

RAPPORT

Definiëring competenties ZORO-project

**ZO
RO**



EUROPESE UNIE

Interreg 
Vlaanderen-Nederland
Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling

Julie Daes^{Msc},
Prof. Dr. Peter Van Bogaert^{PhD RN},
Prof. Dr. Olaf Timmermans^{PhD MScN CNS RN}

Universiteit Antwerpen

31/01/2020

RAPPORT

Definiëring competenties ZORO-project



Universiteit
Antwerpen

**ZO
RO**



EUROPESE UNIE

Interreg 
Vlaanderen-Nederland
Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling

Julie Daes^{Msc},
Prof. Dr. Peter Van Bogaert^{PhD RN},
Prof. Dr. Olaf Timmermans^{PhD MScN CNS RN}

Universiteit Antwerpen

31/01/2020

ZORO (Zorgroute Arbeidsmarkt) is één van de projecten die gefinancierd worden binnen het Interreg V programma VlaanderenNederland. De Europese Commissie stelt via het Interreg-programma 2014-2020 ruim 152 miljoen euro ter beschikking uit het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling voor grensoverschrijdende samenwerking, die innovatie en duurzame ontwikkeling in de grensregio versterkt en bevordert. Hiervoor werd door een partnerschap van Vlaanderen en Nederland en de 5 Vlaamse en de 3 zuidelijke Nederlandse provincies een programma ontwikkeld om te investeren in slimme, duurzame en inclusieve groei. Meer info: www.grensregio.eu

Het ZORO-project startte in september 2019 en zal drie jaar duren. Binnen het ZORO-project werken volgende Vlaamse en Nederlandse partners samen:

APB Gouverneur Kinsbergencentrum,
Curio,
Scalda,
Universiteit Antwerpen,
VIVES graduaat Verpleegkunde Kortrijk-leper-Brugge,
VIVES hogeschool en
Zorggroep Ter Weel.

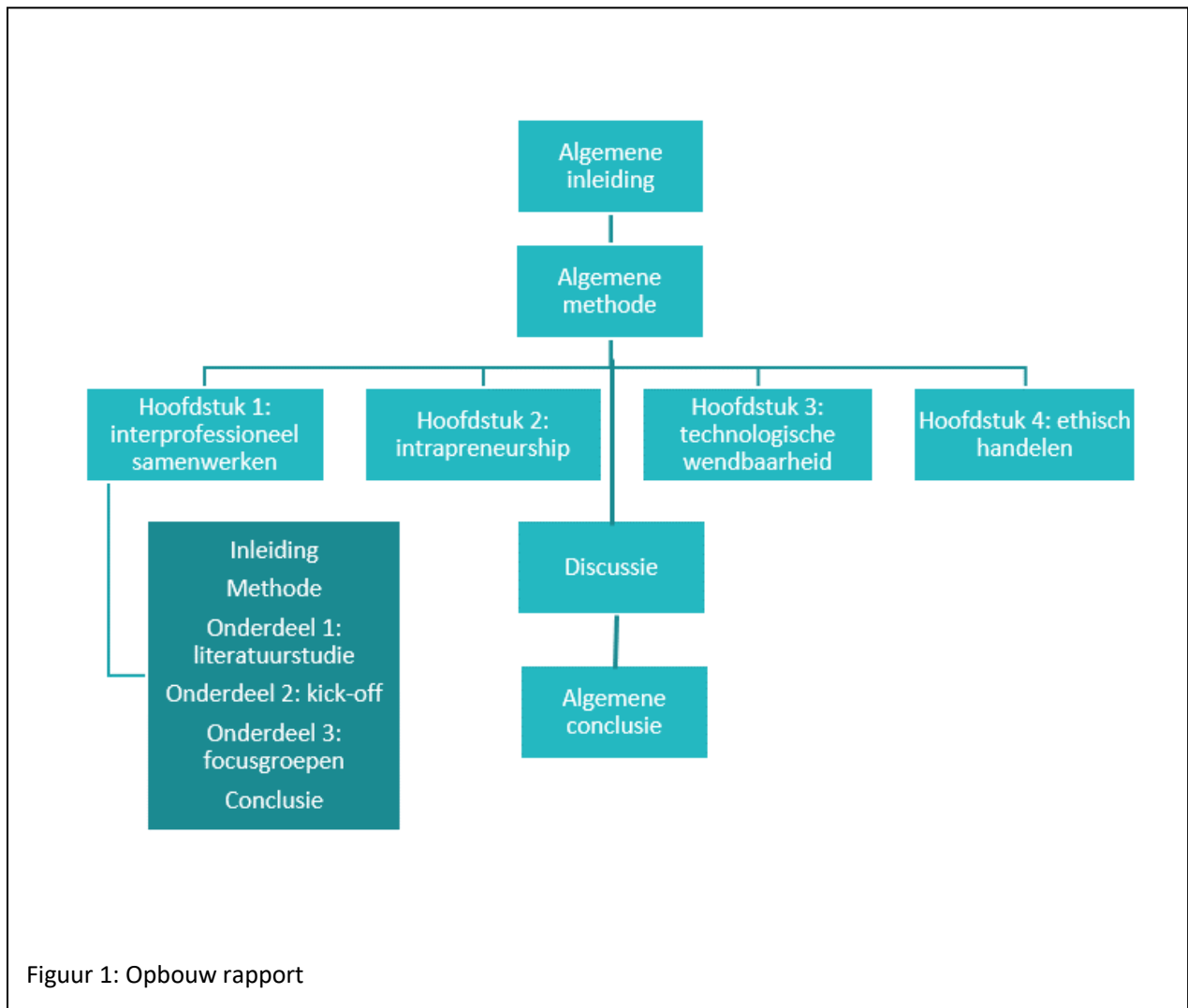


Inhoudsopgave

Toelichting opbouw rapport	3
Algemene inleiding.....	4
Algemene methode.....	6
<i>Onderzoeksdesign.....</i>	<i>6</i>
<i>Datacollectie.....</i>	<i>6</i>
Hoofdstuk 1: interprofessioneel samenwerken	8
<i>Inleiding</i>	<i>8</i>
<i>Methode</i>	<i>10</i>
<i>Onderdeel 1: Literatuurstudie.....</i>	<i>11</i>
<i>Onderdeel 2: Kick-off.....</i>	<i>16</i>
<i>Onderdeel 3: Focusgroepen.....</i>	<i>19</i>
<i>Conclusie.....</i>	<i>22</i>
<i>Visuele voorstelling competentie interprofessioneel samenwerken</i>	<i>23</i>
Hoofdstuk 2: Intrapreneurship.....	24
<i>Inleiding</i>	<i>24</i>
<i>Methode</i>	<i>25</i>
<i>Onderdeel 1: Literatuurstudie.....</i>	<i>26</i>
<i>Onderdeel 2: Kick-off.....</i>	<i>31</i>
<i>Onderdeel 3: Focusgroepen.....</i>	<i>33</i>
<i>Conclusie.....</i>	<i>36</i>
<i>Visuele voorstelling competentie intrapreneurship.....</i>	<i>36</i>
Hoofdstuk 3: Technologische wendbaarheid	37
<i>Inleiding</i>	<i>37</i>
<i>Methode</i>	<i>38</i>
<i>Onderdeel 1: Literatuurstudie.....</i>	<i>39</i>
<i>Onderdeel 2: Kick-off.....</i>	<i>44</i>
<i>Onderdeel 3: Focusgroepen.....</i>	<i>48</i>
<i>Conclusie.....</i>	<i>51</i>
<i>Visuele voorstelling competentie technologische wendbaarheid</i>	<i>51</i>
Hoofdstuk 4: Ethisch handelen.....	52
<i>Inleiding</i>	<i>52</i>
<i>Methode</i>	<i>52</i>
<i>Onderdeel 1: Literatuurstudie.....</i>	<i>53</i>
<i>Onderdeel 2: Kick-off.....</i>	<i>58</i>
<i>Onderdeel 3: Focusgroepen.....</i>	<i>62</i>
<i>Conclusie.....</i>	<i>64</i>
<i>Visuele voorstelling competentie ethisch handelen</i>	<i>65</i>
Discussie	66
Algemene conclusie.....	68
Lijst tabellen en figuren	69
Bijlagen.....	70
<i>Bijlage 1 hoofdstuk 4: casus Mia</i>	<i>70</i>
Literatuurlijst	71

Toelichting opbouw rapport

Allereerst wordt een algemene inleiding en methodologie weergegeven. Vervolgens wordt elke competentie verduidelijkt in een hoofdstuk. Deze hoofdstukken met elk een specifiekere inleiding en methodologie zijn opgedeeld in drie luiken; een literatuurstudie (1), bespreking kick-off evenement (2) en bespreking focusgroepen (3). De literatuurstudie maakte een eerste definiëring mogelijk van de vier competenties. Vervolgens werden relevante stakeholders op twee manieren geconsulteerd, het kick-off evenement en de focusgroepen. Voor deze indeling werd gekozen om een algemeen overzicht te kunnen behouden per competentie. Na de hoofdstukken volgt nog een discussie en algemene conclusie. (zie Figuur 1)



Figuur 1: Opbouw rapport

Algemene inleiding

De zorgsector is een belangrijk economisch speerpunt in tewerkstelling. In Nederland werken in de zorg ruim 1 miljoen werknemers. De sector is goed voor 13% van alle banen van de werknemers in Nederland (Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, 2019). In Vlaanderen werkten in 2016, in de provincie Antwerpen 74.500, in Limburg 40.058, in Oost-Vlaanderen 70.880 en in West-Vlaanderen 52.653 professionals in de zorg (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019b).

De gezondheidszorg in Vlaanderen en Nederland is in transformatie. Een aantal trends kunnen opgemerkt worden met effect op de arbeidsmarkt.

Allereerst wordt de vraag naar gezondheidszorg steeds groter en verschuift deze van een acute, kortdurende zorg naar een chronische, langdurige zorg. Dit is voornamelijk te wijten aan de vergrijzing en een verhoogde prevalentie van levensstijlfactoren die leiden tot chronische ziekten (Busetto, Luijkx, Calciolari, Gonzalez-Ortiz, & Vrijhoef, 2017a). De vergrijzing van de populatie brengt niet alleen een hogere zorgnood met zich mee (Kingston, Comas-Herrera, & Jagger, 2018), het zorgt ook voor een stijging in het aantal chronische ziekten en comorbiditeit (Van Oostrom et al., 2017). Tevens lijkt er een onevenwicht te zijn tussen de toename van verschillende chronische ziekten en in welke mate zorgverleners voorbereid zijn om hier adequaat mee om te gaan. Bijgevolg worden patiënten met chronische aandoeningen vaak geconfronteerd met meerdere professionals, in een gefragmenteerd zorglandschap dat onvoldoende gecoördineerd is en geen globaal beeld heeft over de nood aan zorg van een individuele zorgontvanger. (Busetto, Luijkx, Calciolari, Gonzalez-Ortiz, & Vrijhoef, 2017b).

Het toenemende aantal ouderen met comorbiditeit stelt nieuwe eisen aan de competenties van zorgverleners zoals leren interprofessioneel samenwerken. Deze nieuwe competenties gaan gepaard met een toenemende vraag naar hoogopgeleide medewerkers (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016).

Een tweede belangrijke ontwikkeling betreft de stijgende vraag naar thuiszorg. Niet alleen de oudere zorgontvangers verlangen hier naar, maar ook de overheden stimuleren om langer zelfstandig te blijven wonen (Rijksoverheid, 2018; Vlaamse Overheid, 2019). Deze trend is ook merkbaar in de verhoging van het aantal ingrepen met daghospitalisatie en verkorte ligduur in ziekenhuizen (Vlaamse Regering 2019-2024, 2019). Een concreet voorbeeld kan aangetoond worden bij zwangerschappen. Hierbij is sinds 2013 een daling met 18% in de nationale ligduur in België op te merken. Deze daling vergt een nauwere samenwerking van de eerste en tweedelijnszorg om de continuïteit van de zorg te kunnen garanderen (Federale overheidsdienst volksgezondheid; veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2019).

Een andere trend in de gezondheidszorg die maakt dat aanpassing noodzakelijk is, is de verschuiving van curatieve zorg naar preventieve zorg (World Health Organization, 2016a) en zelfmanagement bij de zorgontvanger (Nivel, 2014). Deze tendensen worden gepromoot vanuit de Vlaamse en Nederlandse overheden (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019a; Rijksoverheid, 2018). Onderzoek van Nivel (2014) toont echter aan dat hoewel mensen met een chronische ziekte bereid zijn tot zelfmanagement, dit niet bij iedereen mogelijk is. De vooropgestelde beleidsdoelen - steeds meer verantwoordelijkheid bij de zorgontvangers en naasten leggen - kunnen enkel gerealiseerd worden door een aantal innovaties waaronder Ehealth en nieuwe samenwerkingsinitiatieven, door te voeren (Nivel, 2014). Deze transformaties resulteren niet alleen in een aanpassing van de zorgontvangers en hun naasten, maar ook van de zorgverleners. De taakhoud van de zorgverleners ligt meer en meer op het centraal stellen van de zorgontvanger in plaats van de aandoening (Karazivan et al., 2015). Zorgverleners dienen daarom in te zetten op de eigen regie en veerkracht van de zorgontvangers (Huber & Jung, 2015).

Vervolgens maakt ook de digitalisering zijn intrede in de gezondheidszorg (Ernest, 2016). De digitale innovaties blijven steeds evolueren, waardoor ook zorgverleners regelmatig nieuwe technieken en nieuwe werkwijzen moeten aanleren. Dit vraagt een versterking van de technologische wendbaarheid

van de zorgprofessional. Uit onderzoek van Nivel (2015) blijkt dat een op tien zorgverleners elektronische communicatie met zorgontvangers en/of naasten een aantrekkelijk aspect vindt en 20% deze competentie beheerst (Nivel, 2015).

Tot slot zorgen al deze transformaties voor een toenemende spanning bij zorgverleners tussen de noden van de zorgontvangers en de werkgevers. Uit een Nederlandse enquête blijkt dat ruim de helft (54%) van de zorgverleners het werk te druk vindt en 15% vindt het TE druk (Nivel, 2016). Uit een enquête van Karel de Grote Hogeschool blijkt 10% van de verpleegkundigen een hoog burn-out risico te hebben, 10% had de intentie om de job te verlaten en 13% solliciteerde één of meerdere malen per jaar (Geuens & Franck, 2013).

Ten gevolge van deze trends zien we dat de arbeidsmarkt kampt met enerzijds een gebrek aan bepaalde competenties bij zorgverleners op alle niveaus, zowel in de opleiding als tijdens de loopbaan, en anderzijds een gebrek aan voldoende arbeidskrachten (VDAB, 2019). Dit gebrek is te wijten aan zowel een kwantitatief als kwalitatief tekort op de arbeidsmarkt. Binnen het ZORO-project (Zorgroute Arbeidsmarkt) stellen we geen directe acties tegenover het kwantitatieve tekort op de arbeidsmarkt. Wel trachten we in te spelen op de mismatch tussen vraag en aanbod. Deze mismatch heeft eveneens een impact op het verloop uit de zorgsector, waardoor ingrijpen in deze mismatch indirect ook een ingrijpen in het kwantitatief tekort is.

We kunnen stellen dat de huidige wijze van werken en opleiden in de gezondheidszorg onvoldoende is aangepast aan de behoefte komende van de zorgontvangers. Om deze zorgvraag adequaat te kunnen beantwoorden dienen zorgprofessionals op een andere manier zorg te verlenen. Hiervoor ontbreken echter een aantal cruciale competenties.

Binnen het ZORO-project staat de ontwikkeling van vier competenties centraal ter ondersteuning van de realisatie van een optimale aansluiting tussen zorgopleidingen en de arbeidsmarkt. Alvorens verder de gekozen competenties te behandelen, is het noodzakelijk om te kaderen wat als een competentie begrepen wordt. Dochy and Nickmans (2010) stellen dat een competentie een persoonlijke bekwaamheid is, welke zichtbaar wordt in het vertonen van succesvol gedrag binnen een contextgebonden situatie. Competenties zijn fluctuerend in tijd en tot op bepaalde hoogte ontwikkelbaar. Een competentie omvat een geïntegreerd geheel van vaardigheden, attitudes en kennis. Daarnaast merken de auteurs op dat aspecten van het professioneel functioneren en persoonlijke karakteristieken in bepaalde mate invloed hebben op competenties (Dochy & Nickmans, 2010).

