

Handreiking

Passende deskundigheidsmix

Het
Generiek
Kompas



Inleiding

De handreiking *Passende deskundigheidsmix* hoort bij het *Generiek Kompas: Samen werken aan kwaliteit van bestaan*. De handreiking is een concretisering van bouwsteen drie: het werk organiseren. *Passende deskundigheidsmix* is hier een onderdeel van. In het [Generiek Kompas](#) op bladzijde 16 staat hierover het volgende:

“Sleutelfactoren voor goede zorg zijn het contact, de verdeling van verantwoordelijkheden en de relatie tussen de mens met een zorgvraag (of zijn vertegenwoordiger), zijn mantelzorgers, naasten, het sociale netwerk en professionals. Gezien, gehoord en geholpen worden op terreinen waar behoefte ligt, daar draait het om. De professional kan hierin het verschil maken, met zijn kennis, deskundigheid, ervaring en bejegening. Hierbij is aandacht voor diversiteit op het gebied van onder andere cultuur, religie, seksuele oriëntatie en genderidentiteit.

Professionals werken op basis van hun deskundigheid en op de plek waar ze het meest van waarde zijn. Van belang daarbij is dat zij wettelijke kaders – onder meer over bevoegdheid en bekwaamheid – in acht nemen. Daarnaast werken zij vanuit vertrouwen en hun professionele ruimte. Ook een goed ontwikkeld ethisch vermogen is onderdeel van iemands professionaliteit. Zorg is meer dan een optelsom van taken. Er zijn verschillende expertises die ingezet kunnen worden in het belang van kwaliteit van bestaan. Al deze expertise vormt een onderdeel van de deskundigheidsmix, passend bij de beweging van het Kompas en de situatie op de arbeidsmarkt.”

Een goede deskundigheidsmix is gebaseerd op de elementen: signaleren, beschikbaarheid en samenwerking. Dat betekent dat ondersteuning, welzijn en zorg meer is dan een optelsom van taken. Er zal in de praktijk steeds gewerkt moeten worden met verschillende expertises die ingezet kunnen worden in het belang van kwaliteit van bestaan van de mens met een zorgvraag. Een passende deskundigheidsmix is daarom nodig om tegemoet te

komen aan ondersteunings-, welzijns- en zorgvragen. Hoe die mix er precies uit ziet, is afhankelijk van het type vragen waaraan tegemoet gekomen moet worden. Dit verschilt ook per zorgvraag, context en team. Het is aan zorgvragers, naasten, mantelzorgers, professionals en leidinggevenden om samen te beslissen wat een passende deskundigheidsmix is, binnen de mogelijkheden waarbij de samenstelling van teams en organisatiebrede

keuzes de verantwoordelijkheid blijven van professionals en organisaties. De huidige arbeidsmarktkrapte en het loslaten van de normen personeelssamenstelling maken het des te urgenter om het gesprek over de passende deskundigheidsmix te voeren. Het niet voeren van dit gesprek brengt risico's met zich mee voor kwaliteit, toegankelijkheid en passende inzet van professionals.

Doel van de handreiking

Het doel van deze handreiking is drieledig:

- Het ondersteunen van professionals en organisaties om in gesprek te gaan over een passende deskundigheidsmix bij de zorgvraag en de context waarin zorg wordt verleend, zoals in de wijk, in het verpleeghuis en in een woonzorgsetting.
- Het stimuleren van een lerend systeem als fundament voor een passende deskundigheidsmix. Het is een structurele beweging die tegemoetkomt aan maatschappelijke veranderingen bijvoorbeeld op het gebied van wonen, werken en samenleven.
- Het borgen van kwaliteit van zorg, ondersteuning en behandeling die bijdraagt aan kwaliteit van bestaan voor mensen met een zorgvraag.

De handreiking is bedoeld als ondersteuning voor professionals, bestuurders en managers en (mede)zeggenschapsorganen. Deze handreiking biedt richting in het proces waarin professionals en organisaties samen de verantwoordelijkheid hebben om te komen tot deze mix. Het [leermiddel Zeggenschap](#) kan als instrument in de praktijk ondersteunen om te komen tot een passende deskundigheidsmix.

Deskundigheidsmix verdient een structurele plaats in de kwaliteits- en beleidscyclus. Het is van belang om te beslissen op welke plaats(en) in de organisatie de verantwoordelijkheid hiervoor is belegd en hoe het uitgevoerd kan worden. Bij het vormgeven van een passende deskundigheidsmix is het van belang dat organisaties rekening houden met geldende wet- en regelgeving en zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Een realistische afweging vraagt inzicht in de mogelijkheden van de verschillende domeinen. Door te blijven werken aan een passende deskundigheidsmix wordt niet alleen geïnvesteerd in de toekomst, maar ook in het behoud van medewerkers en het versterken van vakmanschap. Dat is een essentieel onderdeel van het dagelijks werk.

