

ZORG VOOR AFSTEMMING

Werken aan een optimaal netwerk
voor mentale gezondheid

Pim Peeters & Koen Westen

Met bijdragen van
Remmers van Veldhuizen & Philippe Delespaul



Eerste druk 2018 en tweede druk 2020 zijn verschenen onder ISBN 978 90 8850 823 3
Derde herziene druk 2022

Zorg voor afstemming
Werken aan een optimaal netwerk voor mentale gezondheid
Pim Peeters & Koen Westen

ISBN 978 90 8560 169 2
NUR 895/875
THEMA MKL
BISAC PSY031000
DOI 10.36254/978-90-8560-169-2

© 2022 Uitgeverij SWP Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met Uitgeverij SWP voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen door een onderwijsinstelling van een gedeelte uit deze uitgave, in papieren vorm of digitaal, (bijvoorbeeld voor plaatsing ervan op uw digitale leeromgeving of in een reader) kunt u zich richten tot: Stichting UvO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, Tel. 023-8700212, www.stichting-uvo.nl UvO@cedar.nl.

Voor Esther

Dit boek hebben we kunnen schrijven dankzij de inspiratie die Esther ons in de afgelopen jaren geschonken heeft. Haar moed, kracht en volharding in haar rollen als moeder, dochter, cliënt, docentcoach en student weerspiegelen in de uitwerking van dit boek. Wij denken dat iedereen een 'Esther' nabij heeft en geraakt wordt om het goede te doen voor mensen die aan het worstelen zijn.

Met dit boek helpen Esther en wij je een beetje op weg.

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	11
DEEL I	
1 DE ROL VAN DE PROFESSIONAL IN HET AFSTEMMEN VAN ZORG	16
1.1 Transitie in het sociaal domein	16
1.2 Transitie in het domein van de ggz	17
1.3 Samenwerken als integraal onderdeel van de beroeps- en opleidingsprofielen	18
1.4 CanMEDS	18
1.5 Opleidingsprofiel sociaal werk	20
1.6 Samenwerkingscompetenties	22
1.6.1 <i>Kennis over de organisatie van het sociaal domein en de ggz</i>	22
1.6.2 <i>Gezamenlijke besluitvorming</i>	23
1.6.3 <i>Continuïteit van zorg waarborgen</i>	25
2 HET ZORGNETWERK VOOR MENSEN MET ERNSTIGE PSYCHIA-TRISCHE AANDOENINGEN	26
2.1 Het sociaal domein	26
2.1.1 <i>Sociale wijkteams</i>	28
2.1.2 <i>Critical Time Intervention (CTI)</i>	30
2.1.3 <i>Maatschappelijke steunsystemen</i>	30
2.1.4 <i>Veiligheidshuis</i>	34
2.2 De geestelijke gezondheidszorg	34
2.2.1 <i>Flexible Assertive Community Treatment (FACT)</i>	36
2.2.2 <i>Vroege Interventie Psychose (VIP)</i>	39
2.2.3 <i>Intensive Home Treatment (IHT)</i>	39
2.2.4 <i>High Intensive Care (HIC)</i>	40
2.2.5 <i>Active Recovery Triade (ART)</i>	42
2.2.6 <i>Herstelacademie</i>	43
2.2.7 <i>Teaminterventies</i>	43
2.2.8 <i>Verschillen binnen de SGGZ-organisatie</i>	46

2.2.9	<i>POH-ggz</i>	47
2.2.10	<i>Basis-ggz</i>	49
2.3	Een organisatiemodel van het zorgnetwerk voor mensen met een psychiatrische aandoening	50
2.3.1	<i>Opschalen en afschalen</i>	51
3	NAAR EEN SAMENWERKINGSMODEL VOOR SOCIALE WIJK-TEAMS EN FACT-TEAMS	53
3.1	Inleiding	53
3.1.1	<i>Onvoldoende herstel</i>	54
3.1.2	<i>Sociaal wijkteam en FACT</i>	56
3.2	Integrale samenwerking in Nederland	57
3.3	Integrale samenwerking in het buitenland	60
3.4	Samenwerkingsmodel	62
3.4.1	<i>Het model</i>	62
3.5	Het samenwerkingsmodel in de praktijk	65
3.5.1	<i>Kwaliteit van de integrale samenwerking</i>	68
 DEEL II		
4	DE ONTWIKKELING VAN HET ZORGAFSTEMMINGSGESPREK (ZAG)	72
4.1	Achtergrond van het ZAG	73
4.2	ZAG in het heden	73
4.3	De ZAG-werkwijze	74
4.4	TOEPASSING VAN De ZAG-werkwijze	76
5	EEN TOELICHTING OP DE ZAG-WERKWIJZE	79
5.1	Vorbereiding ZAG	79
5.1.1	<i>Planning</i>	80
5.1.2	<i>Het doel en de inhoud uitleggen aan naasten</i>	80
5.1.3	<i>Vorbereiding van de cliënt</i>	82
5.2	Vorbereiding vervolg-ZAG	83
5.3	Opname-ZAG	84
5.3.1	<i>Kennismaking</i>	84
5.3.2	<i>Analyse van de problematiek</i>	85
5.3.3	<i>De opname bespreken</i>	86
5.4	Vervolg-ZAG	88
5.5	Ontslag-ZAG	89
5.6	Rapportage van een ZAG	90