Vier competenties, werden doormiddel van een expertenpanel en het rapport “Anders kijken, anders leren, anders doen” van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (2016) bepaald: interprofessioneel samenwerken (1), intrapreneurship (2), technologische wendbaarheid (3) en ethisch handelen (4). Dit rapport heeft als doel om een competentiebeschrijving van deze vier competenties uit te werken en een GAP-analyse uit te voeren om de werkelijke en wenselijke situatie in het werkveld te kunnen bepalen. Omwille van deze tweeledige doelstelling zal eerst een literatuurstudie uitgevoerd worden om de state-of-the-art voor wat betreft de vier competenties te identificeren. Vervolgens zal de werkelijke en wenselijke situatie door middel van een kick-off evenement en twee focusgroepen bepaald worden.

De onderzoeksvraag van dit rapport luidt als volgt: “Wat is de state-of-the-art voor een zorgverlener voor wat betreft interprofessioneel samenwerken, ethisch handelen, intrapreneurship en technologische wendbaarheid?”

Binnen de context van dit rapport, wordt naar de patiënt of cliënt verwezen met de term ‘zorgontvanger’. Het begrip zorgontvanger kan ruimer worden opgevat, als zijnde iemand die zorg vraagt of nodig heeft. Een patiënt daarentegen is een zorgbehoevende die de zorgen of het toezicht van een zorgverlener geniet. Aansluitend wordt zowel naar de zorgontvanger als zorgverlener verwezen met ‘hij’.

Algemene methode

Onderzoeksdesign

Een verkennend onderzoek werd uitgevoerd om een antwoord te geven op de onderzoeksvraag: “Wat is de state-of-the-art voor een zorgverlener voor wat betreft interprofessioneel samenwerken, ethisch handelen, intrapreneurship en technologische wendbaarheid?” De gebruikte methodieken werden gebaseerd op de methodiek van Arksey and O'Malley (2005) voor de uitvoering van een scoping review. Arksey and O'Malley (2005) stelt een zesdelig framework voor bestaande uit volgende stappen; identificeren van het onderzoeksdoel en onderzoeksvraag (1), identificeren van relevante studies (2), selecteren van studies gebaseerd op inhoud en kwaliteit (3), in kaart brengen van de verzamelde data (4), verzamelen, samenvatten en rapporteren van de resultaten (5) en consultatie van de betrokken stakeholders om bevindingen te informeren en de gevonden resultaten te valideren (6) (Arksey & O'Malley, 2005; Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010). Deze methodiek waarborgt dat valide informatie (in stap 6) wordt gebruikt in het definiëren van de vier competenties en dat de verzamelde informatie gevalideerd kan worden door de stuurgroep van het ZORO-project en relevante stakeholders. De consultatie van de betrokkenen vond plaats op twee momenten. Enerzijds werden relevante stakeholders geconsulteerd tijdens het kick-off evenement, anderzijds vond consultatie plaats door de uitvoering van twee focusgroepen. In dit rapport worden geen overzichtstabellen van de geselecteerde studies opgenomen en werd de kwaliteit per artikel niet beoordeeld.

Datacollectie

Voor de totstandkoming van onderdeel 1, de literatuurstudie uit dit rapport werd in de databases PubMed, Science Direct, Springerlink, Cochrane Library en Google Scholar gezocht. Deze databases werden geraadpleegd in de periode van 2/10/2019 tot en met 5/11/2019. Er werd gezocht met onderstaande zoektermen waarbij MESH-termen en boleanse operatoren toegevoegd werden in de zoekstrategie indien dit noodzakelijk was.

Tabel 1: Zoektermen per competentie	
Competentie 1: interprofessioneel samenwerken	Interprofessional collaboration, interprofessional education, interprofessional relations
Competentie 2: intrapreneurship	Proactive behaviour, social entrepreneurship, intrapreneurship, innovative (work) behaviour
Competentie 3: technologische wendbaarheid	Ehealth technology, Ehealth, Technological innovation (in healthcare), technological care, zorgtechnologie, Ehealth technology competence framework
Competentie 4: ethisch handelen	Ethics in care, care ethics (cfr. Zorgethiek), Dignity in care, Ethical Competence, good care, ethics of care
Overkoepelende zoektermen	Determinants, competences, clinical competence, variables, facilitators and barriers, competency framework, nurses, nursing aides, nursing assistants, students

Naast de zoektermen werd gefocust op Engels- of Nederlandstalige literatuur gepubliceerd binnen de periode van 2009 en 2019. Studies werden geïncludeerd indien de focus gelegd werd op een van de vier competenties, daarnaast speelde ontwikkeling of toetsing van competenties een belangrijke rol in het selectieproces.

Relevante stakeholders werden na het uitvoeren van de literatuurstudie geconsulteerd (stap 6 scoping review). Deze consultatie vond plaats onder de vorm van het kick-off evenement en twee focusgroepen. Het kick-off evenement vond plaats op 20 november 2019 in het Gouverneur Kinsbergencentrum te Wilrijk. Vlaamse en Nederlandse deelnemers vanuit de zorgsector zowel vanuit het werkveld als het onderwijs werden uitgenodigd op basis van een doelgerichte steekproef om deel te nemen aan vier interactieve workshops, Liberating structures werd als methodiek toegepast (Liberating Structures Belgian User Group, 2019d): TRIZ (interprofessioneel samenwerken), 1-2-4-iedereen (intrapreneurship), 25:10 (technologische wendbaarheid) en conversatiecafé (ethisch handelen). Tijdens deze vier interactieve workshops kregen de deelnemers een uur de tijd om de ontwikkelde doelstellingen kritisch te bestuderen en te bediscussiëren. Uiteindelijk namen 44 deelnemers, welke voornamelijk werkzaam waren op beleidsniveau, deel aan het kick-off evenement.

Om input te verkrijgen van de doelgroep (zorgverleners van niveau 1 tot 6), werden twee focusgroepen georganiseerd. Een eerste focusgroep vond plaats op 3 december 2019 in Curio, te Roosendaal. Een tweede focusgroep vond plaats op 9 december 2019 in VIVES Hogeschool te Kortrijk. Er werd specifiek gekozen een focusgroep in Vlaanderen en een focusgroep in Nederland te organiseren, dit om een algemener beeld te verkrijgen over de vooropgestelde competenties. 24 deelnemers namen deel aan het gesprek rond de vier competenties en gaven inzichten omtrent vier thema's; de werkelijke situatie, wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau. De focusgroepen duurden elk twee uur en behandelden elke competentie minimaal 30 minuten. De selectie van de deelnemers voor de focusgroepen gebeurde aan de hand van een gestratificeerde steekproef. Van elke doelgroep (niet- en kortgeschoolden, zorgkundigen, verpleegkundigen) werd getracht een senior (≥ 10 jaar ervaring), een starter (≤ 5 jaar ervaring) en een student te includeren. Tabel 2 geeft een overzicht van de deelnemers per focusgroep onderverdeeld per niveau en ervaring.

Tabel 2: overzicht deelnemers focusgroepen

	Focusgroep 1: Curio (n)			Focusgroep 2: VIVES Hogeschool (n)		
	Student* ¹	Starter* ²	Senior* ³	Student* ¹	Starter* ²	Senior* ³
Niveau 1-2	4	0	0	0	0	0
Niveau 3-4	2	1	2	2	2	2
Niveau 5-6	0	0	3	3	1	2

*¹Studenten in de opleiding *²Starter = zorgverlener met ≤ 5 jaar ervaring *³Senior = zorgverlener met ≥ 10 jaar ervaring

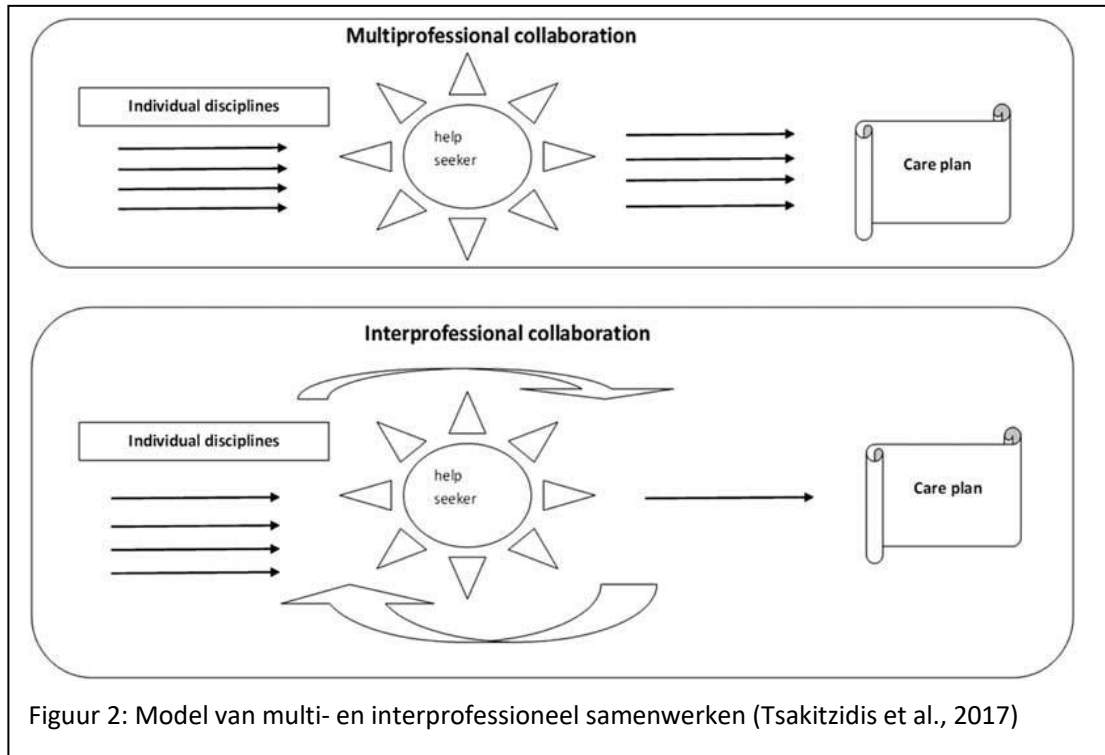
Hoofdstuk 1: interprofessioneel samenwerken

Inleiding

Interprofessioneel samenwerken kent in de literatuur verschillende definities (Bookey-Bassett, Markle-Reid, McKey, & Akhtar-Danesh, 2017; Registered Nurses' Association of Ontario, 2013; World Health Organization, 2010). Het heeft als doel om een geïntegreerde samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals, met complementaire vaardigheden en competenties te bewerkstelligen. De definitie ontwikkeld door World Health Organization wordt als basis voor de uitwerking van deze competentie genomen.

“Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings” (World Health Organization, 2010)

Allereerst is het van belang om te stellen dat het binnen deze competentie gaat om een interprofessionele manier van samenwerken en niet om een multiprofessionele manier van samenwerken. In Figuur 2 wordt duidelijk het verschil tussen de twee vormen van samenwerken gekaderd. Concreet dient er binnen interprofessionele samenwerking vanuit de expertise van de verschillende zorgprofessionals samen één behandelplan opgesteld te worden. Daar waar voorheen de verschillende professies afzonderlijk werkten, is het aangewezen dat zorgprofessionals nu leren om samen een congruent behandelplan op te stellen met het oog op de beste patiëntenzorg.



Figuur 2: Model van multi- en interprofessioneel samenwerken (Tsakitzidis et al., 2017)

Om interprofessioneel samen te werken is het van belang om interprofessioneel leren te bewerkstelligen. WHO definieert interprofessioneel leren als volgt: *“students from two or more professions learn(ing) about, from, and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes”* (World Health Organization, 2010). Concreet leren de verschillende professionals om van, met en over elkaar te leren om op deze manier op een effectieve en efficiënte manier samen te werken (Tsakitzidis & Van Royen, 2018).

Interprofessioneel samenwerken kent vele voordelen, zo resulteert het onder meer in een betere en effectievere communicatie tussen individuen en professionele groepen; zorgt het voor een betere kennis en erkenning van elkaars expertise; ervaren zorgverleners een hogere jobtevredenheid; verbetert het de kwaliteit van de zorgverlening; wordt een betere verdeling tussen werklast en verantwoordelijkheden gecreëerd; gaat het de tendens naar toenemende specialisaties en profilerende disciplines tegen en zorgt het tot slot voor een vermindering op vlak van complexiteit wat betreft noden die de capaciteit van één enkele professie overstijgen (Tsakitzidis & Van Royen, 2018).

Methode

Om de kenmerken van interprofessioneel samenwerken te bepalen, werd er systematisch in de literatuur gezocht in de databanken PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect en Google Scholar met onder meer volgende zoektermen: Interprofessional collaboration, interprofessional education, components, determinants, variables, clinical competence, facilitators, barriers, nurses, nursing students, nursing aide, nursing assistant. Deze zoektermen werden alleen of in combinatie met elkaar ingegeven met focus op Engelstalige of Nederlandstalige literatuur van maximaal 10 jaar oud. Daarnaast werd de literatuur ook geraadpleegd door middel van de sneeuwbalmethode en werd grijze literatuur geïncorporeerd.

Het tweede grote luik van de bepaling van de competentie interprofessioneel samenwerken bestaat uit het kick-off evenement en de focusgroepen te VIVES Hogeschool en Curio. Hierbij werden de ontwikkelde doelstellingen, die verkregen werden door de literatuurstudie, getoetst aan de praktijk. De interactieve werkvorm die toegepast werd bij het kick-off evenement voor de competentie interprofessioneel samenwerken, was de Liberating Structure TRIZ (Liberating Structures Belgian User Group, 2019e). De werkvorm TRIZ laat deelnemers nadenken over de worstcasescenario's omtrent interprofessioneel samenwerken om later deze valkuilen om te buigen naar successen. Dit ombuigen vindt plaats in zes rondes. De volgende vragen werden gesteld om tot dit proces te komen:

- Ronde 1: Maak een lijst van alles wat je kunt doen om ervoor te zorgen dat je het slechtst denkbare resultaat behaalt bij interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg. "Wat kan er allemaal mislopen of ervoor zorgen dat interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg mislukt?"
- Ronde 2: Ga item per item door de lijst uit ronde 1 en vraag jezelf af: "Is er iets uit ronde 1 dat je opvalt dat je nu al zelf doet?" Indien dit het geval is, zet je een kruisje in het daarvoor voorziene vakje.
- Ronde 3: Bespreek in groepjes van 4 de problemen uit ronde 1. Probeer deze problemen te groeperen en stel een top 5 op waarbij het belangrijkste probleem op 1 staat.
- Ronde 4: Stel in de grote groep een top 5 op van de meest voorkomende problemen.
- Ronde 5: De opdracht uit ronde 2 wordt herhaald, ditmaal dienen de deelnemers hun ogen te sluiten en hun hand op te steken indien ze de problemen uit de top 5 zelf al eens gedaan hebben/ tegengekomen zijn in hun eigen handelen.
- Ronde 6: Waarin willen de deelnemers getraind worden om de problemen, wat betreft interprofessioneel samenwerken om te buigen naar successen? Hoe kan je deze problemen ombuigen tot een succes? Waarin zou jij getraind of geholpen willen worden om niet meer in de valkuilen te trappen waardoor interprofessioneel samenwerken mislukt? Benoem enkele concrete voorbeelden van ondersteuning die noodzakelijk zijn.

Tijdens deze werkvorm werd ruimte voorzien voor discussie en konden de deelnemers kritisch kijken naar de ontwikkelde doelstellingen.

De focusgroepen te VIVES Hogeschool en Curio daagden de deelnemers uit om dieper in te gaan op volgende vragen:

- Wat vinden de deelnemers herkenbaar in de ontwikkelde doelstellingen?
- Wat is de werkelijke situatie? Hoe komen de vier competenties voor in de praktijk?
- Wat vinden ze de wenselijke situatie wat betreft de vier competenties?
- Als je de doelstellingen in een opleiding zou opnemen, waar dienen dan de accenten gelegd te worden op vlak van de niveaus? (Differentiatie per niveau)

Er werd voornamelijk gefocust op 4 thema's: de werkelijke situatie, de wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau (niet- en kortgeschoolden, zorgkundigen, verpleegkundigen).