Passende deskundigheidsmix in teams

Vaak worden ondersteunings-, welzijns- en zorgvragen in eerste instantie door mensen zelf opgepakt. Als dat niet (meer) lukt, wordt in [het open gesprek](#) besproken welke ondersteunings-, welzijns- en zorgvragen door de zorgvrager zelf of het informele netwerk worden uitgevoerd en welke professionele inzet tijdelijk nodig is. Soms is inzet van professionele teams vanuit welzijn en zorg voor langere tijd nodig. Denk bijvoorbeeld aan het wijkverpleegkundig team, het sociaal wijkteam, het zorgteam in het verpleeghuis en de behandelaar.

Het perspectief en de ervaringskennis van mensen met een zorgvraag en mantelzorgers moeten leidend blijven. Dit gaat ook over continuïteit, voorspelbaarheid en de aanwezigheid van vaste aanspreekpunten. Zeker bij mensen in kwetsbare situaties is dit cruciaal voor vertrouwen en kwaliteit van bestaan. Van belang is om te zorgen voor een goede communicatie tussen mensen met een zorgvraag, hun naasten en betrokken professionals.

Dat betekent ook dat contexten voor het vormen van een passende deskundigheidsmix verschillend zijn. In deze handreiking staan gespreksvragen die helpen om in organisaties het gesprek te voeren over de deskundigheidsmix. Dit wordt geïllustreerd door voorbeelden. Tegelijkertijd betekent het voor de verschillende teams dat de deskundigheidsmix in de organisatie ingeregeld is en leidt tot integrale zorgverlening rondom mensen met een zorgvraag.

Persoonlijk netwerk

Elke zorgvrager heeft een eigen netwerk van mensen en teams om zich heen. De samenstelling van dat netwerk en de ondersteuning die nodig is, verschilt per persoon en per situatie.

Een persoonlijk netwerk kan bijvoorbeeld bestaan uit naasten, mensen uit de buurt, contacten in sociale en levensbeschouwelijke netwerken, huishoudelijke hulp en vrijwilligers. Het team rond de zorgvrager bestaat uit dit persoonlijke netwerk, waar nodig aangevuld met professionals vanuit verschillende teams.



Signaleren

Kernboodschap

Signaleren is méér dan iets opmerken: het vraagt om herkennen, duiden en handelen. Een breed perspectief is hierbij onmisbaar. Het (h)erkennen van een ondersteunings-, welzijns- of zorgvraag ontstaat bijna altijd in de persoonlijke leefomgeving (in het team rond de zorgvrager). Mensen zelf en hun naasten (h)erkennen de vraag en kloppen aan bij welzijns- en zorgprofessionals. Deze professionals gaan vervolgens het gesprek aan waarin de signalering wordt verdiept en de vraag verder in kaart wordt gebracht.

Signaleren betekent dat professionals samen met het persoonlijk netwerk rond de zorgvrager stap voor stap en tijdig in de gaten houden welke signalen wijzen op kwetsbaarheid, behoeften of mogelijkheden bij de mens met een zorgvraag. Ze herkennen deze signalen, interpreteren wat ze betekenen en ondernemen vervolgens passende actie. Goede verslaglegging én voldoende tijd voor overdracht zijn daarbij essentieel.

Het proces van signaleren omvat drie belangrijke elementen: herkennen, duiden en handelen.

- **Herkennen en erkennen:** dit gaat over het vroegtijdig opmerken van signalen die kunnen wijzen op toenemende kwetsbaarheid bij mensen met een zorgvraag. Het kan ook gaan over het herkennen van mogelijkheden (weer of nog) dingen zelfstandig te kunnen doen (reablement).
- **Duiden:** na het herkennen van signalen is het essentieel om deze te interpreteren en te begrijpen in de context van de individuele mens met een zorgvraag.
- **Handelen:** op basis van de signalen bepalen professionals samen met de mens met een zorgvraag welke acties nodig zijn en wie deze uitvoert. Vervolgens beoordelen zij of de acties het gewenste effect hebben gehad.



