg voor beter over Dementie en zingeving](#).
- U kunt uw eigen kennis vergroten omtrent de algemene samenwerkingsbehoeftes van naasten door gebruik te maken van de volgende bronnen: DEDICATED-publiekssamenvatting over de behoeftes van naasten in de samenwerking met zorgprofessionals, [Toolkit familieparticipatie](#), [werkboek In voor Mantelzorg](#) of de [toolkit Samenwerken met mantelzorgers: zo werkt het!](#).

Hoe kan ik als individu bijdragen aan de bewustwording van mijn **collega's** omtrent interprofessionele samenwerking?

- U kunt met het team praten interprofessionele samenwerking door gebruik te maken van de [DEDICATED Kletspot kaartjes samenwerken](#).

Kernvraag 2. Weet ik / Weten wij met wie en welke rollen?

Hieronder volgen drie deelvragen:

Weet ik / Weten wij.....

2.1 Wie de
teamleden zijn?

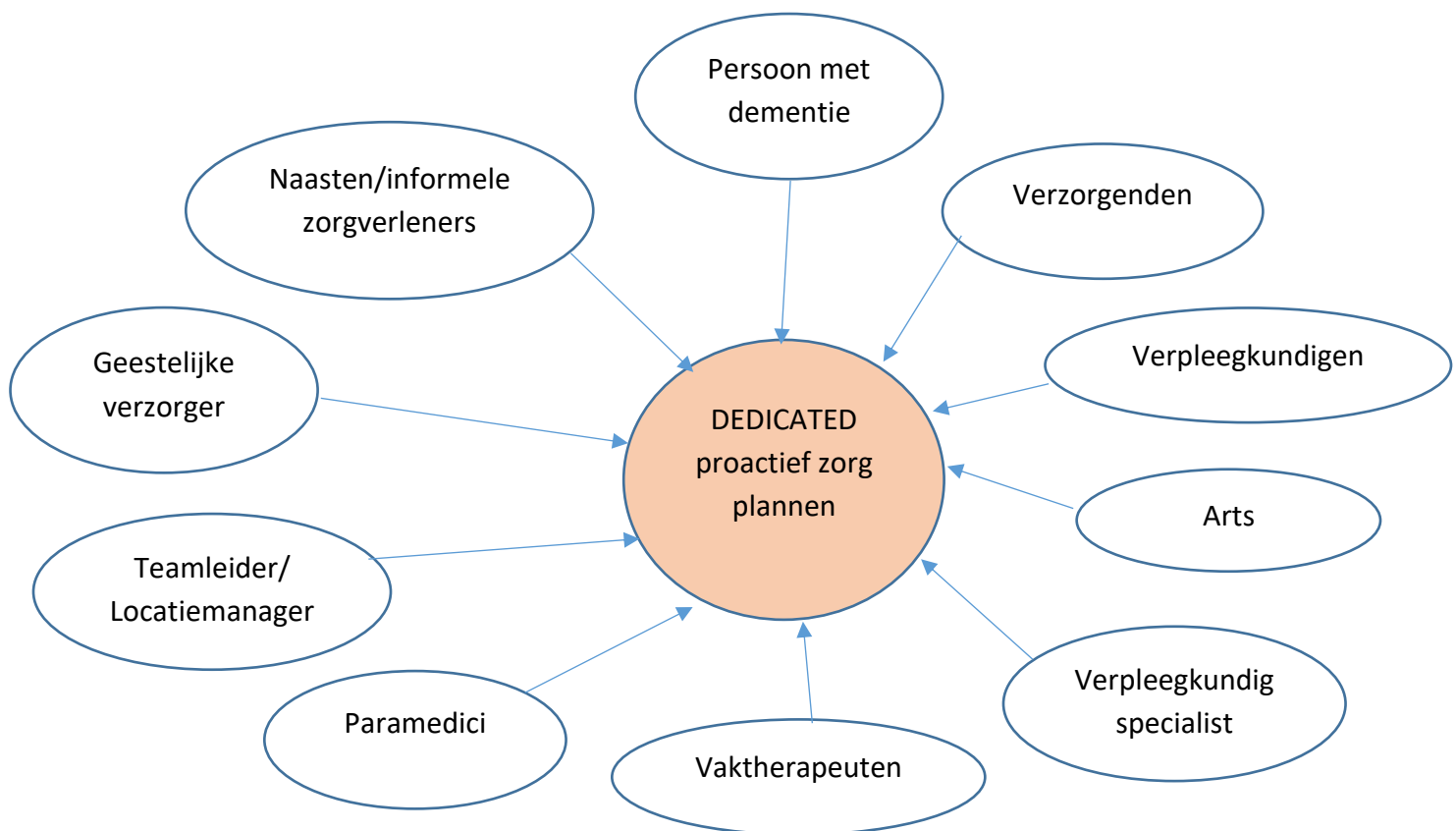
2.2 Welke
inhoudelijke rollen
de teamleden
hebben?

2.3 Welke
kenmerken de
teamleden
hebben?

2.1 Weet ik / Weten wij wie de teamleden zijn?

Onderstaand figuur is een voorbeeld van een samenwerkingsecogram dat een overzicht weergeeft wie de samenwerkingspartners zijn bij proactieve zorgplanning. Onderstaand samenwerkingsecogram is gebaseerd op onderzoek naar betrokken partijen bij proactieve zorgplanning^{16,17}.

Samenwerkingsecogram



¹⁶ Kwak, J., Jamal, A., Jones, B., Timmerman, G. M., Hughes, B., & Fry, L. (2021). An Interprofessional Approach to Advance Care Planning. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. <https://doi.org/10.1177/10499091211019316>

¹⁷ Arnett, K., Sudore, R. L., Nowels, D., Feng, C. X., Levy, C. R., & Lum, H. D. (2017). Advance Care Planning: Understanding Clinical Routines and Experiences of Interprofessional Team Members in Diverse Health Care Settings. *The American journal of hospice & palliative care*, 34(10), 946–953. <https://doi.org/10.1177/1049909116666358>

2.2 Weet ik / Weten wij welke inhoudelijke rollen de teamleden hebben?

In onderstaande tabellen zijn een aantal kernrollen van elke samenwerkingspartner als voorbeeld beschreven. Elk samenwerkingspartner moet voor zichzelf eerst nagaan of ze deze rollen daadwerkelijk hebben en of ze rollen missen. Daarnaast is het belangrijk om aan te geven wat hun grenzen zijn om duidelijk te maken wat niet onder hun verantwoordelijkheid valt.

Mensen met dementie

Rollen	Rolbeschrijving
Zorgvrager	De persoon met dementie ontvangt de zorg en heeft wensen en voorkeuren in het dagelijks leven.
Regiehouder	De persoon met dementie vindt het belangrijk om zoveel mogelijk nog zijn/haar eigen leven te leven, zich trots te voelen, een eigenwaarde te hebben, zichzelf te waarderen, zich nuttig te voelen, betekenis te hebben in zijn/haar leven, en een gevoel van gelijkwaardigheid te bewaren. De persoon met dementie behoudt zingeving en autonomie door de contacten of relaties die zij hebben, de activiteiten die zij zelf nog kunnen uitvoeren of aan kunnen deelnemen en de beslissingen die zij nog zelf kunnen nemen.
Vertegenwoordigde	De persoon met dementie vertrouwd zijn/haar naasten en de betrokken zorgprofessionals dat ze gezamenlijk ervoor zorgen dat hij/zij optimale kwaliteit van zorg ontvangt.
Levensfilosoof	De persoon met dementie heeft eigen verwachtingen, gedachtes en gevoelens over het leven en de toekomst. Hierbij kan de persoon met dementie culturele, spirituele en/of religieuze uitlatingen hebben.

Naasten en/of informele zorgverleners

Rollen	Rolbeschrijving
Informatievragers	De naasten en/of informele zorgverleners willen graag informatie ontvangen van zorgprofessionals (over bijvoorbeeld de gezondheidssituatie, dementie, palliatieve zorg en veranderingen die zich voordoen in de medicatievoorziening, behandelingen of in het zorgproces)
Persoonsexpert (informatiezender)	De naasten en/of informele zorgverleners kennen de persoon met dementie het beste en willen de persoonlijke voorkeuren (voor alle vier dimensies) van de persoon met dementie communiceren naar de zorgprofessionals in hoe ze zorg op maat kunnen bieden aan en het beste kunnen omgaan met de persoon met dementie.
Mantelzorger	De naasten en/of informele zorgverleners kunnen in het verpleeghuis nog steeds een rol wensen als mantelzorger voor het verlenen van persoonlijke zorg, het bieden van praktische hulp of geven van emotionele ondersteuning.
Vertegenwoordiger	De naasten en/of informele zorgverleners vertegenwoordigen de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie als zorgvrager.
Monitor	De naasten en/of informele zorgverleners hebben een helikopter view op de persoon met dementie. Zij kunnen soms veranderingen opmerken of zien die zorgprofessionals niet hebben geïdentificeerd en/of niet hebben gereageerd daarop.
Coördinator	Sommige naasten en/of informele zorgverleners zijn genooddaakt om informatie te herhalen of actief zorgprofessionals te contacteren en informatie door te geven (als zorgprofessionals onderling niet of onvoldoende met elkaar communiceren) om de continuïteit van de zorg te waarborgen.
Zorgvrager	Zorgprofessionals moeten standaard naasten en/of informele zorgverleners vragen of ze ondersteuning nodig hebben om bijvoorbeeld hun rol goed te kunnen uitoefenen, om begeleid te worden bij het maken van beslissingen omtrent proactieve zorgplanning etc.

Verzorgenden en verpleegkundigen

Rollen	Rolbeschrijving
Basiszorgverlener	Verzorgenden en verpleegkundigen staan het dichtstbij de persoon met dementie omdat ze de persoon met dementie elke dag zien en directe zorg (aan bed) leveren. Verzorgenden en verpleegkundigen leggen symptomen en reacties van de zorgvrager vast en interpreteren deze. Verzorgenden en verpleegkundigen voeren zorgplannen uit, evalueren deze samen met de behandelaren en geven eventueel suggesties om deze plannen aan te passen, te verbeteren of bij te sturen. Voeren afhankelijk van het niveau procedures en handelingen uit (zoals meten bloeddruk)
Centraal aanspreekpunt	Verzorgenden en verpleegkundigen zijn de eerste contactpersoon voor de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners. Zij zijn ook de zorgprofessionals die huisbezoeken uitvoeren en/of aanwezig zijn bij de verhuisdag, hebben direct contact met de eerste contactpersoon uit de thuissetting en ondersteunen de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners bij vroegtijdig zorgplannen.
Monitor	Verzorgenden en verpleegkundigen hebben een helikopter view van de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners en kunnen veranderingen eerder/sneller inzien dan andere zorgprofessionals. Zij geven dan ook de signalen aan de andere zorgprofessionals.
Spin in het web	Verzorgenden en verpleegkundigen staan in direct contact met de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners als de betrokken zorgprofessionals (zorgteammedewerkers en behandelaren). Zij maken een voorstel voor de agendapunten voor de overleggen en visites, benaderen andere zorgprofessionals en geven terugkoppeling aan andere zorgprofessionals wat de stand van zaken zijn (bijvoorbeeld hoe de zorg verloopt) en wat de wensen van de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners zijn.

Informatieverschaffer	Verzorgenden en verpleegkundigen kunnen in begrijpelijke taal basisinformatie geven over proactieve zorgplanning en schriftelijke verklaringen.
Gespreksvoerder	Verzorgenden en verpleegkundigen voeren gesprekken omtrent proactieve zorgplanning met de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners. Meestal zijn zij de initiators van proactieve zorgplanningsgesprekken, omdat zij dichtbij de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners staan en ook vaak de eerste veranderingen signaleren. Zij voeren ook verwachtingsmanagement uit en blijven de gesprekken herhalen op maat (wanneer er behoefte aan is en de gelegenheid zich voor doet).
Facilitator/ondersteuner	Verzorgenden en verpleegkundigen faciliteren de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners tijdens het transitieproces van curatieve naar palliatieve perspectief
Mede-beslisser	Verzorgenden en verpleegkundigen hebben inspraak op de gezamenlijke besluitvorming, niet enkel omdat zij zorgprofessional zijn, maar ook omdat ze een belangrijke rol hebben als belangenbehartiger.

Teamleiders/Locatiemanagers

Rollen	Rolbeschrijving
Inzetbare gespreksvoerder	Teamleiders kunnen gesprekken over proactieve zorgplanning voeren, indien het zorgteam dit zelf verzoekt (omdat het bijvoorbeeld gaat ingewikkelde situaties) of omdat dit verzocht wordt door de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners.
Coach	Teamleiders begeleiden het zorgteam en maken uitdagingen waar het zorgteam tegenaan loopt bespreekbaar.

Facilitator	Teamleiders faciliteren de samenwerking tussen het zorgteam en de behandelaren door de randvoorwaarden te creëren zoals het ervoor zorgen dat er een platform is voor alle samenwerkende partners om met elkaar in gesprek te gaan (bijvoorbeeld MDO), het beschikbaar stellen van technologie die de overleggen kunnen ondersteunen (bijvoorbeeld Microsoft Teams, als het gaat om digitale overleggen), ervoor zorgen dat er werkbare en veilige dossiers zijn Teamleiders hebben een belangrijke rol in het creëren van gezamenlijkheid door ervoor te zorgen dat alle samenwerkende partners dezelfde kant op kijken. Zij kunnen een leidende rol hebben in het opstellen van een gezamenlijk doel.
Mediator	Teamleiders bemiddelen bij situaties waar samenwerkende partners elkaar niet begrijpen, er geen consensus wordt bereikt of als er conflicten zijn. De taak van de teamleider is dan om het probleem bespreekbaar te maken.
Monitor	Teamleiders monitoren het samenwerkingsproces tussen de samenwerkende partners.
Coördinator	Teamleiders houden het overzicht wie welke taak heeft, of er duidelijke werkafspraken zijn gemaakt en bewaken de voortgang van het zorgproces.
Inzetbare gespreksvoerder	Teamleiders kunnen gesprekken over proactieve zorgplanning voeren, indien het zorgteam dit zelf verzoekt (omdat het bijvoorbeeld gaat ingewikkelde situaties) of omdat dit verzocht wordt door de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners.
Coach	Teamleiders begeleiden het zorgteam en maken uitdagingen waar het zorgteam tegenaan loopt bespreekbaar.

Paramedici

Voor deze procesbeschrijving is enkel de rollen van de psycholoog beschreven als paramedicus, maar andere paramedici waaronder ergotherapeuten, logopedisten, fysiotherapeuten en kinesitherapeuten hebben even belangrijke rollen. Wij adviseren deze overige paramedici om hun rollen op te schrijven en daarover in gesprek te gaan met betrokken zorgprofessionals om duidelijkheid te creëren in hetgeen wat zij doen en met elkaar af te stemmen.

Rollen	Rolbeschrijving
Gespreksvoerder	Psychologen voeren gesprekken omtrent proactieve zorgplanning met de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners. Zij voeren ook verwachtingsmanagement uit.
Behandelaar	Psychologen analyseren het gedrag, stellen diagnoses, voeren hetero-anamneses uit, spelen een rol bij psychische klachten, stemmings-, gedrags- en cognitiestoornissen (zoals depressie) en het levenseinde (zij kunnen bijvoorbeeld ook een rol spelen bij terminale onrust) en stellen behandelplannen op (waarbij psychologische interventies/methodes worden voorbereid, beschreven (het geven van instructies en omgangsadvies aan het zorgteam) en geëvalueerd. Psychologen behandelen de persoon met dementie door in te spelen op de levensgeschiedenis en onderliggende behoeftes van de persoon met dementie en bieden op deze manier persoonsgerichte zorg. Psychologen geven informatie en voorlichting over psychische symptomen aan naasten (en/of informele zorgverleners) en andere zorgprofessionals hoe ze het beste kunnen omgaan met de persoon met dementie. Psychologen ondersteunen de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners bij het informeren omtrent proactieve zorgplanning, het nadenken daarover en het bespreekbaar maken van dat onderwerp. Psychologen ondersteunen naasten en/of informele zorgverleners door het geven van adviezen en tips in hoe ze de persoon met dementie het beste kunnen benaderen en met hem/haar het beste kan omgaan.

Coach	Psychologen begeleiden het zorgteam met het omgaan met pijn en onbegrepen gedrag en bespreekt op regelmatige basis met het zorgteam hoe het met hun gaat, wat bepaalde psychische symptomen doet met het team en wat het zorgteam zou kunnen ondersteunen. Psychologen kunnen ook zorgprofessionals ondersteunen voor de verhuizing om na te gaan of de gekozen afdeling de best aangewezen plek is voor de persoon met dementie (betrokkenheid verschilt per casus).
Mede-beslisser	Psychologen hebben inspraak op de gezamenlijke besluitvorming.

