CanMEDS-rollen
in de praktijk van de ouderenzorg

ZORG ONDERWIJS OVERHEID Zorgpact + Midden Nederland

Handboek

Inhoudsopgave

Inleiding **5**

1. De pilot bij Lyvore **9**
1.1 Een urgent vraagstuk als start 9
1.2 De pilotteams 10
1.3 Communicatie 11

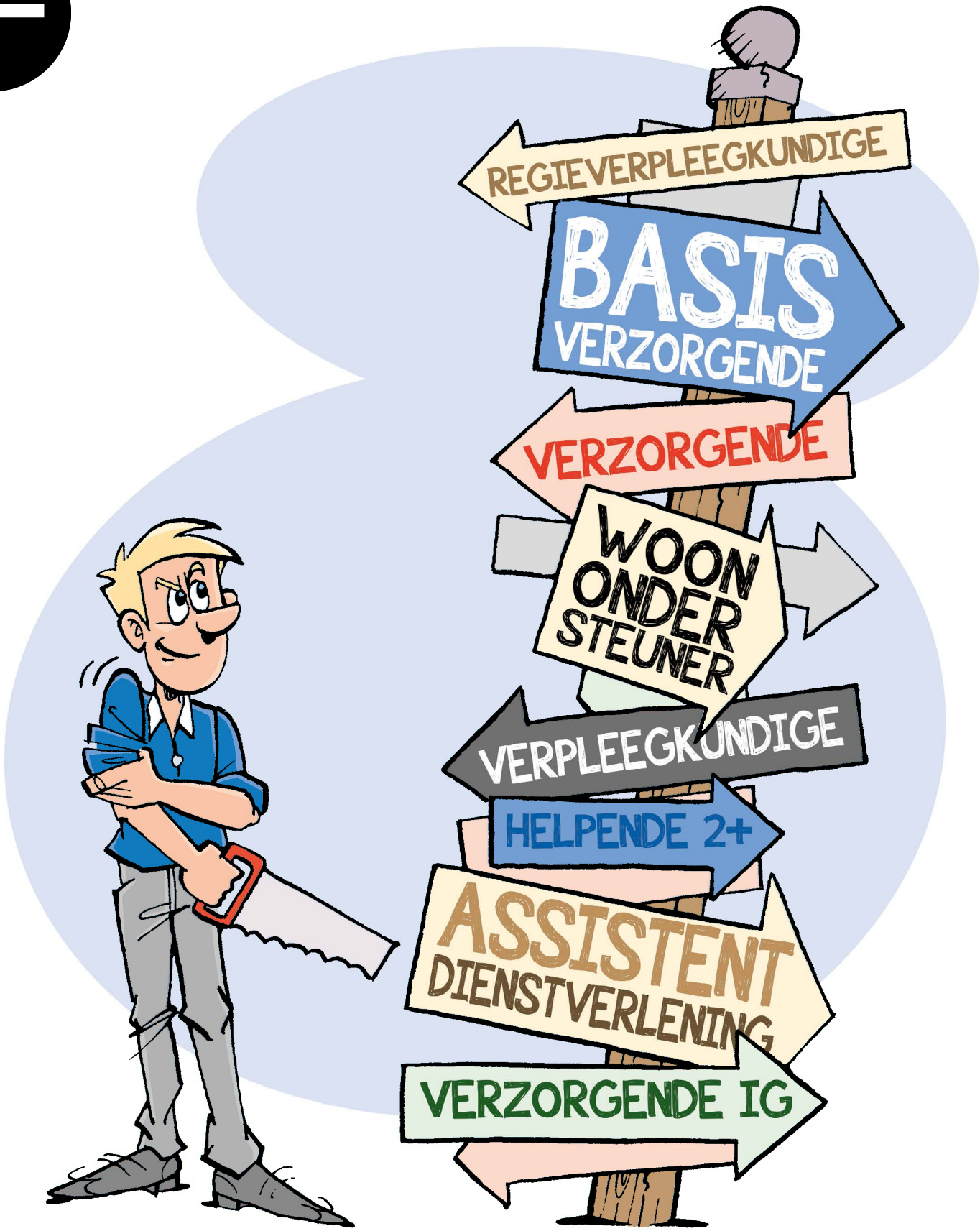
2. De aanpak in grote lijnen **13**
2.1 De aanpak in grote lijnen 13
2.2 Stappenplan 'De routekaart' 14
2.3 Meten is weten 16
2.4 Drie workshops en een introductie 18

3. Effecten van het leren werken met de CanMEDS-rollen **23**
3.1 Cliëntgerichter werken 23
3.2 Casuïstiek bespreken leidt tot betere taakverdeling 23
3.3 Meer werken passend bij je functieniveau 24
3.4 Aangepaste teamsamenstelling 24
3.5 Betere multidisciplinaire samenwerking 24
3.6 Elkaar meer feedback geven 24
3.7 Toegenomen kritisch vermogen 25

Colofon **27**

Bijlagen

1. Projectplan
2. Samenvatting CanMEDS-rollen
3. Vragen metingen onder medewerkers, multidisciplinaire teams en cliënten/mantelzorgers
4. Evalueren
5. Draaiboek workshop 1
6. Ondersteunende powerpoints voor introductie en workshops
7. Helpende vragen
8. Casuïstiek beschrijven
9. CanMEDSspel
10. Functieomschrijving HBO-verpleegkundige
11. Brondocument


REGIEVERPLEEGKUNDIGE
BASIS VERZORGENDE
VERZORGENDE
WOON ONDER STEUNER
VERPLEEGKUNDIGE
HELPENDE 2+
ASSISTENT DIENSTVERLENING
VERZORGENDE IG

Inleiding

De laatste jaren is onder andere als gevolg van taakherschikking binnen het verpleegkundig beroep een veelheid aan functies in de verpleeg-, verzorgingshuizen en de thuiszorg (VVT) ontstaan. Het is daardoor onduidelijk welke medewerker welke zorg mag verlenen of verpleegtechnische handelingen mag verrichten. Deze onduidelijkheid kan leiden tot over- of ondervraging en tot taakverwarring tussen de op verschillende niveaus opgeleide medewerkers. Het ontwikkelen van doorgaande opleidingslijnen om zo de talenten van medewerkers te benutten wordt daardoor ook lastig.

Aanleiding

Voor zorgorganisatie Lyvore was deze situatie de aanleiding om het aantal functies terug te brengen en duidelijk te maken wat precies de taken en verantwoordelijkheden van de diverse functieniveaus zijn. De introductie van de CanMEDS-rollen en de nieuwe opleidingsprofielen voor mbo en hbo leken een mooi aanknopingspunt om de bestaande functies te herijken.

Lyvore heeft het aantal functies waar mogelijk verminderd, ze laten aansluiten op elkaar en passend gemaakt bij de kwalificaties van de beroepsopleidingen. Er werd een project gestart, ondersteund en aangestuurd door Utrechtzorg.