Gespreksvragen voor teams

- ✦ Hoe zorgen we ervoor dat iedereen binnen ons team op de hoogte is van de wensen en behoeften zoals besproken met de zorgvrager en naasten in het open gesprek?
- ✦ Hoe gebruiken we deze informatie om signalen goed te interpreteren in de dagelijkse praktijk?
- ✦ Hoe zorgen we ervoor dat de verschillende typen signalen (ondersteunend, verzorgend, medisch, verpleegkundig, gedragsmatig, sociaal) tijdig worden opgemerkt?
- ✦ Welke methoden, hulpmiddelen of routines helpen ons om signalen gestructureerd te verzamelen?
- ✦ Via welk proces leggen we signalen vast en brengen we ze in kaart voor gezamenlijke besluitvorming?
- ✦ Hebben we de betrokken disciplines in beeld en is er zicht op wie betrokken kan/kunnen worden bij veranderingen in de ondersteunings-, welzijns- en zorgvraag?

**Voorbeeld: Samen signaleren in de wijk**

De wijkverpleegkundige wordt ingeroepen omdat familie zich zorgen maakt over medicatiegebruik. Bij de intake ziet de wijkverpleegkundige dat mevrouw sinds een jaar weduwe is. Ze heeft geen kinderen en haar netwerk is klein. Mevrouw is bang om te vallen en komt door steeds meer lichamelijke klachten steeds minder buiten. Mevrouw heeft goed contact met de burens en heeft een vriendin die weleens langskomt. Maar verder is de situatie best kwetsbaar.

Naast de inzet van een hulpmiddel, een medicijndispenser, neemt de wijkverpleegkundige contact op met de Wmo-consulent van de gemeente met wie zij eerder samenwerkte om het netwerk van mevrouw te vergroten. Ze kijken of mevrouw ondersteuning kan krijgen in de vorm van maatjes. Ook wordt mevrouw aangemeld bij de belcirkel in de gemeente. Ze wordt elke ochtend gebeld en belt ze zelf ook iemand uit de cirkel, om zo toch een oogje in het zeil te houden.

**Voorbeeld: Passende inzet na vroegsignalering in de dagelijkse zorg**

Een verzorgende IG komt bij een zorgvrager en ziet dat zij een wondje heeft op de hiel van haar voet. Mevrouw geeft aan dat dit wondje er al langere tijd zit, maar zij weet niet waardoor het is ontstaan.

Binnen de organisatie waar de verzorgende IG werkt, zijn wondverpleegkundigen beschikbaar. Zij worden meteen ingeschakeld om interventies in te zetten. Er wordt gestart met wondzorg en daarnaast wordt gekeken naar preventieve maatregelen, zoals de schoenen die mevrouw draagt. Voor in bed wordt een kussen geadviseerd, zodat de hiel vrij komt te liggen. Hierdoor komt minder druk op de hiel te staan wat de wondgenezing verbetert.

Binnen de zorgorganisatie verzorgen de wondverpleegkundigen veel scholing over wondzorg, juist om dit soort beginnende wondjes vroegtijdig te signaleren. Als dit was gemist, dan had de decubituswond zich in zeer korte tijd kunnen verergeren.

**Voorbeeld van Noorderbreedte: Gedragsvisite als instrument voor signaleren in de intramurale ouderenzorg****Wat is het?**

De gedragsvisite is een periodiek en gestructureerd overleg binnen de intramurale ouderenzorg, waarin het zorgteam het gedrag en welzijn van bewoners bespreekt. Aan de hand van observaties uit de dagelijkse zorg wordt gekeken naar veranderingen in gedrag, stemming of functioneren. De gedragsvisite biedt ruimte om deze signalen gezamenlijk te duiden, vervolgstappen af te spreken en bestaande interventies of behandelafspraken te evalueren.

Hoe ondersteunt dit het signaleren?

Binnen de intramurale setting, waar zorgprofessionals bewoners dagelijks zien, maakt de gedragsvisite het mogelijk om subtiele veranderingen in gedrag en welbevinden tijdig te signaleren. Door vaste overlegmomenten worden signalen structureel verzameld en besproken, in plaats van ad hoc of wanneer problemen al ontstaan en/of geëscaleerd zijn. Dit ondersteunt vroegtijdige herkenning van probleemgedrag, overbelasting of risico's op escalatie.