Arts

Rollen	Rolbeschrijving
Regiebehandelaar/Hoofdbehandelaar	Artsen analyseren de persoon met dementie in zijn geheel (alle vier dimensies), stellen diagnoses, voeren hetero-anamneses uit, bespreken de opties aan medische behandelingen bij het levenseinde en stellen behandelplannen op (waarbij medicatie voorschrijven of interventies voorbereiden, beschrijven (het geven van instructies en adviezen aan het zorgteam) en evalueren de medicatie en de gegeven adviezen en/of instructies.
Doorverwijzer	Artsen spelen een belangrijke rol in het inschakelen van andere disciplines zoals geestelijke verzorgers of vaktherapeuten. In sommige zorgorganisaties is de doorverwijzing van de arts vereist om een andere discipline in te schakelen.
Gespreksvoerder	Artsen voeren gesprekken omtrent proactieve zorgplanning met de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners. Zij voeren ook verwachtingsmanagement uit en bespreken het medisch beleid.
Mede-beslisser	Artsen hebben inspraak op de gezamenlijke besluitvorming en zijn eindverantwoordelijken.

--	--

Geestelijke verzorger

Rollen	Rolbeschrijving
Begeleider	Geestelijke verzorgers begeleiden en verlenen ondersteuning aan mensen met dementie en naasten en/of informele zorgverleners. Zij richten zich hierbij op vragen rondom de ziekte, de gezondheid, het leven, de dood en de verwerking van de situatie.
Gespreksvoerder	Artsen voeren gesprekken omtrent proactieve zorgplanning met de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners. De focus ligt hierbij op de levensvragen, levensgebeurtenissen, existentiële, culturele en religieuze aspecten van proactieve zorgplanning.
Organisator activiteiten	Geestelijke verzorgers kunnen ervoor zorgen dat mensen met dementie kunnen deelnemen aan activiteiten zoals kerkdiensten, groepsgesprekken, meditatie en bezinningsbijeenkomsten. Daarnaast kunnen zij rituelen uitvoeren (afhankelijk per godsdienst) zoals de ziekenzalving.
Mede-beslisser	Geestelijke verzorgers hebben inspraak op de gezamenlijke besluitvorming.

Vaktherapeuten

Deze rollenbeschrijving is een algemene beschrijving voor alle vaktherapeuten. Onder de term vaktherapeuten vallen muziektherapeuten, dramatherapeuten, psychomotorische therapeuten en beeldende therapeuten. Wij adviseren elke vaktherapeut om zijn/haar specifieke rollen op te schrijven en daarover in gesprek te gaan met betrokken zorgprofessionals om duidelijkheid te creëren in hetgeen wat hij/zij doet en met elkaar af te stemmen.

Rollen	Rolbeschrijving
Therapeut	Vaktherapeuten helpen de persoon met dementie met het verwerken van ervaringen, het verbeteren van communicatieve vaardigheden of het uiten van emoties en gedachten. Zij voeren observaties uit en stellen een behandelplan op (deze evalueren zij ook).

Gespreksvoerder	Vaktherapeuten voeren gesprekken omtrent proactieve zorgplanning met de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners.
Organisator activiteiten	Vaktherapeuten behandelt de persoon met dementie d.m.v. creatieve therapie of psychomotorische therapie, waarbij ze activiteiten, oefeningen of opdrachten kunnen organiseren die te maken hebben met dans, muziek en drama of beeldend van aard is.

2.3 Weet ik / weten wij welke kenmerken de teamleden hebben?

Teamrollen

Naast de inhoudelijke rollen die zorgprofessionals hebben als proactieve zorgplanner, hebben ze ook teamrollen. Een teamrol is een combinatie van gedragingen/uitingen die zowel taakgericht als relatiegericht kunnen zijn. Taakgericht betekent het efficiënt afwerken van een taak zoals het verduidelijken van een ieders rol en formuleren van de taken voor een ieder. Relatiegericht heeft te maken met het bijdragen aan een positief groepsgevoel, de teamgerichtheid en het samenwerkingsgedrag door bijvoorbeeld een actieve participatie houding aan te nemen en met aandacht naar iedereen te luisteren. Belbin is een methode die negen diverse teamrollen beschrijft die noodzakelijk zijn voor de effectiviteit en onderlinge dynamiek van het team^{18,19}. Aandachtspunt hierbij is dat u niet per se één rol hoeft of moet hebben, u kunt meerdere rollen uitoefenen en voor u zelf de verdeling maken qua hoofdrol (primaire rol) en bijrollen (secundaire rol, tertiaire rol etc.).

Belbin teamrollen	Soort rol	Teamrolbijdrage
Plant	Denker	Creatief, grote verbeeldingskracht, onorthodox. Komt met nieuwe zienswijzen. Lost moeilijke problemen op.
Brononderzoeker	Mensgericht	Extravert, enthousiast, communicatief. Onderzoekt nieuwe mogelijkheden. Legt contacten.
Voorzitter	Mensgericht	Veel zelfvertrouwen, verheldert doelstellingen, versnelt besluitvorming, kan goed delegeren. Brengt het team bij elkaar en coordineert.
Vormer	Doener	Uitdagend, dynamisch, functioneert op zijn best onder druk. Gedreven en moedig om uitdagingen te overwinnen.
Monitor	Denker	Strategisch inzicht, goed onderscheidingsvermogen, ziet alle opties. Scherp beoordelingsvermogen en maakt een overzicht en balans op.
Groepswerker	Mensgericht	Coöperatief, mild, opmerkzaam, diplomatiek, luistert, is opbouwend, voorkomt wrijving, brengt rust, ondersteunt en draagt bij aan de teamsfeer.

¹⁸ Tsakitzidis, G., & Royen, P. V. (2015). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg* (3e druk). De Boeck.

¹⁹ West, M. A. (1994). *Effective teamwork: Practical lessons from organizational research*. Blackwell Publishing.

Bedrijfsman	Doener	Gedisciplineerd, betrouwbaar, behoudend, efficiënt, vertaald ideeën en plannen om naar praktische handelingen, taakgericht.
Zorgdrager	Doener	Kritisch, precies, alert op vergissingen, waakzaam, zorgt dat dingen op tijd gebeuren.
Specialist	Denker	Doelbewust, initiatiefrijk, toegewijd, voorziet in kennis en vaardigheden.

Hoe kan ik als individuele zorgprofessional de samenwerkingspartners in beeld brengen?

*Hoe kan ik als individu **mijn eigen rollen** verduidelijken bij proactieve zorgplanning?*

1. Het is belangrijk om in te zien dat u als zorgprofessional diverse rollen vervult. Dit wordt bijvoorbeeld uitgelegd in het CANMED-model, een systematiek die op basis van 7 competenties 7 diverse rollen beschrijft. Voor meer informatie over het CANMED-model: [CanMEDs-rollen in de praktijk van de ouderenzorg](#), [CanMEDS rollen en de belangrijkste aandachtspunten per rol](#), [CanMeds rollen voor artsen](#), [CanMeds rollen voor verpleegkundigen](#), [Hanzehogeschool Groningen](#), [Handboek CanMEDS-rollen](#), [CanMEDS-rollen en octogram](#) en Handboek CanMEDS-rollen in de praktijk van de ouderenzorg (bijlage 2).
2. Definieer uw eigen rollen als zorgprofessional bij proactieve zorgplanning.
 - Voor meer informatie over de rollen van helpenden: [CanMEDs-rollen in de praktijk van de ouderenzorg](#), [Netwerk palliatieve zorg Zuid Gelderland](#) en [Onderwijsraamwerk palliatieve zorg 2.0 \(O²PZ\)](#).
 - Voor meer informatie over de rollen van verzorgenden: [CanMEDs-rollen in de praktijk van de ouderenzorg](#), [Netwerk palliatieve zorg Zuid Gelderland](#),
 - Voor meer informatie over de rollen van verpleegkundigen: [artikel van tijdschrift gerontologie en geriatrie](#), [artikel verantwoordelijkheden van de verpleegkundige](#) en [het filmpje van Avans hogeschool](#).
 - Voor meer informatie over de rollen van psychologen bij gedragsproblemen: [Handreiking Nederlands Instituut voor psychologen](#)
 - Voor meer informatie over de rollen van artsen: [Hulpmiddelen zijn competentiebeschrijvingen voor basisartsen](#) en [geneeskundig specialisten](#).
 - Voor meer informatie over de rollen van geestelijke verzorgers: [de website van Netwerk palliatieve zorg Zuidoost Brabant](#) en [het artikel onmacht rond het levenseinde](#).
 - Voor meer informatie over de rollen van een paramedicus, specifiek gericht op de kinesitherapeut): [Netwerken Palliatieve Zorg Oost-Vlaanderen](#)
 - Voor meer informatie over vaktherapeuten: [Beroepscompetentieprofiel](#) en [GGZ standaarden](#).

*Hoe kan ik als individu **mijn eigen rollen** verduidelijken als teamspeler?*

1. U kunt uw eigen kennis vergroten omtrent de Belbin-rollen door gebruik te maken van de volgende informatiebronnen: het [artikel Het Teamrolspel](#) en [overzicht rollen](#).
2. U kunt zelf een test doen om te weten welke rol of rollen u heeft: <https://axisconsultancy.org/talentrijke-test/>

*Hoe kan ik als individu **de rollen van de betrokken zorgprofessionals in beeld** omtrent proactieve zorgplanning brengen?*

1. U kunt met samen met het team het samenwerkingsecogram maken en de rolbeschrijvingen van elke samenwerkingspartner bespreken. U kunt hiervoor het DEDICATED samenwerkingsecogram gebruiken.
2. U kunt met het team praten over casussen van mensen met dementie in de laatste levensfase en welke zorgprofessional welke rollen had. U kunt hiervoor het [CanMEDS spelvorm](#) gebruiken.
3. U kunt blz. 39 van het [werkboek teamontwikkeling](#) gebruiken om met alle betrokken zorgprofessionals te praten over de taken en werkzaamheden omtrent proactieve zorgplanning.
4. U kunt het teamspel uitvoeren met uw team

*Hoe kan ik als individu bijdragen aan de rolverduidelijking van de **persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners** omtrent proactieve zorgplanning?*

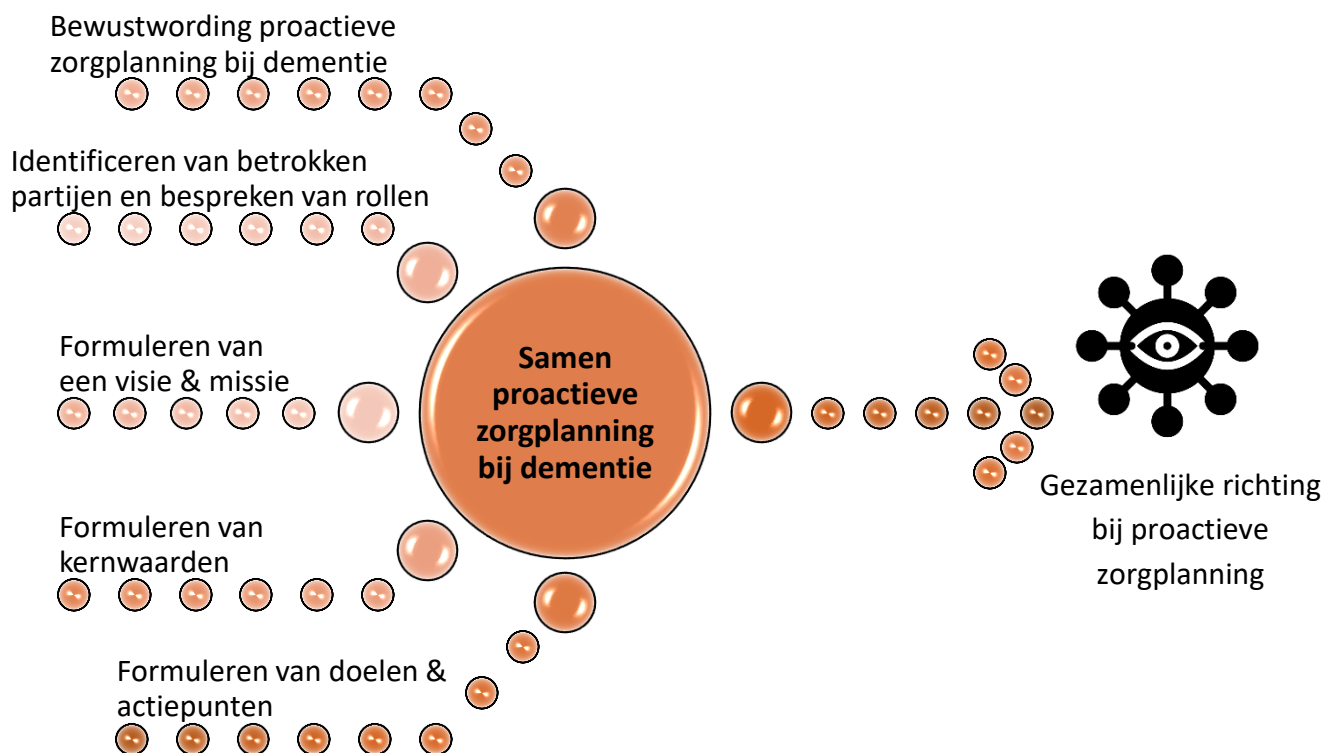
1. U kunt uw eigen kennis vergroten omtrent samenwerken met mensen met dementie door gebruik te maken van DEDICATED-publiekssamenvatting over de behoeftes van mensen met dementie in de samenwerking met zorgprofessionals (bijlage), [informatieboek over dementie en eigen regie](#) en de [website Zorg voor beter over Dementie en zingeving](#). Vervolgens kunt u in gesprek gaan met de persoon met dementie, in kernelement Samen communiceren en documenteren wordt verwezen naar communicatiehulpmiddelen voor de gespreksvoering.
2. U kunt uw eigen kennis vergroten omtrent de algemene samenwerkingsbehoeftes van naasten door gebruik te maken van bestaande literatuur zoals de DEDICATED-publiekssamenvatting over de behoeftes van naasten in de samenwerking met zorgprofessionals en door gebruik te maken van bestaande hulpmiddelen om de samenwerking met naasten te verbeteren zoals het [werkboek In voor Mantelzorg](#) of de [toolkit Samenwerken met mantelzorgers: zo werkt het!](#). Vervolgens kunt u in gesprek gaan met de naasten, hiervoor kunt u de [DEDICATED-gesprekshulp samenwerking met naasten](#) gebruiken.

Kernvraag 3. Weet ik / Weten wij welke richting en hoe?

Waarom is het belangrijk om een gezamenlijke richting te hebben bij proactieve zorgplanning?

'Teamwerk (samenwerking tussen diverse partners) is belangrijk omdat er gezamenlijk meer bereikt kan worden dan als individuen alleen of parallel aan elkaar zouden werken.' Een van de belangrijkste componenten van teameffectiviteit is het hebben van een gezamenlijke richting (met z'n allen kijken naar dezelfde richting of met dezelfde bril op). Dit is belangrijk omdat het dan voor iedereen helder is waar ze met z'n allen naar toewerken, waarom ze dat doen en wat ze daarvoor nodig hebben.

Welke stappen zijn belangrijk om dezelfde richting op te kijken bij proactieve zorgplanning?



Bovenstaande stappen zijn gebaseerd op een artikel over teamvisie²⁰.

²⁰ West, Michael A. and Unsworth, Kerrie L. (1998) Developing A Team Vision, in Parker, Glenn M., Eds. Handbook of Best Practices for Teams (Vol 2), chapter 25, pages pp. 295-310. HRD Press.

Hieronder volgen drie deelvragen:

Weet ik / Weten wij.....

3.1

Waarom een
gezamenlijke visie en
missie belangrijk is?

3.2

Waarom gezamenlijke
kernwaarden belangrijk
zijn?

3.3

Waarom gezamenlijke
doelen en actiepunten
belangrijk zijn?

3.1 Weet ik / Weten wij waarom een gezamenlijke visie belangrijk is?

Het opstellen van een gezamenlijk doel begint met bewustwording over het onderwerp waarvoor er een gezamenlijk doel moet worden gesteld (in deze handreiking is dat dus samenwerken bij proactieve zorgplanning). Vervolgens is het belangrijk om met alle betrokken partijen (zorgprofessionals, bewoners, naasten of/en informele zorgverleners) toe te werken naar deze gezamenlijke richting. Dit verloopt volgens vijf kernstappen (visie, missie, kernwaarden, doelstellingen en actiepunten).