Onderdeel 1: Literatuurstudie

Componenten competentie interprofessioneel samenwerken

Verschillende organisaties (RNAO, WHO, Canadian Interprofessional Health Collaborations, ...) hebben getracht een model uit te werken met de basiscompetenties van een interprofessionele samenwerker in de gezondheidszorg. Een systematische zoekopdracht in de literatuur naar interprofessionele samenwerkingsmodellen leverde 13 resultaten op (Tabel 3). Onderstaande tabel geeft de terugkerende elementen uit elk model weer. Uit deze tabel kan opgemaakt worden dat 12 elementen benoemd worden in de literatuur, waarvan de volgende in meer dan de helft van de modellen terugkomen: teamwerk, rollen en verantwoordelijkheden, communicatie, leren en reflecteren en een persoon centrale aanpak. Na een grondige bestudering van alle frameworks werd gekozen om het framework van de WHO als basis te nemen voor de uitwerking van de competentie interprofessioneel samenwerken. Deze keuze werd gemaakt, daar alle frameworks hetzelfde doel voor ogen hebben, namelijk een interprofessionele samenwerking tussen zorgprofessionals bewerkstelligen. De deelcompetenties zullen op basis van informatie vanuit de andere frameworks aangevuld worden opdat een allesomvattend geheel neergezet kan worden.

Tabel 3: Overzichtstabel geïncorporeerde frameworks met elementen

Elementen	World Health Organization (2010)	Interprofessional Collaborative (2016)	Education Tsakitzidis and Van Royen (2018)	Registered Nurses' Association of Ontario (2013)	Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010)	Wood et al 2009	Brewer and Jones (2013)	Haruta et al. (2018)	Moradi, Najarkolai, and Keshmiri (2016)	Curtin University (2010)	Sunnybrook (2019)	Combined Universities Interprofessional Learning Unit (2010)	Walsh, Gordon, Marshall, Wilson, and Hunt (2005)
Teamwerk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Rollen en verantwoordelijkheden	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X
Communicatie	X	X	X		X	X	X	X		X	X		
Leren en reflectie	X		X				X	X		X	X	X	X
Patiënt centraal	X		X		X	X	X	X	X				
Ethische praktijk	X	X									X	X	X
Interprofessioneel leiderschap			X	X	X				X				
Gedeelde besluitvorming				X		X					X		
Gedeelde macht				X									
Interprofessioneel conflictoplossing					X		X			X	X		
Kwaliteit bevorderen						X	X						

Om op een interprofessionele manier samen te werken in de gezondheidszorg dien je volgens het 'Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice' van de WHO competenties te ontwikkelen op vlak van teamwerk, rollen en verantwoordelijkheden, communicatie, leren en reflecteren, de persoon centraal stellen en ethisch handelen (World Health Organization, 2010). Hieronder volgt een korte beschrijving van wat verstaan wordt onder deze deelcompetenties en de bijhorende doelstellingen.

Teamwerk

Om interprofessioneel samen te werken, dient samenwerking plaats te vinden in een team. In eerste instantie is het belangrijk om te beseffen dat je als zorgverlener deel uitmaakt van een team. Dit team heeft een gezamenlijk doel, namelijk: de best mogelijke zorg verlenen waarbij de zorgontvanger met zijn zorgvraag centraal staat (World Health Organization, 2010). Om op deze zorgvraag zo goed mogelijk te kunnen antwoorden, dient de zorgverlener de principes van teamwerk te kennen. Het zorgproces is erg dynamisch, dit vraagt dat je als zorgverlener een flexibele houding kan aannemen, binnen een team is het belangrijk om zowel de rol van teamleider als teamlid te kunnen aannemen. Daarnaast vraagt teamwerk van zorgverleners dat ze de barrières kennen van teamwerk, met conflicten binnen een team kunnen omgaan, op een respectvolle manier een relatie aangaan met andere zorgverleners, aan gedeelde besluitvorming doen en op een actieve manier deelnemen aan het team (Combined Universities Interprofessional Learning Unit, 2010; Curtin University, 2010; Haruta et al., 2018; Interprofessional Education Collaborative, 2016; Tsakitzidis & Van Royen, 2018; Walsh, Gordon, Marshall, Wilson, & Hunt, 2005; Wood, Flavell, Vanstolk, Bainbridge, & Nasmith, 2009; World Health Organization, 2010). Deze deelcompetentie resulteert in volgende doelstellingen:

- De zorgverlener kent de principes van teamwerk.
- De zorgverlener kan zowel de rol van teamlid als teamleider aannemen.
- De zorgverlener kent de barrières van teamwerk.
- De zorgverlener gaat op een respectvolle manier een relatie aan met zijn teamleden.
- De zorgverlener neemt op een actieve manier deel aan de teamwerking.
- De zorgverlener deelt waarden en normen over de zorg en stelt gezamenlijke doelen.
- De zorgverlener gaat om met conflicten binnen het team en maakt deze bespreekbaar.
- De zorgverlener werkt aan zijn eigen competenties en ondersteunt teamleden in de ontwikkeling van competenties.

Rollen en verantwoordelijkheden

Zorgverleners binnen een interprofessioneel team beschikken elk over hun eigen expertise en bevoegdheden. Om op een efficiënte manier samen te werken is het belangrijk dat elk teamlid zich bewust is van zijn eigen rol en deze van zijn teamleden (Combined Universities Interprofessional Learning Unit, 2010; Curtin University, 2010; Haruta et al., 2018; Interprofessional Education Collaborative, 2016; Tsakitzidis & Van Royen, 2018; World Health Organization, 2010). Daarnaast dient elk teamlid te weten welke expertise bij welke partner van het team aanwezig is, om op deze manier de zorg op een adequate manier te organiseren en de patiëntenzorg te verbeteren (Combined Universities Interprofessional Learning Unit, 2010; Curtin University, 2010; Haruta et al., 2018; Interprofessional Education Collaborative, 2016; Registered Nurses' Association of Ontario, 2013; Tsakitzidis & Van Royen, 2018; Wood et al., 2009; World Health Organization, 2010). Deze deelcompetentie resulteert in volgende doelstellingen:

- De zorgverlener is zich bewust van zijn eigen rol en deze van zijn teamleden.
- De zorgverlener kent en erkent zijn eigen expertise en deze van zijn teamleden.
- De zorgverlener is zich bewust van zijn eigen sterktes en beperkingen.
- De zorgverlener spreekt zijn eigen expertise of deze van anderen aan om op een adequate manier op de zorgvraag te kunnen antwoorden.
- De zorgverlener is in staat om de juiste professional aan te spreken wanneer een zorgontvanger doorverwezen dient te worden.
- De zorgverlener gaat in overleg met de andere zorgverleners met respect voor autonomie en bevoegdheden.
- De zorgverlener neemt zijn verantwoordelijkheid binnen het team op.
- De zorgverlener erkent en bespreekt risico's in het zorgproces en risicogedrag van teamleden met betrekking tot kwaliteitszorg en patiëntveiligheid.

Communicatie

Om een team optimaal te laten functioneren speelt communicatie een belangrijke rol (World Health Organization, 2010). Zorgverleners dienen met het oog op de beste zorgverlening in overleg te gaan met andere zorgprofessionals (Tsakitzidis & Van Royen, 2018). Bij dit overleg wordt relevante informatie gedeeld, kennis geuit en feedback gegeven. De zorgverleners communiceren tijdens dit overleg met eenzelfde jargon en luisteren actief naar de input van andere zorgverleners (Combined Universities Interprofessional Learning Unit, 2010; Curtin University, 2010; Tsakitzidis & Van Royen, 2018; Wood et al., 2009). Om communicatie op een effectieve en efficiënte manier te laten verlopen, maken zorgverleners gebruik van communicatietools en communicatietechnologieën (Combined Universities Interprofessional Learning Unit, 2010). Het gebruik van deze technologieën gebeurt met respect voor vertrouwelijke informatie (Haruta et al., 2018). Deze deelcompetentie resulteert in volgende doelstellingen:

- De zorgverlener gaat in overleg met andere zorgprofessionals.
- De zorgverlener deelt relevante informatie vanuit zijn eigen expertise met andere zorgprofessionals.
- De zorgverlener deelt zijn kennis met andere zorgprofessionals.
- De zorgverleners beschikken over eenzelfde jargon.
- De zorgverlener kent de principes van feedback en past deze ook toe.
- De zorgverlener geeft op een respectvolle manier feedback.
- De zorgverlener luistert actief naar de input van zowel zorgontvanger en familie als andere zorgprofessionals.
- De zorgverlener maakt gebruik van communicatietools en communicatietechnologie om communicatie op een effectieve manier te laten verlopen.

Leren en reflecteren

Om een optimale teamfunctionering te garanderen, dienen de leden van het team kritisch stil te staan bij de handelingen van zichzelf en het team (World Health Organization, 2010). Door kritisch te reflecteren zullen de sterktes en beperkingen van het team geïdentificeerd kunnen worden (Curtin University, 2010; Tsakitzidis & Van Royen, 2018). Daar waar beperkingen naar voor komen, is het noodzakelijk dat het team zijn eigen deskundigheid zal bijscholen hetzij aan de hand van wetenschappelijke literatuur, hetzij door het volgen van bijscholingen (Tsakitzidis & Van Royen, 2018; Walsh et al., 2005). Deze deelcompetentie resulteert in volgende doelstellingen:

- De zorgverlener reflecteert kritisch over zijn eigen handelen en over zichzelf als deel van een team. Dit doet hij aan de hand van een gestandaardiseerd reflectieproces.
- De zorgverlener is in staat zijn eigen sterktes en beperkingen te benoemen.
- De zorgverlener identificeert de sterktes en beperkingen van het team en het teamfunctioneren. Hij is in staat om daar waar nodig verbeteringen aan te brengen.
- De zorgverlener zoekt naar een evidence-based manier om zijn eigen kennis bij te schaven en toe te passen.
- De zorgverlener kent het begrip levenslang leren en past dit ook toe in zijn eigen praktijk.
- De zorgverlener werkt aan zijn eigen competenties en ondersteunt teamleden in de ontwikkeling van competenties.
- De zorgverlener is in staat om samen met het team verbetercycli op te zetten en te doorlopen.

Persoon centraal stellen

De basisredenen om interprofessioneel samen te werken, staat in het teken van persoonsgerichte zorg. Om dit te verwezenlijken is het belangrijk om als team de noden en belangen van de zorgontvanger in kaart te brengen door in dialoog te gaan met de zorgontvanger, zijn familie, naasten en gemeenschap (Curtin University, 2010; Haruta et al., 2018; Tsakitzidis & Van Royen, 2018; Wood et al., 2009; World Health Organization, 2010). De zorgontvanger wordt niet enkel centraal geplaatst in het zorgproces, hij wordt ook aanzien als waardevolle partner binnen het team. Deze deelcompetentie resulteert in volgende doelstellingen:

- De zorgverlener plaatst de zorgontvanger centraal in het zorgproces.
- De zorgverlener ziet de zorgontvanger als waardevolle partner van het team.
- De zorgverlener gaat in gesprek met de zorgontvanger en zijn naasten om de zorgnoden en belangen in kaart te brengen.
- De zorgverlener behartigt de noden en belangen van de zorgontvanger.
- De zorgverlener verleent kwaliteitsvolle en veilige zorg volgens de wensen van de zorgontvanger.
- De zorgverlener werkt in team samen met als doel de kwaliteitsvolle en veilige zorg te verlenen aan de zorgontvanger.

Ethische aspecten

Zorg brengt inherent ethische elementen met zich mee, zo ook bij het functioneren in team. Als team is het van belang om elke partner als evenwaardig te zien en op een respectvolle manier met elk individu om te gaan (World Health Organization, 2010). Wanneer een relatie aangegaan wordt, is het aangewezen dat volgende elementen aanwezig zijn: respect voor de autonomie, transparantie, eerlijkheid, vertrouwen, waardigheid en respect voor culturele verschillen (Curtin University, 2010; Interprofessional Education Collaborative, 2016; Sunnybrook, 2019; Walsh et al., 2005). Keuzes die gemaakt worden binnen een team of in het zorgproces dienen gebaseerd te zijn op een geïnformeerde beslissing en met vrijheid van keuze. Dit alles dient plaats te vinden binnen een veilig klimaat (Sunnybrook, 2019). Binnen een team waarin iedereen elkaar ten volle respecteert, zal ruimte gecreëerd worden om openhartig te zijn omtrent elkaars gebreken en zal er gebouwd kunnen worden op elkaars krachten. In goed werkende teams kunnen teamleden aangeven wanneer een situatie moeilijk is en ondersteunt men elkaar in het uitvoeren van ieders zorgtaak (Grypdonck, Vanlaere, & Timmermann, 2018). Deze deelcompetentie resulteert in volgende doelstellingen:

- De zorgverlener gaat op een respectvolle manier om met de leden van het team, namelijk: respect voor de autonomie van een persoon, culturele verschillen en privacy.
- De zorgverlener handelt transparant en op een integere manier.
- De zorgverlener zorgt ervoor dat keuzes die gemaakt worden in het zorgproces vooraf gaan aan een geïnformeerde beslissing met vrijheid van keuze.
- De zorgverlener voelt zich gewaardeerd en veilig in het team.
- De zorgverlener heeft vertrouwen in het team.
- De zorgverlener beschikt over de competenties van het ethisch handelen (zie competentie 4 p.51).

Beïnvloedende factoren interprofessioneel samenwerken

Onderzoek naar de facilitators en barrières van interprofessioneel samenwerken geeft factoren weer op 3 niveaus: individueel, team en organisatie (de Vries-Erich, Reuchlin, de Maaijer, & van de Ridder, 2017; McInnes, Peters, Bonney, & Halcomb, 2015; Pfaff, Baxter, Jack, & Ploeg, 2014; Supper et al., 2015).

Faciliterende factoren

Op individueel niveau zal interprofessionele samenwerking bevorderd worden wanneer de zorgverlener beschikt over de nodige kennis en ervaring, communicatieve vaardigheden beheerst, vertrouwen heeft in zijn eigen kunnen, op een kritische manier kan denken en zijn eigen handelen in vraag durft te stellen (Pfaff et al., 2014). Op teamniveau speelt respect voor elk lid van het team (McInnes et al., 2015; Pfaff et al., 2014), een gedeelde visie (de Vries-Erich et al., 2017; Supper et al., 2015) en vertrouwen en geloof in de vaardigheden van de teamleden (McInnes et al., 2015; Pfaff et al., 2014; Supper et al., 2015) een rol. Indien teamleden het voordeel zien van 'interprofessioneel samenwerken' bevordert dit ook de toepassing ervan (Supper et al., 2015). Een ondersteunende leidinggevende of ondersteunend managementkader zet zorgprofessionals vanuit organisatorisch niveau aan tot samenwerken (de Vries-Erich et al., 2017; McInnes et al., 2015; Pfaff et al., 2014; Supper et al., 2015). Daarnaast dient de organisatie ook te voorzien in de nodige middelen om interprofessionele samenwerking mogelijk te maken, zoals bijvoorbeeld een tool om communicatie tussen verschillende zorgprofessionals efficiënt te laten verlopen en een fysieke plaats om face-to-face vergaderingen te houden (de Vries-Erich et al., 2017; Supper et al., 2015).

Belemmerende factoren

Interprofessionele samenwerking wordt op individueel niveau belemmerd wanneer er geen duidelijkheid is omtrent de rollen en verantwoordelijkheden van de zorgprofessionals (de Vries-Erich et al., 2017; McInnes et al., 2015; Pfaff et al., 2014; Supper et al., 2015). Indien zorgverleners een gebrek hebben aan zelfvertrouwen, kennis en ervaring werkt dit ook nefast voor de totstandkoming van interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg (Pfaff et al., 2014). Wanneer teams geen respect tonen voor elkaar en elkaar niet ondersteunen waar nodig, zal er nooit op een goede manier samengewerkt kunnen worden (Pfaff et al., 2014). Een gebrek aan communicatiemiddelen of communicatie in het algemeen maakt samenwerking in de eerste lijn ook niet mogelijk (McInnes et al., 2015). Tot slot belemmert een hiërarchische structuur waarbij zorgverleners zich niet veilig voelen en geen speak-up culture heerst, het interprofessioneel samenwerken in de zorg (Pfaff et al., 2014; Supper et al., 2015).

Onderdeel 2: Kick-off

Tijdens het kick-off evenement namen 44 deelnemers gedurende 1 uur deel aan de workshop interprofessioneel samenwerken. Om de effectiviteit van de input van alle deelnemers te maximaliseren werden de deelnemers in twee groepen onderverdeeld. Tabel 4 geeft een overzicht van de meest voorkomende problemen uit ronde 1 weer. De resultaten werden geïnccludeerd in de tabel indien er minimaal 4 deelnemers (10%) hetzelfde antwoord gaven. Uit deze tabel blijkt dat voornamelijk problemen op vlak van communicatie (60%), tijd (35%), onduidelijke rollen en verantwoordelijkheden (30%) en het betrekken van zorgontvangers of naasten(30%) in relatie werden gebracht met interprofessionele samenwerking (Tabel 4).