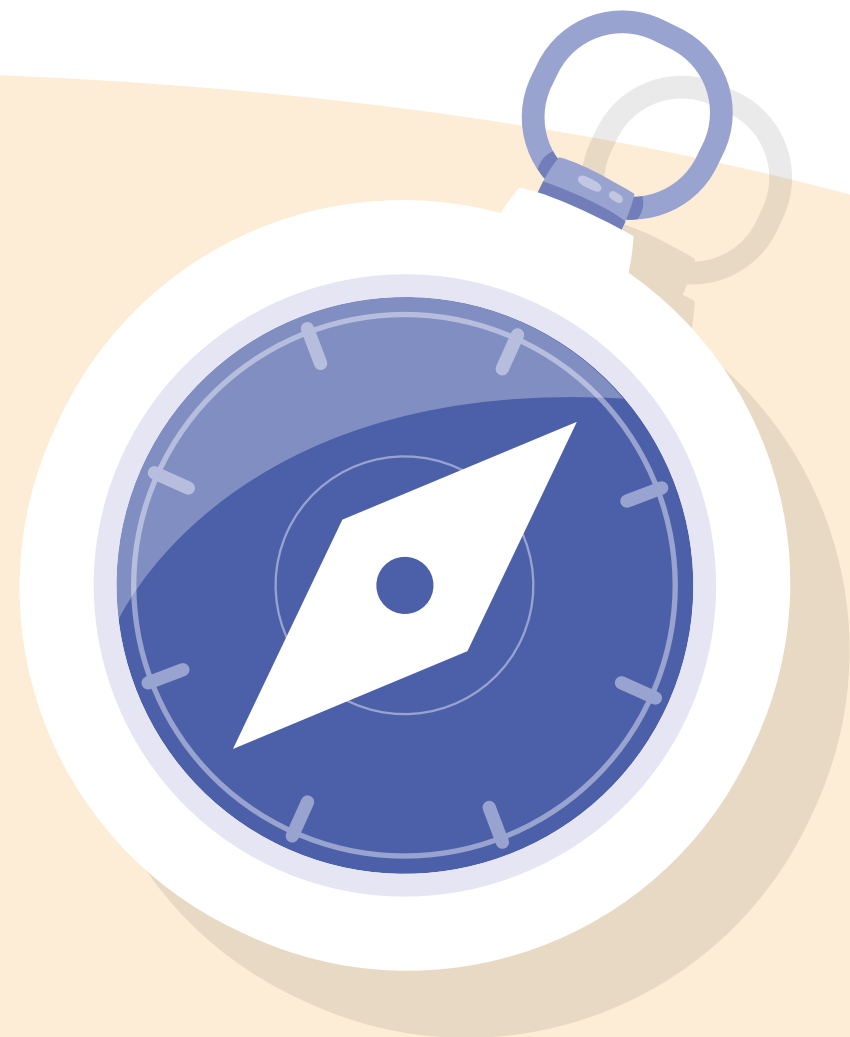
Rol van deskundigheid

Zorgmedewerkers signaleren vanuit hun dagelijkse nabijheid; sociaal werkers signaleren en observeren en stellen interventies voor vanuit hun verantwoordelijk van zorg voor welbevinden en woon- en leefklimaat. De (GZ-) psycholoog ondersteunt bij analyse en duiding van gedrag, adviseert over begeleiding en behandeling en daar waar beschikbaar, ondersteunt de sociaal werker in de uitvoering van de adviezen van de GZ-psycholoog op de werkvloer (bijvoorbeeld middels coaching van het team). De specialist ouderengeneeskunde, AIOS of ANIOS of verpleegkundig specialist nemen meestal ook deel aan gedragsvisites, onder andere om somatische oorzaken uit te sluiten en vanuit hun expertise mee te denken. Deze gerichte inzet van deskundigheid versterkt de kwaliteit van signaleren.

Beschikbaarheid

Kernboodschap

Na signaleren moet passende expertise tijdig en waar nodig structureel beschikbaar zijn. Te late inzet beperkt de mogelijkheden tot passende ondersteuning, welzijn en zorg. In acute situaties van medische of verpleegkundige aard moet een professional direct beschikbaar zijn met voldoende expertise. Daarbij kan men gebruik maken van technologische mogelijkheden zoals beeldbellen.



Gespreksvragen voor teams

- Weten wij welke deskundigheid nodig is om signalen te herkennen, te duiden en er adequaat op te handelen?
- Kunnen we de juiste deskundige op tijd bereiken wanneer dat nodig is?
- Hoe gaan we om met schaarste aan deskundigheid en hoe prioriteren we dan?
- Hoe informeren we zorgvragers, naasten en collega's wanneer er beperkte beschikbaarheid is?
- Wie heeft de regie en coördinatie over de inzet van aanvullende deskundigheid en wat vraagt die van diegene?
- Kunnen we in acute situaties direct de juiste deskundigheid inschakelen?
- Reflecteren we regelmatig of de beschikbare deskundigheid nog passend is voor de mens met een zorgvraag en diens naasten?