Gezamenlijke visie

- Wat is een visie?
 - Toekomstdroom/wens van de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners en betrokken kernzorgprofessionals omtrent proactieve zorgplanning.
- Wat zijn de voorwaarden voor het ontwikkelen van een visie?
 - Helderheid
 - Vermijd het gebruik van vakjargon en gebruik eenduidige woorden om zo duidelijk mogelijk de gedeelde waarden, belangen en motivaties uit te drukken.
 - Motiverende waarden
 - Het inzien van de meerwaarde om een gezamenlijk doel op te stellen
 - Haalbaarheid
 - Breng belemmerende factoren om de visie te behalen in kaart en formuleer een realistische visie
 - Gezamenlijkheid
 - Ontwikkel de visie eerst met de betrokken zorgprofessionals en bespreek de ontwikkelde visie daarna met beleid/management. Leg deze daarna voor aan de persoon met dementie en naasten om hun perspectief en wensen mee te nemen.
 - Aanpassingsvermogen
 - De samenwerking evolueert, de organisatorische strategieën veranderen en de praktijkomgeving verandert met de tijd. Om deze reden is het belangrijk om ook de visie regelmatig te herzien en aan te passen indien nodig.
- Welke elementen zijn belangrijk om te werken of/en in acht te nemen in de visie?
 - Consistent met organisatie doelen
 - Inachtneming van behoeftes van de persoon met dementie, naasten en/informele zorgverleners
 - Nadruk op kwaliteit van de zorgverlening en functionering binnen het team
 - Nadenken over de meerwaarde voor mensen met dementie en naasten

- Nadenken over het teamklimaat en interpersoonlijke relaties
 - Inachtneming van de groei en het welzijn van de teamleden
- Wat is een voorbeeld visie bij proactieve zorgplanning?
 - *Wij voeren gezamenlijke proactieve zorgplanning om de kwaliteit van leven en het levenseinde van de persoon met dementie te verbeteren.*

Gezamenlijke missie

- Wat is een missie?
 - Bestaansrecht
 - De weg om de visie te bereiken
 - Hetgeen waar het team voor staat, wat het team in de dagelijkse praktijk doet en wat voor meerwaarde het team heeft.
- Wat is een voorbeeld missie bij proactieve zorgplanning?
 - *Onze missie is om het welzijn en comfort van de persoon met dementie centraal te stellen en dit gezamenlijk met de bewoner, naasten of/en informele zorgverleners en diverse zorgprofessionals te bewerkstelligen.*

3.2 Weet ik / Weten wij waarom gezamenlijke kernwaarden belangrijk zijn?

Gezamenlijke kernwaarden

- Wat zijn kernwaarden?
 - Waarden die ze nodig hebben om missie en visie te realiseren en bestaan uit overtuigingen, gedragbepalingen, normen, waarden en competenties van de teamleden.
- Wat is een voorbeeld van een kernwaarde bij proactieve zorgplanning?
 - *Aandacht: Wij nemen tijd om naar elkaars wensen en behoeftes te luisteren, maken contact met elkaar (verbaal en non-verbaal) en tonen empathie over hoe eenieder zich voelt en praten over uitdagingen.*
 - *Gelijkwaardig: De persoon met dementie, zijn/haar naasten of/en informele zorgverleners en alle betrokken zorgprofessionals hebben een gelijkwaardige rol.*
 - *Samenwerken: We bereiken afstemming en gezamenlijke besluitvorming samen met bewoners, naasten of/en informele zorgverleners en diverse zorgprofessionals om persoonsgerichte zorg te leveren.*
 - *Respect: We laten iedereen in hun waarde en hebben respect voor ieders eigenheid, expertise en talenten. Wij respecteren de persoonlijke keuze(s) van de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners voor het laatste deel van het leven van de persoon met dementie.*
 - *Vertrouwen: We zijn open naar elkaar toe, zijn bereid om afhankelijk te zijn van de daden, rollen, taken of/en handelingen van eenieder om op elkaar te kunnen bouwen en kunnen elkaar ondersteunen en op elkaar leunen.*
 - *Reflecteren: We geven en ontvangen constructieve feedback om de samenwerking met elkaar te waarderen en mogelijk te verbeteren.*

3.3 Weet ik / Weten wij waarom gezamenlijke doelen en actiepunten belangrijk zijn?

Gezamenlijke doelstellingen

- Wat zijn doelstellingen?
 - Hetgeen wat je als team gezamenlijk wilt bereiken.
 - Doelen moeten helder geformuleerd zijn, meetbaar zijn,
- Wat is een voorbeeld van een doelstelling bij proactieve zorgplanning?
 - *Wij helpen mensen met dementie en naasten en/of informele zorgverleners om het levenseinde te integreren in de context van hun persoonlijk leven.*
 - *Wij bevorderen de bespreekbaarheid van proactieve zorgplanning binnen de kring van naasten en/of informele zorgverleners.*
 - *Wij voeren vroegtijdig gesprekken over proactieve zorgplanning met de persoon met dementie en naasten of/en informele zorgverleners.*
 - *Wij geven aandacht aan proactieve zorgplanning en praten er standaard over tijdens formele en informele contactmomenten met de persoon met dementie en naasten of/en informele zorgverleners.*
 - *Wij vragen om elkaars perspectief/uitleg en maken een balans op van de voor- en nadelen om gezamenlijke beslissingen te nemen omtrent proactieve zorgplanning.*
 - *Wij houden elkaar op de hoogte van gesprekken over proactieve zorgplanning en veranderingen die zich voordoen.*
 - *Wij leggen informatie over proactieve zorgplanning zodanig vast dat het makkelijk vindbaar is voor het gehele team en tegelijkertijd bescherming biedt van de persoonsgegevens.*

Gezamenlijke actiepunten

- Wat zijn actiepunten?
 - De manier en werkwijze waarop u als team de doelstellingen wilt bereiken.
 - Bij het opstellen van actiepunten bepaal je als team wat je gaat doen, hoe je het gaat doen, welke succesfactoren hierbij van belang zijn (aspecten die je nodig hebt om een aanpak te volgen), welke scenario's te plannen zijn, welke opties/mogelijkheden er bestaan en welke maatregelen te nemen zijn.
- Wat is een voorbeeld van een actiepunt bij proactieve zorgplanning?
 - *Proactieve zorgplanning wordt een standaardagendapunt tijdens familiegesprekken en overleggen.*

- *Iedere zorgprofessional hoort minstens één cursus/workshop/training te hebben gevolgd over proactieve zorgplanning.*

Hoe kan ik als individuele zorgprofessional bijdragen aan het creëren van een gezamenlijke richting?

Hoe kan ik als individu **mijn** bewustwording vergroten over het creëren van een gezamenlijke richting?

1. U kunt uw eigen begrip voor het hebben van een gemeenschappelijke richting vergroten door te kijken naar het GRPI-model op de volgende informatiebronnen: [Toolshero](#) en [Movelearning](#)
2. U kunt uw eigen kennis vergroten door te begrijpen wat de termen visie, missie en doelen betekenen door gebruik te maken van de volgende informatiebronnen: [Filmpje van Hogeschool Windesheim Flevoland](#) en [kennisdomein](#)

Hoe kan ik als individu het **team** stimuleren om te werken aan de gezamenlijke richting?

1. U kunt de oefeningen op blz. 8, 10, 12 en 14 van het [werkboek teamontwikkeling](#) gebruiken om met alle betrokken zorgprofessionals te praten de gemeenschappelijke richting.
2. U kunt met het teamspel spelen om te praten over de doelen. U kunt [hier de spelregels lezen](#) en op [de website van managementboek](#) het spel bestellen.

Hoe kan ik als individu weten wat de doelen van de persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners zijn omtrent proactieve zorgplanning?

1. U in het proactief zorgplanningsgesprek met persoon met dementie en naasten/of informele zorgverleners praten de wensen voor nu en de toekomst bespreken, en de doelen die daarbij horen voor in de zorg.
2. Om overeenstemming te krijgen tussen hetgeen wat u met andere disciplines hebt besproken en wat u met de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners bespreekt, is het belangrijk dat het centraal aanspreekpunt hetgeen wat is besproken aan beide partijen (1. Betrokken disciplines en 2. Persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners) terugkoppelt.

Kernvraag 4. Weet ik / Weten wij wat en hoe communiceren, documenteren en beslissen?

Hieronder volgen drie deelvragen:

Weet ik / Weten wij.....

4.1 Hoe wij optimaal met elkaar kunnen communiceren en documenteren?

4.2 Hoe wij optimaal samen kunnen beslissen?

4.3 Hoe wij kunnen omgaan met diverse perspectieven en conflicten?

4.1 Weet ik / Weten wij hoe wij optimaal met elkaar communiceren en documenteren?

Interprofessioneel communiceren²¹

- Wat is interprofessionele communicatie?
 1. Communicatie is geen lineair proces (bestaande uit zender, boodschap en ontvanger) maar een circulair proces (continue kringloop van actie en reactie/feedback) dat onder invloed staat van beïnvloedende factoren zoals het taakgebruik, het medium, de communicatie en sociale vaardigheden, de houding, de sociale en culturele perspectieven en kennis.
 2. Maar bij interprofessionele communicatie hebben we naast het circulaire proces ook met het dynamische proces te maken omdat er meerdere zenders en ontvangers zijn die elkaar beïnvloeden.
- Welke componenten zijn belangrijk in het communicatieproces?
 1. Informatiestroom bestaat uit het formuleren van de boodschap en het zenden en ontvangen daarvan:
 - Zenden
 - Zenden is het omvormen van een idee, mentaal concept, gedachte of andere waarneembare uitingen tot een boodschap aan de samenwerkingspartners.
 - Boodschap/Bericht
 - Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:
 - Welke informatie is zinvol en nodig om te delen?
 - Is dit het juiste moment om deze informatie te delen?
 - Zijn de belangrijke samenwerkingspartners aanwezig?
 - Welk taalniveau past het beste bij de ontvanger(s)?
 - Ontvangen
 - Het vertalen van de boodschap naar de veronderstelde betekenis en het uitzetten van acties. De mensen met dementie en naasten zullen als actie nadenken over het onderwerp proactieve zorgplanning, het met elkaar bespreken en het gezamenlijk nemen van beslissingen.
 1. Maak gebruik van effectieve communicatie tools of hulpmiddelen (zie verderop een aantal hulpmiddelen)

²¹ Zaalen, Y. van, Mulderij, M., & Deckers, S. (2020). *Interprofessioneel communiceren in zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho.

2. Maak gebruik van eenvoudig en objectief taalgebruik zodat voor iedereen begrijpelijk is
 - Gebruik hierbij geen vakjargon die verwarring kan brengen omdat het bij diverse disciplines andere betekenissen heeft. Dus gebruik als interprofessioneel team een gezamenlijke taal waarbij er consistentie in terminologie is, er gezamenlijke beslissingen worden genomen en elke samenwerkingspartner als gelijke wordt gezien.
 - Vertel de feiten (jouw observaties) en geen opinies (jouw interpretaties). Bijvoorbeeld: Een opinie is *'De persoon met dementie werkt niet (voldoende) mee.'*, maar de feitelijke verklaring/beschrijving is *'De persoon met dementie had 10 minuten deelgenomen aan de therapie/interventie en verzocht dan om een pauze.'*
3. Wees respectvol, duidelijk en zelfverzekerd als u communiceert
4. Wees u bewust van de manier waarop u spreekt (parataal)
 - Uw spreektempo, articulatie, stemvolume en intonatie kan nadruk leggen op bepaalde woorden of zinnen.
5. Gebruik actieve luistertechnieken en non-verbale communicatie om een open gesprek te stimuleren
6. Neem en geef tijd om constructieve feedback te geven (in kernelement 7. staat meer beschreven over het geven van feedback).
7. Gebruik respectvolle taal (ook als bevindt u zich in een moeilijk of conflictsituatie)
 - Vermijd zelfstandige naamwoorden die inferieur of superieur gevoel geven zoals buitenlanders of alcoholisten
 - Vermijd gepolariseerd taalgebruik zoals goed of slecht, verschil tussen wit-zwarte populatie etc.
8. Wees u bewust van uw achtergrond, ervaringen, invloed en autoriteit (deze aspecten kunnen leiden tot bias/vooroordelen) die positief of negatief kan bijdragen aan de communicatie
9. Pleit voor het belang van de samenwerking in alle situaties
- Wat is het belang van non-verbale communicatie tijdens interprofessionele communicatie?
 1. Slechts 7% van de communicatie bestaat uit verbale communicatie, de overige communicatie verloopt non-verbaal.
 2. Belangrijke elementen van non-verbale communicatie zijn de fysieke afstand tussen zender en boodschapper, de lichaamsbewegingen en de gezichtsexpressie en ooggedrag.
 3. Voor zo een effectief mogelijk non-verbale communicatie is het volgende belangrijk:
 - Gebruik een lichaamstaal die openheid uitstraalt (zoals het hoofd naar één kant te leunen, armen beneden houden en schouders naar achteren)
 - Wees bewust van uw oogcontact (ononderbroken oogcontact kan ervaren worden als intimidatie)
 - Laat overeenstemming zien door te glimlachen of te knikken

- Sarcasme kunt u beter weglaten, dit kan voor misverstanden zorgen
- Laat merken dat je geïnteresseerd bent door bijvoorbeeld vooroverbuigen
- Welke factoren beïnvloeden interprofessionele communicatie?
 1. Persoonlijke factoren: zelfvertrouwen, conflictmanagement, angst en ongecontroleerde emoties
 2. Training: cursussen/workshops/trainingen, feedback, rolmodellen en uitproberen.
 3. Interpersoonlijke factoren: respect, gelijkheid (geen hiërarchie), bekend/vertrouwd gevoel en teamgevoel.
 - De informele omgang van de zorgprofessionals onderling, het creëren van een vertrouwde omgeving, het bekend worden met elkaars vakgebieden/beroepenveld en een veilig gevoel hebben om de persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners toe te vertrouwen aan elkaar zijn aandachtspunten.
 4. Omgevingsfactoren: hoge werkdruk, tijdsdruk of prestatiedruk, veranderingen in teamsamenstelling en beschikbaarheid van elektronische systemen.

Voeren van proactieve zorgplanningsgesprekken met de persoon met dementie en zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners^{22,23,24,25,26}

- Wat zijn de belangrijke stappen? Deze stappen komen overeen met de stadia van gedragsverandering. Het is uiteraard niet de bedoeling per gesprek één stap te bespreken, het doel is niet enkel het bespreken van de onderwerpen maar ook het voeren van persoonlijke gesprekken. Hier moet men de tijd voor nemen en ieder gesprek moet worden afgestemd op de persoonlijke situatie.
 1. Introduceren
 - Om aan dit gesprek te beginnen is het nodige vertrouwen vereist, dus het werken aan een vertrouwensrelatie door u als zorgprofessional is hierbij essentieel.
 - Het achterhalen hoe de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverlener dementie ervaren (ziektebeleving) is vervolgens van belang om na te gaan welke gedachten en wensen zij zelf hebben voor dit moment maar ook voor de toekomst. Een

²² Ampe, Sophie & Sevenants, Aline & Smets, Tinne & Declercq, Anja & Audenhove, Chantal. (2015). Advance care planning for nursing home residents with dementia: Policy vs. practice. *Journal of advanced nursing*. 72. 10.1111/jan.12854.

²³ Fahner, J. C., Beunders, A. J. M., van der Heide, A., Rietjens, J. A. C., Vanderschuren, M. M., van Delden, J. J. M., & Kars, M. C. (2019).

Interventions Guiding Advance Care Planning Conversations: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*, 20(3), 227-248. doi:10.1016/j.jamda.2018.09.014

²⁴ van der Plas, AGM., Onwuteaka-Philipsen, BD., Willems, D. L., Eliel, M., de Wit-Rijnierse, M., Klinkenberg, M., Appeldoorn, P., van den Berg, D., Schuilenburg, W., & van Beest, R. (2019). *Vroegtijdig spreken over behandelwensen (proactieve zorgplanning) in de eerste lijn. DEEL 1: WERKBESCHRIJVINGEN en HULPMIDDELEN*. https://palliatievezorgnoordhollandflevoland.nl/Portals/0/Documenten/2019_Handreiking%20voor%20implementatie%20van%20proactieve%20zorgplanning_werkbeschrijvingen%20en%20hulpmiddelen_def.pdf?ver=2019-08-02-104027-200

²⁵ van der Plas, AGM., Onwuteaka-Philipsen, BD., Willems, D. L., Eliel, M., de Wit-Rijnierse, M., Klinkenberg, M., Appeldoorn, P., van den Berg, D., Schuilenburg, W., & van Beest, R. (2019). *Vroegtijdig spreken over behandelwensen (proactieve zorgplanning) in de eerste lijn. DEEL 2: TOELICHTING bij de werkbeschrijvingen en hulpmiddelen*. https://palliatievezorgnoordhollandflevoland.nl/Portals/0/Documenten/2019_Handreiking%20voor%20implementatie%20van%20proactieve%20zorgplanning_toelichting_def.pdf?ver=2019-08-02-104055-737

²⁶ Zwakman, M., Milota, M.M., van der Heide, A. *et al.* Unraveling patients' readiness in advance care planning conversations: a qualitative study as part of the ACTION Study. *Support Care Cancer* 29, 2917–2929 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05799-x>

hulpmiddel die u hiervoor kunt gebruiken is het model van ziektepercepties van Leventhal welke bestaat uit vijf dimensies. Deze dimensies staan beschreven op blz. 13 van de brochure [Het levenseinde teruggeven aan de mensen](#).