Opleidings-/functiematrix

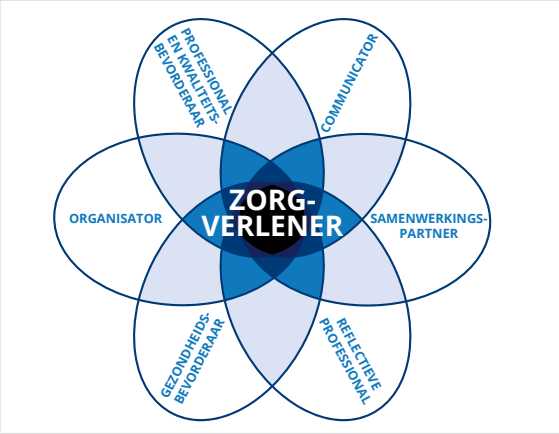
Een werkgroep die bestond uit vertegenwoordigers van Lyvore, ROC Midden Nederland (Gezondheidszorgcollege), MBO Amersfoort, Hogeschool Utrecht (Bachelor verpleegkunde) en Utrechtzorg bracht als eerste stap de verschillen en overeenkomsten tussen de opleidingsprofielen in kaart. Dit leidde tot een opleidings-/functiematrix, waarin de reikwijdte van de werkzaamheden en verantwoordelijkheden binnen de CanMEDS-rollen is weergegeven van de assistent dienstverlening en zorg[1] (mbo niveau 1), de helpende zorg en welzijn (mbo niveau 2), de verzorgende IG (mbo niveau 3), de verpleegkundige (mbo niveau 4) en de hbo-opgeleide verpleegkundige (niveau 6).

[1] Voor meer informatie over de niveau-indeling: www.nlqf.nl/nlqf-niveaus

Lyvore heeft met deze matrix haar functieprofielen geactualiseerd. Niet om taakgebieden en functies te voorzien van scherpe grenzen, maar om overlap vanuit een helder kader bespreekbaar te maken ten behoeve van een goede samenwerking. Een samenwerking waarin medewerkers met diverse opleidings-

niveaus elkaar aanvullen en versterken. Daarbij spelen vragen als:
- wat is de meerwaarde van een niveau 6-opgeleide verpleegkundige ten opzichte van de niveau 4-opgeleide verpleegkundige in een gegeven context?
- is er een helder onderscheid tussen functieniveau 2 en niveau 3?

Voor een voorbeeld van een functieomschrijving zie bijlage 10.



CanMEDS-rollen

De CanMEDS worden gebruikt om de verschillende rollen te beschrijven die zorgprofessionals vervullen in de zorg voor hun cliënten. Het is een systematiek om complexe competenties te kunnen verdiepen en beschrijven. Er is één centrale rol, de zorgverlener met vakinhoudelijke competenties, en zes ondersteunende rollen die daarmee samenhangen. Samen vormen zij de zeven CanMEDS-rollen. Hoewel de rollen apart van elkaar zijn beschreven, zijn zij onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Pilot

Na het ontwikkelen van de opleiding-/functiematrix en het aanpassen van functies en functiebeschrijvingen is Lyvore gestart met een pilot in vier teams die als doel had: ontwikkel een werkwijze waarmee zorgteams hun samenwerking “zelfstandig” leren te organiseren en optimaliseren op basis van de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus, zodanig dat:
- elk teamlid werk doet dat aansluit bij het opleidings- en deskundigheidsniveau;
- teamleden elkaar aanvullen en versterken;
- teams aan de cliënten en hun naasten kwalitatief goede en efficiënte zorg verlenen.

Het handboek

In dit handboek beschrijven wij de werkwijze die in de pilot is gevolgd en de effecten daarvan op de teamsamenwerking en de individuele werkbeleving.

De ontwikkelde opleidings-/functiematrix

De ontwikkelde opleidings-/functiematrix, gekoppeld aan de CanMEDS-rollen is in zorgorganisaties ook voor andere zaken te gebruiken, denk aan de inrichting van het functiehuis: welke functies zijn in welke zorgvormen nodig en hoe kunnen deze structureel ingezet worden om aan de klantvraag te kunnen (blijven) voldoen. Of bijvoorbeeld voor het voeren van individuele loopbaangesprekken. Ook binnen het beroepsonderwijs is het ontwikkelde instrument te gebruiken, denk aan: de samenhang zien tussen de verschillende zorgopleidingen, het afstemmen van de curricula van de verschillende zorgopleidingen op elkaar, het geven van voorlichting over in- en doorstroming en benoemen van de kenmerkende verschillen tussen opleidingen voor verzorgende, een mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundige en het vertrouwd maken van studenten met de systematiek van de CanMEDS-rollen.

Voor wie is dit handboek?

Dit handboek is bedoeld voor:
- Teamcoaches/-leiders die met zorgteams willen werken aan een effectieve en efficiënte werkwijze en taakverdeling;
- HRM-/P&O-medewerkers die in hun organisatie werken aan taak-functieomschrijvingen en passende functie-mixen in teams;
- Docenten/onderwijsontwikkelaars die studenten voorbereiden op hun taak en rol als zorgverlener.

Leeswijzer

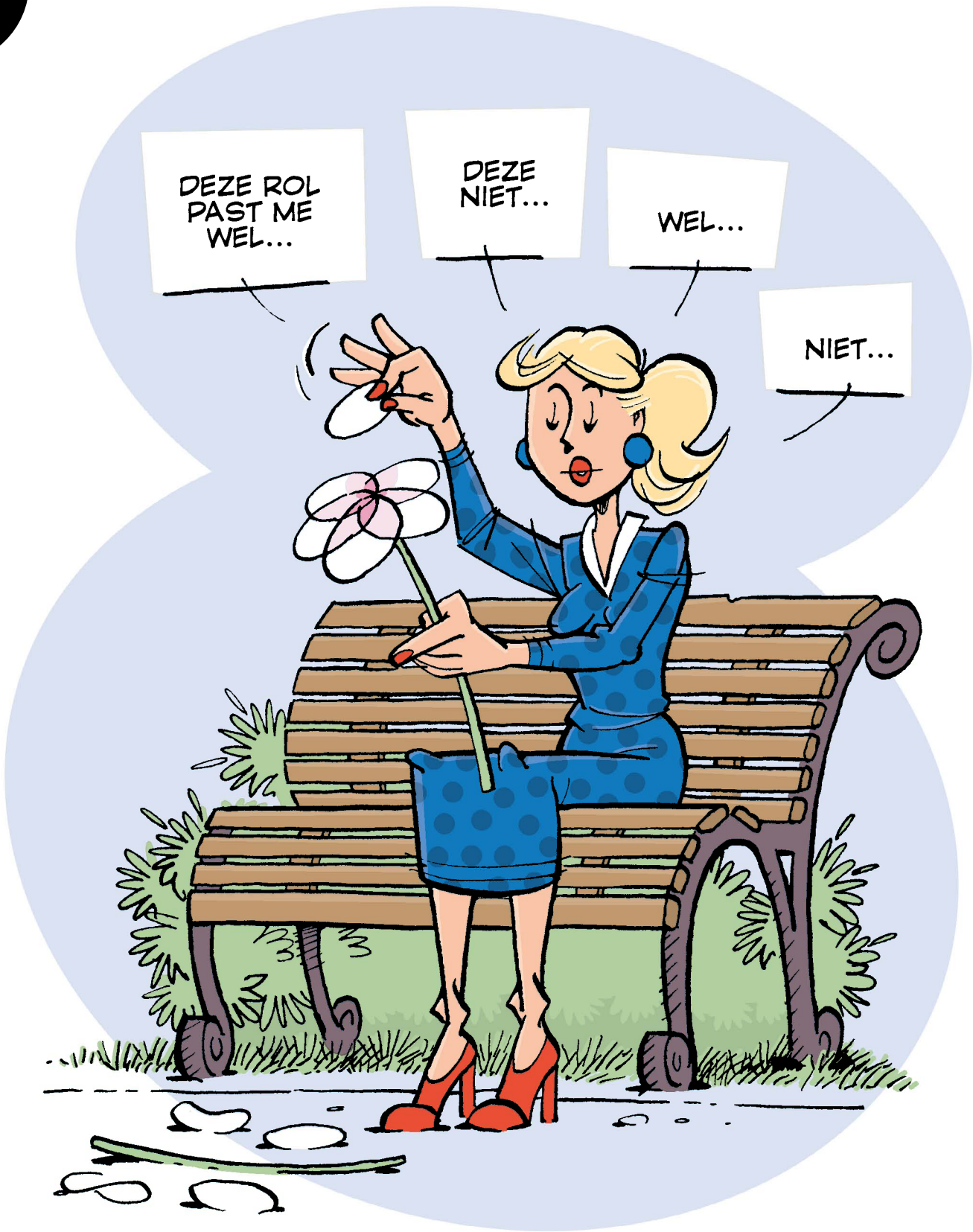
Het handboek is op verschillende manieren te lezen en te gebruiken. Wil je meteen met een team aan de slag? Dan vind je in hoofdstuk 2 een beschrijving van de werkwijze en workshops. In bijlage 2 en 11 vind je de ontwikkelde opleidings-/functiematrix om te gebruiken. In bijlage 5 en 6 staan een draaiboek en de ondersteunende presentaties.