**Voorbeeld: Beschikbare deskundigheid bij dreigende crisis in de thuissituatie**

FACT = Flexible Assertive Community Treatment

A (assertief) de zorg wordt actief aangeboden, het team gaat (pro)actief naar zorgvragers toe

C (gemeenschap) thuis, op straat of in de wijk

T (behandeling) behandeling, begeleiding en ondersteuning bij herstel

Het team bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, psycholoog, wijkverpleegkundige en casemanager. Dit team werkt interdisciplinair samen om de zorgvrager thuis de noodzakelijke behandeling en begeleiding te geven. Alle teamleden zijn gespecialiseerd in het herkennen en behandelen van complexe PG-problematiek bij ouderen en werken samen in één elektronisch patiëntendossier. Het **FACT-team** wordt ingezet als er een crisis dreigt bij een zorgvrager met lichamelijke klachten en psychische klachten. Meer informatie over het FACT-team met een casusvoorbeeld vind je [hier](#).

Een zorgvrager woont samen met haar partner. Partner zorgt voor zijn vrouw, maar hij raakt steeds meer overbelast. Mevrouw wil absoluut niet dat zorg wordt overgenomen door anderen. De wijkverpleegkundige komt maandelijks bij het echtpaar langs en ook de casemanager is betrokken. Mevrouw wil niks dat wordt aangedragen. Meneer wordt ziek. Hij krijgt griep en kan de zorg niet meer op zich nemen. De wijkverpleegkundige komt langs bij het echtpaar en ziet een zieke man en een vrouw die boos is op haar man, omdat hij niet meer alles voor haar kan doen. Bij binnenkomst is mevrouw verdrietig want meneer heeft haar geslagen. Onmacht vertelde hij. De situatie is onhoudbaar.

FACT-team wordt ingezet om op dat moment de situatie over te nemen en te kijken voor een zeer kortetermijnoplossingen, zodat het voor het echtpaar weer een houdbare situatie wordt. Er wordt door het FACT-team besloten om mevrouw voor een korte tijd op te nemen op een ELV-plek, zodat meneer de ruimte krijgt om beter te worden. Tijdens de opname op de ELV-plek worden er stappen gemaakt om de zorg rondom het echtpaar beter te coördineren. Er wordt onder andere meer wijkverpleging ingezet en er wordt voor mevrouw 2 dagen in de week dagbesteding geregeld. Huishoudelijke hulp vanuit de Wmo wordt geïntensiveerd en voor meneer wordt er een maatje gezocht, zodat hij wat leuks kan doen op de momenten dat mevrouw bij de dagbesteding is.

**Voorbeeld: Aanrijtijden specialist ouderengeneeskunde**

In het nieuwe Generiek Kompas worden lokaal afspraken gemaakt over aanrijtijden van artsen, zoals specialisten ouderengeneeskunde. Waar het eerder gebruikelijk was om heel concreet te beschrijven waar en voor wie een arts bereikbaar en oproepbaar moest zijn binnen een bepaald tijdsbestek, wordt tegenwoordig in overleg tussen bestuurders, zorgteams, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten bepaald welke aanrijtijd passend is voor hun regio of instelling. Uiteraard vormt de zorgvraag hierbij de basis. Dat gesprek kan op verschillende manieren plaatsvinden. Belangrijk is dát het plaatsvindt en dat afspraken worden vastgelegd en gedeeld.

Voorbeeld: Verpleeghuismaatschappelijk werk

Verpleeghuismaatschappelijk werk is gespecialiseerd sociaal werk. Het heeft een begeleidende en behandelende functie naar zorgvragers en naasten. Inzet is gericht op psychosociale problemen bij het verlies of verandering van gezondheid en/of de zorgbehandeling of opname die dat met zich meebrengt. Denk daarbij aan: vragen van verlies en rouw bij zorgvragers en naasten, omgaan met veranderend gedrag, het in balans brengen van draagkracht en draaglast van mantelzorgers, het netwerk in kaart brengen en versterken of praktische vragen, zoals problemen bij vertegenwoordiging.

Voorbeeld

Een mantelzorger laat na 6 maanden opname van de partner bij bezoek zien dat dit veel emoties oproept. Ze reageert regelmatig kortaf naar de partner en ze is zichtbaar steeds sneller gefrustreerd over het toenemend moeizame handelen van de partner. Ook naar het zorgteam is ze steeds meer kortaf. Maatschappelijk werk wordt ingeschakeld om met mantelzorger in gesprek te gaan. De mantelzorger ervaart toenemende psychische klachten die zijn te relateren aan levend verlies. De maatschappelijk werk behandeling richt zich op psycho-educatie over dementie en levend verlies en begeleiding bij rouw- en schuldgevoelens.