- Identiteit (Aard van de klacht): 'Kunt u beschrijven wat u heeft?'
- Oorzaak: 'Weet u wat de oorzaak is?'
- Tijdslijn: 'Wat weet u van het verloop van dementie?'
- Gevolgen: 'Wat voor impact heeft dementie op uw leven?'
- Behandeling: 'Wat wenst en verwacht u van ons?'
- Mogelijke vragen die u hierbij kunt stellen staan op blz. 18 van het informatiedocument [Mijn wensen voor mijn gezondheidszorg](#)
- In deze stap is het belangrijk om als zorgprofessional uitleg te geven over dementie en de prognose ervan, maar ook vooral te vragen wat de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners hier al over weten en met welke vragen zij zitten. U kunt voorafgaand aan het gesprek ter voorbereiding de [Gesprekshulp de latere levensfase bij dementie](#) en de [bijbehorende voorbeeldvragen](#) meegeven aan de persoon met dementie en/of naasten.

2. Informeren

- Indien andere zorgprofessionals (ook uit de thuissetting) deze gesprekken hebben gevoerd is het belangrijk om u in te lezen zodat u weet wat er al besproken is (bij voorkeur vraagt u deze informatie voor de verhuizing al op). Indien er al eerder een gesprek is gevoerd, is het van belang om eerst na te vragen wat ze nog weten wat het gesprek en wat er volgens hun allemaal al is afgesproken en vastgelegd.
- Het geven van informatie over proactieve zorgplanning is cruciaal, leg hierbij uit waarom proactieve zorgplanning belangrijk is (en wat er kan gebeuren indien dit niet op tijd wordt besproken) voor nu en later, wat palliatieve zorg inhoudt en wat het verschil is met terminale zorg.
- Zorg voor bewustwording van het 'uitstellen' of 'wachten totdat', door uit te leggen welke gevolgen dit zou kunnen hebben voor de persoon met dementie maar ook voor de naasten en/of informele zorgverleners indien er acute situaties voordoen.
- Geef duidelijk aan wat de meest voorkomende misverstanden rondom proactieve zorgplanning zijn zoals bijvoorbeeld dat proactieve zorgplanning betekent dat de persoon niet meer (actief) behandeld wordt, of dat proactieve zorgplanning iets onnatuurlijks is (tegen de natuurwetten of goddelijke wetten in), maar dat het enkel gaat om de huidige en toekomstige behoeftes en verwachtingen welke u als zorgprofessional graag wilt weten om optimale zorg te kunnen verlenen, nu en later. Leg hierbij de nadruk dat het

uw plicht is om ze hierover te informeren zodat u ze de autonomie kunt geven in het zorgproces door hierover in gesprek te gaan.

- Geef duidelijk aan dat het gaat om behoeftes op alle zorgdomeinen, en niet alleen om de fysieke behoeftes.
 - Inhoudelijke onderwerpen van proactieve zorgplanning zijn het volgende:
 - Dementie en de mogelijke gezondheidsveranderingen: communicatie- en informatiebehoeftes omtrent dementie en de prognose
 - Zorgdoelen, palliatieve zorg en levenseindewensen: communicatie- en informatiebehoeftes omtrent alle gezondheidsdomeinen en het levenseinde
 - Beslissingen over behandelingen en zorgafspraken: in beeld brengen van wensen en voorkeuren omtrent het nemen van beslissingen en ethische, financiële en juridische zaken
 - Behandeling en zorg bij meest voorkomende situaties: eet-, drink- en/of slikproblemen, pneumonie of andere infecties, benauwdheid, pijn en oncomfortabel voelen (hier vallen pijnbestrijding en palliatieve sedatie onder), onrust en onbegrepen gedrag, incontinentie, depressieve gevoelens, angst en initiatiefloosheid, gevoelens van verlies en levensvragen, ontstekingen, benauwdheid en andere ziektes.
 - Keuze van plaats van zorg en verandering van omgeving: verblijf- en zorglocatie en veranderingen in de omgeving of in betrokken zorgprofessionals)
 - Levenseindewensen omtrent medische of/en levensverlengende handelingen: reanimeren, verhuizingen/opnames, kunstmatige voeding en vocht en beademing, toedienen van antibiotica, opereren, uitvoeren van bestralingsbehandelingen (zoals chemotherapie), transfusies en dialyses en behouden van apparaten zoals ICD/pacemaker.
 - Actieve levensbeëindiging: Euthanasie
 - Zorg voor naasten en/of informele zorgverleners: samenwerking tussen naasten en/of informele zorgverleners en zorgprofessionals. Hiervoor kunt u de gesprekshulp [‘Samen proactief zorg plannen’](#) gebruiken.
 - Stervensfase (palliatieve sedatie, plek/omgeving van overlijden, ondersteunen bij het waken en uitvaartwensen)
 - Nazorg (ondersteuning van naasten en/of informele zorgverleners tijdens het rouwproces)

- U kunt de domeinen beschrijven die op blz. 19 van het informatiedocument [Mijn wensen voor mijn gezondheidszorg](#) staan en u kunt de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners bijvoorbeeld de [leidraad Mijn wensen voor mijn gezondheidszorg](#) laten zien om aan te geven dat het gaat over o.a. communicatie- en informatiebehoeftes maar ook spirituele behoeftes, dit geeft hen een beter beeld van wat proactieve zorgplanning inhoudt.
- Geef na het introduceren of ter sprake stellen van proactieve zorgplanning, de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners informatiedocumenten - en brochures mee om over dit onderwerp na te denken.
- Houdt rekening met het feit dat ieder mens een eigen 'referentiekader' heeft, dat geheel bestaat uit waarden, normen, overtuigingen en gedragingen dat men zich eigen heeft gemaakt. Dit referentiekader beïnvloedt de interpretatie van de ontvangen informatie en dus ook proactieve zorgplanning.
 - Daarom is het bijvoorbeeld belangrijk om tijdens het gesprek omtrent proactieve zorgplanning eerst te achterhalen hoe men denkt over het levenseinde zodat u weet welke communicatiestijl het beste past bij de persoon. Kijk hiervoor naar de verschillende sterfstijlen op [Vijf visies op sterven](#) of [soorten sterfstijlen](#).
 - Daarnaast spelen individuele, culturele en religieuze aspecten ook een rol die wellicht kunnen afwijken van de Westerse medische ethiek. De medische ethiek in de Westerse samenleving is gestoeld op 4 pilaren: Autonomie, Welwillendheid, Niet-Schaden en Rechtvaardigheid. Autonomie betekent het recht om eigen visie te hebben, keuzes te nemen en acties te ondernemen. Op basis van autonomie heeft elk persoon dus het recht om informatie te ontvangen over de diagnose, prognose en behandelingen. De definitie van autonomie kan echter verschillen per cultuur of religie, maar kan ook verschillen tussen individuen. Binnen vele Oosterse culturen wordt naar autonomie gekeken als onderdeel van het geheel, waarbij de familieleden een belangrijke beslissingsrol kunnen spelen. Daarom zijn er binnen veel Oosterse culturen veel besluitvormingsmodellen die merendeels familie gecentreerd zijn met als doel om de persoon die lijdt aan de ziekte(s) te ontlasten van deze verantwoordelijkheid. Los van culturele of religieuze overtuigingen, kan de persoon zelf ook wensen om liever geen informatie te ontvangen en niet betrokken te worden bij het maken van keuzes. Zo heeft de persoon ook de autonomie en het recht om 'het niet te willen weten en/of beslissen'. Het is belangrijk ook dit aspect duidelijk te maken.
- Na het geven van de informatie is het essentieel om de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners voldoende tijd en ruimte te geven om hierover na

te denken en in een volgend gesprek hierop terug te komen met de vraag of ze graag willen nadenken over de zorgbehoeftes en zorgdoelen en deze willen bespreken. Indien ze het moeilijk vinden om erover te praten, vraag ze dan wat ze precies moeilijk ervaren en hoe u ze als zorgprofessional kan ondersteunen in dit proces.

3. Verkennen (in kaart brengen van wensen en voorkeuren)

- De volgende stap is het bespreken van de diverse zorgbehoeftes op alle gezondheidsdomeinen.
 - Het bepalen van spirituele/existentiële behoeftes is van belang voordat men toewerkt naar de zorgdoelen omdat u dan als zorgprofessional weet wat de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners zinvol ervaren aan en in het leven. Daarnaast kan het spirituele domein invloed kan hebben op het fysieke en psychosociale welzijn en daarom is het wenselijk, indien de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners ook fijn vinden, om te kijken naar de spirituele zorgverlening volgens het ABC-model (Aandacht, Begeleiding en Crisisinterventie) waarbij ook de rollen van betrokken zorgprofessionals in kaart kan worden gebracht. U kunt voor dit gesprek de voorbeeldvragen van het diamantmodel gebruiken. Meer informatie over het ABC-model en het diamantmodel kunt u vinden in de [richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase \(IKNL\)](#).
- Vervolgens is het belangrijk om de zorgbehoeftes te vertalen naar zorgdoelen en hierbij aan te geven dat de zorgdoelen gekozen/geselecteerd kunnen worden op basis van wat zij zien als kwaliteitsvolle zorg, dat deze aangepast kunnen worden indien de situatie verandert of de wensen veranderen, en dat deze zorgdoelen richting geven aan de beslissingen (in de volgende stap). Dit kunt u doen m.b.v. het convenantmodel (ABC-model). Het ABC-model beschrijft die zorgdoelen: A voor alles doen, B voor behoud van functies en C voor comforttherapie. Voor meer informatie over deze zorgdoelen, kunt u de [leidraad aanpassen van het zorgleefplan in functie van zorgdoel en zorgnoden](#) gebruiken. Om de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners informatie te geven over het opstellen van doelen kunt u gebruik maken van de informatie die staat op [de website zorg voor beter](#). U kunt tijdens dit gesprek de vragen stellen die staan op blz. 21 van het informatiedocument [Mijn wensen voor mijn gezondheidszorg](#).
- Deze zorgdoelen kunt u relateren aan de vier vormen van medisch handelen/beleid: 1. Curatief beleid, 2. Revalidatie beleid, 3. Palliatief beleid en 4. Symptomatisch beleid. Meer informatie hierover kunt u vinden op pagina 36 van [Begrippen en Zorgvuldigheidseisen m.b.t. besluitvorming rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg](#).

- Leg de zorgdoelen uit en beschrijf welke afspraken er gemaakt kunnen worden.
- Geef de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners informatie mee over de beslissingen die genomen kunnen worden en de concrete afspraken die gemaakt kunnen worden.

4. Beslissen

- Hierbij gaat het om het bespreken van voor- en nadelen van elke beslissing en het geven van aanbevelingen om keuzes te maken.
- In deze stap worden de zorgdoelen concreet gemaakt in de vorm van zorgafspraken. Hiervoor kunt u het contractmodel gebruiken.
- Centraal hierbij staat gezamenlijke besluitvorming, hierover staat meer beschreven in kernelement 5. Gezamenlijke besluitvorming

5. Documenteren

- Het documenteren is het schriftelijk vastleggen van de concrete zorg- en behandelafspraken.
 - Hierbij is het belangrijk dat de afspraken worden verwerkt in het zorgleefplan en worden vastgelegd in de vorm van wilsverklaringen (zoals behandelverbod, euthanasieverzoeken en aanwijzen van een vertegenwoordiger).
 - De afspraken horen inzichtelijk te zijn voor alle betrokken partijen (disciplines, familie en persoon met dementie). Aandachtspunt: Persoon met dementie en zijn/haar familie hoort toegang te krijgen om gemaakte afspraken en consulten in te zien, definitieve diagnoses en medicatielijsten in te zien en hoort de mogelijkheid te krijgen om zelf suggesties voor te stellen of vragen te stellen. Bij het stellen van diagnoses of het analyseren van problemen waarbij nog geen consensus is bereikt bij de disciplines onderling, is het advies om deze informatie enkel onder de disciplines te houden en op te slaan op een locatie waar de persoon met dementie en zijn/haar familie geen toegang tot heeft.

6. Onderhouden

- Het herzien van de gemaakte afspraken om na te gaan of de keuzes stabiel blijven, om stil te staan bij eventuele nieuwe verandering, maar ook vooral om het persoonlijk gesprek te blijven voeren over hoe de persoon met dementie en naasten en/of informele zorgverleners zich voelen en het zorgproces ervaren.
- Wat zijn de aandachtspunten bij het voeren van vroegtijdige zorgplanningsgesprekken?
 1. Gesprekken verlopen niet volgens vaste stappen, het kan zijn dat tijdens één gesprek verschillende stappen ter sprake komen, het is dan ook belangrijk om het gesprek dynamisch te voeren.

2. Hoofddoel is het voeren van de gesprekken en het verkennen van de wensen en voorkeuren.
3. Evaluatie van de gesprekken (hierover staat meer beschreven in kernelement 7. Samen de zorg volgen en ernaar terugkijken)

Overleggen met en terugkoppelen aan collega's over proactieve zorgplanning²⁷

- *Aandachtspunten tijdens formele overlegmomenten*
 1. Bereid het overleg voor
 - Maak een agenda voor het overleg en benoem proactieve zorgplanning als een standaardagenda punt.
 - Maak een of twee zorgprofessionals vanuit het zorgteam (helpende, verzorgenden en verpleegkundigen) die aanwezig is bij het overleg met andere zorgprofessionals verantwoordelijk voor het meedenken, het meebeslissen, het opschrijven van hetgeen wat is besloten en de adviezen die daaruit voortkomen en het doorgeven van de adviezen of/en veranderingen aan anderen van zorgteam.
 - Belangrijk elementen om het interprofessioneel overleg voor te bereiden zijn 1. Structuur en taakverdeling, 2. Groepssamenstelling, 3. Doel van het overleg, karakteristieken van de persoon met dementie en 5. Verstandhouding tussen professionals, mensen met dementie en hun naasten en/of informele zorgverleners. Deze elementen staan beschreven in het [RIST \(Reflectieraamwerk interprofessioneel samenwerken in teams\) model voor interprofessionele overleggen](#).
 2. Bespreek de inhoudelijke punten
 - Dit kunnen verschillende inbrengpunten zijn zoals het beschrijven van de probleem- of veranderende situatie en welk doel daarmee bereikt zal worden, het anticiperen op een situatie, het nemen van beslissingen, of het ventileren over moeilijke samenwerkingsprocessen- en situaties.
 - Deel hierbij de noodzakelijke gegevens/informatie met het interprofessioneel team
 3. Analyseer het probleem, de situatie, de vraag of de opmerking
 - Belangrijk is om vooraf na te vragen of alle teamleden begrijpen waar het over gaat en wat het doel is, zodat iedereen vanuit zijn eigen referentiekader en vakgebied kan reageren en suggesties kan voorstellen.
 4. Zoeken naar oplossingen en opstellen van zorgstrategieën
 - Hierbij worden de suggesties die door het gehele team worden goedgekeurd beoordeeld op de noodzakelijkheid, wenselijkheid en haalbaarheid.

²⁷ Zaalen, Y. van, Mulderij, M., & Deckers, S. (2020). *Interprofessioneel communiceren in zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho.

- Als er voor een oplossing gekozen wordt dan zullen alle betrokken zorgprofessionals onderling met elkaar afstemmen wat ieder voor hun concreet zal gaan doen.
- 5. Rapporteren
 - De rollen, verantwoordelijkheden en taken worden hierbij gedocumenteerd op een manier dat het zichtbaar is voor iedereen.
- 6. Afsluiten
 - Kort reflecteren op de gemaakte afspraken, opvolging daarvan en aangeven wat de plus- en verbeterpunten van dit overleg zijn.
- *Aandachtspunten communiceren tijdens interprofessionele overleggen/gespreksmomenten*
 1. Voor het maken van afspraken met elkaar of het opvolgen van adviezen/opdrachten is het belangrijk zeker te weten dat uw gesprekspartners en uzelf duidelijk begrepen hebben wat er precies is afgesproken. Hiervoor kunt u bijvoorbeeld de closed-loop communicatie gebruiken, dit is een communicatiemethode waarbij het bericht wederzijds wordt gehoord, begrepen en teruggekoppeld²⁸. Deze methode bestaat uit zes stappen: 1. Zender formuleert de boodschap (advies/opdracht), 2. Ontvanger ontvangt de boodschap, 3. Ontvanger geeft feedback of andere suggesties 4. Zender en ontvanger bespreken de mogelijke suggesties en de voor- en nadelen daarvan, 5. Zender en ontvanger komen tot een gezamenlijke conclusie (die wel of niet kan afwijken van de initiële boodschap van de zender) en 6. Ontvanger herhaalt de boodschap, geeft aan wat en hoe zij/hij gaat uitvoeren en wanneer en aan wie hij/zij dit zal terugkoppelen.
 2. Voor het optimaal leveren van input en duidelijke communicatie tijdens interprofessionele overleggen/gespreksmomenten of tijdens overdrachtsmomenten kunt u gebruik maken van de **ISBARR**-methode^{29,30}.