Wil je weten wat de effecten zijn van het werken vanuit de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus? Dan vind je in hoofdstuk 3 de uitkomsten van de evaluaties in de teams en de 0- en nameting die gehouden zijn onder de teams, cliënten en hun naasten en onder collega-behandelaars en teammanagers. In bijlage 3 vind je de vragenlijsten die wij gebruikt hebben en in bijlage 4 de evaluatievragen die tijdens bijeenkomsten zijn gebruikt.

Wil je weten hoe het project is opgezet binnen Lyvore, welke keuzes zijn gemaakt en welke brondocumenten zijn ontwikkeld? Lees dan hoofdstuk 1 en de bijlagen 1, 2,10 en 11.

De bijlagen zijn ook als werkdocument te vinden op de website van Utrechtzorg:
www.utrechtzorg.net
(contact: info@utrechtzorg.net)

Tip: In de tekst vind je tussendoor praktische tips, deze herken je aan dit lampje.


DEZE ROL PAST ME WEL...
DEZE NIET...
WEL...
NIET...

1. De pilot bij Lyvore

In dit hoofdstuk beschrijven we op welke manier Lyvore heeft toegewerkt naar de ontwikkeling van een werkwijze waarmee zorgteams hun samenwerking "zelfstandig" leren te organiseren en optimaliseren op basis van de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus, zodanig dat:

- elk teamlid werk doet dat aansluit bij het opleidings- en deskundigheidsniveau;
- teamleden elkaar aanvullen en versterken;
- teams aan de cliënten en hun naasten kwalitatief goede en efficiënte zorg verlenen.

1.1 Een urgent vraagstuk als start

Dit traject is niet zomaar begonnen. Er waren binnen Lyvore gedeelde urgente vraagstukken:

- Er zijn te weinig verpleegkundigen binnen de organisatie: hoe halen we hen binnen en zorgen we dat het werk voor hen aantrekkelijk is?
- Verzorgenden IG ervaren veel werkdruk: voeren zij taken uit waarvoor ze minder gekwalificeerd zijn of zijn ze voor sommige taken juist overgekwalificeerd?
- Voor Helpenden/dienstverleners is geen opleidingsbeleid en zijn er geen doorlopende leerlijnen. Kunnen we dat ontwikkelen?
- Hoe kunnen we BBL-leerlingen en BOL-stagiaires meer binden en boeien?

Op basis van deze vraagstukken is de opleidings-/functieniveaus ontwikkeld uit bijlage 11: een overzicht van de CanMEDS-rollen onderverdeeld naar verantwoordelijkheden die passen bij de verschillende opleidings- en functieniveaus.

De vraag was vervolgens tweeledig:

1. Hoe leren we de teams het gesprek te voeren en de taakverdeling zo te organiseren dat we voor elke cliëntvraag recht doen aan de kwaliteiten van elk teamlid?
2. Draagt een dergelijke manier van samenwerken inderdaad bij aan de oplossing van ons urgente vraagstuk?

Onder begeleiding van een projectleider, Rita Scholten, vanuit Utrechtzorg is een werkgroep gevormd die bestond uit een verantwoordelijk manager zorg, Lieke van Lith, en twee opleidingsadviseurs, Jeannette van Deuveren en Petra Adelaar. Voor de ondersteuning werden Karin Derksen en Joke van Alten aangetrokken. In het projectteam is de onderstaande pilot ontworpen. De werkwijze met de pilotteams beschrijven we in hoofdstuk 2.

Tip: Als je binnen je eigen organisatie met deze manier van werken aan de slag wilt, zorg dan dat je aansluit bij een urgent vraagstuk en maak duidelijk op welke manier deze aanpak bijdraagt aan de oplossing daarvan. Vorm een projectgroep met vertegenwoordigers uit de lijn en opleidingsdeskundigen als ondersteuners.

1.2 De pilotteams

Er is voor gekozen om in vier pilotteams, die verschillende zorg- en ondersteuningsvormen voor cliënten bieden, aan de slag te gaan. De teams werden niet aangewezen maar gevraagd en geënthousiasmeerd om mee te doen, waarbij van tevoren wel is gekeken naar stabiliteit in het team en een aanwezige wens om de geleverde zorg verder te verbeteren. We enthousiasmeren de teams door hen in een introductie-bijeenkomst uit te leggen wat de bedoeling is en waarom Lyvore graag wil dat zij meedoen.

Bij die uitleg zorgden we voor een visuele en overzichtelijke uitleg op 1 A4, zie de routekaart in hoofdstuk 2. Daarin wordt helder wat we gaan doen, wat we verwachten van de teams en wat het voor de teams oplevert als ze meedoen. De powerpoint die is gebruikt vind je in bijlage 6.

Binnen Lyvore liep ook een traject "zelforganisatie"; de medewerkers van de deelnemende teams werden gefaciliteerd om voorafgaand aan de pilot een training 'zelfleiderschap' te volgen. De gedachte hierachter was dat medewerkers dan nog beter in staat zouden zijn om als team de samenwerking zelfstandig vorm te geven. Medewerkers konden zelf kiezen of ze aan deze training wilden deelnemen.

Tip: Houd de tijd tussen de introductiebijeenkomst en de start van de pilots kort. Zo houd je de energie vast en onthouden de teamleden beter waar ze ook alweer mee gaan starten.

Team 1 is gericht op revalidatiezorg.
Het team bestaat uit 23 medewerkers: 2 medewerkers huishoudelijke zorg (niveau 1), 2 basisverzorgenden (niveau 2 met interne +), 7 verzorgenden IG (niveau 3), 8 verpleegkundigen (niveau 4). 2 leerling-verzorgenden IG (niveau 3) en 2 leerling-verpleegkundigen (niveau 4). Het team is nieuwsgierig, leergierig en wil aan de slag. Een groep medewerkers die zich wil ontwikkelen, individueel en als team.