6 HET VERTALEN VAN DE ZAG-WERKWIJZE NAAR DE EIGEN PRAKTIJK	95
6.1 Algemene aanpak	97
6.2 Besluit om een teamspecifiek ZAG op te stellen	99
6.3 De huidige situatie in kaart brengen	99
6.3.1 <i>Observaties verrichten</i>	99
6.4 De huidige situatie bespreken en een ZAG-procedure opstellen	102
6.4.1 <i>Focusgroep voorbereiden</i>	102
6.4.2 <i>Focusgroepbijeenkomsten houden</i>	102
6.4.3 <i>Actiepunten opstellen</i>	103
6.5 Een cyclisch proces	104
6.6 Toepassing binnen een afdeling voor kortdurende behandeling en begeleiding	105
6.7 Toepassing binnen een afdeling voor ouderenpsychiatrie	109
7 RECENTE HISTORISCHE ONTWIKKELINGEN VAN ZORGAFSTEMMING IN DE GGZ	113
7.1 Alleen ambulanter	113
7.2 Dagbehandeling en bed op recept	113
7.3 De screening	114
7.4 Het zorgafstemmingsoverleg	114
7.5 Van ZAO naar ZAG	116
7.6 Het ZAG is dood, lang leve het ZAG!	117
DEEL III	
8 DE NIEUWE GGZ EN HET ECOSYSTEEM VOOR MENTALE GEZONDHEID	120
8.1 INNOVATIEoptie met ambitie	121
8.2 Herijking van het doel	122
8.3 De rol van kennis verandert	123
8.4 betrokkenheid van het maatschappelijk veld en non-professionals	124
8.5 Behandeling in het dagelijks leven	125
8.6 naar een ecosysteem voor mentale gezondheid	126
8.7 Conclusie	127
AFKORTINGENLIJST	129
LITERATUUR	130

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 DE ZAG-WERKWIJZE	139
Toelichting ZAG-werkwijze voor ambulante klinische afstemming	139
ZAG-werkwijze	141
BIJLAGE 2 OBSERVATIECHECKLIST ZAG-WERKWIJZE	148
BIJLAGE 3 VOORBEELDFOLDER ZAG	158

INLEIDING

J.R. van Veldhuizen, adviseur psychiatrie

Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen hebben recht op een zo gewoon mogelijk maatschappelijk bestaan. We proberen hen steeds meer in de wijk of buurt te begeleiden en daar ook de nodige behandeling te bieden. Dat is een uitdaging voor hen, hun familie en andere steunsystemen in de buurt, maar ook voor de ggz-hulpverleners en hun collega's in het sociaal domein.

De laatste 150 jaar hadden we een andere 'oplossing' voor hen bedacht: de inrichting. Daar bestonden destijds goede argumenten voor. Reeds toen was duidelijk dat een ernstige psychiatrische aandoening niet alleen leidde tot ernstige psychiatrische symptomen, maar ook tot ernstige beperkingen op diverse levensgebieden, zoals huisvesting, werk, hygiëne, omgang met geld (armoede), slechte zelfzorg en voeding en daarnaast nog eens extra risico's op verslaving en onveiligheid. Wanneer je deze mensen wilt helpen, ben je dus niet klaar wanneer je hun psychiatrische symptomen behandelt (met bijvoorbeeld antipsychotische middelen of psychologische interventies). Nee, je zult ook iets moeten doen aan hun huisvesting, werk, vrijetijdsinvulling, voeding, hygiëne enzovoort. En zo vond men rond 1800 de oplossing: door opname in de inrichting waren al die aspecten in één klap geregeld: behandeling (voor zover dat toen bestond) was in handen van dokters en verpleegkundigen en de instelling gaf een dak boven het hoofd, bood structuur, voedsel en hygiëne, de arbeidstherapie bood werk en het geld van de patiënten werd beheerd. Zo leken alle problemen opgelost door het concept van het totale instituut en de inrichtingen werden daardoor een groot succes. Maar internationaal zag je ook dat de instellingen overbezet raakten en dat er steeds meer dwang nodig bleek om de orde en rust te bewaren. De patiënten zaten opgesloten in een patiëntrol die geen perspectief bood op een gewone burgerrol en die hen afzonderde van de echte maatschappij.