Tabel 4: Antwoorden ronde 1 TRIZ*1	
Onderwerp	Aantal deelnemers (N = 44)
Communicatie	26
Tijd	15
Onduidelijke rollen en verantwoordelijkheden	14
Geen zorgontvanger of naasten betrekken	14
Geen overleg of afstemming	13
Geen doel voor ogen	12
Geen informatie delen	12
Geen erkenning/ herkenning expertise	11
Niet willen samenwerken	11
Eigen bijdrage het belangrijkste vinden	10
Geen respect voor andere disciplines	9
Hiërarchie	9
Geen kennis/ erkenning discipline	9
Geen eenduidige taal	6
Geen plan	4
Geen financiële middelen	4
Geen taakverdeling	4
*1Antwoord op de vraag: Wat kan er allemaal mislopen of ervoor zorgen dat interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg mislukt? (Ronde 1)	

Tabel 5 geeft een overzicht weer van de antwoorden uit ronde 3. Hierbij gaven de deelnemers in groepen van vier à vijf een top vijf weer van problemen in het kader van interprofessionele samenwerking. Het onderwerp communicatie werd door de meeste groepen op plaats 1 geplaatst. Communicatie kwam echter niet het meest frequent voor in de top vijf van de deelnemers. De meeste groepen (8/9) plaatsten problemen rond rollen en verantwoordelijkheden in hun top vijf.

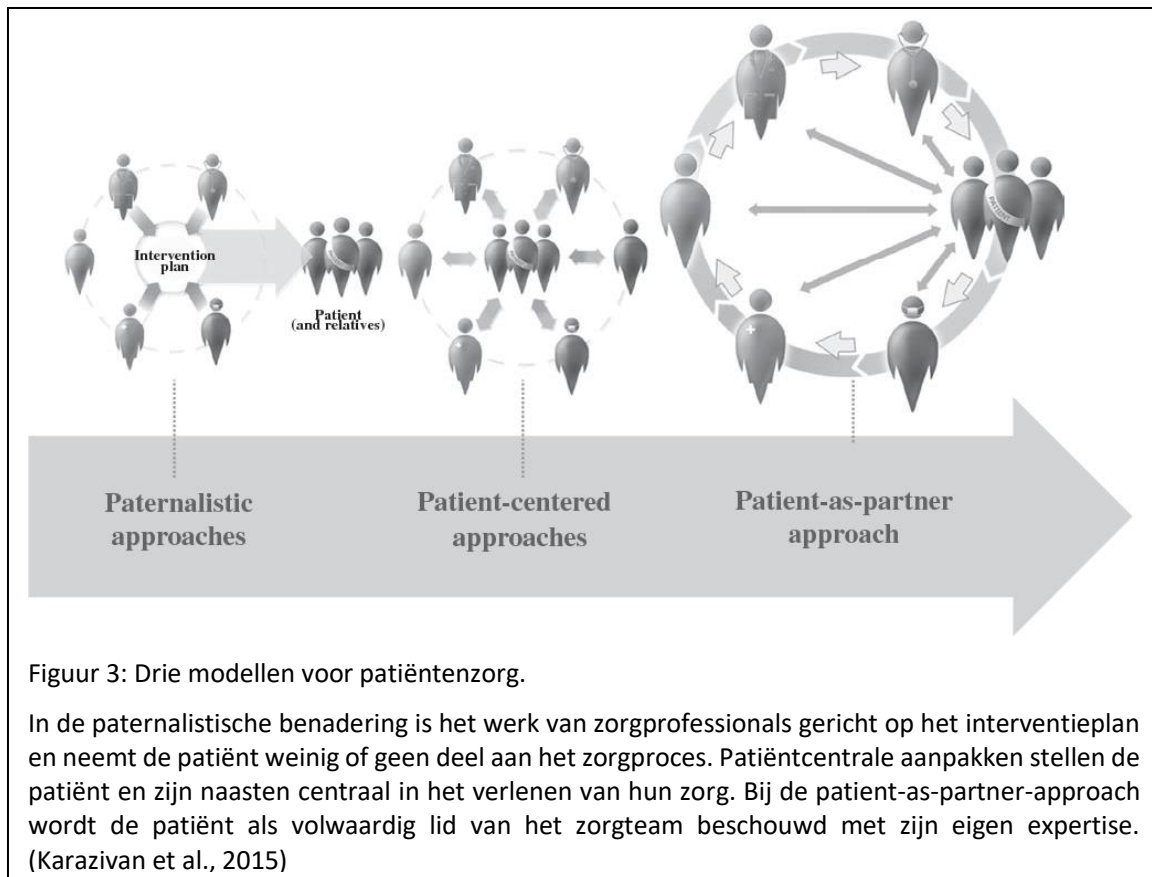
Tabel 5: Antwoorden ronde 3 TRIZ*1

Onderwerp	Op plaats 1 in top 5*2	Voorkomen in top 5*2
Communicatie	3	6
Geen informatie delen	2	3
Geen zorgontvanger of naasten betrekken	2	4
Onduidelijke rollen en verantwoordelijkheden	1	8
Gelijkwaardigheid (hiërarchie)	1	6
Tijd	0	3
*1Antwoord op de vraag: Bespreek in groepjes van 4 de problemen uit ronde 1. Probeer deze problemen te groeperen en stel een top 5 op waarbij het belangrijkste probleem op 1 staat.		
*2Score op 9 aangezien er 9 groepen een top 5 opgesteld hebben.		

De top drie die opgesteld werd door de 44 deelnemers als meest voorkomende problemen/ onderwerpen waar het meeste aandacht aan besteed dient te worden om een optimale interprofessionele samenwerking te bewerkstelligen, bestaat uit de volgende: persoon centraal stellen (1), rollen en verantwoordelijkheden (2) en communicatie (3) (Tabel 6). Deze drie onderwerpen komen ook uit de literatuur naar voor als 3 van de pijlers die mee te nemen zijn in interprofessionele samenwerking (zie Figuur 4). De deelnemers brachten de methodiek van “patient-as-partner-approach” (Figuur 3) aan als voorbeeld voor het centraal stellen van de persoon. Hierbij wordt de zorgontvanger gezien als actieve partner van het zorgteam, hij beslist mee in zijn zorgproces en stelt samen met het zorgteam een gemeenschappelijk doel op (Karazivan et al., 2015). Vervolgens werden kennis en expertise delen met elkaar, informatie op maat aanbieden en waardering voor elk lid van het team naar voor geschoven als successen voor het probleem rollen en verantwoordelijkheden. Tot slot dient er bij het probleem over communicatie voornamelijk gefocust te worden op het toepassen van een gemeenschappelijke taal en een gemeenschappelijk dossier volgens de deelnemers van het kick-off evenement.

Tabel 6: Antwoorden ronde 5*1 en 6*2 TRIZ

Onderwerp	Ombuigen naar successen
1. Persoon centraal stellen	Patient-as-partner-approach, een gemeenschappelijk doel, samen beslissen en bijscholingsmomenten
2. Rollen en verantwoordelijkheden	Informatie op maat aanbieden, expertise delen met elkaar, doen, kennis en waardering voor elk lid van het team
3. Communicatie	Een gezamenlijk dossier, geen vakjargon maar een gemeenschappelijke taal, werken met casemanager
Andere: Hiërarchie, Beleid- en regelgeving, Tijd en structuur	
*1 Top 3 van 44 deelnemers wat betreft problemen in het kader van interprofessioneel samenwerken.	
*2 Ronde 6: ombuigen van problemen naar successen.	



Onderdeel 3: Focusgroepen

De focusgroepen richtten zich op vier thema's: de werkelijke situatie, wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau.

Werkelijke situatie

De werkelijkheid omtrent interprofessioneel samenwerken geeft een aantal pijnpunten weer binnen de huidige manier van samenwerken, dit op vlak van hiërarchie, aanspreekcultuur, communicatie en rolonduidelijkheid. Zo blijkt uit de focusgroepen dat zorgverleners van niveau 2 en 3 een duidelijke hiërarchie ervaren wanneer samengewerkt wordt met andere zorgverleners. Ze hebben het voornamelijk moeilijk om iemand van een hoger niveau aan te spreken op fouten.

“Ik vind het heel moeilijk om mensen aan te spreken. Ze zijn ouder en weten het beter.” (Student niveau 4)

“Hoe spreek ik als niveau 2, niveau 4 aan? Want niveau 2 gaat dan denken: ‘Hey het is niveau 4 en die denken dat ze hoger dan mij zijn’, maar het is in principe maar gewoon een papertje wat ze hebben.” (Starter niveau 2)

Factoren die de aanspreekcultuur beïnvloeden zijn de grootte van de organisatie en de cultuur die heerst binnen de organisatie.

“Wij zijn een hele kleine organisatie; of het nu Marieke de directeur of Marietje uit de wasserij is, wij spreken elkaar allemaal aan met de voornaam. Maar ik merk wel hoe groter de organisatie, hoe groter de afstand om mensen aan te spreken.” (Starter niveau 4)

Een derde pijnpunt omtrent rolonduidelijkheid maakt duidelijk dat rollen sterk afhankelijk zijn van de organisatie waarbinnen je tewerkgesteld bent.

“De rollen lopen door elkaar en zijn toch ook afgebakend, per organisatie zijn je rollen anders en verloopt de samenwerking anders”. (Senior niveau 4)

Studenten verpleegkunde geven aan dat er binnen de opleiding te weinig gefocust wordt op communicatie tussen verschillende disciplines. Dit komt onder meer naar voor wanneer studenten geconfronteerd worden met een situatie waarbij een arts gecontacteerd dient te worden. Deze stap zetten, wordt als drempel ervaren.

“Vanuit de opleiding merken we op dat wanneer studenten moeten bellen naar de huisarts of familieleden er een gevoel van angst heerst. Het is geen evidentie om mensen met elkaar te laten bellen, deze stap is momenteel nog te groot.” (Docent niveau 6)

“Wanneer tijdens een simulatie onverwachts gevraagd werd om te bellen met de arts, sloeg paniek toe. Wanneer dan de handleiding met het kaartje (ISBARR¹) ter ondersteuning gegeven werd, zorgde dit ervoor dat er plots terug rust keerde.” (Student niveau 6)

Niet bij iedereen loopt de samenwerking mis. Vanuit de thuiszorg wordt aangegeven dat de samenwerking met andere disciplines, met name de huisarts, wel vlot verloopt:

“De samenwerking met de artsen en andere disciplines in onze organisatie verloopt wel vlot. Twee keer per maand zitten verpleegkundigen samen met de artsen om overleg te plegen over de patiënten. Ook via het EPD wordt er goed gecommuniceerd met de artsen. Wij moeten bijvoorbeeld dagelijks foto's nemen van de wonden die we verzorgden. De artsen kunnen dan feedback geven via een luik en op deze manier kan er snel bijgestuurd worden daar waar nodig. We voelen ons gelijkwaardig in de relatie. Het is niet meer dat ze zeggen jij moet alleen maar doen en niet nadenken, je mag voor jezelf denken en zelf voorstellen doen.” (Senior niveau 5)

¹ De ISBARR briefingstechniek = Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Reedback (Verbiest, 2014)

Op vlak van interprofessionele opleidingen geven enkel bachelor studenten verpleegkunde aan interprofessioneel opgeleid te worden dankzij de IPSIG-module (Interprofessioneel Samenwerken In de Gezondheidszorg). Deze opleidingsmodules worden als meerwaarde ervaren door de studenten en de docenten.

“Als student vond ik het wel een meerwaarde om een multidisciplinair overleg te organiseren met studenten van verschillende disciplines. Dit hielp om elkaars takenpakket te leren kennen en de focussen van elke discipline te leren kennen. Je leert te communiceren met andere disciplines, maar dit binnen een context waarbij de drempel nog niet zo hoog is omdat het wel allemaal studenten zijn en je op die manier van elkaar kan leren.” (Starter niveau 6)

“De link voor door te verwijzen is duidelijker en zorgt ervoor dat de drempel om contact met andere disciplines te leggen lager wordt.” (Student niveau 6)

“Ze weten ‘de ergo heeft hier meer kaas van gegeten’, dus voor dit probleem kunnen we best deze persoon/discipline contacteren.” (Docent niveau 6)

De studenten van de andere niveaus en de zorgverleners geven aan dit niet meegekregen te hebben in hun eigen opleiding. Binnen de opleidingen van Familiehulp en zorgkundigen krijgt men wel les over de bevoegdheden van elke discipline, maar wordt niet samengezeten met de verschillende disciplines zoals in de bacheloropleiding.

“Binnen HBO5 doe je dit niet, je komt niet in overleg met elkaar of leert niet hoe je een huisarts kan contacteren. Wij hebben geen casussen waarbij dit gedrag kan uitgelokt worden.” (Student niveau 5)

Wenselijke situatie

In een ideale wereld wensen de deelnemers dat alle disciplines elkaar kunnen aanspreken en elkaar feedback kunnen geven. Dit kan echter pas gebeuren indien er een veilige cultuur heerst.

“Ik vind het jammer dat mensen van niveau 2 en 3 zich zo voelen, de thuishulp zou maar eens een week niet moeten komen, dan zul je het wel horen. Elke persoon is belangrijk binnen de zorg.” (Senior niveau 6)

Zorgverleners wensen naast een veilige cultuur ook een cultuur waarbinnen waardering en erkenning centraal staat. Tot slot zou je als zorgverlener moeten kunnen aangeven waar je deskundigheid start en waar deze eindigt, om op deze manier te komen tot een optimale samenstelling van je team met diverse expertise.

“De jongeren moeten meer respect tonen naar de ouderen en omgekeerd ook. Pas wanneer je waardering hebt voor elkaar zal het pas lukken.” (Senior niveau 4)

“Wanneer je competenties niet hebt moet je kunnen aangeven waar je grenzen liggen en waar je expertise van iemand anders moet inwinnen om de zorg goed te laten verlopen binnen je team.” (Senior niveau 6)

Advies voor de ZORO-opleiding

Een aantal elementen dienen volgens de deelnemers van de focusgroepen meegenomen te worden bij de ontwikkeling van de leerroutes. Allereerst wensen zorgverleners communicatietechnieken aangeleerd te krijgen zowel tussen collega's onderling als naar zorgontvangers en naasten toe.

“Je moet ook leren en durven om vragen te stellen aan de familie en andere zorgverleners. Het idee heerst dat je alles moet weten en dit is niet het geval. De kunst bestaat erin dat wanneer je iets niet weet, je niet handelt, maar net extra informatie inwint bij externe informatiebronnen. Zowel van de collega's als van de patiënten, naasten.” (Student niveau 6)

Verdergaand op het thema van communicatie is het aan te raden dat zorgverleners getraind worden in het geven en krijgen van feedback en deze feedback dient meegenomen te worden in een uitgebreid reflectieproces.

“Je leert in theorie hoe je feedback moet geven en krijgen, maar in de praktijk werkt het niet altijd. Als je de anderen niet traint om ook zelfinzicht te hebben, dan komt de feedback niet binnen en je moet je dus ook de vraag stellen: ‘wat doet dat nu met mij?’.” (Student niveau 7)

Daarnaast is het noodzakelijk dat een cultuur van gelijkwaardigheid en respect naar alle niveaus aangeleerd wordt. Tot slot geven de deelnemers van de focusgroepen aan dat meer gewerkt dient te worden rond zelfsturende teams. Momenteel heerst er veel paniek bij de opstart van zelfsturende teams omdat de impact van deze innovatie niet geheel duidelijk is.