Team 2 is gericht op somatische en transfer zorg.
Het team bestaat uit 6 medewerkers: 5 verpleegkundigen (niveau 4) en 1 leerling- verpleegkundige (niveau 4). Het team kent elkaar behoorlijk goed en is gewend om met elkaar samen te werken. Het team is alert, zeer leergierig en bereid om naar elkaar te luisteren.

Team 3 is gericht op het verlenen van zorg aan huis.
Het team bestaat uit 17 medewerkers: 1 helpende zorg en welzijn (niveau 2), 6 basisverzorgenden (niveau 2 met interne +), 5 verzorgenden IG (niveau 3), 2 verpleegkundigen (niveau 4) en 1 hbo-verpleegkundige.1 leerling-verzorgende IG (niveau 3) en 1 leerling-verpleegkundige (niveau 4). Het team bestaat

uit een grote groep medewerkers die al langer met elkaar samenwerken en gewend zijn een aantal zaken met elkaar te regelen. Bereidwillig om te luisteren naar elkaar.

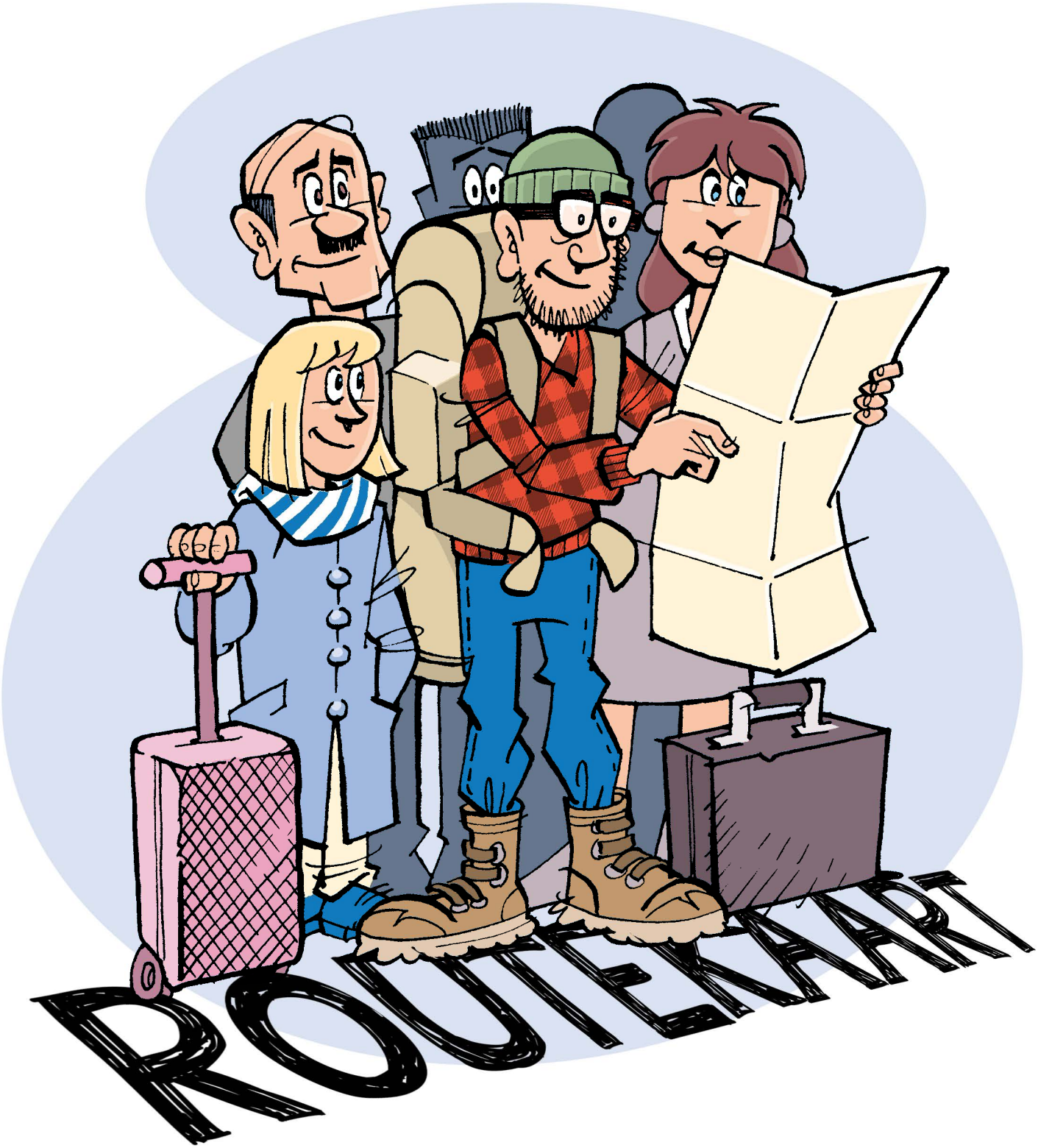
Team 4 is gericht op werken in een woonzorgcentrum en kortdurend verblijf.
Het team bestaat uit 16 medewerkers: 2 zorgondersteuners (niveau 1), 3 woonmedewerkers (niveau 1), 1 helpende zorg en welzijn (niveau 2), 5 basisverzorgenden (niveau 2 met interne +), 3 verzorgenden IG (niveau 3), 1 verpleegkundige (niveau 4). 1 leerling-verzorgende IG (niveau 3). Het is een hecht team, dat heel tevreden is over de samenwerking en zij zijn trots op de ontwikkelingen die zij binnen het team hebben doorgemaakt. Het team is leergierig.

Tip: Kies teams die een wens tot verandering hebben en stabiel zijn, in die zin dat er een vaste groep medewerkers is die de pilot kan dragen. Houd er rekening mee dat uit de pilot kan komen dat er meer of minder medewerkers van andere functieniveaus nodig zijn in de teams. Binnen Lyvore is in team 1 bijvoorbeeld de rol van zorgcoördinator er anders uit gaan zien en gaan enkele teamleden het multidisciplinair overleg bijwonen. Als je hieraan begint moet je als organisatie bereid zijn om die vervolgstap te zetten.

Tip: Begin klein en start niet meteen met alle teams in de organisatie. Zie het als een cyclisch praktijkgericht leer- en ontwikkeltraject. Daarin spelen twee vragen: 1) Wat werkt in de teams en hoe kunnen nieuwe teams leren van de opgedane ervaringen? 2) Hoe kunnen de eerst gestarte teams ook weer leren van de ervaringen van later gestarte teams?

1.3 Communicatie

Naast communicatie naar de teams is het van groot belang om de cliënten, hun naasten, en de behandelaars ,denk aan ergo- en fysiotherapeuten, artsen en gedragswetenschappers, goed te informeren over de pilots. Zij gaan, als het goed is, merken dat de teamleden andere vragen gaan stellen en wellicht rollen oppakken die eerst niet of bij andere collega's belegd waren. Van de behandelaars vraagt dit dat zij de teamleden waar nodig ondersteunen in het oppakken van hun (nieuwe) rollen en taken.


ROUTEKAART

2. De aanpak in grote lijnen

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe je als organisatie aan de slag kunt met het volgende doel: Zorgteams leren hun samenwerking "zelfstandig" te organiseren en te optimaliseren op basis van de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus, zodanig dat:

- elk teamlid werk doet dat aansluit bij het opleidings- en deskundigheidsniveau;
- teamleden elkaar aanvullen en versterken;
- teams aan de cliënten en hun naasten kwalitatief goede en efficiënte zorg verlenen.