Letter	Woord	Beschrijving
I	Introduction	Introduceer jezelf (naam en functie), je locatie en afdeling. Geef duidelijk aan over welke cliënt je het hebt (zijn/haar naam, geboortedatum etc.).
S	Situation	Geef duidelijk de reden waarom je de andere zorgprofessional wilt spreken, beschrijf de huidige

²⁸ Härgestam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M., & Hultin, M. (2013). Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ open*, 3(10), e003525. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003525>

²⁹ <https://www.ahrq.gov/teamsteps/instructor/essentials/pocketguide.html>

³⁰ Moi, E. B., Söderhamn Ulrika, Marthinsen, G. N., & Flateland, S. M. (2019). The isbar tool leads to conscious, structured communication by healthcare personnel. *Sykepleien Forskning*, 74699(74699), 74699. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699>

		toestand van de cliënt, geen aan wat er aan de hand is en wanneer er iets is gebeurd.
B	Background	Beschrijf wat het probleem/de kwestie en de relevante medische achtergrond van de cliënt.
A	Assessment	Geef door welke analyses je hebt uitgevoerd en de bevindingen hiervan. Leg duidelijk uit wat je beoordeling is en wat de onderliggende redenen zou kunnen zijn van het probleem/de kwestie.
R	Recommendation	Beschrijf duidelijk wat jouw aanbeveling is.
R	Readback	Herhaal kort hetgeen wat jullie hebben afgesproken en wie wat gaat doen en noteer deze afspraken in het dossier.

3. [Uitleg over de SBARR-methode kunt u hier vinden. Er is hiervoor ook een checklist ontwikkeld die beschikbaar is op de website van uitgeverij coutinho.](#) De SBAR-techniek is tevens te vinden op <http://www.vvizvmail.be/Repository/Bijcholingsmodule/MichaelVerbiest-efficintieinformatieoverdracht.pdf>

- *Aandachtspunten informatie overdragen aan collega's in de zorgsetting of tussen zorgsettings*
 1. Voor het overdragen van informatie kunt u bijvoorbeeld de **I PASS the BATON**-methode gebruiken³¹. Afhankelijk van de soort overdracht (binnen dezelfde afdeling, binnen dezelfde organisatie, naar een andere zorgorganisatie, of naar een andere zorgsetting), kunt u algemene of specifieke informatie delen met de andere zorgprofessional.

Letter	Woord	Beschrijving
I	Introduction	Introduceer jezelf
P	Patient	Introduceer de persoon met dementie (naam, leeftijd, geslacht, locatie, opname indicatie, onderzoeken, procedures etc.)
A	Assessment	Het probleem, status lopend onderzoek, onduidelijkheden etc.
S	Situation	Huidige toestand, omstandigheden, behandelbeperkingen

³¹ Starmer, A. J., Spector, N. D., Srivastava, R., Allen, A. D., Landrigan, C. P., Sectish, T. C., & I-PASS Study Group (2012). I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics*, 129(2), 201–204. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2966>

S	Safety concerns	Lab/onderzoeksuitslagen, allergieën, bedreigingen, isolatie en aandachtspunten
B	Background	Co-morbiditeit, voorgeschiedenis, huidige medicatie en familie-historie
A	Actions	Welke acties ondernomen of ondernemen? Korte argumentatie hierbij
T	Timing	Urgentieniveau, concrete tijdsplanning, prioritering acties
O	Ownership	Wie is verantwoordelijk voor de persoon met dementie? Wie is vertegenwoordiger van de persoon met dementie?
N	Next	Wat is het plan? Wat moet er nu eerst gebeuren? Vragen/Opmerkingen? Lees terug.

4.2 Weet ik / Weten wij hoe wij optimaal samen kunnen beslissen?

Besluitvorming is een gezamenlijk proces tussen de persoon met dementie, naasten en/of informele zorgverleners en de betrokken zorgprofessionals.

- Wat zijn de belangrijke stappen bij gezamenlijke besluitvorming (zowel voor apart met mensen met dementie en naasten als voor zorgprofessionals onderling)?^{32,33,34}
 - Nodig de betrokken partijen uit
 - Aanwezigheid van het centraal aanspreekpunt van de persoon met dementie en naasten of/en informele zorgverlener
 - Vermijd afleiding zoals geluid (uitzetten van radio's en telefoons)
 - Uitzoeken van een geschikte locatie
 - Zoek een rustige omgeving uit
 - Indien het een familiegesprek is (een plek waar naasten privacy ervaren en zich comfortabel voelen om het gesprek aan te gaan)
 - Uitkiezen van een geschikt contactmoment
 - Indien de persoon met dementie wenst dat enkel naasten hieraan deelnemen, kunnen naasten ervoor kiezen aangeven of ze hierover willen praten met hun centraal aanspreekpunt in familiegesprekken en/of overleggen met andere zorgprofessionals.
 - Indien het een overleg betreft tussen diverse zorgprofessionals, dan een overlegmoment uitkiezen of inlassen waarbij alle kernzorgprofessionals aanwezig zijn (dit kan een fysiek of onlineoverleg zijn).
 - Identificeren van percepties
 - Vraag aan naasten en betrokken zorgprofessionals wat hun percepties omtrent proactieve zorgplanning is.
 - Nagaan wat men al weet
 - Vraag aan naasten en betrokken zorgprofessionals of ze bekend zijn met het onderwerp en ga na of ze voldoende kennis hebben om beslissingen te nemen.

³² Sieck, Cynthia & Johansen, Michael & Stewart, Jessica. (2015). Inter-professional shared decision making – increasing the “shared” in shared decision making. *International Journal of Healthcare*. 2. 10.5430/ijh.v2n1p1.

³³ Hanum, Chaina & Findyartini, Ardi. (2020). INTERPROFESSIONAL SHARED DECISION-MAKING: A LITERATURE REVIEW. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*. 9. 81-94. 10.22146/jpki.49207.

³⁴ Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>

- Informeer naasten omtrent proactieve zorgplanning voordat u het gesprek voert over de zorgdoelen, toekomstige scenario's en behandelopties.
 - Verwijs naasten bijvoorbeeld naar bestaande hulpmiddelen:
 - Mijn wensen over mijn gezondheidszorg (<https://www.uzleuven.be/brochure/700863>)
 - De laatste zorg in het verpleeghuis (https://www.wzh.nl/sites/default/files/brochure_wzh_hoge_veld_laatste_zorg_verpleeghuis_terminale-fase.pdf)
 - Boekje spreken over vergeten (<https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/dementie-levensboek-wensen>)
 - Praten op tijd over uw levenseinde (<https://smeetsenweijmer.nl/wp-content/uploads/2018/10/Informatie-inzake-Levenseinde-KNMG-Brochure.pdf>)
 - Spreek op tijd over uw levenseinde (<https://meidoorn.info/wp-content/uploads/2017/02/KNMG-Publieksbrochure.pdf>)
 - Denk bij het geven van informatie over proactieve zorgplanning aan de manier waarop u iets zegt en benader naasten vanuit een positieve connotatie.
Bijvoorbeeld: Zeg in plaats van *'Wij zullen het lijden van uw geliefde voorkomen.'*, *'Onze prioriteit is comfort en waardigheid van uw geliefde.'*
- Nagaan wat de verwachtingen zijn
 - Vraag aan naasten en betrokken zorgprofessionals wat hun verwachtingen omtrent proactieve zorgplanning is.
- Bespreken van de toekomstige zorgdoelen en behandelingen
 - Stel zorgdoelen voor en bespreek deze met naasten en betrokken kernzorgprofessionals.
 - Voorbeelden van zorgdoelen zijn het behouden en/of verbeteren van functie en het bieden van comfortzorg.
 - Bespreek de toekomstige scenario's waarop u wilt anticiperen en geef aan waarom het belangrijk is om hierop te anticiperen (leg de consequenties uit als er niet wordt geanticipeerd hierop)
- Tonen van empathie (geldt als u in gesprek bent met naasten)
 - Benoem wat u ziet bij de naasten aan emoties.
 - Toon begrip voor hun situatie.
 - Toon respect voor hun samenwerking met de zorgprofessionals en voor alles wat ze hebben gedaan voor hun geliefde.
 - Biedt ondersteuning aan en geef aan wat u voor naasten kunt doen.

- Identificeer uitdagingen die naasten ervaren om over proactieve zorgplanning te praten of na te denken.
- Bespreek de beslissingen die genomen kunnen worden voor de toekomstige scenario's
 - Leg de uitkomsten uit van alle beslissingen, wat de voor- en nadelen zijn, wat voor effect het heeft voor de persoon met dementie en of het haalbaar is (stel een balans op)
 - Geef aan wat het voorstel is van de betrokken zorgprofessionals en leg uit waarom
 - Vraag naasten hoe zij hierover nadenken, wat hun voorkeur is en waarom
- Samenvatten wat is besproken
 - Documenteer hetgeen wat is gesproken en/of de gemaakte afspraken
 - Indien het een familiegesprek betreft, koppel dan ook hetgeen wat is besproken terug naar de andere zorgprofessionals
- Regelmatig herzien van de besluiten
 - Voer regelmatig gesprekken over dit onderwerp en de gemaakte afspraken

4.3 Weet ik / Weten wij hoe wij kunnen omgaan met diverse perspectieven en conflicten?

Omgaan met diverse perspectieven bij ethische kwesties

- Bij het omgaan met ethische kwesties gaat het niet enkel om de ethische waarden, maar ook om de zorgorganisatie (praktijk en beleid) en wetgeving.
- Indien naasten het onderling of met zorgprofessionals niet eens zijn, kan een moreel beraad worden georganiseerd om dieper in de beredenering in te gaan en zo tot een gedeelde besluitvorming te komen. Voor meer informatie over het uitvoeren van moreel beraad zie:
<https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/welbevinden-levensvragen/5-handvatten-ethiek-levensvragen.pdf>

Omgaan met conflicten³⁵

- Het bestaan van een teamconflict of conflict met familie kan, als deze op een constructieve manier wordt aangepakt, leiden tot verbetering aan kwaliteit en creativiteit, omdat men dan optimaal gebruik maakt van de team diversiteit. Team diversiteit (het hebben van diverse meningen, vaardigheden en kennis) is dus essentieel voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Desalniettemin, kunnen teamconflicten, als deze niet op een verantwoordelijke wijze worden aangepakt, deze niet leiden tot de best mogelijke gezamenlijke oplossingen en te vaak voorkomen of geen objectieve grondslag hebben, destructief zijn voor het teamklimaat, teameffectiviteit en interpersoonlijke relaties tussen samenwerkingspartners onderling.
- Er zijn grofweg drie type conflicten te beschrijven:
 1. Taakgerichte conflicten: Conflicten die ontstaan wanneer teamleden niet overeenkomen omtrent inhoudelijke aspecten/taken (bijv. beslissing welke stap te zetten of welk product te gebruiken).
 2. Procesgerichte conflicten: Conflicten die ontstaan wanneer teamleden niet overeenkomen over hoe een taak moet worden uitgevoerd (bijv. taakverdeling).
 3. Interpersoonlijke conflicten: Conflicten die ontstaan wanneer er irritatie ontstaat tussen teamleden wanneer ze diverse persoonlijke voorkeuren, stijlen, waarden en andere niet-werk gerelateerde aspecten hebben (bijv. persoonlijke negatieve opmerkingen).
- U kunt onderstaande vier stappen toepassen om taakgerichte of procesgerichte conflicten aan te pakken:
 1. Focus op het probleem/de kwestie/de actie en niet de personen die betrokken zijn

³⁵ West, M. A. (1994). *Effective teamwork: Practical lessons from organizational research*. Blackwell Publishing.

2. Focus op de interesses/achterliggende redenen en niet de posities (voor- of tegen) van de personen
 3. Ga opzoek naar een gezamenlijke oplossing met de hoogste 'win-win' uitkomst. Kijk naar onderliggende wensen en behoeftes
 4. Zet duidelijk op een rijtje (met objectieve redenen) waarom er voor een bepaalde oplossing is gekozen
- U kunt de **CUS**-benadering toepassen om taakgerichte of procesgerichte conflicten aan te pakken^{36,37,38}:

Letter	Woord	Beschrijving
C	Concern	Beschrijf uw zorgen
U	Uncomfortable	Geef aan waarom u zich onzeker voelt
S	Safety	Geef aan waarom uw zorgen en onzekerheden gerelateerd zijn aan de veiligheid van de cliënt

- U kunt de **DESC**-benadering toepassen om interpersoonlijke conflicten aan te pakken:^{36,39}

Letter	Woord	Beschrijving
D	Describe	Beschrijf de specifieke situatie of het gedrag van de andere teamlid.
E	Express	Leg uit hoe u zich voelt en/of welke zorgen u heeft door de situatie of het gedrag van de andere teamlid
S	Suggest	Kom met suggesties of aanbevelingen om tot een gezamenlijke overeenkomst of oplossing te komen
C	Consequences	Ga na wat de gevolgen zijn van de overeenkomst of oplossing en welke impact het heeft op de teamdoelen .

- Schakel een mediator/tussenpersoon in
 - Uit ons onderzoek is gebleken dat de teamleider in teamconflicten kan fungeren als mediator, omdat de teamleider in verbinding staat met diverse disciplines en een belangrijke rol speelt bij het bewaken van het gezamenlijk uitgangspunt en daarmee ook gezamenlijke oplossingen.
 - U kunt eventueel ook mediators inschakelen die werken binnen of buiten uw organisatie. Een externe organisatie die gespecialiseerd is in het (tegenbetaling) bemiddelen in de laatste levensfase is [Consonant](#).

³⁶ <https://www.ahrq.gov/teamsteps/instructor/essentials/pocketguide.html#descscript>

³⁷ McCoy, L., Lewis, J. H., Simon, H., Sackett, D., Dajani, T., Morgan, C., & Hunt, A. (2020). Learning to Speak Up for Patient Safety: Interprofessional Scenarios for Training Future Healthcare Professionals. *Journal of medical education and curricular development*, 7, 2382120520935469. <https://doi.org/10.1177/2382120520935469>

³⁸ <http://icontracts.com/wp-content/uploads/2017/11/Conflict-Resolution.pdf>

³⁹ https://your.yale.edu/sites/default/files/adviformanagers_usingdescdomakeyourdifficultconversations.pdf

Welke hulpmiddelen kan ik als individuele zorgprofessional gebruiken om bij te dragen aan het gezamenlijk communiceren, beslissen en documenteren?

Wat kan ik als individu gebruiken om het interprofessioneel overleg voor te bereiden?

1. U kunt gebruik maken van het [Werkblad tijd bewaken](#) (pagina 43) van het werkboek teamontwikkeling

Wat kan ik als individu gebruiken om mijn kennis over gezamenlijke besluitvorming te vergroten?

1. U kunt gebruik maken van de [Toolbox samen beslissen bij dementie](#)
2. U kunt gebruik maken van het [Werkblad efficiënt besluiten nemen](#) (pagina 37) van het werkboek teamontwikkeling
3. U kunt gebruik maken van de [Stappen van gezamenlijke besluitvorming](#)

*Hoe kan ik als individu **mijn** kennis vergroten over het omgaan met diverse perspectieven bij ethische kwesties?*

1. U kunt gebruik maken van de [Ethische toolkit](#) en het [Stappenplan moreel beraad](#)
2. U kunt de video [Omgaan met conflicten](#) bekijken

*Hoe kan ik als individu het **team** stimuleren om te werken aan een interprofessioneel moreel beraad?*

1. U kunt gebruik maken van de agenda moreelbaard bijeenkomst op pagina 17 van de [handreiking interprofessioneel moreel beraad](#)
2. U kunt gebruik maken van het viziermodel dat acht stappen beschrijft op pagina 53 t/m 55 of het stappenplan op pagina 56 van het [werkboek Levenseinde. Naar een ethische kader.](#)

*Hoe kan ik als individu de **persoon met dementie, zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners** het beste voorbereiden om diverse perspectieven te bespreken en conflicten te voorkomen?*

1. U kunt de persoon met dementie, zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners uitleggen waarom het belangrijk is met elkaar van te voren in gesprek te gaan over gevoelige kwesties door hun de video [Anders gaat uw moeder dood](#) of de video [Wat hadden we anders kunnen doen](#) aan te bevelen

U kunt de besluitvorming onder de persoon met dementie, zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners ondersteunen door gebruik te maken van de [Voor ik het vergeet app](#). [Hier kunt u meer informatie lezen over deze app.](#)

Kernvraag 5. Weet ik / Weten wij wat en hoe coördineren?

Hieronder volgen twee deelvragen:

Weet ik / Weten wij.....