Rond 1970 schrokken we wereldwijd wakker: het besef groeide dat we door deze inrichtingen niet alleen mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, maar ook talloze mensen met andere beperkingen de kans op een gewoon leven

hadden ontnomen. Samen met algemene maatschappelijke veranderingen begon de de-institutionalisering van de ggz.

Nu, bijna vijftig jaar later, zien we dat de afbouw van veel instellingen en klinieken een feit is. Dat veel meer mensen met psychiatrische aandoeningen of andere beperkingen in de maatschappij worden behandeld en begeleid. Dit is in golven gegaan. We hebben geïnvesteerd in beschermd wonen in de maatschappij, in kleinere units en met minder inrichtingsdwang. Tijdens de ambulantisering van de ggz werd ingezet op dagbehandeling en poliklinische behandeling en later thuiszorg. We hebben inmiddels met de FACT-teams (Van Veldhuizen & Bähler, 2015; Van Veldhuizen, 2016) een manier gevonden om grote aantallen mensen buiten het ziekenhuis, in de wijk, te begeleiden en te behandelen.

Die FACT-teams hebben weer de oude waarheden ontdekt: behandelen is wenselijk, maar artsen, psychiaters en psychologen zijn niet genoeg. Om mensen echt in eigen huis te laten functioneren, moeten we er ook zijn op al die andere levensgebieden zoals werk, huisvesting, vrijetijdsbesteding, hygiëne, veiligheid en voeding. Zonder aandacht voor die aspecten kunnen mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen niet 'participeren', maar zullen ze 'verparticipieren'. Hier ontmoeten de FACT-teams van de ggz dus de broodnodige sociale teams en wijkteams vanuit de gemeenten. Juist zij hebben toegang tot die bronnen (resources). Zonder hun steun wordt inclusie een illusie. De ggz kan niet alle levensgebieden onder regie houden en heeft maatschappelijke teams nodig. Die maatschappelijke teams hebben op hun beurt de ggz-teams nodig, omdat veel cliënten niet in de wijk kunnen wonen zonder (intensieve) psychiatrische behandeling en ondersteuning bij hun herstel. Naast de inzet van al deze professionals vanuit verschillende disciplines, beginnen we de laatste jaren te ontdekken dat we het in de wijk niet redden wanneer we, zoals in het instituut destijds, de krachten van cliënt, familie en andere ondersteuners niet benutten. Zonder hen kun je het wel vergeten.

Het succes van de de-institutionalisering of ambulantisering staat of valt dus met de gezamenlijke inspanningen van maatschappelijke teams en ggz-teams en hun samenwerking met cliënten, families en andere 'supporters' in de buurt. Dat vraagt nieuwe manieren van afstemming en die willen de auteurs in dit boek verder uitwerken. Dit is extra wenselijk omdat zowel de maatschappelijke teams als de ggz-teams nog maar kort aan het werk zijn en op allerlei plekken het wiel nog moeten uitvinden, elkaar nog moeten leren kennen en moeten gaan begrijpen hoe je samen met cliënt en systeem de behandeling en begeleiding vorm kunt geven.

Dit boek bestaat uit drie delen. In het *eerste* deel gaan de auteurs in op het waarom van samenwerking. Ze beschrijven de activiteiten die vanuit de ggz worden geboden en ontwikkelen een model voor samenwerking en afstemming vanuit een duidelijk perspectief. Het *derde* deel biedt een visie voor de toekomst: hoe willen we dat de wijkpsychiatrie gaat worden en wat kunnen we daarbij leren van 'de Nieuwe GGZ'? Het *tweede* deel, de hamburger in de Big Mac, beschrijft pragmatisch hoe je afstemming en overleg kunt organiseren tussen cliënten, hun families en de verschillende teams waarmee cliënten te maken krijgen, namelijk door het organiseren van een 'zorgafstemmingsgesprek' (ZAG). Niet om een model te schetsen van hoe het *moet*, maar wel om te tonen dat het *kan*, dat het te organiseren is en dat het werkt.