Je vindt in dit hoofdstuk een concrete werkwijze, inclusief alle tools die je nodig hebt om die werkwijze uit te voeren. We beantwoorden de volgende vragen:

- Welke aanpak kun je volgen en waarom?
- Hoe richt je het proces in?
- Hoe begeleid je dat?

2.1 De aanpak in grote lijnen

Het veranderen en verbeteren van je werkwijze en samenwerking als team vraagt oefening in de praktijk. Zo'n verandering realiseer je niet van vandaag op morgen. Begin daarom met een eerste cyclus van een half jaar die je, afhankelijk van de behoefte, daarna opnieuw kunt volgen. Teams hebben in deze eerste cyclus van een half jaar wel begeleiding nodig. De begeleiding bestaat uit het verzorgen van een introductiebijeenkomst, een drietal korte workshops per team en het monitoren van het verloop van de samenwerking in de teams. Een (praktijk)opleider, een teamcoach of een manager kan die begeleiding bijvoorbeeld geven.

Tip: Tijdens de pilotfase zijn de teams begeleid door een duo van een (praktijk)opleider en een teamcoach. Samen begeleiden is prettig, omdat de teams de materie moeilijk vinden. Dan kan één van beiden zich meer op de inhoud richten en de ander meer op de interactie en de (non)verbale signalen.

Tip: Kom tijdens het hele proces af en toe met de begeleiders bij elkaar, om ervaringen te delen en vervolgstappen samen voor te bereiden door deze samen te ontwerpen en eventueel te oefenen. Ook voor hen kan het nieuwe materie zijn.

2.2 Stappenplan ‘De routekaart’

Het helpt teams als ze weten wat hen te wachten staat. Op welke manier ze worden ondersteund en welke stappen er worden gezet. De aanpak is daarom in een helder stappenplan uitgewerkt. De eerste stap is een 0-meting. Die meting geeft inzicht in hoe er binnen de teams wordt samengewerkt en of medewerkers zich over- of ondergekwalificeerd voelen voor het werk dat ze doen. De 0-meting wordt gehouden onder de teamleden van de teams die hiermee gaan werken, onder hun cliënten en onder betrokken behandelaars.

Na de 0-meting volgt er in elk team een introductiebijeenkomst waarin wordt uitgelegd waarom de organisatie dit traject start, hoe de werkwijze is en de CanMEDS-rollen worden geïntroduceerd. Daarna volgt een eerste workshop met als hoofddoel dat de teamleden verder kennismaken met de CanMEDS-rollen in relatie tot hun opleidings-/functieniveau. Ze oefenen samen aan de hand van (eigen) casuïstiek welke zorgvragen vanuit de CanMEDS-rollen door welk functieniveau opgepakt worden. Ze krijgen als opdracht mee om in hun praktijk voorbeelden te verzamelen waarin het heel helder is wie die taken uitvoert en voorbeelden waarin dat niet zo duidelijk is. Dat is de input voor de tweede workshop.

In de tweede en derde workshop staat de dagelijkse praktijk van het team centraal. Op basis van de verzamelde situaties waarin het duidelijk en onduidelijk is bij welk functieniveau werkzaamheden thuishoren gaat het team in gesprek. Ze onderzoeken welke werkzaamheden vanuit de CanMEDS-rollen door wie uitgevoerd zouden moeten worden en maken daarover concrete afspraken met elkaar. Op basis van die afspraken gaan ze weer met elkaar aan het werk.

Na de twee workshops en de praktijkervaring die teams hebben opgedaan volgt er een nameting. Die is vergelijkbaar met de 0-meting en wordt ook weer verspreid onder de medewerkers uit de teams, de cliënten en betrokken behandelaars. Dit levert input voor workshop 3, waarin verder casuïstiekbespreking weer centraal staat.

Routekaart leren werken met CanMEDS-rollen

0-Meting

Doel: We krijgen een beeld van de beginsituatie. Het is helder waar we nu staan.

Hoe? De teamleden, cliënten, mantelzorgers, leidinggevenden en andere betrokken behandelaars beantwoorden schriftelijk een aantal vragen.

Workshop 1

Kennis maken met de CanMEDS-rollen

Doel: We weten wat de CanMEDS-rollen inhouden en hoe dat is vertaald naar de functieniveaus. We hebben aan de hand van een paar casussen besproken wie vanuit die rollen wat voor de cliënt doet.

Hoe? Workshop van 2 uur per team. Terugkoppeling 0-meting. Toelichting op de CanMEDS-rollen en op de vertaling naar functieniveaus. Aan de hand van een paar casussen bespreken wie wat voor de cliënt zou doen vanuit de CanMEDS-rollen en functieniveaus. Toelichting op praktijkopdracht.

Workshop 2

Werken met de CanMEDS-rollen

Doel: We werken met de CanMEDS-rollen en leggen vast wat daarin goed en (nog) minder goed gaat.

Hoe? Workshop van 2 uur per team. Bespreken van werksituaties die zijn verzameld na workshop 1 rondom de CanMEDS-rollen. Afspreken hoe er de komende maand gewerkt gaat worden vanuit de CanMEDS-rollen. Afspreken hoe er wordt gemonitord en geëvalueerd.

Na-meting & Workshop 3

Doel: We hebben inzicht in wat er ondertussen is veranderd, zodat we een vervolgplan kunnen maken om ons verder te ontwikkelen in het werken met de CanMEDS-rollen.

Hoe? Evalueren in de teams en met betrokkenen die bij de 0-meting ook vragenlijst hebben ingevuld. Maken van een vervolgplan en eventueel deze cyclus herhalen.

2.3 Meten is weten

Investeren in dit traject doe je met een doel. Dan wil je ook weten wat die investering oplevert en of je je doelen behaalt. Tegelijkertijd helpt het teams in hun ontwikkeling, als ze weten 'waar ze staan'. Begin daarom met een 0-meting, gevolgd na een half jaar door een nameting.

De 0-meting

Stel eerst vast wie je wilt bevragen. Denk aan de medewerkers uit de teams die meedoen, cliënten en hun naasten en betrokken behandelaars. Maak voor elke doelgroep een aparte vragenlijst. In bijlage 3 zijn de vragenlijsten te vinden voor de hier genoemde doelgroepen. Alle drie de vragenlijsten bestaan grotendeels uit stellingen en vragen die beantwoord kunnen worden op een 5-puntsschaal met bijvoorbeeld 'helemaal mee oneens - helemaal mee eens'. De vragenlijsten eindigen met een top 3 van verbeterpunten voor het team.

In de 0-meting voor medewerkers gaan de stellingen en vragen over:
- de tevredenheid over het werk;
- de mate waarin medewerkers het werk doen waar ze voor zijn opgeleid, dus of ze niet over- of ondergekwalificeerd zijn;
- hoe deskundig ze zichzelf en hun collega's vinden;
- over het team en de samenwerking in het team.

In de 0-meting voor cliënten gaat het over:
- de samenwerking in het team en tussen het team en de cliënt;
- de deskundigheid van de teamleden;
- de eigen regie van de cliënt.

De 0-meting van betrokken behandelaars gaat over:
- de deskundigheid van de teamleden en hoe die wordt ingezet;
- hoe helder het is bij welk teamlid je voor welke vragen terecht kunt;
- hoeveel vragen zij gemiddeld van het team krijgen.