De beschikbaarheid van een verpleeghuismaatschappelijk werker is van belang. In dit voorbeeld kan hierdoor snel na het signaleren van de problemen gestart worden met de begeleiding. Dit voorkomt escalatie in de relatie naar partner of het zorgteam.

Samenwerking

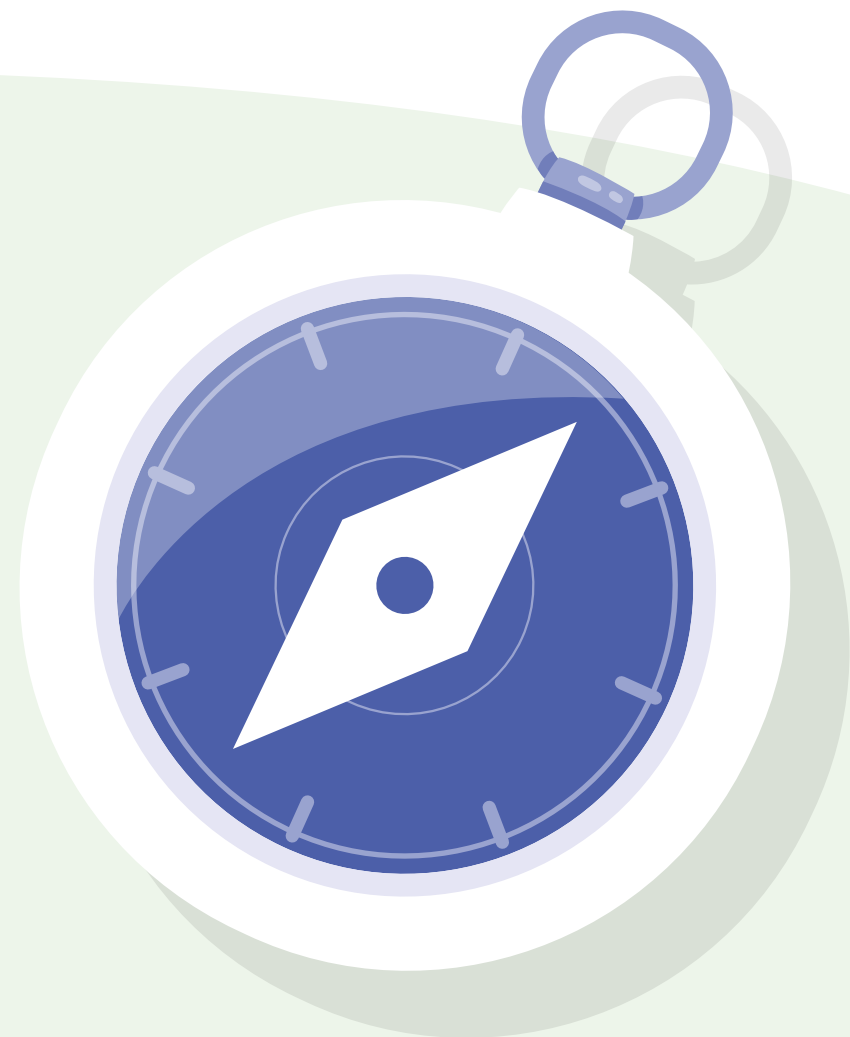
Kernboodschap

Samenwerking vraagt om een context waarin zorgvragers, hun naasten en professionals elkaar goed weten te vinden. Het is belangrijk dat professionals elkaar vroegtijdig betrekken, vertrouwen, respecteren en samen evalueren om te leren van eerdere ervaringen.



Gespreksvragen voor teams

- Hoe is structureel overleg met zorgvrager, familie en naasten geborgd?
- Hoe is structureel overleg binnen ons team geborgd, zoals MDO's, dagstarts of overdrachten?
- Welke disciplines nemen deel aan deze overleggen en waarom juist deze samenstelling?
- Hoe zorgen we ervoor dat het team continu leert, zich ontwikkelt en regelmatig evalueert?
- Op welke manier draagt aanvullende deskundigheid bij aan leren en ontwikkelen binnen ons team?
- Hoe bevorderen we gelijkwaardige samenwerking en respect voor ieders deskundigheid?