5.1 Waarbij anticipatie,
afstemming en opvolging
nodig is?

5.2 Wat gezamenlijke
leiderschap is?

5.1 Weet ik / Weten wij waarbij is anticipatie, afstemming en opvolging nodig is

Coördinatie^{40,41}

- Coördinatie is uitvoeren van handelingen om een taak te bereiken en om de teaminput om te zetten in teamuitkomsten.
- Centraal hierbij staat het orkestreren van de volgorde en tijdsduur van onderling afhankelijke acties.
- Binnen interprofessioneel samenwerken spreekt men vaak van relationele coördinatie (coördinatie door interacties/relaties waarbij er sprake is van gezamenlijke doelen, gedeelde kennis en wederzijds respect).

Anticiperen, afstemmen en opvolgen bij proactieve zorgplanning

- Op cliënt niveau komen de volgende aandachtspunten aan bod:
 - Bekijk wie centraal aanspreekpunt is voor de persoon met dementie, zijn/haar naasten en/of informele zorgverleners
 - Zoek verbinding/documentatie tussen thuis en verpleeghuis
 - Het teruggrijpen naar gevoerde levenseindegesprekken in de thuissetting is essentieel om efficiënt voort te bouwen met proactieve zorgplanning in het verpleeghuis (onderdeel van de informatieoverdracht tijdens de verpleeghuistransitie). Op deze manier kan met herhaling van gesprekken voorkomen.
 - Ga het proactief zorgplanningsgesprek bij voorkeur voor de verhuizing aan en wacht niet tot na het introductiegesprek dat meestal pas na 6 weken wordt uitgevoerd.
 - Neem de tijd om met elkaar een optimaal overzicht van de persoon met dementie te maken omtrent proactieve zorgplanning
 - Aangezien alle disciplines hun eigen rol hebben in proactieve zorgplanning hebben en aparte gesprekken voeren met de persoon met dementie en naasten, is het essentieel om deze afspraken te documenteren in het dossier (dat toegankelijk is voor alle disciplines) en deze kort mondeling aan elkaar over te dragen.
 - Breng duidelijk de rollen van diverse disciplines in een gezamenlijk plan
 - Het is belangrijk om een gezamenlijk plan van aanpak op te stellen met elkaar over de manier waarop jullie proactieve zorgplanning gezamenlijk gaan uitvoeren.

⁴⁰ Jody Hoffer Gittel, Marjorie Godfrey & Jill Thistlethwaite (2013) Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships, *Journal of Interprofessional Care*, 27:3, 210-213, DOI: [10.3109/13561820.2012.730564](https://doi.org/10.3109/13561820.2012.730564)

⁴¹ Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of interprofessional care*, 32(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>

- Bijvoorbeeld: Voor mevrouw Pieters is de eerstverantwoordelijke verzorgende (Evelien) het centraal aanspreekpunt. Evelien zal het eerste levenseindegesprek voeren en met name focussen op 1) het identificeren van de vertegenwoordiger, 2) het nagaan of de persoon met dementie graag zijn/haar het gesprek wilt meevoeren of het fijner vindt als de vertegenwoordiger dit op zich neemt, 3) wat de communicatie- informatiewensen zijn van de vertegenwoordiger, 4) wie er naast de vertegenwoordiger allemaal meebeslist, 5) het informeren over proactieve zorgplanning, 6) nagaan wat er op alle gezondheidsdomeinen belangrijk is voor de persoon met dementie, 7) welke rol de vertegenwoordiger en andere familieleden willen spelen in het dagelijks leven van de persoon met dementie, 8) uitleggen welke zorgdoelen er zijn, 9) wat de wensen en voorkeuren van de persoon met dementie is (fysiek, sociaal, emotioneel, psychisch en spiritueel) in het dagelijks leven, 10) welke levenseindewensen al zijn vastgelegd etc. Daarna kan Evelien haar bevindingen bespreken met de specialist ouderengeneeskunde (Mark) en kunnen ze samen een tweede gesprek voeren met de persoon met dementie en zijn/haar naasten, waarbij Mark dieper ingaat op de medische behandelingen, actieve levensbeëindiging en zorgafspraken. Vervolgens kunnen andere disciplines ook afzonderlijk levenseindegesprekken met ieder zijn eigen focusgebied en op deze manier samen dit proces monitoren en elkaar op de hoogte houden van nieuwe ontwikkelingen (beschrijf de rol en taak van elke discipline).
- Stel een anticiperend beleid op
 - Bespreek hoe er bij toekomstige scenario's het beste gehandeld kan worden.
 - Bijvoorbeeld: Bespreek de meest voorkomende (levensrekkende) handelingen in de laatste levensfase (bijv. wel of geen antibioticatoediening) > indien ervoor wordt gekozen deze handeling wel uit te voeren, stem dan ook direct af op welke manier waarop deze handeling het beste uitgevoerd kan worden (bijv. antibiotica oraal, intraveneus of intramusculair) > in geval voorgaande handeling niet effectief is, voor welk alternatief kan er dan worden gekozen (bijv. wanneer antibiotica oraal niet aanslaat, en er wordt gekozen voor antibiotica intramusculair, zal tegelijkertijd subcutane vochttoediening plaatsvinden)
- Op teamniveau komen de volgende aandachtspunten aanbod:
 - Schakel elkaar in, adviseer en luister naar elkaar
 - Nadat de rol- en taakverdeling is verduidelijkt en besproken onder elkaar, is de volgende stap het ook daadwerkelijk gebruik maken van elkaars expertise en weten wanneer andere disciplines ingeschakeld moeten worden.

- Zorg ervoor dat informatie dat tijdens overleggen (zoals omgangsoverleggen, gedragsvisites en MDO's) wordt besproken niet verloren gaat tijdens informatieoverdracht
 - Tijdens overleggen met behandelaren worden meestal een of twee zorgmedewerkers uit het zorgteam aangewezen om informatie over de cliënten te geven maar ook informatie te ontvangen van behandelaren in de vorm van adviezen en de daarop gebaseerde zorghandelingen. Het is aan deze twee zorgmedewerkers om het gehele zorgteam op de hoogte te stellen van de gemaakte afspraken.
 - Pas niet enkel schriftelijke overdracht toe, maar combineer dit met mondelinge (briefing of kort overleg) of/en visuele overdracht (bijvoorbeeld met video's).
- Licht je collega's of zorgmedewerkers die voor jouw invallen/tijdelijk in over de gemaakte zorgafspraken om miscommunicatie of andere onduidelijkheden te voorkomen. Zorg ervoor dat de teamleden verantwoordelijk worden gesteld om veranderingen/nieuwe aandachtspunten door te geven aan hun collega's. Indien de diensten (ochtend, middag en avond) met elkaar overlappen, is het advies om deze veranderingen/nieuwe aandachtspunten zo kort en duidelijk mogelijk in het dossier op te schrijven.
 - Bijvoorbeeld: Schrijf de gemaakte afspraken (huidige zorgverlening en tijdens crisismomenten) als vaste afdelingsarts op in het dossier zodat de dienstdoende arts die in het weekend invalt weet hoe zij/hij moet handelen.
- Maak met elkaar tijdens de overleggen altijd direct een vertaalslag van adviezen naar taakgerichte acties.
- Stem met elkaar tijdens de overleggen duidelijk af wat de afspraken zijn, waarom die er zijn en hoe deze worden geëvalueerd (documenteer dit ook direct).
- Vraag als behandelaar input van het zorgteam omtrent de gegeven adviezen (vertaald naar taakgerichte acties): Zijn ze werkbaar, welke effecten hebben ze en zijn er enige aanpassingen vereist?
- Bespreek met elkaar de werklast en verantwoordelijkheden
- Zet kartrekkers/aandachtvelders/aandachtsfunctionarissen zoals adviserend verpleegkundigen palliatieve zorg en palliatieve zorgconsulenten om het team te ondersteunen bij proactieve zorgplanning
- Op organisatieniveau komen de volgende aandachtspunten aanbod:
 - Ondersteun medewerkers op de werkvloer met het uitvoeren van zorgtaken (nadat hierover afspraken zijn gemaakt en afstemming heeft plaatsgevonden). Hierbij gaat het niet enkel om het beschikbaar stellen van materialen/middelen (zoals antibioticakuur of morfinepomp), maar ook het beschikbaar stellen van bijvoorbeeld een medewerker die de administratieve en praktische zaken regelt omtrent de materialen, zodat de zorgmedewerkers die dienst hebben dit niet

binnen hun werktijd hoeven uit te zoeken en direct achtereenvolgens hun zorgtaken kunnen uitvoeren.

- Zorg voor veilige en gedeelde informatiesystemen
 - Maak geen onderscheidt tussen het zorg- en medisch dossier (alle disciplines kunnen het beste hetzelfde systeem gebruiken)
 - Houdt bedenkingen en discussies in de vaststelling- of besprekingsfase van nieuwe symptomen of diagnoses gescheiden van het dossier waar de familie toegang tot heeft (dit kan leiden tot frustraties en onrust bij de familie), totdat er definitieve resultaten en beslissingen voortkomen.
- Biedt zorgmedewerkers de mogelijkheid aan om scholingen of trainingen te volgen omtrent interprofessionele samenwerking en proactieve zorgplanning
- Zet werkgroepen, stuurgroepen, regiegroepen of aangesloten hospices om de zorgorganisatie te ondersteunen bij proactieve zorgplanning
- Leg afspraken omtrent proactieve zorgplanning vast in jaar- of kwaliteitsplannen en bespreek deze duidelijk met externe behandeldiensten of zorgmedewerkers.
- Zorg ervoor dat er materialen beschikbaar zijn voor optimale levenseindezorg. Hierbij gaat het niet enkel om medicijnen en apparatuur, maar ook om informatiefolders en waakkoffers bijvoorbeeld. U kunt bijvoorbeeld denken aan de procedure en materialen omtrent warm afscheid die zijn beschreven door zorgorganisatie Vivantes gebruiken (zie bijlage 3).

5.2 Weet ik / Weten wij wat gezamenlijke leiderschap is?

Gezamenlijke leiderschap^{42,43}

- Gezamenlijke leiderschap gaat om het hebben van onderlinge wederzijdse taakafhankelijkheid, het hebben van gezamenlijke verantwoordelijkheid voor uitkomsten en behouden van een cohesieve groep en relaties tussen de samenwerkingspartners onderling. Gezamenlijke leiderschap kan samengaan met verticale/hiërarchische leiderschap (meer gericht op het coachen, ondersteunen, voorzien van randvoorwaarden, aanmoedigen en faciliteren) en complementeren elkaar.
- Om bij te dragen aan effectieve leiderschap zijn de volgende stappen essentieel:⁴⁴
 - Het juiste klimaat voor verandering te scheppen
 - Gevoel voor belang/noodzaak versterken
 - Een leidend team vormen
 - De hele organisatie te betrekken en ervoor toe te rusten
 - Een gepaste visie en strategie ontwikkelen
 - Visie communiceren en enthousiasmeren
 - Zorgen voor een draagvlak en medewerkers motiveren en instaat stellen om te veranderen
 - Implementeren en behouden
 - Korte- en langetermijneffecten identificeren en successen/voortuitgang vieren
 - Doorzetten: in kaart brengen van belemmeringen of barrières en opzoek gaan naar (tussen)oplossingen
 - Borgen
- Meest voorkomende leiderschapsstijlen⁴⁵
 - Transformationele leiderschap: Gericht op het proces 'transformatie', waarbij de personen en relaties tussen samenwerkingspartners en gezamenlijke visie centraal staat.
 - Transactioneel leiderschap: gericht op het uitvoeren van taken (leidinggevende draagt taak 'transactie' over aan een werknemer).

⁴² Contractor, N. S., DeChurch, L. A., Carson, J., Carter, D. R., & Keegan, B. (2012). The topology of collective leadership. *Leadership Quarterly*, 23(6), 994-1011. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2012.10.010>

⁴³ Zaccaro, S. J., Heinen, B., & Shuffler, M. (2009). Team leadership and team effectiveness. In E. Salas, G. F. Goodwin, & C. S. Burke (Eds.), *Team effectiveness in complex organizations: Cross-disciplinary perspectives and approaches* (pp. 83-111).

⁴⁴ https://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/barnhorn_hilda_en_vrielink_hanneke_thesis_effectief_leiderschap.pdf

⁴⁵ West, M. A. (1994). *Effective teamwork: Practical lessons from organizational research*. Blackwell Publishing

Welke hulpmiddelen kan ik als individuele zorgprofessional gebruiken om bij te dragen aan gezamenlijke leiderschap?

*Hoe kan ik als individu **mijn** kennis vergroten over het gezamenlijk leiderschap?*

1. U kunt gebruik maken van de volgende bronnen om meer informatie te krijgen over wat gezamenlijke leiderschap inhoudt:
 - a. [Gedeeld leiderschap: beslist jouw facilitair medewerker al mee?](#)
 - b. [Zo breng je gedeeld leiderschap in praktijk](#)
 - c. [Spot on: gedeeld leiderschap](#)
 - d. [Zeven eigenschappen van effectief leiderschap](#)
2. U kunt gebruik maken van handvatten die leiderschap voor artsen, verzorgenden en verpleegkundigen beschrijven:
 - a. [Medisch leiderschap](#) (bedoeld voor specialisten ouderengeneeskunde)
 - b. [Verzorgend leiderschap](#) (bedoeld voor verzorgenden)
 - c. [Verpleegkundig leiderschap](#) en [versterken van verpleegkundig leiderschap](#) (bedoeld voor verpleegkundigen)
3. U kunt gebruik maken van het document [Leiderschapsstijlen in de langdurige zorg](#) om meer inzicht te krijgen in de verschillende leiderschapsstijlen.

*Hoe kan ik als individu het **team** meer inzicht geven over gezamenlijke leiderschap?*

1. U kunt uw teamleden voorstellen om gebruik te maken van het document [Leiderschap, zelfsturing en teamsamenwerking in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie](#) van Trimbos.

Kernvraag 6. Weet ik / Weten wij wat en hoe bewaken, monitoren en evalueren?

Hieronder volgen drie deelvragen:

Weet ik / Weten wij.....

6.1 Hoe wij kunnen
bedragen aan een
optimale
samenwerkingscontext?

6.2 Hoe wij optimaal
kunnen monitoren?

6.3 Hoe wij optimaal
kunnen reflecteren en
evalueren?

6.1 Weet ik / Weten wij hoe wij kunnen bijdragen aan een optimale samenwerkingscontext?

Interpersoonlijke aspecten zoals elkaar leren kennen, respect hebben voor elkaar, creëren van een gelijke, veilige en open sfeer, vertrouwen hebben in elkaar en het ondersteunen van elkaar zijn een onmisbare basiselementen voor interprofessioneel samenwerken.

Ondersteuning bieden aan elkaar:⁴⁶

- Emotionele ondersteuning: Actieve en open luisteraar zijn, zorgzaam zijn en empathie tonen voor de emoties van een ander teamlid (hierbij gaat het om werk gerelateerde zaken).
- Instrumentele ondersteuning: Het geven van informatie aan een ander teamlid.
- Informationele ondersteuning: Het verrichten van een taak voor een ander teamlid.
- Waarderende ondersteuning: Het bieden van een overzicht van de huidige/probleem situatie (en eventueel en voorstellen van alternatieve opties) aan een ander teamlid.

Creëren van een gelijke, open en veilige sfeer

- Alle disciplines horen een gelijke kans te krijgen om hun perspectief te delen en om zich open te uiten.
 - Hoewel de arts de regiehouder is, is het belangrijk dat beslissingen samen worden genomen en dat alle samenwerkingspartners daarin een stem hebben. Dit betekent vaak dat teamleden die zich bevinden in een superieure positie/functie (zoals bijvoorbeeld teamleider en arts) een positieve en open attitude horen uit te stralen naar de overige teamleden en hen het gevoel geven dat zij onderdeel zijn van het team⁴⁷. De teamleden met een inferieure positie/functie zullen meer assertiviteit, durf en moed moeten tonen en de kansen moeten creëren en nemen om hun stem te uiten.