Tip: Gebruik Google-forms. Daarmee kun je eenvoudig vragenlijsten samenstellen, versturen en analyseren.

De 0-meting is helpend voor de teams

De 0-meting geeft teams inzicht in hoe ze op dat moment samenwerken. Hoe de medewerkers in het team dat beleven, hoe hun cliënten en naasten dat ervaren en hoe betrokken behandelaren het ervaren. In de eerste workshop koppel je de belangrijkste uitkomsten van de 0-meting per team terug.

Tijdens de pilotfase kwam er bijvoorbeeld voor één team uit de 0-meting dat het grootste deel van de teamleden vond dat ze minder deden dan waarvoor ze waren opgeleid.

In de terugkoppeling werd dit ook herkend door de overige teamleden. Dit team wilde graag door het werken vanuit de CanMEDS-rollen met elkaar zoeken en uitproberen of ze de taken zodanig konden verdelen dat elk teamlid veel meer het werk uitvoert waarvoor ze is opgeleid, want dat leek hen veel fijner.

Tip: Koppel de 0-meting echt op maat terug voor elk team, want als je alle uitkomsten terugkoppelt is het snel teveel. Dat betekent dat je alleen dat terugkoppelt wat echt van belang is voor dat team. Bijvoorbeeld de hoogste en laagste uitkomsten.

De nameting

Stel voor de nameting uiteraard dezelfde vragen aan dezelfde doelgroepen. Pas de inleiding van de vragenlijst eventueel aan. Het is spannend voor de teams of zijzelf en hun omgeving (al) veranderingen merken.

Tip: Als er nog niet veel verandering merkbaar is komt dat misschien omdat de tijd dat het team ermee bezig is nog te kort is. Dus ga na met het team hoe zij denken dat dit komt. Soms is bij een nameting de uitkomst minder goed dan bij de 0-meting. Wanhoop dan niet, want door de 0-meting gaan mensen opeens veel meer en veel kritischer op de gevraagde punten letten, waardoor je soms bij een volgende meting opeens lager scoort. Bedenk samen of dit aan de hand is, of dat er andere redenen zijn die de lagere score verklaren.

Evaluatie

Naast het verzamelen van kwantitatieve data is het misschien nog meer behulpzaam om kwalitatieve data te verzamelen. Dat kun je doen door in ieder geval de eerste en de laatste bijeenkomst te evalueren met de teams en als begeleiders van de teams. Tijdens de pilot maakte elk begeleidersduo een kort evaluatieverslag van elke bijeenkomst. Enerzijds helpt zo'n werkwijze om in de teams ook daadwerkelijk steeds te evalueren, anders schiet dat er toch vaak bij in, en kun je gemakkelijker tijdens het proces zonodig bijstellen. Anderzijds geeft het geheel van die verslagen een goed overzicht wat voor teams goed en minder goed werkt en wat het werken met de CanMEDS-rollen en functieniveaus voor de teams oplevert. In bijlage 4 zijn de vragen opgenomen die tijdens de pilot werden gebruikt voor deze evaluaties.

Tip: Verzamel de evaluaties op 1 (digitale) plaats en laat één of twee personen daar conclusies uit trekken. De overige begeleiders kunnen vervolgens aanscherpen en aanvullen.

Tip: In de pilot hebben we gemerkt dat de 0- en nameting en de evaluaties elkaar versterken. Het vraagt wel inspanning om medewerkers, cliënten en behandelaars te stimuleren om de vragenlijsten in te vullen. Streef naar 100% respons.

2.4 Drie workshops en een introductie

De meeste teams hebben ondersteuning nodig om te leren werken vanuit de CanMEDS-rollen. In de pilotfase hebben we die ondersteuning geboden door eerst de aanpak en de CanMEDS-rollen te introduceren en vervolgens drie workshops van ieder 2 uur te geven. Het is belangrijk om na de eerste twee workshops tijd in te plannen, waarin de teams met het geleerde aan het werk kunnen, bijvoorbeeld zo'n 4-6 weken voordat je de volgende workshop plant.

Maak voorafgaand aan de workshops een draaiboek en eventueel een powerpoint presentatie ter ondersteuning. Doe dat samen met de medewerkers die de teams hierin gaan begeleiden. In de bijlagen 5 en 6 vind je het draaiboek en de ondersteunende presentaties die tijdens de pilotfase zijn gebruikt. Op de website www.utrechtzorg.net vind je deze bijlagen ook als aparte werkdocumenten.

Tip: Bewaak de tijd goed tijdens de workshops. Twee uur is snel voorbij, maar blijkt ook prettig te zijn voor een juiste 'spanningsboog' in het team. Als je met een duo de workshops begeleidt kun je één van beiden de taak op je nemen om de tijd te bewaken.

Introductie

Als de 0-meting is gedaan begin je met een introductie in de teams. In die introductie leg je uit wat het doel is van dit traject. Waarom wil je hier als organisatie mee aan de slag? Maak zo duidelijk mogelijk wat het gaat opleveren voor de teams, de medewerkers en de cliënten. Leg de CanMEDS-rollen uit en deel de routekaart uit met een toelichting. Geef aan wie het team hierin gaat begeleiden.

Tip: Maak de uitleg zo visueel en praktisch mogelijk. Laat bijvoorbeeld een film van YouTube zien over de CanMEDS-rollen. Gebruik veel praktijkvoorbeelden, liefst herkenbare cliëntvragen/cliëntsituaties, tijdens je uitleg.

Tip: Medewerkers vinden de CanMEDS-rollen moeilijk. Het helpt bij de eerste workshop als ze zich er al in hebben verdiept. Deel daarom aan het einde van de introductiebijeenkomst de samenvatting van de CanMEDS-rollen uit (bijlage 2). Vraag de teamleden om het goed te lezen voor de eerste workshop en geef ze eventueel vragen erbij. Bijvoorbeeld: Ga na wat jij in elke rol veel en weinig doet.

Workshop 1: Eerste kennismaking met de CanMEDS-rollen

Deze eerste workshop begint met het ophalen van wat er in de introductiebijeenkomst aan bod is gekomen. Kort terughalen wat de CanMEDS-rollen zijn en waarom je daarmee zou werken.

Geef elk team een op maat gemaakte terugkoppeling van de 'highlights' uit de 0-meting. Bespreek op basis van de uitkomsten van de 0-meting waarin het team zich wil ontwikkelen met behulp van de CanMEDS-rollen. Na die terugkoppeling ga je oefenen met de CanMEDS-rollen aan de hand van een casus. Het is belangrijk dat die casus herkenbaar is voor de teamleden. Voor het schrijven van een geschikte casus vind je tips in bijlage 8. De teamleden gaan met elkaar in gesprek over de vraag wie welke zorgvraag, of een deel van de zorgvraag, van de cliënt op kan pakken uitgaande van de CanMEDS-rollen.

Tip: Gebruik de samenvatting van de CanMEDS-rollen uit bijlage 2, de helpende vragen uit bijlage 7 en/of het CanMEDSspel uit bijlage 9.

Het bespreken van de casuïstiek leidde in de pilotfase soms al tot opmerkelijke inzichten. Bijvoorbeeld één team concludeerde dat ze eigenlijk in hun zorg de cliënt helemaal niet centraal hadden staan, maar hun vaste routine centraal stond. Het team schrok daarvan en bedacht gelijk hoe het anders kon.
Een ander team kwam erachter dat ze bij een complexe cliënt met elkaar niet helder hadden wie het zorgproces bewaakte. Ze maakten gelijk een duidelijke afspraak daarover.