“Er is een verschuiving van taakgericht naar zelf denken wat je moet doen. Dit is moeilijk om die omschakeling te maken, er ontstaat paniek. Mensen moeten rollen opnemen in je team, maar als je heel veel volgers hebt, dan geeft dit problemen. Leren over de rollen die je in een team kan hebben is voor mij wel een meerwaarde.” (Senior niveau 5)

Differentiatie per niveau

Wanneer de deelnemers gevraagd werd of een onderverdeling gemaakt moest worden bij de doelstellingen per niveau werden volgende antwoorden gegeven:

“Het antwoord op de vraag geef je al zelf: interprofessioneel samenwerken, is dat iedereen alles moet kennen.” (Senior niveau 3)

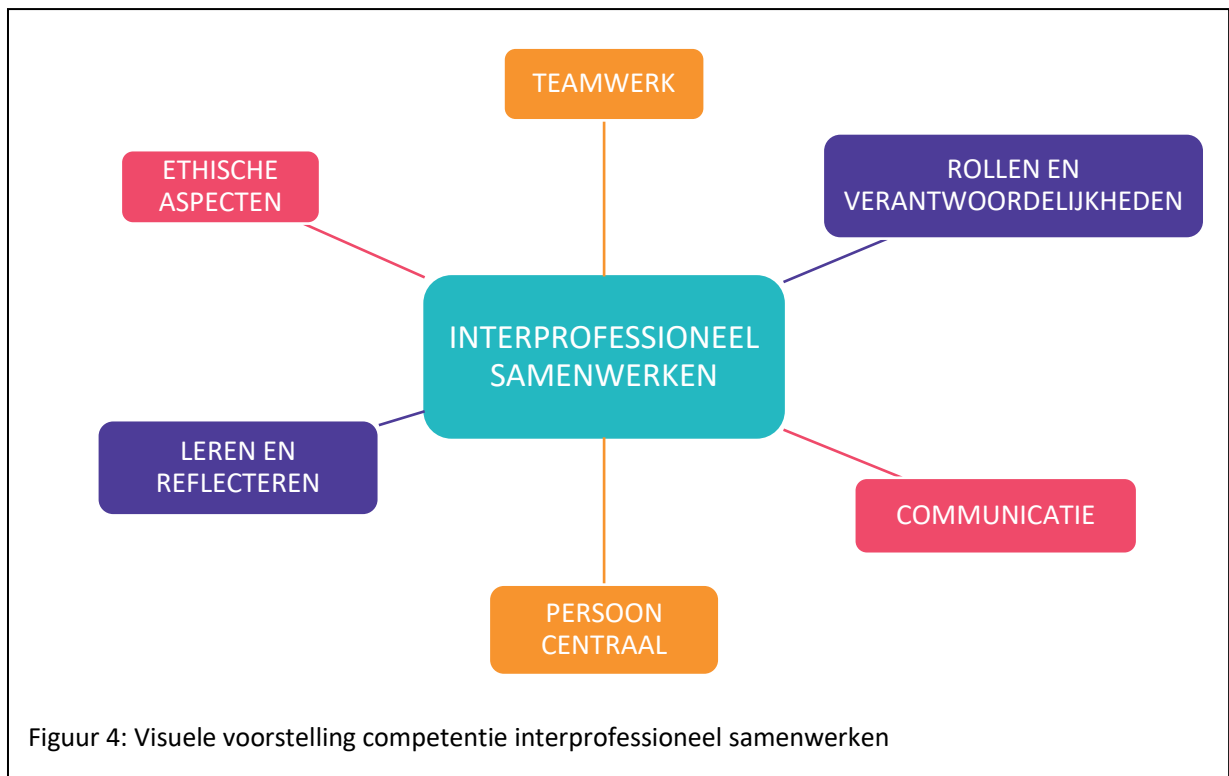
“Iedereen moet binnen zijn eigen takkenpakket en bevoegdheden kunnen samenwerken volgens de manier die voorgesteld wordt.” (Senior niveau 6).

Met andere woorden komt uit de focusgroepen naar voor dat het niet noodzakelijk is om de doelstellingen per niveau onder te verdelen, wel wordt aangeraden aandacht te besteden aan de taken en bevoegdheden van de verschillende niveaus. Dit maakt bijvoorbeeld dat iemand van niveau 2 geen insuline kan of mag toedienen, ook niet wanneer iemand van niveau 6 hen deze handeling toevertrouwt.

Conclusie

Om een effectieve ‘interprofessionele samenwerking’ te bewerkstelligen in de gezondheidszorg dienen zorgverleners niet alleen de competentie interprofessioneel samenwerken te beheersen, maar spelen faciliterende en belemmerende factoren een rol. De ontwikkelde doelstellingen werden door alle deelnemers goed bevonden. Het ZORO-project zal in de volgende fase deze doelstellingen als basis nemen voor de uitwerking van de ZORO-opleiding. Om de competentie interprofessioneel samenwerken te kunnen bewerkstelligen bij studenten en zorgprofessionals: niet- en kortgeschoolden, zorgkundigen en verpleegkundigen, dienen deze professies samen de leerroutes te doorlopen.

Visuele voorstelling competentie interprofessioneel samenwerken



Hoofdstuk 2: Intrapreneurship

Inleiding

Door de veranderingen in de gezondheidszorg, wordt van zorgprofessionals verwacht dat ze de zorgbehoeften van zorgontvangers op een effectieve en efficiënte manier kunnen benoemen en beantwoorden (Kim & Choi, 2014). Om aan de veranderende zorgvraag te kunnen voldoen, is er meer nood aan een efficiëntere zorgverlening gekenmerkt door assertieve, flexibele en zelfredzame zorgverleners, welke op een proactieve manier handelen (Major, Turner, & Fletcher, 2006). Om dit te bewerkstelligen werd vanuit het expertpanel de doelstelling vooropgesteld om zorgverleners te stimuleren om voortdurend op zoek te gaan naar verbeteringen en daarbij ook de zorg-economische aspecten van het beroep mee in rekening te brengen. Deze doelstelling sluit aan bij het concept van entrepreneurship, ook wel social intrapreneurship genoemd wanneer het gaat over werknemers binnen de gezondheidszorg (Boore & Porter, 2011). De term entrepreneurship is overgewaaid uit de bedrijfswereld, waarbij een entrepreneur een persoon is die een bedrijf of bedrijven opricht en financiële risico's neemt in de hoop op winst (Boore & Porter, 2011).

Het onderzoek van Chahal, Gupta, Lonial, and Raina (2019) stelt dat entrepreneurship (cfr. social intrapreneurship) bestaat uit 3 elementen: **proactief gedrag, innovatief gedrag en het nemen van risico's** (risk-taking). Deze elementen kennen volgende definities:

- **Proactief gedrag:** Een persoon stelt proactief gedrag wanneer deze vanuit eigen initiatief een op verandering gerichte inspanning levert in het werkgedrag om de zelfeffectiviteit of de effectiviteit van de organisatie te verbeteren. De persoon wil dingen aanpakken, anticiperen op problemen, preventief handelen en kansen grijpen in plaats van passief om te gaan met de praktijk (Mestdagh, Van Rompaey, Beeckman, Bogaerts, & Timmermans, 2016; Unsworth & Parker, 2003). Proactief gedrag kan zich zowel stellen op individueel, team- en organisatieniveau (Parker & Collins, 2008).
- **Innovatief gedrag:** Alvorens in te gaan op innovatief gedrag is het belangrijk om te weten wat het begrip innovatie wil zeggen. Rogers (2003) definieert een innovatie als volgt: "Een innovatie is een idee, praktijk of object dat door een individu of andere eenheid van adoptie als nieuw wordt waargenomen (Rogers, 2003)". Een persoon stelt bijgevolg innovatief gedrag wanneer deze nieuwe ideeën genereert en deze ook implementeert. Daarnaast overbrugt een innovatief persoon de mogelijke uitdagingen gebonden aan de introductie van nieuwe procedures, behandelingen of beleidsvisies met de focus op de gezondheidsbevordering van de zorgontvanger (Asurakkody & Shin, 2018; Chang & Liu, 2008; De Spiegelaere, Van Gyes, De Witte, Niesen, & Hootehem, 2014).
- **Risico's nemen:** Het nemen van risico's is een van de manieren om middelen te investeren in een onbekende industrie (Chahal et al., 2019). Het heeft betrekking op het uitvoeren van gedurfde acties die aanzienlijke investeringen vereisen, maar geen zekerheid bieden over het verkrijgen van winst (Lumpkin & Dess, 1996). Vertaald naar de gezondheidszorg doelt dit op het durven afwijken van de normale gang van zaken en nieuwe uitdagingen durven aangaan om kwaliteitszorg en patiëntveiligheid te waarborgen.

Uit deze definities wordt duidelijk waarom de termen proactief en innovatief gedrag vaak verward worden. Unsworth and Parker (2003) stelt dat proactief gedrag zich kan uiten in innovatief gedrag, maar niet in se innovatief gedrag hoeft te zijn. Innovatief gedrag daarentegen is altijd proactief gedrag.

In de gezondheidszorg komt entrepreneurship voornamelijk onder de vorm van proactief en innovatief gedrag naar voor (Chahal et al., 2019). Er werd daarom beslist om het element 'risico's nemen' te aanschouwen als intrinsieke motivator om over te gaan tot proactief en/of innovatief gedrag binnen de competentie intrapreneurship.

Methode

Om de kenmerken van intrapreneurship te bepalen, werd er allereerst systematisch in de literatuur gezocht in de databanken PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect en Google Scholar met onder meer volgende zoektermen: proactive behaviour, social entrepreneurship, intrapreneurship, innovative (work) behaviour, clinical competence, nurses, nursing aide, nursing assistants. Deze zoektermen werden alleen of in combinatie met elkaar ingegeven met focus op Engelstalige of Nederlandstalige literatuur van maximaal 10 jaar oud. Daarnaast werd literatuur ook geraadpleegd door middel van de sneeuwbalmethode.

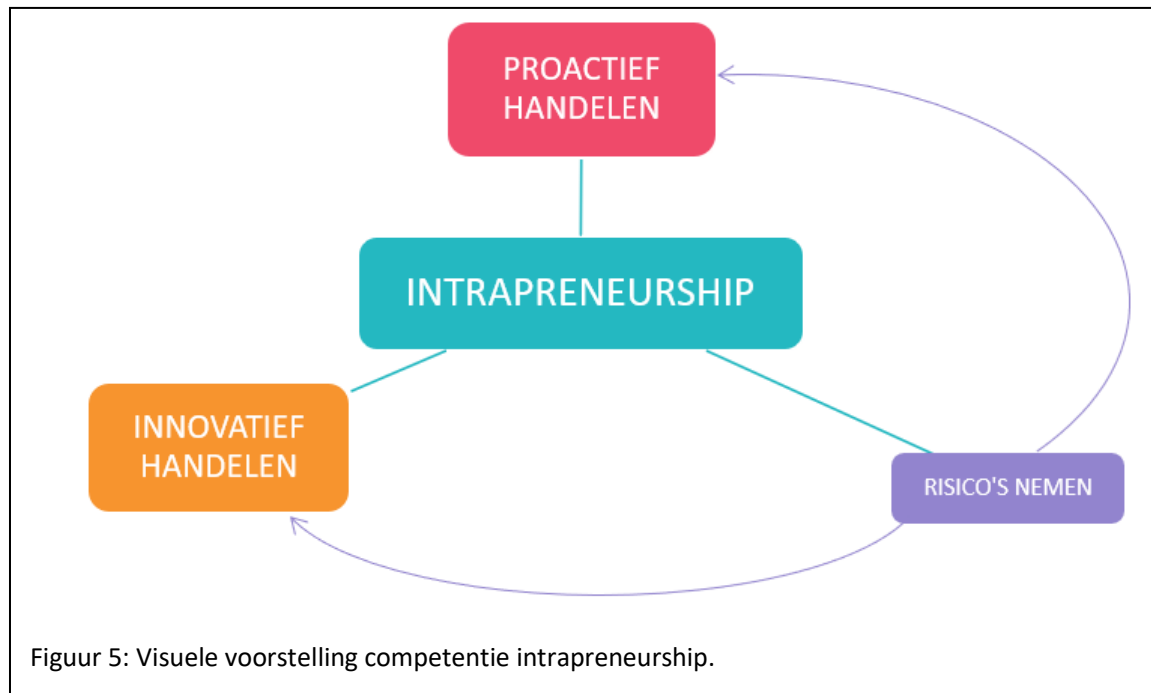
Vervolgens gebeurde een toetsing van de stakeholders op twee manieren, enerzijds werden de betrokken stakeholders geconsulteerd door middel van het kick-off evenement, anderzijds aan de hand van de focusgroepen. Tijdens het kick-off evenement werden de stakeholders geconsulteerd aan de hand van de interactieve workshop gebaseerd op de liberating structure 1-2-4-iedereen (Liberating Structures Belgian User Group, 2019a). De werkvorm 1-2-4-iedereen betreft iedereen tegelijkertijd bij het genereren van ideeën en suggesties. De deelnemers van de kick-off werden specifiek gevraagd om eigenschappen aan te duiden die noodzakelijk zijn om proactief handelen en innovatief handelen te bewerkstelligen. Deze ideegeneratie werd verwezenlijkt in 3 rondes waarbij de deelnemers eerst individueel over eigenschappen moesten nadenken, vervolgens in groepjes van vier en tot slot in groep. Op deze manier konden deelnemers zelf nadenken over de noodzakelijke eigenschappen van proactief en innovatief gedrag. Op het einde van de workshop werd ruimte voorzien om stil te staan bij de ontwikkelde doelstellingen op basis van de resultaten van de literatuurstudie.

In een selecte groep van telkens 12 deelnemers kregen zorgverleners en studenten van de verschillende niveaus de kans om tijdens de focusgroepen te VIVES Hogeschool en Curio stil te staan bij vier thema's per competentie: de werkelijke situatie, wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau. Door gebruik te maken van deze drie methodieken kon de verzamelde informatie besproken en bevestigd worden door zowel de stuurgroep van het ZORO-project als door relevante stakeholders.

Onderdeel 1: Literatuurstudie

Componenten competentie intrapreneurship

De definiëring van de competentie intrapreneurship bevat twee grote luiken. Enerzijds wordt de deelcompetentie proactief handelen benoemd, anderzijds de deelcompetentie innovatief handelen. De kenmerken van deze twee deelcompetenties worden hieronder uitvoerig besproken. Tot slot wordt de intrinsieke motivator “risico’s nemen” kort toegelicht.



Deelcompetentie proactief handelen

Een conceptanalyse omtrent proactief gedrag bij vroedvrouwen van Mestdagh et al. (2016) onderzocht de constructen die kenmerkend zijn voor het stellen van proactief gedrag. Op basis van 15 studies konden de onderzoekers zes kenmerken van proactief gedrag bij een individu benoemen; een anticiperende houding (1), veranderingsgezind (2), toekomstgericht (3), doelgericht (4), volhardend (5), en vanuit eigen initiatief geïnitieerd gedrag (6) (Mestdagh et al., 2016). Individuen die proactief gedrag stellen hebben een hogere nood aan controle, passen zich makkelijk aan in nieuwe situaties en zijn steeds op zoek naar feedback. Daarnaast speelt reflectie in kader van successen en mislukkingen ook een belangrijke rol in het proactief handelen. Deze elementen komen ook vanuit andere studies veelvuldig naar voor (Coun, Gelderman, & Pérez-Arendsen, 2015; De Palmenaer, 2011; Haerick, 2008; Schmitt, Den Hartog, & Belschak, 2016).

De onderzoekers besluiten dat proactieve zorgverleners altijd een stap voor zijn, anticiperen op mogelijke toekomstige problemen, veranderingen zien als een kans, autonoom werken, zich flexibel opstellen en continu op zoek zijn naar de meest effectieve en kwalitatieve state-of-the-art zorg (Mestdagh, Timmermans, Fontein-Kuipers, & Van Rompaey, 2019). Binnen de deelcompetentie proactief handelen zullen de zorgverleners niet alleen vanuit de curatieve blik, maar ook vanuit de preventieve blik dienen te kunnen kijken.

Beïnvloedende factoren

Proactief gedrag wordt beïnvloed door zowel individuele als contextuele factoren. In het 'model of antecedents of proactive work behaviour' van Parker, Williams, and Turner (2006) wordt de invloed van zowel individuele als contextuele factoren getest op het al dan niet voorkomen van proactief gedrag bij arbeiders. Hieruit blijkt dat op individueel niveau het hebben van een proactieve persoonlijkheid een rol speelt. Hiermee wordt de neiging om initiatief te tonen, kansen te identificeren en actie te ondernemen bedoeld. Daarnaast toont het model aan dat drie contextuele factoren het stellen van proactief werkgedrag beïnvloeden: jobautonomie, vertrouwen in de mogelijkheden van collega's en een ondersteunende leidinggevende (Parker et al., 2006). Deze contextuele factoren werden bevestigd in een latere studie (Schmitt et al., 2016).