**Voorbeeld: Sociaal arrangeren: samenwerking tussen wijkverpleging en sociaal werk bij kwetsbare ouderen**

In Nijmegen loopt het initiatief Sociaal Arrangeren. Hier worden ouderen met geheugenklachten en kwetsbaarheden ondersteund op meerdere leefgebieden bij het zo lang mogelijk veilig en verantwoord thuis blijven wonen. Verwijzing loopt vaak via de arts of de wijkverpleging. Het is een samenwerking tussen de zorgvrager, mantelzorgers, zorg en het sociaal domein. De 'sociaal arrangeur' heeft hierbij de regie. Daardoor kan er tussen de domein efficiënter gewerkt worden. Zo worden crisissituaties voorkomen.

[Blijf op de hoogte van Sociaal Arrangeren](#)

**Voorbeeld: Regionale samenwerking rond wondzorg in de VVT**

Een aantal VVT-organisaties (zorg thuis en in het verpleeghuis) heeft samen een expertteam op het gebied van wondzorg. Dit team wordt ingezet als intensieve wondbehandeling nodig is. Het team verzorgt ook scholing voor alle zorgmedewerkers om hun signalerende rol te versterken. Elk team heeft een wond-aandachtsvelder die wekelijks (soms tweewekelijks) met de wondverpleegkundigen alle wonden evalueert.

Het team krijgt van tevoren te horen wanneer deze evaluaties plaatsvinden zodat alle wonden opnieuw op de foto gezet kunnen worden en er bij alle zorgvragers een TIME rapportage van de wond wordt gemaakt. Zo hebben de wond-aandachtsvelder en de wondverpleegkundige de juiste informatie om de wondevaluaties te kunnen doen. Dit is fijn samenwerken in een lerende organisatie en het voorkomt escalatie en onnodig dure zorg.

**Voorbeeld: Casus van passende deskundigheidsmix in de thuissituatie****Nonna Reco**

Een vergelijkbare vorm van stevige extramurale samenwerking tussen GZ-psychologen en specialisten ouderengeneeskunde is georganiseerd binnen het Regionaal Eerstelijns Consultatiecentrum Ouderenzorg (Nonna Reco) in de regio Nijmegen. Binnen dit samenwerkingsverband werken GZ-psychologen en specialisten ouderengeneeskunde als één team samen met huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals rondom kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen in de thuissituatie.

Door vaste aanspreekpunten per huisartsenpraktijk, korte lijnen en gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt specialistische psychologische en medische expertise laagdrempelig en tijdig beschikbaar gesteld. Deze netwerkgerichte werkwijze draagt bij aan passende zorg op de juiste plek, met behoud van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Kijk voor meer informatie op nonna-reco.nl.

Een 75-jarige vrouw met de ziekte van Alzheimer wordt in de thuissituatie gevolgd door een multidisciplinair team. De hulpvragen van de zorgvragers en haar echtgenoot variëren in verschillende fasen van het ziekteproces. Afstemming tussen de casemanager dementie, specialist ouderengeneeskunde en psycholoog vindt structureel plaats via multidisciplinair overleg (MDO), waardoor expertise op het juiste moment beschikbaar is.

De casemanager signaleert initiële vragen en gedragsveranderingen tijdens huisbezoeken en brengt deze tijdig in bij het MDO. Het team bespreekt gezamenlijk de aard van het probleem: is het een cognitieve verandering, een stemmingsprobleem, rouw of gedragsverandering? De psycholoog analyseert cognitieve en gedragsmatige signalen, conceptualiseert uitlokkende en beschermende factoren, adviseert over psychosociale interventies en biedt psycho-educatie aan de zorgvrager en mantelzorger. De specialist ouderengeneeskunde beoordeelt de medische aspecten en coördineert medicamenteuze interventies. Door deze duidelijke rolverdeling is gedragswetenschappelijke, psychologische en medische expertise beschikbaar en kan snel en adequaat worden ingezet.

Vertrouwen, korte lijnen en gezamenlijke besluitvorming zorgen ervoor dat het team effectief kan schakelen bij veranderingen in gedrag of stemming. Deze samenwerking versterkt de samenhang van zorg en behandeling en draagt bij aan het welzijn van de zorgvrager en haar mantelzorger. Door het structurele gebruik van het MDO en de integratie van deskundigheid in het team krijgt de zorgvrager passende ondersteuning op het juiste moment, en worden signalen tijdig opgepakt en adequaat opgevolgd.

**Voorbeeld: Het warm-welkom gesprek als basis voor samenwerking in de intramurale ouderenzorg****Wat is het?**

Het warm welkom-gesprek is een gesprek dat in de intramurale ouderenzorg kort na opname of verhuizing plaatsvindt tussen de zorgvrager, naasten en betrokken professionals. In dit gesprek wordt informatie gedeeld over de woon- en zorgomgeving en is er expliciet aandacht voor wat de zorgvrager en naasten belangrijk vinden in deze nieuwe fase.