De workshop eindigt met een evaluatie en een vervolgafspraak. Het evalueren van de samenwerking hangt samen met het succes van teams; hoe vaker teams hun samenwerking evalueren hoe succesvoller ze zijn. Dus evalueer daarom de samenwerking tijdens de bijeenkomst. Tot slot licht je de vervolgopdracht toe. Het is de bedoeling dat de teamleden vanaf workshop 1 tot aan de volgende workshop werksituaties gaan verzamelen. Ze verzamelen situaties waarin het heel helder is wie die uitvoert, uitgaande van de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus, en situaties waarin dat niet zo helder is. Dat is de input voor workshop 2.

Tip: Neem van tevoren de draaiboeken en powerpoint sheets door met alle begeleiders en oefen samen ook met een casusbespreking. Ook de begeleiders bleken tijdens de pilotfase het lastig te vinden om de 'huidige werkwijze' los te laten en echt vanuit de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus naar de taakverdeling te kijken. Na even oefenen lukte dat goed.

Tip: Help de teamleden bij de start om los te komen van hun dagelijkse praktijk.
Bijvoorbeeld met een korte film, bijvoorbeeld 'zorg een zorg', 'ouderen in de wasstraat', of een korte opdracht of gesprek. Help hen vervolgens bij het bespreken van de casuïstiek om los te laten hoe ze gewend zijn om de taken en rollen te verdelen. Stel vooral veel kritische vragen. Verwijs steeds weer naar de beschrijving van de CanMEDS-rollen, anders vullen teamleden al snel zelf in wat ze denken dat het is.

Tip: De eerste keer vinden teamleden het gemakkelijker om te werken met een bedachte casus, want daar spelen geen emoties die in hun eigen werk wel spelen.

Tip: Geef de workshop eventueel nogmaals voor teamleden die niet aanwezig konden zijn en voor teamleden die nog graag een keer willen herhalen.

Tip: Als er hbo-stagiaires zijn, of pas afgestudeerde hbo-ers in het team, betrek hen dan. Zij zijn immers al met de CanMEDS-rollen bekend vanuit hun opleiding. Laat hen uitleggen hoe zij vanuit de opleiding in de praktijk bezig zijn met die rollen. Binnen Lyvore heeft de hbo-stagiaire voor het werken met de CanMEDS een werkvorm ontwikkeld. Zie bijlage 9.

Workshop 2: CanMEDS-rollen in de praktijk
In de tweede workshop staat de eigen werkpraktijk van het team centraal. Elk team heeft onder andere situaties verzameld waarin het niet gelijk helder is wie welke taken in die situatie zou moeten oppakken vanuit de CanMEDS-rollen. Het bespreken van die situaties staat centraal in de tweede workshop. Je kunt opnieuw gebruikmaken van de methodiek die is beschreven bij de casusbespreking in het draaiboek van workshop 1 en van de helpende vragen om het gesprek te structureren (zie bijlagen 5 en 7).

Belangrijk in deze workshop is dat elk team op basis van hun gesprek heldere afspraken met elkaar maakt over: 'wie doet wat wanneer bij/met de cliënt en diens naasten.' De opdracht na de workshop is dan om deze afspraken uit te gaan voeren en het verloop daarvan in de derde workshop met elkaar te evalueren.

Tip: Maak gelijk een vertaalslag naar het zorgleefplan. Zodat het werken vanuit de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus wordt geborgd en geëvalueerd kan worden.

Workshop 3: Terug- en vooruitblik
In de derde workshop kijkt het team terug op waar ze staan. Ze bespreken de uitkomsten van de nameting met elkaar. Op basis daarvan trekken ze samen conclusies over wat ze nog verder willen verbeteren en hoe ze dat willen doen.

De eerste cyclus is afgerond hiermee, maar meestal hebben teams nog meer en langer ondersteuning nodig om deze werkwijze echt eigen te maken. Dat stelt het team, samen met de begeleiders, vast in deze derde bijeenkomst en zij maken daar met elkaar afspraken over.

Tip: Begeleid een eventuele tweede cyclus ook nog, want leren samenwerken vanuit de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus en dat 'in te laten slijten' kost tijd. Kijk dan na de tweede cyclus kritisch wat er eventueel nog nodig is om deze 'nieuwe werkwijze' verder te borgen.

Tip: Het verdient aanbeveling de nameting na een bepaalde periode nogmaals te herhalen, om opnieuw met elkaar vast te stellen hoe het gaat en wat er eventueel nog te doen is.

Tip: Medewerkers in de pilot geven aan veel oefening nodig te hebben. Dus plan eventueel meer dan 3 workshops, bijvoorbeeld elke twee weken een casusbespreking aan de hand van de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus. Rooster die bijeenkomsten in.

BALANS IN WERK
DUIDELIJKHEID
BETERE TAAK-VERDELING
FYSIEKE EN MENTALE BALANS
CLIENT GERICHTER WERKEN
KRITISCH KIJKEN
WERKPLEZIER
MEER TIJD VOOR DE CLIENT

3. Effecten van het leren werken met de CanMEDS-rollen

Het is nog te vroeg om al heel veel over de effecten te melden en om de urgente vragen uit de inleiding te beantwoorden. We hebben pas één cyclus doorlopen met slechts vier teams en eigenlijk hebben die teams effectief pas drie maanden met deze methodiek gewerkt. Tegelijkertijd hebben die vier pilotteams wel ervaring opgedaan, hebben we een 0- en een nameting en evaluatieverslagen, dus melden we toch wat dit experiment voor deze vier teams bij Lyvore heeft opgeleverd.

In hoofdstuk 2 waarschuwden we al, dat als je een 0-meting doet en vervolgens interventies inzet de eerste nameting vaak een lagere score oplevert. Teams zijn zich door die 0-meting en interventies veel bewuster geworden van waar ze staan en wat ze nog te ontwikkelen hebben. Dat blijkt ook in de pilot het geval. Op veel vragen zijn de scores lager bij de nameting dan bij de 0-meting. Is dat teleurstellend? Zeker niet! Het laat zien dat de bewustwording, het kritisch kijken naar jezelf, je collega's, het team en de manier waarop je met elkaar het werk doet, op gang is gekomen. Dit zijn de eerste stappen in een ontwikkelproces. Gelukkig laten de evaluatieverslagen die we hebben een genuanceerder beeld zien. Daarin zijn voorbeelden beschreven waarin echt al een positieve ontwikkeling is te zien, zoals je hieronder kunt lezen. Dit resultaat, in zo'n relatief korte tijd, is heel hoopgevend.

3.1 Cliëntgerichter werken

Een paar teams geven aan dat ze door de casusbesprekingen cliëntgerichter zijn gaan werken. Ze merken dat ze soms vanuit procedures, routines of eigen belang het cliëntbelang niet meer voorop hebben staan. De casusbespreking, vanuit de helpende vragen (zie bijlagen), helpt hen om de cliëntvraag en de wensen van de cliënt weer scherp te hebben en als team, in de samenwerking met elkaar, te zoeken hoe je daar zo goed mogelijk aan kunt voldoen.