Onderzoek naar individuele en contextuele beïnvloedende factoren binnen de gezondheidszorg, meer specifiek bij studenten vroedkunde toonde aan dat de nood aan controle, het vertrouwen in de mogelijkheden van de medestudenten en zelfeffectiviteit van invloed zijn op het voorkomen van proactief gedrag (Mestdagh, Timmermans, Colin, & Van Rompaey, 2018). Deze vaststellingen zijn van meerwaarde voor het onderwijs omdat op deze manier opleidingen kunnen inzetten op het creëren van groei in het vertrouwen van de collega's/ medestudenten, het verminderen van de behoefte aan controle en het verhogen van de zelfeffectiviteit bij studenten. In vergelijking met Nederlandse studenten vroedkunde hebben Vlaamse vroedvrouwen net meer nood aan controle en jobautonomie en dient de zelfeffectiviteit verhoogd te worden (Mestdagh, Timmermans, & Van Rompaey, 2018). Tot slot speelt motivatie een belangrijke rol in het uiten van proactief werkgedrag bij zorgverleners (Galletta et al., 2019). Dit resulteert in volgende doelstellingen:

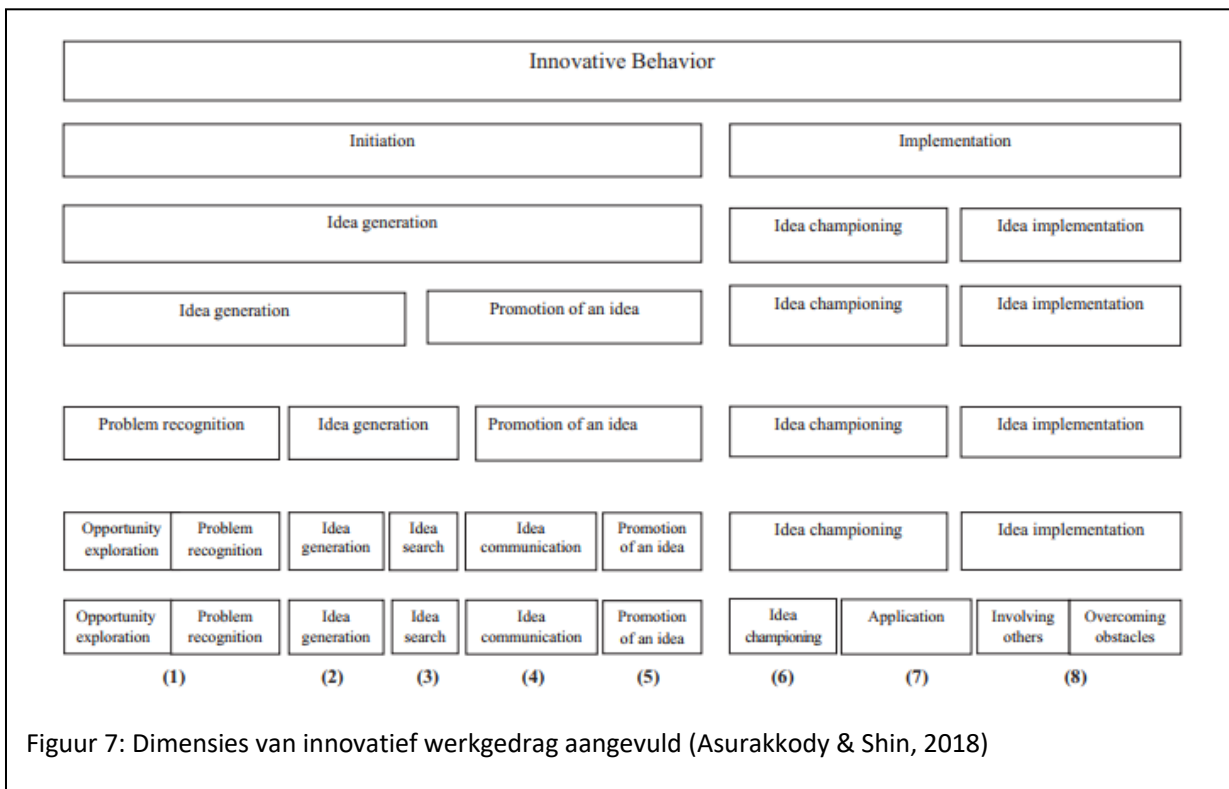
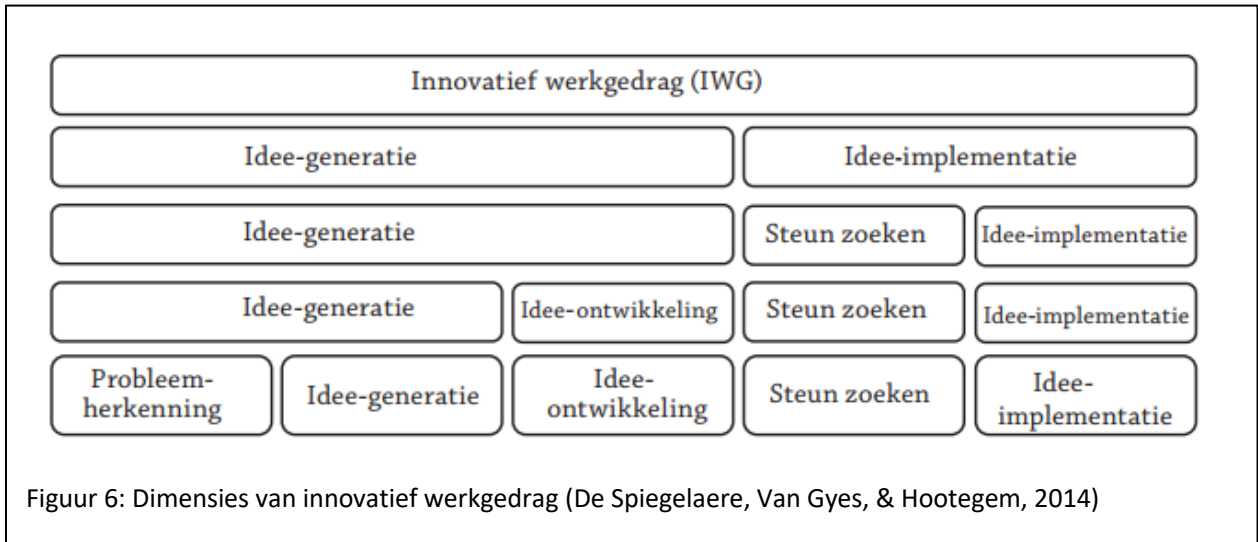
- De zorgverlener kent het begrip proactief gedrag en de beïnvloedende factoren.
- De zorgverlener stelt zich flexibel op.
- De zorgverlener vraagt feedback en reflecteert om zijn eigen handelen te kunnen verbeteren.
- De zorgverlener werkt autonoom.
- De zorgverlener anticipeert op problemen op eigen initiatief.
- De zorgverlener werkt doel- en toekomstgericht met het oog op kwaliteitsvolle en veilige zorg.
- De zorgverlener garandeert kwaliteitsvolle en veilige zorg door voortdurend de huidige manier van werken te verbeteren.

Deelcompetentie innovatief handelen

Met het oog op up-to-date zorgverleners wordt van zorgverleners verwacht dat ze naast het verlenen van evidence-based practice ook in staat zijn om innovaties te implementeren (Holleman, Poot, Mintjes-de Groot, & van Achterberg, 2009). Om innovaties te kunnen implementeren is er nood aan innovatief gedrag. Zorgverleners aanzetten tot innovatief gedrag omvat verschillende fasen, welke parallel lopen aan de fasen van het innovatieproces: idee-exploratie, idee generatie, idee promotie en idee realisatie (Messmann, 2012). Het is aan te bevelen dat de zorgverlener zijn blik verruimt, niet alleen de focus op fysieke zorg, maar alle aspecten van de holistische mensvisie.

In de praktijk dient een zorgverlener allereerst een probleem te herkennen (cfr. idee exploratie) en oplossingen en ideeën te bedenken (cfr. idee generatie). Vervolgens dient de zorgverlener de oplossingen of ideeën te promoten en ondersteuning te zoeken bij peers (cfr. idee promotie). Tot slot dient de zorgverlener de oplossingen of ideeën te realiseren en implementeren (cfr. idee realisatie) (Theurer, Tumasjan, & Welpé, 2018; Vo, 2017). In dit hele innovatieproces mag de rol en de plaats van de zorgontvanger niet vergeten worden. In samenspraak met de zorgontvanger dienen de zorgverleners een op maat gemaakt zorgplan op te stellen.

De Spiegelaere, Van Gyes, and Hootegem (2014) geeft vijf dimensies van innovatief gedrag weer: probleemherkenning, idee-generatie, idee-ontwikkeling, steun zoeken en idee-implementatie (zie Figuur 6). Asurakkody and Shin (2018) vult deze dimensies aan met de acht concepten gelinkt aan innovatief gedrag: identificeren van opportuniteiten, creativiteit, communicatie van ideeën, zoektocht naar ideeën, promoten van een idee, een champion zijn over je idee, toepassing van ideeën en overkomen van obstakels. Uit Figuur 7 wordt duidelijk dat Asurakkody and Shin (2018) verder bouwt op het concept van De Spiegelaere, Van Gyes, and Hootegem (2014).



Beïnvloedende factoren

Net zoals proactief gedrag, is ook innovatief gedrag onderhevig aan tal van factoren. Onderzoek naar beïnvloedende factoren maakt een onderscheid tussen individuele en contextuele factoren. Individuele factoren die innovatief gedrag beïnvloeden zijn: een proactieve houding, zelfvertrouwen, creativiteit, context-specifiek kunnen handelen, persoonlijk empowerment, jobtevredenheid, self-efficacy en leergierigheid om eigen competenties te verbeteren (Benzer & Horner, 2015; de Klerk-Jolink, Van der Klink, & Timmermans, 2016; Zhu, Djurjagina, & Leker, 2014). Daarnaast spelen intrinsieke motivatie en een flexibele houding volgens de studie van Asurakkody and Shin (2018) ook nog een rol voor het stellen van innovatief gedrag. Een factor die innovatief gedrag kan bevorderen is teamleren (Timmermans, Van Linge, Van Petegem, Van Rompaey, & Denekens, 2012).

Contextgebonden factoren manifesteren zich in een ondersteunende leidinggevende, een veilige cultuur, jobautonomie, een uitdagende job en een ondersteunend team (Asurakkody & Shin, 2018; Dul & Ceylan, 2014).

Concreet dient het onderwijs in te zetten op de concepten van innovatief werkgedrag. Indien zorgverleners leren hoe deze concepten toe te passen in hun eigen handelen, zal er op een effectieve en efficiënte manier zorg verleend kunnen worden, zullen zorgverleners een hogere jobtevredenheid hebben, zich competentier voelen en expertise verwerven in hun eigen vakgebied (Asurakkody & Shin, 2018; Zhu et al., 2014).

Voortgaand op de literatuur wordt van een innovatieve zorgverlener volgende zaken verwacht:

- De zorgverlener weet wat het begrip innovatie betekent.
- De zorgverlener kent het innovatieproces dat gekoppeld is aan een innovatie en is in staat om deze stappen zelf uit te voeren in zijn dagelijkse praktijk.
 - o De zorgverlener is op zoek naar opportuniteiten om zijn dagelijks handelen te verbeteren aan de hand van een innovatief/ creatief/ vernieuwend idee.
 - o De zorgverlener genereert innovatieve ideeën op basis van wetenschappelijk gestaaft informatie of creatieve ontwikkelingen.
 - o De zorgverlener promoot ideeën bij zijn peers.
 - o De zorgverlener zoekt steun bij zijn peers voor de innovatieve ideeën.
 - o De zorgverlener realiseert en implementeert de ideeën in de praktijk.
 - o De zorgverlener is een champion over zijn idee.
 - o De zorgverlener overkomt mogelijke problemen die gekoppeld zijn aan de implementatie van nieuwe ideeën en houdt rekening met de context.
 - Bij de ontwikkeling van een innovatie kan de zorgverlener kansen identificeren, creativiteit aanspreken om oplossingen voor gestelde problemen te bedenken, eigen ideeën delen met collega's, ideeën promoten en toepassen in de praktijk. De zorgverlener zorgt er niet enkel voor dat ideeën ontwikkeld worden, maar ook dat deze geborgd blijven.
- De zorgverlener wordt getriggerd om op zoek te gaan naar verbeterementen in zijn zorgverlening.

Intrinsieke motivator risico's nemen

Zoals eerder aangehaald draait de intrinsieke motivator risico's nemen om middelen te investeren in het onbekende (Chahal et al., 2019). Zorgverleners zullen om over te gaan tot proactief handelen en/ of innovatief handelen risico's moeten leren nemen. Het stellen van proactief/ innovatief gedrag geeft geen zekerheid op succes (Chahal et al., 2019). Hierdoor kan gesteld worden dat een zorgverlener moet durven om risico's te nemen. Een zorgverlener dient met andere woorden nieuwe uitdagingen aan te gaan en te durven afwijken van standaardprocedures.

- De zorgverlener durft af te wijken van de normale gang van zaken en nieuwe uitdagingen aan te gaan om kwaliteitszorg en patiëntveiligheid te waarborgen.

Samenvattend

Om te kunnen spreken van een zorgverlener die competent is op vlak van intrapreneurship dient deze de deelcomponenten proactief en innovatief handelen te beheersen. Een intrapreneur heeft onder meer volgende kenmerken: zelfzeker, gemotiveerd, hardwerkend, goed in communicatie (cfr. feedback en reflectie), realistisch, creatief en innovatief, energiek en werkt graag in teamverband (Boore & Porter, 2011). Het is aan te bevelen dat een intrapreneur daarom in staat is om een planning op te maken, beslissingen te nemen, de principes van timemanagement beheerst, zelfgedisciplineerd is en goed kan communiceren. Gebaseerd op de leerdoelen van Boore et al. 2011 voor entrepreneurship voor verpleegkundigen kunnen volgende leerdoelen voor de competentie intrapreneurship binnen het ZORO-project vooropgesteld worden.

- De zorgverlener begrijpt wat de rol van intrapreneur inhoudt en weet op welke manier deze rol kan toegepast worden binnen zijn eigen werkcontext.
- De zorgverlener is in staat om informatie voor een innovatief idee op een betrouwbare manier te verzamelen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van het principe van Evidence-Based Practice en worden de fases van het innovatieproces nauw opgevolgd. Bijgevolg heeft de zorgverlener weet van de verschillende stappen van het innovatieproces.
- De zorgverlener is in staat om een overzicht te maken van de middelen die noodzakelijk zijn om tegemoet te komen aan de vooropgestelde innovatie.
- De zorgverlener herkent de rol van creativiteit en innovatie om de best mogelijke patiëntcentrale zorg te verlenen.
- Zorgverleners vertonen creativiteit en proactief gedrag bij het ontwikkelen van innovatieve ideeën om tegemoet te komen aan de zorgvraag/ het probleem dat zich stelt in de werkomgeving.
- De zorgverlener durft af te wijken van de normale gang van zaken en nieuwe uitdagingen aan te gaan om kwaliteitszorg en patiëntveiligheid te waarborgen.

Onderdeel 2: Kick-off

Tijdens het kick-off evenement namen 44 deelnemers deel aan de interactieve workshop intrapreneurship: 1-2-4-iedereen om de doelstellingen en elementen voor intrapreneurship te definiëren. Uit deze workshop kwamen verschillende elementen die volgens de deelnemers van het kick-off evenement noodzakelijk zijn om proactief of innovatief te handelen. Tabel 7 geeft de eigenschappen weer, die de deelnemers na de laatste ronde als belangrijk identificeerde om proactief gedrag te kunnen stellen. In beide groepen kwamen de eigenschappen kritisch denken, durven, transfereerbaarheid, (zelf)vertrouwen en out-side-the-box-denken naar voor. Deze elementen kunnen ook aan de literatuurstudie uit deel 1 gelinkt worden.

Tabel 7: Eigenschappen proactief handelen ronde 3 1-2-4- iedereen		
Eigenschap	Groep 1	Groep 2
Kritisch denken	X	X
Durven	X	X
Transfereerbaarheid	X	X
(Zelf)vertrouwen	X	X
Out-side-the-box-denken	X	X
Reflectie	X	
Geduld		X
Samenwerken	X	
Verantwoordelijkheid nemen	X	
Flexibiliteit		X
Levenslang leren		X

Tijdens de interactieve workshop 1-2-4-iedereen werd ook gevraagd naar de eigenschappen die innovatief handelen bewerkstellingen. Een overzicht van deze eigenschappen opgesteld door de deelnemers van het kick-off evenement wordt weergegeven in Tabel 8. Dertien eigenschappen werden als cruciaal gezien om de ontwikkeling van innovatief handelen mogelijk te maken. Eigenschappen die bij de beide groepen aan bod kwamen zijn: out-side-the-box-denken, leiderschap nemen, nieuwsgierig zijn en samenwerken.