Hoe ondersteunt dit samenwerken?

In de intramurale setting markeert het warm welkom-gesprek het begin van de samenwerking tussen de zorgvrager, hun naasten en het zorgteam. Door verwachtingen, rollen en communicatieafspraken vroegtijdig te bespreken, ontstaat een gedeeld uitgangspunt voor verdere zorgverlening. Het gesprek helpt om samenwerking niet vanzelfsprekend te veronderstellen, maar actief vorm te geven. Uitgangspunten van reablement en participatie in de zorg door naasten kunnen besproken en vormgegeven worden.

Waarom is dit een passend voorbeeld binnen het Generiek Kompas ouderenzorg?

Dit voorbeeld laat zien hoe samenwerking in de intramurale ouderenzorg vanaf de start kan worden ingericht, met actieve betrokkenheid van zorgvragers en hun naasten en oog voor samen beslissen en persoonsgerichte zorg.

**Voorbeeld: Sociaal werk in de intramurale zorg**

Bij zorgorganisatie Aafje werken ze met sociaal werkers in de functie van agogisch hulpverleners. De agogisch hulpverlener werkt samen met het dagelijks zorgteam, de mantelzorger, de psycholoog, de specialist ouderenzorg en maatschappelijk werk.

Ze zijn aanwezig in de huiskamer van de bewoners. Ze coachen het zorgteam in het omgaan met onbegrepen gedrag, de omgang met mantelzorgers en het inspelen op groepsdynamiek. Zij signaleren, observeren en doen interventies en dragen zorg voor korte lijntjes met de naasten. Dit start al bij het begin van de opname waarbij de agogisch hulpverlener in gesprek gaat met de zorgvrager en de naasten voor een zogenaamde 'heteroanamnese' of het open gesprek zoals het in het Kompas wordt genoemd. Zo wordt vanaf het begin een samenwerkingsrelatie opgebouwd in aanvulling op de contacten die het zorgteam heeft met de naasten.

Voorbeeld

Twee ruziënde bewoners zorgen voor onrust op de groep, handelingsverlegenheid bij het zorgteam en onrust bij de naasten. De eerste stap was het uitzoeken wanneer deze botsingen zich voordeden door de agogisch hulpverlener. Samen met de psycholoog is aanvullend persoonlijkheidsonderzoek gedaan. De persoonlijkheidskenmerken die daaruit voortkwamen bleken veel te verklaren. De een kon slecht tegen kritiek en de ander verveelde zich en kreeg een voller dagprogramma. De agogisch hulpverlener nam het zorgteam mee in de door de psycholoog geadviseerde benadering en monitort het resultaat van de interventies. Deze interdisciplinaire samenwerking vanuit een zorg en agogisch perspectief past bij de visie van het Generiek Kompas.

**Voorbeeld: Sociale Benadering Dementie Amstelring**

Bij Amstelring wordt in de intramurale zorg de Sociale Benadering Dementie toegepast, waarin de leefwereld, autonomie en het welbevinden van bewoners centraal staan. In dit model werken reguliere zorgprofessionals en nieuw opgeleide persoonlijk ondersteuners, de zogenaamde “Blijmakers”, nauw samen in één team. Door deze integratie van verschillende disciplines en achtergronden is gedragswetenschappelijke en sociaal-emotionele expertise structureel beschikbaar binnen het team. Dit maakt dat bewoners altijd ondersteuning krijgen die aansluit bij hun persoonlijke wensen en sociale rollen.

De samenwerking binnen het team wordt versterkt door gezamenlijke besluitvorming en continue afstemming tussen de bewoner en hun naasten (of mantelzorgers, verzorgenden en behandelaars). Zo ontstaat een gedeelde taal en gezamenlijke doelen, waardoor zorg en welzijn coherent en samenhangend worden aangeboden. Ook het werken volgens de principes van de Sociale Benadering Dementie stimuleert een lerende cultuur: teamleden reflecteren regelmatig op hun aanpak, delen ervaringen en stemmen interventies op elkaar af. Deze manier van werken versterkt niet alleen de kwaliteit van samenwerking, maar zorgt er ook voor dat deskundigheid en aandacht voor welzijn altijd beschikbaar zijn voor de bewoners.

Dit praktijkvoorbeeld laat zien hoe een duidelijke visie op zorg, gecombineerd met een integrale aanpak van rollen en expertise, kan bijdragen aan persoonsgerichte, samenhangende zorg en een effectieve samenwerking in de intramurale ouderenzorg.