⁴⁶ West, M. A. (1994). *Effective teamwork: Practical lessons from organizational research*. Blackwell Publishing

⁴⁷ Fox, S., & Comeau-Vallée, M. (2020). The negotiation of sharing leadership in the context of professional hierarchy: Interactions on interprofessional teams. *Leadership*, 16(5), 568-591. doi:10.1177/1742715020917817

6.2 Weet ik / Weten wij hoe wij optimaal kunnen monitoren?

Gezamenlijk monitoren:

- Gezamenlijk monitoren is het proces waarbij⁴⁸:
 - De cliënt wordt gemonitord: de cliënt wordt actief gescand en beoordeeld om veranderingen te identificeren en de ontwikkelende gezondheidssituatie te begrijpen en in kaart te brengen
 - De situatie wordt gemonitord: Hierbij gaat u voor uzelf na of u op de hoogte bent van de nieuwe/veranderende situatie en alles wat om u heen gebeurt.
 - Het team functioneren wordt gemonitord: Hierbij is het doel om na te gaan of alle teamleden zich op dezelfde pagina bevinden en om de bewustwording te behouden/borgen voor het gezamenlijk functioneren en de gezamenlijke aanpak.
- U kunt de **STEP**-benadering toepassen om gezamenlijk te monitoren⁴⁹:

Letter	Woord	Beschrijving
S	Status	Beschrijf de status van de cliënt (alle gezondheidsdomeinen).
T	Team	Bespreek de wijze waarop huidige taakuitvoering plaatsvindt (wat gaat er goed en wat kan anders/beter), taakvaardigheden, werkdruk, vermoeidheid en stress.
E	Environment	Bespreek omgevingsaspecten die invloed hebben op de efficiency van zorgverlening. Denk hierbij aan de informatievoorziening, administratieve ondersteuning, werkvoorwaarden en materialen.
P	Progress towards goal	Bespreek de voortuitgang als team m.b.t. de opgestelde zorgdoelen van de cliënt (denk hierbij aan de taken die al zijn uitgevoerd en taken die nog moeten worden uitgevoerd, het updaten van het zorgplan etc.).

⁴⁸ West, M. A. (1994). *Effective teamwork: Practical lessons from organizational research*. Blackwell Publishing.

⁴⁹ <https://www.ahrq.gov/teamsteps/instructor/essentials/pocketguide.html>

6.3 Weet ik / Weten wij hoe wij optimaal kunnen reflecteren en evalueren?

Reflecteren:⁵⁰

- Omschrijven van de huidige situatie omtrent proactieve zorgplanning
- Onderzoeken van uw eigen handelen en die van het team omtrent proactieve zorgplanning
- Onderzoeken van uw eigen vaardigheden en die van het team omtrent proactieve zorgplanning
- Achterhalen wat uw motivatie en overtuigingen zijn (en die van het team) omtrent proactieve zorgplanning
- Stilstaan bij uw eigen identiteit omtrent proactieve zorgplanning (wat betekent proactieve zorgplanning voor u?)
- Oog hebben voor uw dieperliggende drijfveren omtrent proactieve zorgplanning

Evalueren:⁵⁰

- Beoordelen van de resultaten van de uitgevoerde acties omtrent proactieve zorgplanning
- Kijken naar storende factoren die effect hebben gehad op proactieve zorgplanning
- Conclusies trekken voor de gehanteerde werkwijze omtrent proactieve zorgplanning
- Nagaan of de verwachtingen zijn behaald omtrent proactieve zorgplanning

Welke hulpmiddelen kan ik als individuele zorgprofessional gebruiken om bij te dragen aan het gezamenlijk bewaken van het samenwerkingsproces?

Wat kan ik gebruiken om op mezelf te reflecteren of/en om op elkaar te reflecteren?

1. U kunt gebruik maken van het invuldocument van het boek Interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg van Giannoula Taskitzidis en Paul van Royen (zie bijlage 4). Bij elke rol wordt een score geven op basis van de beoordelingscriteria. U kunt dan alle scores van alle teamleden invullen in het scoreformulier en deze scores bespreken met elkaar.
2. U kunt gebruik maken van het document [Goed in gesprek: Eenvoudige werkvormen voor reflecties binnen de langdurige zorg](#).
3. U kunt op de [website Zorg en beter](#) diverse methoden vinden om op een optimale manier feedback te geven aan teamleden.

⁵⁰ Zaalen, Y. van, Mulderij, M., & Deckers, S. (2020). *Interprofessioneel communiceren in zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho.

Wat kan ik gebruiken om samen met mijn team gezamenlijk te reflecteren en evalueren?

1. U kunt de [reflectievragen voor teams](#) gebruiken van Waardigheid en trots.
2. U kunt het [reflectieraamwerk interprofessioneel samenwerken in teams \(RIST\)](#) gebruiken. Via deze website kunt u meer informatie vinden over RIST: [Verbeterstrategie voor interprofessionele samenwerking](#)
3. U de [Vragenlijst over de werking van een team](#) gebruiken om de teameffectiviteit in kaart te brengen.
4. U kunt de Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) gebruiken om interprofessionele samenwerking te evalueren (zie bijlage 5)

Wat kan ik gebruiken om samen met mensen met dementie en/of naasten de zorg te evalueren?

1. U kunt hiervoor bijvoorbeeld de [Checklist van Sting de Landelijke beroepsvereniging](#), de [Teamscan van V&CN](#) en [OPTION observatielijst](#) gebruiken.

Bijlage 1. Informatiefolder vroegtijdige zorgplanning

Deze informatiefolder is gemaakt door Maastricht UMC+, Envida, Zio en Netwerk palliatieve zorg Heuvelland.

5. BESPREEK MET UW (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER WAT U GRAAG WIL

Door dit goed aan te geven kan uw vertegenwoordiger beter beslissen bij veranderende omstandigheden.

- **Totale flexibiliteit:**
Ik vertrouw erop dat u samen met mijn behandelende artsen de juiste beslissingen voor mij neemt, ook als die afwijken van mijn eerdere wensen, maar deze beslissingen wel in mijn belang zijn.
- **Enige flexibiliteit:**
Het is goed als sommige van mijn wensen worden aangepast, maar van onderstaande wensen wil ik niet afwijken.
- **Geen flexibiliteit:**
Ik wil niet dat u van mijn wensen afwijkt.

Samenwerking tussen:



NETWERK PALLIATIEVE ZORG HEUVELLAND

Geïnspireerd op prepare for your care©MVD

Vroegtijdige zorgplanning

**BEREIDT U VOOR
OP DE ZORG DIE U
IN DE TOEKOMST
WIL ONTVANGEN.**

Deze folder geeft u tips.

STAPPENPLAN VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING

- Besluit wat voor u belangrijk is in het leven.
- Stel artsen de juiste vragen.
- Kies een (wettelijk) vertegenwoordiger die medische beslissingen voor u neemt als u het zelf niet meer kunt.
- Vertel anderen over uw medische wensen en wie uw (wettelijk) vertegenwoordiger is en leg dit vast in een wilsverklaring.
- Bepaal de flexibiliteit van uw (wettelijk) vertegenwoordiger.

1. BESLUIT WAT ER VOOR U TOE DOET IN HET LEVEN! DE VOLGENDE 5 VRAGEN KUNNEN U DAARMEE HELPEN:

- Wat vindt u het belangrijkste in uw leven? Vrienden? Familie? Religie? Werk?
- Welke ervaringen heeft u met ernstige ziekte en dood?
- Wat is voor u kwaliteit van leven? Kwaliteit van leven is voor iedereen verschillend. Wat voor de één ondraaglijk is hoeft dat voor een ander niet te zijn.
- Als u heel ernstig ziek bent, wat is dan voor u het belangrijkste? Zo lang mogelijk leven of vindt u de kwaliteit van uw leven belangrijker, zelfs als uw leven dan misschien korter duurt.
- Bent u van gedachte veranderd in wat voor u het belangrijkste in het leven is?

2. STEL ARTSEN DE JUISTE VRAGEN

- Schrijf uw vragen van tevoren op.
- Neem iemand mee naar het gesprek.
- Vertel uw arts aan het begin van het gesprek dat u vragen heeft.
- Als uw arts een behandeling voorstelt vraag hem of haar dan:
Wat zijn mijn mogelijkheden?
Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
Wat betekent dat in mijn situatie?
- Zorg dat u alles goed begrijpt.



3. KIES EEN (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER

Kies iemand die u vertrouwt en die u helpt met uw beslissingen op het moment dat u te ziek bent om uw eigen beslissingen te nemen. Leg dit vast in een wilsverklaring.

Een goede vertegenwoordiger:

- Stelt vragen aan artsen.
- Respecteert uw wensen.

Hoe vraagt u iemand?

Als ik in de toekomst ziek word en niet meer in staat ben mijn eigen beslissingen te nemen, wilt u dan samen met mijn artsen voor mij beslissen?

4. VERTEL ANDEREN OVER UW WENSEN! VERTEL AAN UW (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER EN UW ARTS:

Ik vind het belangrijkste in mijn leven en in mijn gezondheid.

Vertel aan uw artsen, familie en vrienden:

Ik heb gekozen als mijn (wettelijk) vertegenwoordiger. Hij/zij zal alle medische beslissingen voor mij nemen als ik het zelf niet meer kan.

Zorg dat uw artsen in het bezit zijn van uw wilsverklaring.

Uw artsen kunnen u ook helpen met het vastleggen van uw medische wensen in uw medisch dossier.

Bijlage 2. Handboek CanMEDS-rollen in de praktijk van de ouderenzorg

Dit handboek is gemaakt door Zorgpact Midden Nederland (Zorg, onderwijs en overheid).

De CanMEDS-rollen zijn gebaseerd op de systematiek van de Canadian Medical Education Directions for Specialists. Het betreft een ordeningsprincipe om de complexe competenties te kunnen verdiepen en beschrijven. In de ordening is gebruik gemaakt van zeven rollen en competentiegebieden. Hoewel de rollen apart van elkaar zijn beschreven, zijn zij onlosmakelijk met elkaar verbonden, met de rol van zorgverlener als kern van de beroepsuitoefening. De andere zes CanMEDS-rollen ondersteunen de centrale rol van zorgverlener.

De CanMEDS rollen worden gebruikt in het HBO bij het beschrijven van het Beroepsprofielverpleegkundige. Dit ordeningsprincipe is nu ook gebruikt om MBO-functies te beschrijven. Voor iedere competentie en ieder kernbegrip wordt per MBO-functie gekeken in hoeverre deze verwacht wordt van de medewerker en in welke vorm.



De zeven CanMEDS-rollen:

- 1. Zorgverlener:** De hulpverlener stelt op basis van klinisch redeneren de behoefte aan zorg vast. De hulpverlener versterkt (zo ver als mogelijk) het zelfmanagement van mensen in hun sociale context en voert handelingen uit op basis van kunde en bevoegdheid. Kernbegrippen: klinisch redeneren, uitvoeren van zorg, zelfmanagement versterken & indiceren van zorg.
- 2. Rol communicator:** De hulpverlener communiceert op persoonsgericht een professionele wijze met de zorgvrager en dienst netwerk. Kernbegrippen: persoonsgerichte communicatie, inzet informatie- en communicatietechnologie.
- 3. Samenwerkingspartner:** De hulpverlener gaat een vertrouwensrelatie aan, werkt effectief samen met de zorgvrager en ondersteunt hen in het zelfmanagement. De hulpverlener werkt zowel binnen als buiten de eigen organisatie samen met anderen. Kernbegrippen: professionele relatie, gezamenlijke besluitvorming, multidisciplinair samenwerken, continuïteit van zorg.

4. **Reflectieve EBP-professional:** De hulpverlener handelt vanuit een onderzoekend vermogen leidend tot reflectie, evidence based practice (EBP) en innovatie. De hulpverlener werkt permanent aan de bevordering en ontwikkeling van de beroepsgroep, haar eigen deskundigheid en die van haar collega's door actief kennis te zoeken en te delen. De hulpverlener reflecteert voortdurend en methodisch op haar eigen handelen. Kernbegrippen: onderzoekend vermogen, inzet EBP, deskundigheidsbevordering, professionele reflectie, morele sensitiviteit.
5. **Gezondheidsbevorderaar:** De hulpverlener bevordert de gezondheid van de zorgvrager of groepen zorgvragers door het organiseren en toepassen van passende vormen van preventie die zich ook richten op het bevorderen van het zelfmanagement en het gebruik van eigen netwerk van de patiënt. Kernbegrippen: preventiegericht analyseren, gezond gedrag bevorderen.
6. **Organisator:** De hulpverlener toont leiderschap in het handelen in de samenwerking met anderen en weegt de verschillende belangen af waarbij het belang van de zorgvrager voorop staat. De hulpverlener plant en coördineert de zorg en neemt verantwoordelijkheid voor de veiligheid van zorgvragers en medewerkers. Kernbegrippen: verpleegkundig leiderschap, coördinatie van zorg, veiligheid bevorderen, verpleegkundig ondernemerschap.
7. **Professional en kwaliteitsbevorderaar:** De hulpverlener monitort, meet en screent de zorgverlening om goede kwaliteit van zorg te borgen dan wel te verbeteren. De hulpverlener levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen binnen de organisatie en levert een positieve en actieve bijdrage aan de beeldvorming en de ontwikkeling van haar vakgebied. Kernbegrippen: kwaliteit van zorg leveren, participeren in kwaliteitszorg, professioneel gedrag.

Een aantal kernbegrippen zie je geïntegreerd terug in meerdere rollen, zoals professioneel communiceren. Ze zijn echter maar éénmalig beschreven, namelijk daar waar het de kern van de rol weergeeft. De CanMEDS-rollen hebben niet als doel om functies af te bakenen, maar vooral om functies te positioneren en iedere medewerker in een team in zijn kracht (gebaseerd op opleiding en keuze om functie te beoefenen) te zetten.

Bijlage 3. Procedure warm afscheid (Vivantes)

Deze procedure is opgesteld door en wordt toegepast in Vivantes.

Wij vinden het belangrijk dat de laatste levensfase, ongeacht hoe lang die duurt, naar wens van de bewoner en de mantelzorger verloopt. Net zoals bij het warm welkom willen we de mantelzorger ook actief betrekken, zeker als de bewoner zelf niet meer in staat is om zijn of haar wensen te uiten.

Tijdens elk MDO wordt door de arts het reanimatiebeleid besproken. Dit is een gelegenheid voor de EVV-er om kort het stuk palliatieve fase en de invulling daarvan te bespreken. De bewoner en/of mantelzorger kunnen hier dan over nadenken en op een later moment op terugkomen. In principe zal de EVV-er dat oppakken, maar natuurlijk kunnen andere collega's ook dit gesprek voeren. Tijdens dat gesprek krijgt bewoner en/of mantelzorger uitgebreid informatie over de mogelijkheden binnen de Aelserhof. Een greep hieruit: het waken van familieleden, de waakkoffer/troostkoffer, aromatherapie, een praatruimte met geestelijke verzorger, vrijwilligers palliatieve zorg, lantaarns bij de deur, realiseren laatste wens, opbaring en een laatste groet bij de uitgeleide. Uiteraard kunnen bewoners zelf ook specifieke wensen uiten.

De invulling en de wensen met betrekking tot de laatste fase worden gerapporteerd in het zorgplan en de levensdomeinen. De wensen kunnen in een eerder stadium al kenbaar zijn gemaakt, maar kunnen veranderen tijdens de laatste fase. Belangrijk is om elke keer opnieuw te rapporteren in het zorgplan en de levensdomeinen.

Als de laatste fase is aangebroken wordt er bij bewoner en mantelzorger gecheckt of de invulling van deze fase nog aansluiten bij de wensen. In deze fase is het belangrijk om mantelzorger en familie goed te blijven informeren en te ondersteunen waar nodig. Dit kan zijn het aanbieden van koffie en thee of een boterham of de mogelijkheid bespreken van waken en de brandende kaarsen in de lantaarns bij de deur. Het is vooral goed luisteren en observeren naar de behoeften van bewoner, mantelzorger en familie. In deze fase is het ook van belang om andere collega's binnen Aelserhof te informeren over het verwacht overlijden zodat bijvoorbeeld zorgondersteuners niet zomaar naar binnen komen lopen.

Als de bewoner is overleden wordt een roos aan de deur gehangen en lantaarns met brandende kaarsen bij de deur geplaatst. Dit blijft totdat de bewoner Aelserhof verlaat. Mantelzorger en familie hebben de mogelijkheid om samen met zorgmedewerker de bewoner te verzorgen. Op de afdeling is een herdenkingsplek gecreëerd, waar bij overlijden van bewoner, een kaars wordt gebrand, een roos staat en bij goedvinden van familie een overlijdensbericht wordt geplaatst. Op verzoek van bewoner, mantelzorger en familie kan de bewoner in Aelserhof worden opgebaard op hun eigen kamer. Naasten mogen bewoner

komen bezoeken hoe vaak ze willen. Bij officiële momenten van afscheid zijn naasten aanwezig om dit te begeleiden. Zoals we bewoner verwelkomen bij binnenkomst in Aelserhof, kunnen bij het verlaten van Aelserhof een erehaag vormen als laatste groet.

Palliatieve fase:

1. Tijdens het MDO vragen of de bewoner en/of familie heeft nagedacht over palliatieve zorg, terminale zorg en nazorg bij overlijden. Een levensfase gesprek aanbieden en de wensen die daar uit voort komen vastleggen in de levensdomeinen. Dit kan gekoppeld worden aan de vraag van arts naar beleid.
Handvaten voor levensfase gesprek zijn te vinden in map palliatieve zorg.
2. Inzetten van een vrijwilligster palliatieve zorg wanneer een bewoner achteruit gaat, niet pas de laatste dagen.
3. Wanneer de bewoners in de terminale fasen verkeerd zal de zorgmedewerker een mailtje sturen naar alle disciplines ter info.
4. Tijdens het waken worden lantaarns bij de deur gezet zodat voor iedereen duidelijk is dat een bewoners terminaal is en gewaakt wordt. Het waakkoffer/troostkoffer aanbieden en informeren of de behoefte bestaat om de geestelijk verzorger te benaderen. Alle benodigdheden zoals lantaarns en waakkoffer staan op kast bij de receptie. Procedure warm afscheid en aandachtspunten voor levensfase gesprek zijn te vinden in map palliatieve zorg en in afscheid box, die ook op kast receptie staat.