Tabel 8: Eigenschappen innovatief handelen ronde 3 1-2-4-iedereen

Eigenschap	Groep 1	Groep 2
Out-side-the-box-denken	X	X
Leiderschap nemen	X	X
Nieuwsgierig zijn	X	X
Samenwerken	X	X
Durven	X	
Communicatie (enthousiasmeren)		X
Flexibiliteit	X	
Veranderingsgericht zijn	X	
Omgaan met weerstand		X
Middelen ter beschikking hebben		X
Transfereerbaarheid	X	
Inlevingsvermogen	X	
Andere blik krijgen	X	

Onderdeel 3: Focusgroepen

Aan de twee focusgroepen namen in totaal 24 zorgverleners van de verschillende niveaus (1 tot 6) deel. De focusgroepen behandelden vier thema's: de werkelijke situatie, de wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau.

Werkelijke situatie

De term intrapreneurship zorgt ervoor dat zorgverleners denken aan zeer complexe veranderingen, hoewel kleine aanpassingen in de zorg ook reeds een innovatieve aanpassing kunnen betekenen. In de werkelijkheid zijn de zorgverleners die deelnamen aan de focusgroepen reeds volop bezig met intrapreneure acties te verwezenlijken zonder zich dit zelf te realiseren.

“Ik werk bij Familiehulp als vervangende verzorgende. Ik kijk dan telkens hoe ik de dingen kan aanpakken in een nieuwe situatie en bespreek dit in overleg. Doordat ik moeilijk vastgeroest kan worden kom ik los van routines. Een concreet voorbeeld van kleine dingen: we werken vaak samen met de thuisverpleging, zij leggen bijvoorbeeld een patiënt in bed en dan is het heel moeilijk voor ons om de persoon terug uit bed te halen. Er werd nog geen gebruik gemaakt van een steeklaken, dus heb ik voorgesteld om een groot steeklaken te gebruiken opdat het comfort voor zowel het zorgpersoneel als de zorgvrager verbeterd werd. Het was dus eigenlijk niet echt nieuw, maar wel nieuw voor de context.” (Starter niveau 3)

“Op stage hebben we activiteiten, ditmaal was het toevallig biljarten. Wij zitten hierbij steeds aan een grote tafel met lunch, maar we hadden een keer aan een ronde tafel gezeten, zo'n kleintje. Toen was mij opgevallen dat een cliënt veel rustiger was en gewoon verder ging met de activiteit. Toen heb ik dit tegen mijn collega gezegd en gevraagd of ik dit mocht uitproberen en sindsdien zitten we altijd aan de ronde tafeltjes omdat de cliënt daar gewoon veel rustiger bij is. Ik weet niet of dit ook een innovatie is, maar ik heb het wel ingevoerd.” (Student niveau 2)

De succesverhalen bij innovatief en proactief handelen zijn steeds positief om te horen, echter kampen zorgverleners ook met problemen. Zo kan een innovatie heel goed zijn voor een zorgontvanger, maar 'kinderlijk' overkomen bij naasten. Zorgverleners ervaren moeilijkheden om dan toch de verbetering in het leven van de zorgontvanger te behouden omdat ze zich niet communicatief sterk voelen om de verbetering te verantwoorden naar derden.

“We zijn begonnen met van die hoekjes, een poppenhoek zeg maar. Voor de medewerkers gaat dit, maar je werkt ook met familie en die zijn daar wel heel lastig in mee te krijgen. Als er dan familie binnenkomt en die zien dat dan, dan krijg je van familie heel vaak commentaar. Da's voor familie vaak heel lastig. En hoe leg je dat dan uit.” (Senior niveau 6)

Een tweede problematiek waarmee zorgverleners in aanraking komen, schuilt in gewoonten of het niet durven afwijken van gewoonten. Indien collega's niet willen of durven afwijken van de standaardprocedure zal dit niet resulteren in vernieuwingen.

“Heel herkenbaar –‘zo doen we het al jaren’ – ieder heeft zijn eigen ritme, thuis maar ook op het werk. Maar het kan net heel verfrissend zijn om tot nieuwe dingen te komen, maar dan moeten mensen eerst willen ervaren en afwijken van hun ritme.” (Senior niveau 6)

Het succes van een innovatie hangt ook sterk af van de context en de organisatie waarbinnen je tewerkgesteld bent. Wanneer je geen ondersteunende leidinggevende hebt of geen organisatie die innovatief ingesteld is, zullen veranderingen en innovatie op zich laten wachten.

“Het is zeer sterk afhankelijk van instellingen en leidinggevendenden waar je mee werkt. Ik denk dat dat een hele grote rol speelt. Je ziet mensen vol goede bedoelingen zitten maar het hangt er van af in welk team de mensen terecht komen, in welke mate ze losgelaten worden, wie hun leidinggevende is en in welke mate je ideeën mee mogen spelen. In onze context worden wij heel vrij gelaten, het is een open context. Wij krijgen een testperiode van drie à vier dagen om nieuwe zaken uit te proberen.” (Senior niveau 4)

Studenten leren in de opleidingen om met een kritische blik naar informatiebronnen te kijken en met een kritische blik in het werkveld te staan. Op die manier leren ze welke informatie betrouwbaar is en welke informatie met voorzichtigheid benaderd dient te worden.

“Je leert hoe je bepaalde dingen moet opzoeken en daardoor weet je ook waar je informatie kan vinden. Als je bijvoorbeeld een artikel leest in Libelle, dan moet je kritisch kijken naar de bron en weet je waar je goede en betrouwbare informatie kan terugvinden.” (Student niveau 5)

“In de opleiding leren we ook om kritische vragen te stellen.” (Student niveau 6)

Wenselijke situatie

Zorgverleners staan positief tegenover de vernieuwingen binnen de zorg, maar benadrukken dat de wens van de zorgontvanger in het innovatieproces wel centraal dient te blijven staan. Wanneer je de zorgontvanger centraal stelt, kan dit ervoor zorgen dat je dient af te wijken van het protocol. Het is wenselijk dat op maat van de zorgontvanger gekeken wordt naar wat noodzakelijk is. Dit maakt dat zorgverleners dienen te leren om te durven afwijken van de standaardprocedures.

“Verandering is goed, maar het moet gezien worden als een puzzel waarbij de cliënt centraal staat.” (Senior niveau 4)

“Alles in de verpleegkunde verloopt heel protocolair, daar is voor zeer technische zaken niets mis mee, maar dit maak het wel lastig om af te wijken van het protocol. Hier moet je kritisch kunnen denken. Stel jezelf de vraag: ‘Past het protocol wel bij de zorg die de zorgontvanger nodig heeft?’ Je moet je bewust zijn van je eigen handelen en je handelen in vraag durven stellen.” (Senior niveau 5)

“Vergeet ondanks de innovaties niet stil te staan bij het belangrijkste in de zorg en dat is het contact met je patiënt.” (Student niveau 2)

Er is nood aan een moment om ideeën te bespreken en te delen met elkaar als team. Uit de focusgroepen blijkt dat erkenning geven en krijgen voor een idee ook van belang is om verder proactief/ innovatief gedrag in de toekomst te stimuleren.

“Ik had een idee voor een cliënt die problemen had met slapen. Ik had opgemerkt dat deze wel in slaap kon vallen wanneer ik baarmoedergeluiden liet horen. Ik had dit dan doorgespeeld aan iemand van niveau 3 of 4 en zij had dit dan doorgespeeld naar hogerhand. Maar zij ging dan lopen met ‘ik heb dat verzonnen’. Hierdoor kan ik niet meer doorgeven wat ik zie en wat ik merk dat helpt, want niemand geeft mij er erkenning voor. Dan hou ik het liever lekker voor mezelf. Ik wou hier eigenlijk gewoon erkenning en waardering voor krijgen.” (Student niveau 2)

“Wij hebben samenwerkingsgroepen waarbij van elk niveau mensen samenzitten om net die samenwerking rond ideeën aan te gaan. Op die manier moet het niet via via via doorgegeven worden, maar kan het rechtstreeks naar de leidinggevende gaan.” (Senior niveau 6)

Advies voor de ZORO-opleiding

Zorgverleners willen leren hoe ze familie en naasten dienen te betrekken in het innovatieproces. Ze willen leren hoe ze dienen om te gaan met het promoten van ideeën, dit naar alle betrokkenen binnen het zorgproces.

“Ik kan me wel voorstellen dat helpenden, niveau 2 een idee hebben en hoe kan je er dan voor zorgen dat je dit gaat uitdragen naar iedereen.” (Senior niveau 6)

“Er zou een luik moeten zijn over hoe je het uitlegt. Neem nou fingerfood. Niet enkel uitleggen aan de rest van je team, maar ook aan iedereen die op de afdeling rondloopt zoals familie.” (Senior niveau 6)

Vooraleer proactief en innovatief gedrag mogelijk gemaakt kan worden, dien je te leren observeren en luisteren naar de zorgontvanger en de zorgcontext. Pas wanneer je weet waar verbetermogelijkheden zich schuilhouden kan je er ook daadwerkelijk iets aan veranderen.

“Het contact met de cliënt moet hierbij centraal staan, hierdoor zul je meer zien en zul je verbeteringen kunnen voorstellen. Dit doe je door te leren observeren en opmerkzaam te zijn. Denken vanuit de bewoners en niet vanuit wat jij als zorgverlener prettig vindt.” (Starter niveau 5)

Ook door praktijkervaring leren zorgverleners waarop ze moeten letten binnen een specifieke zorgcasus. Simulatieonderwijs waarbij proactief en innovatief gedrag uitgelokt wordt kan daarom overwogen worden als advies voor de ZORO-opleiding. Zo gaf een student het volgende aan omtrent proactief gedrag:

“Door stages leer je ook meer en meer proactief handelen. Op stage in de psychiatrie heb ik geleerd om bij personen met suicidegedachten en mutilatieproblematieken bij aankomst de bagage te controleren op scheermesjes. Al doende heb ik hierbij geleerd hoe ik proactief kan handelen binnen een specifieke context. Het moet dan zowel theoretisch aan bod komen als in praktijklessen of praktijk.” (Student niveau 6)

Tot slot dienen zorgverleners zich bewust te zijn van hun eigen handelen. Dit kan gerealiseerd worden door het eigen handelen in vraag te durven stellen en feedback te geven en vragen aan collega's.

“Je moet kritisch zijn en open staan voor feedback.” (Student niveau 6)

“Je moet je bewust zijn van je eigen handelen en je handelen in vraag durven stellen.” (Senior niveau 5)

Differentiatie per niveau

Uit de twee focusgroepen komt geen eenduidig antwoord wat betreft differentiatie per niveau de competentie intrapreneurship. Vanuit de focusgroep te VIVES Hogeschool Hogeschool vonden de deelnemers unaniem dat er geen verschil per niveau noodzakelijk is.

“Er is geen verschil per niveau noodzakelijk.” (Senior niveau 4)

Dit in tegenstelling tot de focusgroep te Curio, daar vond een deel van de deelnemers dat er geen verschil noodzakelijk is, dit waren voornamelijk studenten en starters van alle niveaus. De senior deelnemers van de focusgroep te Curio vonden dan weer dat er wel een accentverschil mag liggen op de competentie intrapreneurship, maar dat deze hand in hand gaat met interprofessioneel samenwerken. Zo zouden zorgverleners van niveau 5 en 6 meer in staat moeten zijn om een plan op te stellen en uit te schrijven, maar is het aan te raden dat de ideeën voor proactief of innovatief gedrag wel gezamenlijk bedacht worden. De input van elke schakel in het team wordt als meerwaarde gezien.

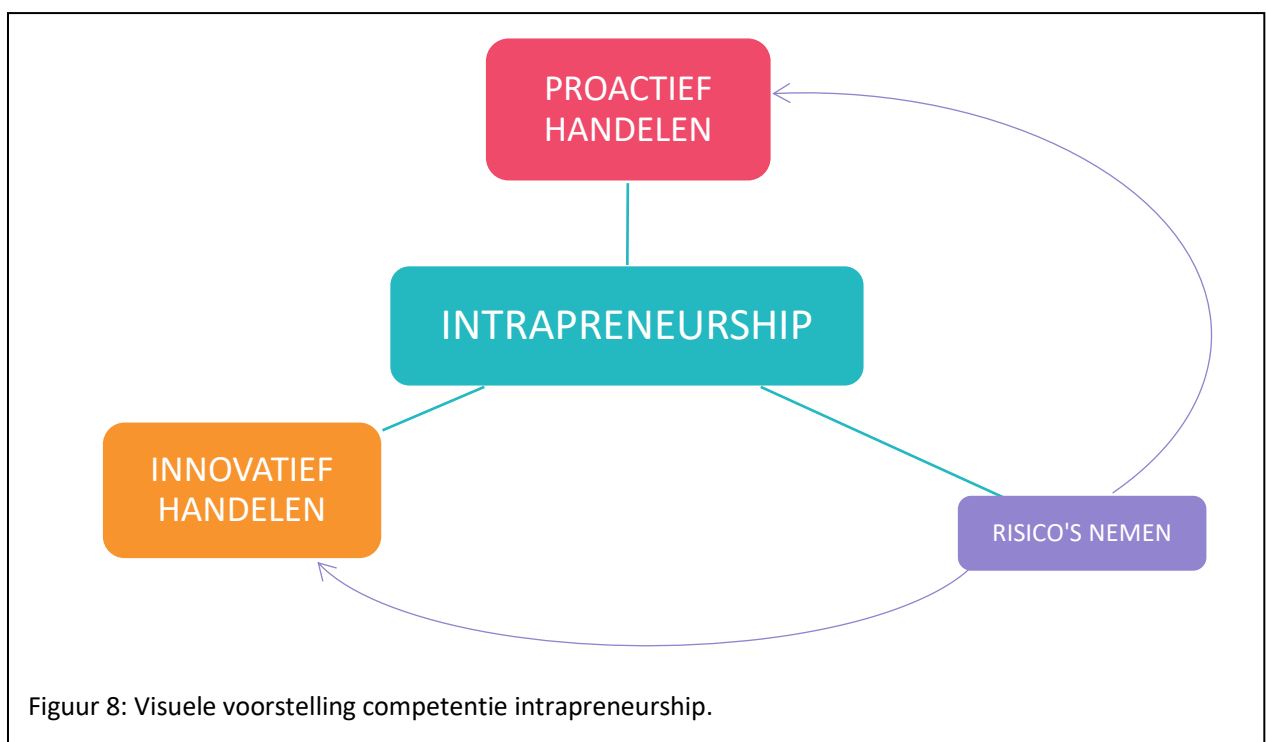
“Als bachelor zou je wel een plan moeten kunnen uitwerken, zorgverleners met een niveau 2 moeten weten waar en bij wie ze terecht kunnen om een idee te gaan verkopen en dit promoten. Zonder het gevoel te hebben dat ideeën weggekaapt worden en er geen erkenning of waardering is. Op die manier kan er samen aan innovatie gedaan worden” (Senior niveau 6)

Conclusie

Alvorens te kunnen stellen dat een zorgverlener de competentie intrapreneurship beheerst dienen er gedragsindicatoren vooropgesteld te worden om proactief gedrag en innovatief gedrag bij studenten, starters en seniors vast te stellen. Deze literatuurstudie geeft een overzicht van de concepten die noodzakelijk zijn om competent geacht te worden als intrapreneur.

Het kick-off evenement en de focusgroepen binnen het ZORO-project fungeerden als membercheck. De vier competenties, waaronder de competentie intrapreneurship, werden voorgelegd aan de deelnemers om na te gaan of deze vier belangrijk zijn om een goede hulpverlening te kunnen bieden met het oog op de toekomst. Hieruit blijkt dat de deelcompetenties met bijhorende doelstellingen behouden kunnen blijven en dat zorgverleners reeds elementen van het intrapreneurship toepassen, zonder hier zelf besef van te hebben.

Visuele voorstelling competentie intrapreneurship



Figuur 8: Visuele voorstelling competentie intrapreneurship.