3.2 Casuïstiek bespreken leidt tot betere taakverdeling

De teams vinden het zinvol om vanuit cliëntcasuistiek met elkaar te onderzoeken wie logischerwijze welke taken uitvoert. Dit leidt in de teams tot een betere en duidelijkere taakverdeling. In sommige teams heeft het ook tot een andere teamsamenstelling geleid en het leidt ook tot meer werken passend bij ieders functieniveau.

3.3 Meer werken passend bij je functieniveau

De medewerkers in de pilotteams geven aan dat ze zich meer bewust zijn geworden door de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus wie binnen het team wat kán en mág doen. Dit leidt in de teams tot een betere taakverdeling.

Een team noemt bijvoorbeeld dat het meer werken vanuit de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus de fysieke en mentale belasting meer in balans brengt. De teamleden pakken nu andere rollen op, waardoor de fysieke arbeid en 'achter de pc zitten' beter in balans is.

Een ander team noemt: 'Wat er van je wordt verwacht in je beroep van verpleegkundige of verzorgende is veel duidelijker geworden.' In een ander team stelt de hbo-verpleegkundige voor dat zij het organiseren van een 'living lab' op zich wil nemen. Ze pakt, vanuit de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus, haar verantwoordelijkheid rondom deskundigheidsbevordering van collega's.

De nameting onderschrijft dat medewerkers zich veel bewuster zijn geworden van de taken die horen bij hun opleidings-/functieniveau. Uit die meting komt naar voren dat medewerkers vaker werk doen dat niet aansluit bij hun opleidings-/functieniveau dan ze aan het begin dachten. In de pilot blijken medewerkers regelmatig meer taken boven hun opleidings-/functieniveau uit te voeren dan ze aan het begin dachten.

3.4 Aangepaste teamsamenstelling

In één team heeft het bespreken van cliëntcasuistiek vanuit de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus ertoe geleid dat zij 2 huishoudelijk medewerkers hebben aangesteld. Dit heeft de zorgmedewerkers in het team geholpen om meer de taken uit te voeren die bij hun opleidings-/functieniveau horen. De cliënten zijn er blij mee en de medewerkers vinden dat de werkdruk is afgenomen. Zowel de cliënten als de medewerkers ervaren dat er meer tijd voor de zorg is ontstaan.

3.5 Betere multidisciplinaire samenwerking

Een team geeft aan dat zij meer oog hebben gekregen voor de inzet van en samenwerking met mantelzorgers, huisarts, behandelaars als ergotherapeut en fysiotherapeut en technische dienst.

3.6 Elkaar meer feedback geven

Werken vanuit CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus lijkt behulpzaam bij het geven van feedback aan elkaar. Eén team heeft bijvoorbeeld geëxperimenteerd met het geven van complimenten vanuit de rollen. Ze merkten dat dit nog niet altijd lukte dus ze gaan nu elke week een overleg van een half uur inplannen, waarin ze aan de hand van een casus met elkaar bespreken wie welke taken uitvoert en elkaar daar ook feedback op geven. Een ander team merkt op dat het gemakkelijker is om elkaar feedback te geven, omdat het veel duidelijker is wat er van elk teamlid wordt verwacht.

3.7 Toegenomen kritisch vermogen

Op basis van de 0- en nameting concluderen we dat medewerkers kritischer naar elkaars deskundigheid kijken. Op de vraag hoe deskundig je je collega's vindt, wordt in de nameting zowel veel vaker geantwoord dat zij niet deskundig genoeg zijn voor hun werk als dat zij deskundiger zijn dan het werk vraagt. Terwijl in de 0-me-

ting er vooral werd geantwoord: 'ze zijn deskundig genoeg voor hun werk'. Dus blijkbaar zien medewerkers bij de nameting scherper dat er regelmatig onder of boven het opleidings-/functieniveau wordt gewerkt.

Begeleiding van de teams lijkt noodzakelijk. De pilotteams geven aan dat vooral het stellen van kritische vragen door de begeleiders meerwaarde heeft. Er werd bijvoorbeeld gezegd naar aanleiding van kritische vragen van de begeleider dat: 'Opeens zijn taken die je als vanzelfsprekend uitvoert, niet zo vanzelfsprekend meer.' Dit team vond dat fijn, want dat gaf hen ruimte om de taken anders te verdelen. Een volgende stap in de ontwikkeling van teams kan zijn, dat ze zelf leren om die kritische vragen te stellen.

Een ander team vond de methodiek helpen om tot een goede probleemdefinitie te komen en dan met behulp van de CanMEDS-rollen en opleidings-/functieniveaus tot verschillende scenario's te komen. Zij kwamen met een mooi citaat van Jules Deelder.

Hetzelfde zien
Maar het zo zien
Zoals niemand het zag
J.A.Deelder.

Colofon

Auteurs:
- Joke van Alten, vanAlten, leren in bedrijf
- Karin Derksen, KADE

In opdracht van:
- Utrechtzorg

Illustraties:
- Mark van Herpen, Studio Kwadraat

Opmaak:
- Michelle Willems, Allin1Mediaservice

Projectgroep CanMEDS:
- Petra Adelaar, Opleidingsadviseur Lyvore
- Jeannet van Deuveren, Opleidingsadviseur Lyvore
- Toon Honer, voormalig manager ROC Midden Nederland
- Manuela Koops, Specialist leerhuis Liendert en MBO Amersfoort
- Lieke van Lith, verantwoordelijk manager zorg en intern projectleider binnen Lyvore
- Gabrielle Peereboom, projectondersteuner Utrechtzorg
- Trudy Riezebos, HR-adviseur Lyvore
- Rita Scholten, projectleider Utrechtzorg
- Ada van Veen, teammanager Koperhorst

Pilotteams binnen Lyvore:
- Medewerkers, studenten, cliënten, mantelzorgers en de multidisciplinaire teams:
  - Team Geriatrisch Revalidatiecentrum Midden Nederland Amersfoort
  - Team Leilinde
  - Santvoorde team 3
  - Zorg aan Huis Soesterkwartier Amersfoort

Ondersteuning teams:
- Petra Adelaar, opleidingsadviseur Lyvore
- Anke Arensman, praktijkopleider Lyvore
- Hannie Bos, teamcoach Lyvore
- Jeannette van Deuveren, opleidingsadviseur Lyvore
- Toon Honer, ROC Midden Nederland
- Rita Scholten, projectleider Utrechtzorg
- Giti Shaghasi, stagiaire HBO-V Lyvore
- Geertje Tuin, manager Zorg Lyvore
- Wietske van Veenen, teamcoach Lyvore

Ontwikkelaars brondocument:
- Petra Adelaar, Lyvore
- Jeannette van Deuveren, Lyvore
- Jacqueline Dijkstra, Hogeschool Utrecht
- Toon Honer, ROC Midden Nederland
- Manuela Koops, MBO Amersfoort
- Inge Lauwrier, Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (S-BB)
- Lieke van Lith, Lyvore
- Gabrielle Peereboom, Utrechtzorg
- Trudy Riezebos, Lyvore
- Natasha van Rooij, Samenwerkingsorganisatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (S-BB)
- Rita Scholten, Utrechtzorg
- Geertje Tuin, Lyvore
- Ada van de Veen, De Koperhorst

Ontwikkelaar functieomschrijvingen:
- Trudy Riezebos, I.s.m. projectgroep

Ontwikkelaars CanMEDSspel:
- Anke Arensman, Lyvore
- Wietske van Veenen, Lyvore

December 2017

ZORG
ONDERWIJS
OVERHEID
Zorgpact

Midden Nederland