Het is de hoop van de auteurs dat dit boek iets kan betekenen voor allen die betrokken zijn bij hulp in de wijk aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Ik hoop dat het boek wordt geïncorporeerd in de deskundigheden van de betrokkenen en kan bijdragen aan competenties van veel verschillende werksoorten en van professionals, vrijwilligers en steunbieders van familie. Ik wens u allen daarbij veel leesplezier!

DEEL I

Met het efficiënter en effectiever en vooral het ambulant organiseren van zorg en begeleidingsondersteuning neemt de noodzaak tot integraal samenwerken toe. Intramurale en extramurale zorg schuiven in elkaar om complexe problematiek op meerdere levensgebieden in de nabije omgeving van de cliënt het hoofd te kunnen bieden. Het samenwerken in (transmurale) netwerken lijkt daarvoor de standaard te worden. In deze netwerken werken zowel formele als informele partijen in meer of mindere mate samen. Verdere of betere samenwerking tussen cliëntorganisaties, mantelzorgers, burgerinitiatieven en medewerkers vanuit het sociaal domein, de algemene gezondheidszorg, de maatschappelijke zorg en de geestelijke gezondheidszorg is noodzakelijk. Deze integraliteit in samenwerking vraagt om nieuwe werkprocessen en competenties van de professional. Om hieraan een bijdrage te leveren wordt in dit deel een eerste aanzet gegeven tot een modelbeschrijving ten behoeve van een integrale werkwijze met de bijbehorende competenties voor professionals en opleidingen in het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg. Het biedt handvatten om gezamenlijk te starten met integraal samenwerken en om de competenties aan te scherpen. Ook voor professionals uit andere werkvelden dan het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg kan het een bruikbaar perspectief bieden op integrale samenwerking en als leidraad dienen voor nieuwe samenwerkingsmodellen en -werkwijzen.



1 DE ROL VAN DE PROFESSIONAL IN HET AFSTEMMEN VAN ZORG

In het gemeentelijk sociaal domein en in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) hebben zich in de afgelopen jaren vele veranderingen voorgedaan. Deze veranderingen hebben verstrekende gevolgen gehad voor het gehele zorgstelsel. Vanuit visie en economische overwegingen is de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen rigoureus veranderd. In de jaren voor de transitie en transformatie van de domeinen leverden de grote ggz-instellingen integrale en geïntegreerde totaalzorg op alle levensgebieden. Die totale integratie binnen één instelling is er niet meer en dat vraagt om nieuwe samenwerkingsvormen tussen instellingen en domeinen.

1.1 TRANSITIE IN HET SOCIAAL DOMEIN

De transitie in *het sociaal domein* komt voort uit de inefficiëntie van het voormalige (en deels huidige) zorgstelsel en een groeiend besef dat er iets verwacht mag en kan worden van de burger. Richtinggevende thema's zijn: meer mensgericht werken, het leveren van betaalbare zorg en het verlenen van maatschappelijk ingebedde ondersteuning. Met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geeft de Rijksoverheid uiting aan het transitieproces in de vorm van wet- en regelgeving. De impact van deze wet is voelbaar in het gehele sociaal domein en daarbuiten. Gemeenten richten zich met de Wmo op de zorg voor en de ondersteuning van alle burgers binnen hun gemeentegrenzen.

Met de Wet langdurige zorg, de Jeugdwet en de Participatiewet is het aantal domeinen waarvoor gemeenten de verantwoordelijkheid hebben nog verder vergroot. Gemeenten dienen zich nu op het volledige maatschappelijke domein te richten. Het vergroten van de eigen kracht van burgers, van eigen regie en zelfmanagement is richtinggevend, evenals de promotie van burgerschap, burgerparticipatie en wijkparticipatie. Dit is zo'n grote opgave dat de Raad voor

Maatschappelijke Ontwikkeling (2014) zich bij de invoering van de Wmo al zorgen maakte over de mogelijkheid dat de wet sociale groeperingen in zwakke posities zou kunnen benadelen.