Bij overlijden:

5. Wanneer de behoefte bestaat kan familie samen met zorg medewerkers de overledene verzorgen. Luisterend oor en nazorg aan familie bieden.
6. Bij overleden bewoner komt een roos aan de deur te hangen. Wanneer de bewoner op de kamer is opgebaard blijven de lantaarns bij de deur staan totdat de bewoner naar buiten begeleid wordt. Op de afdeling is een herdenkingsplek waar bij overlijden van bewoner het kaarsu wordt aangemaakt en een condoleance wordt geplaatst. Kaars blijft branden tot na de begrafenis of crematie. Na de crematie of begrafenis wordt het bidprentje in glazen kast in de zaal gezet. Op verpleegafdeling wordt het bidprentje op daarvoor bestemd plankje in huiskamer B kant gezet.
7. Familie ontvangt een condoleance kaart (standaard kaart van Vivantes) met een persoonlijk gedicht. Daarnaast wordt met de hand een geschreven steunbetuiging op de kaart gezet. De zorgmedewerker verzorgt deze kaart en stuurt deze naar het huisadres van de eerste contactpersoon.

8. Verzorgende zal plaid met bloem overhandigen aan begrafenisondernemer om over de baar heen te leggen bij het verlaten van het huis. Indien bewoner op kamer wordt opgebaard kan de plaid met bloem op het bed gelegd worden.
9. Wanneer de bewoner wordt opgehaald door uitvaartmaatschappij zal de verzorgmedewerker tijdig laten weten aan alle collega's in huis hoe laat de bewoner het huis zal verlaten. Dan wordt beneden in de hal een erehaag gevormd als laatste groet. Bewoner wordt door de voordeur naar buiten begeleid.

Nazorg:

10. Familie informeren over mogelijkheid afsluitend gesprek met arts en/of zorg medewerker. Bij positieve afsluiting vragen om een recensie op zorgkaart Nederland te plaatsen, informeren over Adieu.
11. Wanneer een bewoner overlijdt wordt een aantekening gemaakt in de agenda dat 6 weken na overlijden de familie wordt gebeld. Een zorgmedewerker neemt contact op met familie om te informeren hoe het gaat en hoe de zorg in Aelserhof ervaren is. Hiervan wordt een verslag gemaakt in het dossier van de desbetreffende bewoner. Aandacht functionarissen palliatieve zorg bekijken iedere 3 maanden de evaluaties en inventariseren aandachtspunten. Deze aandachtspunten worden besproken in de teamoverleggen. Als u merkt dat er behoefte aan nazorg is kan u familie informeren over de mogelijkheid om contact op te nemen met het centrum voor levensvragen.

levensvragen@zuyderland.nl



Bijlage 4. Invuldocument voor zelfreflectie en peerreflectie

Dit invuldocument komt uit het boek van het boek Interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg van Giannoula Taskitzidis en Paul van Royen

Rol van zorgprofessional als:	Beoordelingscriteria:	Score (tussen -1 en 3):
Expert: (h)erkent diverse beroepsspecifieke bevoegdheden binnen een interprofessioneel team	Kerncompetenties: - Kent zijn/haar eigen beroepsspecifieke bevoegdheden en beperktheden. - Kent bevoegdheden van andere teamleden. - Heeft toegang tot en maakt gebruik van relevante medische informatie. Gedragindicatoren: - Formuleert eigen grenzen op het gebied van professionele expertise. - Observeert, beschrijft en erkent de rol en verantwoordelijkheden van eigen en andere disciplines. - Overlegt en functioneert met respect voor de autonomie van andere teamleden.	
Communicator: overleggen en communiceren binnen een interprofessioneel team	Kerncompetenties: - Ontwikkelt een goede verstandhouding, vertrouwen en een ethisch therapeutische relatie met de cliënt, het cliëntsysteem en andere teamleden. - Brengt relevante informatie aan het licht en analyseert die, rekening houdend met de perspectieven van de cliënt en andere teamleden. - Deelt relevante informatie accuraat mee en legt die uit aan de cliënt, het cliëntsysteem en andere teamleden. - Ontwikkelt een gemeenschappelijk begrip over problemen en plannen met de cliënt, het cliëntsysteem en andere teamleden om te komen tot een goed zorgplan.	

	Gedragsindicatoren: - Levert relevante informatie op een begrijpbare manier aan andere teamleden zodat het de deelname en de discussie in de besluitvorming bevordert. - Heeft een open communicatiestijl en ontwikkelt daardoor een opbouwend samenwerkingsverband. - Betrekt het cliëntsysteem als een actieve deelnemer in het interprofessionele besluitvormingsproces.	
Teamspeler: neemt deel en draagt verantwoordelijkheid in het team	Kerncompetenties: - Effectieve en gepaste deelname aan het team. - Effectief werken met andere professionals ter voorkoming van conflicten, ter bevordering van kwaliteitsvolle zorg. - Stelt de cliënt altijd centraal bij het behalen van gemeenschappelijke doelen van het verwezenlijken van een haalbaar en kwaliteitszorgplan. Gedragsindicatoren: - Participeert actief en effectief in functie van de samenwerking met de teamleden. - Geeft feedback en neemt verantwoordelijkheid op in het team. - Hanteert tegenstellingen, irritaties, conflicten en herkent hierbij het eigen aandeel.	
Manager: zorgt dat het team efficiënt en effectief werkt	Kerncompetenties: - Neemt deel aan activiteiten die bijdragen tot en bevorderen van de kwaliteit van de zorg. - Organiseert zijn praktijk en carrière efficiënt. - Verdeelt en beheert middelen doeltreffend en correct. - Houdt administratie goed bij en plant zijn taken efficiënt. - Hanteert een gepaste leiderschapstijl. - Neemt actief deel aan veranderingen en bijeenkomsten als deelnemer of voorzitter.	

	- Motiveert en evalueert het team(functioneren) continu en stuurt bij waar nodig. Gedragsindicatoren: - Enthousiasmeert en stimuleert de groep om constructief te werken aan de taak met aandacht voor het sociaal-emotionele aspect. - Houdt tijdspannen en doel altijd voor ogen bij het werken aan de taak.	
Belangenbehartiger: komt binnen een interprofessioneel team op een gepaste manier op voor de belangen van het cliëntsysteem	Kerncompetenties: - Houdt rekening met de individuele belangen van de cliënt. - Herkent en benoemt de noden en behoeften van de cliënt en het team in het kader van het leveren van kwaliteitsvolle zorg. - Draagt bij tot de continue verbetering van de gezondheidszorg in het algemeen. Gedragsindicatoren: - Formuleert de situatie waarbij belangenbehartiging voor het cliëntsysteem binnen het team. - Komt op voor de belangen van het cliëntsysteem binnen het team. - Stimuleert het team tot meer samenwerken ten voordele van het cliëntsysteem.	
Levenslang lerende: Levenslang leren is een proces waarbij zowel personen als organisaties in alle contexten van hun functioneren de nodige kennis en competenties verwerven om hun professionele taken en interprofessionele samenwerking in een snel veranderende samenleving beter aan te kunnen en zich daarbij kritisch, zingevend en	Kerncompetenties: - Handhaaft en verbetert de interprofessionele activiteiten continu. - Evalueert kritisch de bevindingen en gebruikt dit gepast bij het nemen van beslissingen in teamverband. - Bevordert gepast het leveren van de cliënten, families, studenten, residenten en andere betrokkenen uit de gezondheidszorg. - Draagt daar waar mogelijk bij tot het ontwikkelen van betere, nieuwe en andere mogelijkheden van hulpverlening in de gezondheidszorg.	

verantwoordelijk te kunnen opstellen.	Gedragsindicatoren: - Hanteert vakliteratuur en relevante kennis en integreert die op de werkvloer. - Stimuleert en bevraagt anderen om tot (nieuwe) inzichten te komen en op basis daarvan effectief stappen te zetten om dit functioneren te verbeteren.	
Professional: (in functie van interprofessionele samenwerking) vertoont te allen tijde 'professioneel gedrag' gericht op het verbeteren van het interprofessioneel samenwerken	Kerncompetenties: - Toont betrokkenheid met de cliënt, het cliëntsysteem en ander teamleden. - Houdt rekening met de eigen mogelijkheden en die van anderen. - Stelt de cliënt altijd centraal. Gedragsindicatoren: - Is constructief en coöperatief ten aanzien van de anderen, de opdracht en zichzelf. - Relativeert persoonlijke motieven en/of doelstellingen van de eigen beroepsgroep.	

Scoreformulier

Naam:

Team/afdeling:

Teamleden	Expert	Communicator	Teamspeler	Manager	Belangenbehartiger	Levenslang lerende/reflector	Professional

Bijlage 5. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS)

Deze vragenlijst naar het Nederlands vertaald.⁵¹

Partnership

Alle teamleden in het interprofessioneel team.....

Nummer	Vragen	Score (tussen 1-5)
1.	Passen een unieke definitie van interprofessionele samenwerking toe op de werkvloer	
2.	Delen de macht met elkaar	
3.	Zijn erg cohesief	
4.	Voelen zich comfortabel om met elkaar te werken	
5.	Helpen en ondersteunen elkaar	
6.	Hebben uitstekende communicatie tussen disciplines onderling, maar ook met cliënten en hun familie	
7.	Respecteren en vertrouwen elkaar	
8.	Zijn op en eerlijk tegenover elkaar	
9.	Kunnen omgaan met/onderhandelen bij diverse perspectieven	
10.	Kunnen elkaar, cliënten en hun familie aanmoedigen om ieders zijn/haar kennis en vaardigheden te gebruiken om het zorgplan op te stellen	
11.	Zijn beschermend omtrent uitdagingen/problemen/discussieonderwerpen die schade toebrengen aan de teambelangen	
12.	Bereiken van overeenkomsten van zorgdoelen voor elke cliënt waar we voor zorgen	
13.	Hebben het gevoel dat ze bij het team horen	
14.	Streven ernaar om wederzijdse tevreden oplossingen te vinden voor verschillen tussen perspectieven	

Coöperatie

Alle teamleden in het interprofessioneel team.....

Nummer	Vragen	Score (tussen 1-5)
1.	Includeren cliënten in het opstellen van zorgdoelen	
2.	Wijzen een leider aan voor het team	

⁵¹ <https://www.signnow.com/fill-and-sign-pdf-form/38021-assessment-of-interprofessional-team-collaboration-scale-aitcs>

3.	Nemen verantwoordelijkheid voor de zorg binnen hun eigen vakgebied/beroepsgroep	
4.	Luisteren naar de wensen van hun cliënten wanneer er door het team een bepaalde zorgproces is gekozen	
5.	Stimuleren en ondersteunen open communicatie (inclusief de cliënten tijdens team overleggen)	
6.	Voelen zich tevreden met de uitkomst van conflictmanagement	
7.	Begrijpen de grenzen van wat iedereen kan doen	
8.	Begrijpen dat er gedeelde kennis en vaardigheden tussen teamleden zijn	
9.	Laten zien dat er hoge prioriteit is om inzicht te krijgen in de wensen/verlangens van cliënten	
10.	Luisteren naar en het in acht nemen van de stem en meningen/perspectieven van andere teamleden m.b.t. opstellen van het individueel zorgplan	
11.	Creëren van een coöperatieve atmosfeer wanneer teamleden zich richten op cliënt situaties	
12.	De focus van het teamwerk is consistent met de cliënt	
13.	Voeren taken uit die bijdragen aan de teamcohesie	
14.	Coöpereren met de cliënt en zijn/haar bij het aanpassen van het zorgplan	
15.	Discussiëren openlijk elkaars professionele rollen	

Coördinatie

Alle teamleden in het interprofessioneel team.....

Nummer	Vragen	Score (tussen 1-5)
1.	Overleggen en discussiëren de zorg op regelmatige basis	
2.	Er is ondersteuning voor teamwerk vanuit de organisatie	
3.	Het systeem voorziet de benodigde materialen om het team te ondersteunen	
4.	Coördineren gezondheids- en sociale diensten (zoals financiën, woning, spirituele aspecten) op basis van de behoeftes van de cliënt	
5.	Werken met deadlines voor stappen en uitkomstindicatoren m.b.t. cliëntzorg	
6.	Gebruiken diverse communicatiemiddelen (zoals schriftelijke documenten, email, elektronische cliëntendossiers, telefoon, informele discussies)	
7.	Er is consistente communicatie tussen teamleden om cliëntzorg met elkaar te discussiëren.	

Gezamenlijke besluitvorming

Alle teamleden in het interprofessioneel team.....

Nummer	Vragen	Score (tussen 1-5)
1.	Alle teamleden zijn betrokken in het opstellen van zorgdoelen voor elk cliënt	
2.	Evalueren de effectiviteit van interprofessionele samenwerking op regelmatige basis	
3.	De leider van het team verschilt afhankelijk van de behoeftes van de cliënt	
4.	Luisteren naar de wensen van hun cliënten bij het beslissen welk zorgproces is gekozen door het team	
5.	Ondersteunen het includeren van cliënten bij team overleggen openlijk	
6.	Cliënten nemen het eindbesluit omtrent zorgplannen	
7.	Wanneer er zorgbeslissingen worden genomen, streeft de leader naar consensus voor de geplande processen/activiteiten	
8.	Worden aansprakelijk gesteld voor de geaccepteerde taken en verantwoordelijkheden door elkaar	
9.	Zijn toegewijd aan de doelen die opgesteld zijn door het team	
10.	Komen gezamenlijk overeen om plannen voor de zorg naar elkaar te communiceren	
11.	Overwegen om alternatieve oplossingen/benaderingen om gezamenlijke doelen te bereiken	
12.	De teamdoelen, die gezamenlijk zijn opgesteld, zijn gelijk verdeeld over het team	

Colofon

De handreiking *DEDICATED-samenwerken bij proactieve zorgplanning* is een van de producten van het *DEDICATED*-project. Dit project is gefinancierd door ZonMw binnen het programma *Palliantie. Meer dan Zorg*.

Deze handreiking en de daarop gebaseerde infographic *DEDICATED-samenwerken bij proactieve zorgplanning* is ontwikkeld door Chandni Khemai (eerste auteur), het promotieteam (Judith Meijers, Daisy Janssen en Jos Schols) en het dagelijks bestuur team van DEDICATED (Lara Dijkstra, Els Knapen, Sascha Bolt, Saskia Wolters en Jesper Biesmans). De vormgeving van de infographic *DEDICATED-samenwerken bij proactieve zorgplanning* is uitgevoerd door Gielen (druk print webmedia). Daarnaast is deze handreiking en de infographic *DEDICATED-samenwerken bij proactieve zorgplanning* vertaald in het Engels door Irma Mujezinović.

Deze handreiking is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek, bestaande praktische materialen en praktijkonderzoek d.m.v. bijeenkomsten met diverse zorgprofessionals (verzorgenden, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, teamleiders, psychologen en specialisten ouderengeneeskunde) vanuit drie zorgorganisaties (Vivantes, Zuyderland en Envida).

Deelnemers van de bijeenkomsten:

- Verzorgenden: Rick Janssen (Zuyderland) en Helga Claessens (Envida)
- Verpleegkundigen: Angelique Fraussen (Vivantes), Anita Kessen (Envida) en Luca Welbergen (Vivantes)
- Kwaliteitsverpleegkundige: Marie-Lou Vanhautem (Envida)
- Verpleegkundig specialisten: Els Stouten (Vivantes) en Ina Schutgens (Zuyderland)
- Teamleiders: Diana Kill (Envida), Mara Boshuis-Ritt (Zuyderland) en Nelleke Tinbergen (Vivantes)
- Psychologen: Anouk Hermans (Vivantes), Caroline Steins (Zuyderland) en Lianne Janssen (Envida)
- Specialisten ouderengeneeskunde: Wendy Beks (Envida), Elian Gorissen (zelfstandig specialist ouderengeneeskunde en docent ouderengeneeskunde Maastricht Universiteit) en Dre Knols (oud-specialist ouderengeneeskunde)
- Docent-onderzoeker: Jerome van Dongen (Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht)

Voor meer informatie of vragen over deze handreiking en de infographic *DEDICATED-samenwerken bij proactieve zorgplanning* kunt u contact opnemen met de eerste auteur: Chandni Khemai (c.khemai@maastrichtuniversity.nl) of ckhemai@hotmail.com).

Partnerorganisaties