1.2 TRANSITIE IN HET DOMEIN VAN DE GGZ

Het sociaal domein, het veiligheidsdomein en het maatschappelijk domein hebben meer dan ooit te maken gekregen met cliënten¹ die relatief vaak in een sociaal zwakke positie verkeren; het *domein van de mentale gezondheidszorg*. Ook in dit domein heeft een transitie plaatsgevonden naar een uitsplitsing in geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts, zorg in de basis-ggz of zorg in de specialistische ggz (SGGZ). Men wil lichte zorg zo snel en dichtbij mogelijk bieden om ergere klachten te voorkomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om lichte, preventieve zorg via de POH-ggz bij de huisarts of vanuit een herstelacademie. Meer gespecialiseerde behandeling via de basis-ggz of specialistische ggz wordt pas ingezet wanneer dat noodzakelijk is. Zo kunnen wachtlijsten voor veel mensen met lichte tot matige klachten worden voorkomen. De voortschrijdende specialisering in de SGGZ heeft er in de afgelopen jaren echter weer voor gezorgd dat de wachtlijsten voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen oplopen. Het opdelen van de SGGZ, of de ggz als geheel, in compartimenten zorgt voor overspecialisatie. Hierdoor komen cliënten met de meest ingewikkelde zorgindicatie bijna per definitie niet in aanmerking voor de meest gespecialiseerde zorg. Een cliënt met een zorgindicatie Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) voldoet altijd wel aan een uitsluitscriterium van de betreffende gespecialiseerde afdeling.

In de SGGZ zien we ook een transformatie naar een meer herstelondersteunende, ambulante en opnamevoorkomende visie en handelwijze. Het ondersteunen van het persoonlijk herstelproces van de cliënt, vaak aangeduid als herstelondersteunende zorg (HoZ), heeft in de SGGZ vaste voet aan de grond gekregen. Een kenmerkende doelstelling is het terugdringen van dwang en de reductie van bedden in de kortdurende en langdurige psychiatrie. Er is hoop dat de langdurige, klinische verblijfsafdelingen tot het verleden gaan behoren, zodat er meer vormen van wonen en behandelen op maat aangeboden kunnen worden. De cijfers van de afgelopen jaren (Kroon et al., 2021) laten echter nog geen daling zien. Wel lijkt het besef aanwezig dat het noodzakelijk is om de SGGZ te ontschotten en specialistische

1 In dit boek wordt gesproken van 'cliënt' indien er sprake is van een formele relatie met een zorgorganisatie. In dit kader is er bewust niet gekozen voor de term 'patiënt', omdat deze term niet als passend wordt ervaren in de gelijkwaardige relatie die wordt nagestreefd in het proces van zorgafstemming.

behandeling dichtbij beschikbaar te maken voor mensen met de meest complexe psychiatrische problematiek.

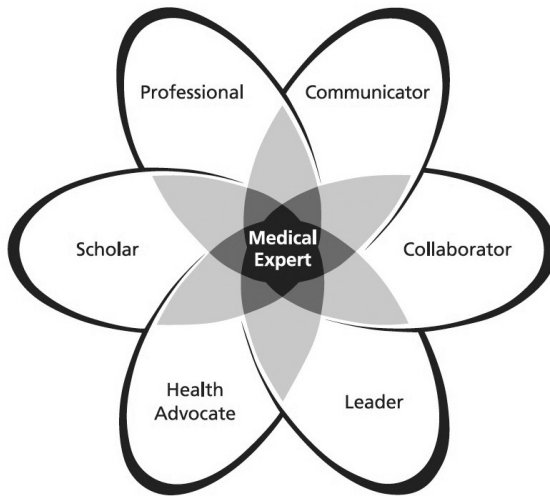
1.3 SAMENWERKEN ALS INTEGRAAL ONDERDEEL VAN DE BEROEPS- EN OPLEIDINGSPROFIELEN

De ontwikkelingen in het sociaal domein en de ggz doen een toenemend beroep op het vermogen van professionals om hun positie in het zorgnetwerk te kennen en de zorg af te stemmen met netwerkpartners. De steeds kortere duur van klinische opnames dwingt klinische teams bijvoorbeeld tot nauwere samenwerking met ambulante teams. En waar deze ambulante teams in het verleden ernaar streefden om de zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zo *geïntegreerd* mogelijk binnen het team te verlenen, zijn zij door de ontwikkelingen in het sociaal domein gedwongen tot integrale samenwerking met verschillende netwerkpartners in de wijk of regio.

De veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg lopen parallel aan vergelijkbare veranderingen in de somatische gezondheidszorg. Ook ziekenhuisverblijven worden steeds korter, waardoor de samenwerking met de thuiszorg belangrijker wordt. De thuiszorg heeft weer in toenemende mate te maken met netwerkpartners in het sociaal domein. Het is dan ook niet vreemd dat deze ontwikkelingen weerspiegelen in de meest recente beroepsprofielen voor hulpverleners.

1.4 CANMEDS

De huidige beroepsprofielen voor artsen, psychologen, verpleegkundigen en de meeste paramedici volgen het CanMEDS-model van het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Figuur 1.1). De CanMEDS onderscheidt zeven verschillende beroepscompetenties die een hulpverlener nodig heeft bij het verlenen van goede zorg. De competentie van het verlenen van vakinhoudelijke zorg (zoals medische, verpleegkundige of fysiotherapeutische zorg) staat hierin centraal. Daarnaast worden nog zes andere competenties beschreven waarmee hulpverleners direct of indirect een bijdrage leveren aan de zorg.



Figuur 1.1 De originele weergave van het CanMEDS-model. Copyright© 2015 *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. Gereproduceerd met toestemming.

De accenten in deze zes competenties tussen de verschillende zorgberoepen verschillen van elkaar, maar in alle beroepsprofielen die volgens de CanMEDS zijn beschreven, komt de competentie van samenwerkingspartner expliciet naar voren als een van deze zes. Naast een goede samenwerkingsrelatie en gezamenlijke besluitvorming met de cliënt en diens naasten, onderschrijft deze competentie het belang van een goede samenwerking, voortdurende onderlinge afstemming en overdracht binnen het zorgnetwerk. In de verschillende opleidingsprofielen worden meer specifieke kennis, vaardigheden en houdingsaspecten beschreven die nodig zijn om competent te zijn op het betreffende vlak (zie Box 1.1 voor een voorbeeld vanuit het opleidingsprofiel hbo-verpleegkunde). Enkele kernbegrippen zijn duidelijk zichtbaar: doorverwijzen, gezamenlijke besluitvorming, en waarborgen van de continuïteit van de zorg.

CanMEDS-rol Samenwerkingspartner

Kernbegrip: Continuïteit van zorg

Het delen van kennis en informatie gericht op het garanderen van een ononderbroken betrokkenheid van de noodzakelijke hulpverleners bij het zorgverleningsproces van de zorgvrager door de tijd heen.

Kennis

- Kent ketenprocessen en de organisatie van de zorg in de eigen regio;
- Kent (potentiële) samenwerkingspartners in en buiten de zorg;
- Kent zorglogistieke processen en knelpunten in het zorgproces;
- Kent methoden van doeltreffende en doelmatige verslaglegging en overdracht en daarbij relevante wet- en regelgeving.

Vaardigheden

- Kan de communicatie tussen de verschillende hulpverleners bevorderen;
- Kan zorglogistieke processen beïnvloeden ten gunste van een soepel lopend zorgproces;
- Kan efficiënt en effectief verslagleggen, overleggen en overdragen en brengt collega's en andere betrokken hulpverleners inhoudelijk op de hoogte van de uitkomsten van (multidisciplinair) overleg.

Attitude

- Toont een gelijkwaardige, open houding in het contact met zorgvragers en diens naasten, met collega's, in het multidisciplinaire team en met andere samenwerkingspartners;
- Stelt de zorgvraag, het belang van de zorgvrager en het zonder onderbrekingen verlopen van het zorgproces centraal.

Box 1.1 Uitwerking van het kernbegrip continuïteit van zorg horende bij de CanMEDS-rol Samenwerkingspartner in het BN2020-opleidingsprofiel voor hbo-verpleegkundigen. Copyright © 2015 Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde. Gereproduceerd met toestemming.

1.5 OPLEIDINGSPROFIEL SOCIAAL WERK

Ten tijde van het schrijven van dit boek vindt een verschuiving plaats in de opleidings- en beroepsprofielen van de maatschappelijk werkers, sociaal pedagogisch hulpverleners en social workers. Het in 2017 verschenen *Landelijk Opleidingsdocument Sociaal Werk* schetst de kaders voor een gedeelde opleidingsbasis en nieuwe uitstromingsprofielen waarin deze beroepen onder nieuwe benamingen zijn opgenomen. Dit document beschrijft de competenties van de professionals sociaal werk door middel van een andere methodiek dan die van de CanMEDS.