Hoofdstuk 3: Technologische wendbaarheid

Inleiding

Het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) is in alle sectoren aan het toenemen, zo ook in de gezondheidszorg (Ernest, 2016). Om de veiligheid van zorgontvangers te vergroten en de kwaliteit van de zorg te verbeteren kunnen diverse vormen van ICT aangewend worden (Powell-Cope, Nelson, & Patterson, 2008). Het gebruik van ICT in de gezondheidszorg kan enkel efficiënt zijn wanneer zorgverleners beschikken over de juiste competenties. Het is daarom aangewezen zorgverleners te informeren en een definiëring te hebben van de nodige kennis, vaardigheden en attitudes die noodzakelijk zijn om een technologisch wendbare zorgverlener te zijn (Ahonen et al., 2016; Sharma & Clarke, 2014). Onder technologische wendbaarheid wordt het leren omgaan met en organiseren van nieuwe informatie- en communicatietechnologie binnen de zorg verstaan. Een technologisch wendbare zorgprofessional zal technologie als hulpbron raadplegen en toepassen om problemen die zich stellen in de zorg een antwoord te bieden, de zorg te ondersteunen of te verbeteren (Nictiz & Nivel, 2017). Hieruit blijkt dat zorgtechnologie niet bedoeld is om de zorg over te nemen, maar een handvat reikt om de zorg te verbeteren (Van Houwelingen, Vroegindewey, van der Meulen, & Glashouwer, 2017).

Zorgtechnologie is een begrip dat nog geen duidelijke definitie kent binnen de literatuur. Een aantal definities die gehanteerd worden zijn de volgende:

- “A health technology is the application of organized knowledge and skills in the form of devices, medicines, vaccines, procedures and systems developed to solve a health problem and improve quality of lives” (World Health Organization, 2015).
- “Ehealth is het gebruik van hedendaagse informatie- en communicatietechnologieën, in het bijzonder internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren” (Nictiz & Nivel, 2017; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002).
- “Slimme technologie is: de koppeling tussen informatie-, communicatie-, diagnostische en gezondheidsmonitorings-technologieën onderling ter ondersteuning van de zorg en het welzijn van de zorgbehoevende ten behoeve van een betere kwaliteit van leven en wonen” (Lampo et al., 2016)
- “Ehealth is the use of information and communication technologies (ICT) for health” (World Health Organization, 2016b).

Hieruit kan opgemerkt worden dat verschillende terminologieën door elkaar gebruikt worden, maar wel hetzelfde duiden. De definitie, gebaseerd op voorgaande literatuur, die gehanteerd wordt binnen deze competentie is de volgende: Een technologisch wendbare zorgprofessional spreekt bronnen van zorgtechnologie, meer specifiek informatie- en communicatietechnologie, aan ter ondersteuning en verbetering van de kwaliteit van leven van de zorgontvanger.

Methode

Voor de totstandkoming van de competentie technologische wendbaarheid werd op basis van 2 delen gewerkt: inhoudelijke definiëring aan de hand van een literatuurstudie en een toetsing met stakeholders aan de hand van het kick-off evenement en twee focusgroepen. Voor de inhoudelijke definiëring van de competentie technologische wendbaarheid werd in de databases Pubmed, ScienceDirect, Cochrane Library en Google Scholar gezocht met onder meer volgende zoektermen: zorgtechnologie, Ehealth technology, Ehealth, clinical competence, Ehealth technology competence framework, competences, nurses, nursing aides, nursing assistants. Deze zoektermen werden alleen of in combinatie met elkaar ingegeven met focus op Engelstalige of Nederlandstalige literatuur van maximaal 10 jaar oud. Daarnaast werd literatuur ook geraadpleegd door middel van de sneeuwbalmethode.

Toetsing van de stakeholders tijdens het kick-off evenement gebeurde door middel van de interactieve workshop 25:10 (Liberating Structures Belgian User Group, 2019b). Het doel van deze workshop bestond erin deelnemers scores te laten toekennen aan de ontwikkelde doelstellingen op basis van de literatuurstudie. Deze workshop bestond uit drie rondes waarbij de focus in ronde 1 lag op het toekennen van scores van 1 tot 5 op de ontwikkelde doelstellingen. De score 1 representeerde het antwoord 'helemaal niet akkoord' en de score 5 het antwoord 'helemaal wel akkoord'. Elke doelstelling werd in beide groepen vijf keer gescoord om uiteindelijk een totaalscore op 25 te bekomen. De doelstellingen werden minimaal door 5 en maximaal door 10 deelnemers gescoord. De toewijzing van de doelstellingen aan de deelnemers verliep willekeurig. Op deze manier kon een onderverdeling gemaakt worden op vlak van de ontwikkelde doelstellingen. Vervolgens werden in ronde 2 de gescoorde doelstellingen op basis van hun behaalde totaalscore opgehangen. Tijdens ronde 2 werd ruimte voorzien om de gegeven scores te verantwoorden en in discussie te gaan over de werkelijke en wenselijke situatie. Tot slot werd in ronde 3 de beste leermethodiek nagevraagd en konden de deelnemers feedback geven op de gevolgde workshop.

Als laatste onderdeel in de ontwikkeling van de competentie technologische wendbaarheid daagden de twee focusgroepen te VIVES Hogeschool en Curio de deelnemers uit om dieper in te gaan op de vooropgestelde thema's namelijk; de werkelijke situatie, de wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau.

Onderdeel 1: Literatuurstudie

Componenten competentie Technologische wendbaarheid

De competentie technologische wendbaarheid kan herleid worden tot vier deelcompetenties: omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen, ICT-vaardigheden, ethische aspecten en omgaan met informatie. Deze deelcompetenties werden gebaseerd op wetenschappelijke frameworks en studies omtrent Ehealth competenties bij zorgverleners (Barakat, Woolrych, Sixsmith, Kearns, & Kort, 2013; Brunner et al., 2018; Egbert et al., 2018; Ernest, 2016; Henry, Block, Ciesla, McGowan, & Vozenilek, 2017; Hersh et al., 2014; Houwelingen, Vroegindewey, Meulen, & Glashouwer, 2017; Lampo et al., 2016; List, Saxon, Lehman, Frank, & Toole, 2019; Maheu, Drude, Hertlein, & Hilty, 2018; NVKVV, 2018; O'Connor, Hubner, Shaw, Blake, & Ball, 2017; Sunderji, Crawford, & Jovanovic, 2015; Technology Informatics Guiding Education Reform, 2009a; van Houwelingen, Moerman, Ettema, Kort, & Ten Cate, 2016).

Deelcompetentie omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen

Zorgtechnologie kan in verschillende vormen voorkomen. Een onderscheid dat voornamelijk gemaakt wordt binnen de gehandicaptenzorg zijn de laag- en hoogtechnologische hulpmiddelen (Berloznik, 2007; de Witte, Steel, Gupta, Ramos, & Roentgen, 2018). Laagtechnologische hulpmiddelen zijn hulpmiddelen die de kwaliteit van leven van de zorgontvanger verbeteren, maar niet gefocust zijn op ICT-ontwikkelingen. Enkele voorbeelden van laagtechnologische hulpmiddelen zijn een rolstoel, rollator en aangepast bestek (Lampo et al., 2016). Hoogtechnologische hulpmiddelen daarentegen benutten de informatie- en communicatietechnologieën ten volle. Voorbeelden van hoogtechnologische hulpmiddelen zijn onder meer robotica, Ehealth, telemedicine, wearables, zorgdomotica en het elektronisch patiënten dossier (EPD) (Karhula et al., 2015; Lampo et al., 2016). De focus binnen deze deelcompetentie wordt gelegd op de hoogtechnologische hulpmiddelen waarmee zorgverleners in contact kunnen komen.

De toepassing van ondersteunende technologie (toepassing van hoogtechnologische hulpmiddelen) in de gezondheidszorg is gebaseerd op vijf principes (Cook & Polgar, 2008):

1. De zorgontvanger dient centraal te staan bij het selecteren van het hulpmiddel en niet de dienstverlening.
2. Door gebruik te maken van het hulpmiddel kan de zorgontvanger opnieuw gewenste activiteiten uitvoeren.
3. Een evidence-based informatieproces wordt gebruikt bij de selectie van het hulpmiddel.
4. Respect voor ethische basisprincipes staat centraal.
5. Hulpmiddelen werken op een duurzame en kwaliteitsvolle manier.

Deze vijf basisprincipes geven nog geen richtlijnen voor de directe praktijk. Om hier meer richting aan te kunnen geven werden zes kwaliteitscriteria opgesteld: toegankelijkheid, competentie, coördinatie, efficiëntie, flexibiliteit en ontwikkeling in samenspraak met de zorgontvanger (Cook & Polgar, 2008; de Witte et al., 2018). De deelcompetentie 'omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen' focust zich op het ontwikkelen van competente zorgverleners om technologische hulpmiddelen op een adequate manier aan te reiken in het kader van de zorgbehoefte van de zorgontvangers. Het aanreiken van deze hulpmiddelen dient steeds vanuit de behoefte van de zorgontvanger te vertrekken (Houwelingen et al., 2017). Dit resulteert in volgende doelstellingen:

- De zorgverlener gebruikt op een juiste manier hoogtechnologische hulpmiddelen. Bijvoorbeeld zorgrobots in woonzorgcentra.
- De zorgverlener weet dat er verschillende hoogtechnologische hulpmiddelen zijn. Bijvoorbeeld Ehealth, zorgrobotica, elektronisch patiëntendossier, wearables,
- De zorgverlener weet waar betrouwbare informatie te vinden is over hoogtechnologische hulpmiddelen.
- De zorgverlener kan de zorgontvanger doorverwijzen naar de juiste instanties / organisaties voor informatie over hoogtechnologische hulpmiddelen.

- De zorgverlener kan betrouwbare informatie omtrent hoogtechnologische hulpmiddelen raadplegen.
- De zorgverlener kan de hoogtechnologische hulpmiddelen toepassen in zijn dagelijkse praktijk om op deze manier de zorgbehoefte van de zorgontvanger tegemoet te komen.
- De zorgverlener coördineert de toepassing van hoogtechnologische hulpmiddelen.
- De zorgverlener begrijpt de impact die zorgtechnologische hulpmiddelen hebben op het leven van de zorgontvanger?
- De zorgverlener maakt gebruik van zorgtechnologie om de kwaliteit van leven van de zorgontvanger te verbeteren.

List et al. (2019) bestudeerde deze doelstelling (Figuur 9) aan de hand van de PDSA-cyclus (Plan-Do- Study-Act). Hieraan zijn vier vragen gekoppeld die de zorgverlener zich dient te stellen alvorens te kunnen stellen dat er sprake is van beheersing van de competentie.

1. Ik kan zorgtechnologie definiëren.
2. Ik kan identificeren hoe zorgtechnologie de kwaliteit van zorg voor mijn zorgontvanger verbetert.
3. Ik kan voorbeelden geven van zorgtechnologie.
4. Ik kan de principes van zorgtechnologie toepassen in mijn eigen praktijk.



Deelcompetentie ICT-vaardigheden

Een technologisch wendbare zorgprofessional dient te beschikken over informatie- en communicatie technologische vaardigheden. Uit onderzoek naar ICT-competentie bij verpleegkundigen, blijkt dat 69,2% van de verpleegkundigen over onvoldoende kennis en vaardigheden beschikken (Hwang & Park, 2011). Educatieprogramma's dienen daarom in te zetten op de ontwikkeling van ICT-competenties bij de primaire gebruikers (verpleegkundigen, zorgkundigen, niet- en kortgeschoolden in de zorg) (Hwang & Park, 2011; Yang et al., 2014).

'Technology Informatics Guiding Education Reform' (TIGER) is een Amerikaans initiatief, dat aan de hand van zeven doelstellingen zorgverleners richtlijnen tracht te geven om om te gaan met de veranderingen op technologisch vlak in de gezondheidszorg (O'Connor et al., 2017). Een van deze doelstellingen richt zich op de integratie van informaticacompetenties in de verpleegkundige opleidingen. TIGER ontwikkelde een model bestaande uit drie basiselementen: basis-computervaardigheden, informatievaardigheden en informatiemanagementvaardigheden (Hebda & Calderone, 2012; Technology Informatics Guiding Education Reform, 2009a, 2009b) (Figuur 10).

Component of the Model	Standard	Source (Standard-Setting Body)
Basic Computer Competencies	European Computer Driving License	European Computer Driving License Foundation www.ecdl.org
Information Literacy	Information Literacy Competency Standards	American Library Association www.ala.org
Information Management	Electronic Health Record Functional Model – Clinical Care Components International Computer Driving License – Health	Health Level Seven (HL7) www.hl7.org European Computer Driving License Foundation www.ecdl.org

Figuur 10: Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER) – model competency in nursing informatics (Technology Informatics Guiding Education Reform, 2009a)

Een van de basiselementen 'basis computervaardigheden' uit het TIGER model sluit aan bij de deelcompetentie ICT-vaardigheden. Zo wordt er binnen deze deelcompetentie verwacht dat zorgverleners gebruik kunnen maken van een computer, tablet, smartphone, kunnen werken met het officepakket, het internet kunnen raadplegen, kunnen communiceren aan de hand van communicatietechnologieën zoals whatsapp®, email, silo® en Simbalo® (Barakat et al., 2013; Brunner et al., 2018; Sunderji et al., 2015; Technology Informatics Guiding Education Reform, 2009b). Daarnaast dienen zorgverleners te weten hoe ze de software van de specifieke zorgtechnologische hulpmiddelen moeten raadplegen en toepassen (Barakat et al., 2013). Deze deelcompetentie resulteert in volgende doelstellingen:

- De zorgverlener is in staat om met een computer, tablet of smartphone te werken in het kader van zijn job.
- De zorgverlener beheerst de basiscompetenties van het officepakket (Word, Excel, PowerPoint) en andere relevante software toepassingen (vb: elektronisch patiëntendossier).
- De zorgverlener is in staat om software (officepakket, elektronisch patiëntendossier) te gebruiken om patiëntinformatie te raadplegen.
- De zorgverlener kan het internet op gepaste wijze raadplegen.
- De zorgverlener communiceert aan de hand van communicatietechnologieën zoals e-mail, whatsapp.

Deelcompetentie omgaan met informatie

Omgaan met informatie focust zich op 3 elementen: het verzamelen (1), verwerken (2) en verspreiden van informatie (3).

Zorgontvangers zijn zelf continu op zoek naar gezondheidsinformatie omtrent hun aandoening (Perry et al., 2012), ook zorgverleners zoeken online naar antwoorden. Hierbij komen ze echter vaak terecht bij onbetrouwbare bronnen. De zorgverlener dient daarom in staat te zijn om betrouwbare informatie te kunnen identificeren en zorgontvangers door te verwijzen naar deze betrouwbare informatiebronnen (Technology Informatics Guiding Education Reform, 2009b). Websites die medische informatie op patiëntniveau duiden en hiervoor in aanmerking komen, zijn onder meer www.gezondheidenwetenschap.be, www.domusmedica.be, websites van ziekenhuizen waar behandelingen op uitgelegd staan. Zorgverleners kunnen dan weer beroepsspecifieke informatie terugvinden op websites zoals www.EBpracticenet.be.

Door te werken met nieuwe technologieën zullen er meer en meer automatische controles uitgevoerd worden, denk aan wearables waarbij automatisch glycemietingen of bloeddrukmetingen plaatsvinden. Het is de taak van de zorgverleners om deze data met een kritisch oog te analyseren, te triëren en de juiste personen aan te spreken wanneer extra aandacht vereist is (Technology Informatics Guiding Education Reform, 2009b; van Houwelingen et al., 2016). Kortom, de verworven data dient op een correcte manier verwerkt te worden, dit volgens de regels van de GDPR-wetgeving (Europese Unie, 2019).

Tot slot is het van belang dat de verworven data ook bij de juiste personen terecht komt en op een professionele manier gecommuniceerd wordt (van Houwelingen et al., 2016). Hiervoor zoekt een technologisch wendbare zorgprofessional hulp via communicatietools, die de interprofessionele samenwerking vereenvoudigen en communicatie efficiënt en effectief laten verlopen. Het is van groot belang dat er een eenduidige manier van communiceren toegepast wordt, daar dit voor problemen kan zorgen indien dit niet het geval is (Henry et al., 2017; Murphy et al., 2004).

Het tweede basiselement informatievaardigheden focust zich op het identificeren, lokaliseren, evalueren en toepassen van informatie. Het is aan te bevelen dat zorgverleners ertoe in staat zijn om op een kritische manier met informatie aan de slag te gaan. Het laatste basiselement, informatie management, verwacht van zorgverleners dat ze gezondheidsinformatie kunnen verzamelen, verwerken en kunnen communiceren naar andere zorgprofessionals.

- De zorgverlener kan evidence-based literatuur raadplegen, evalueren en toepassen om de zorgverlening te verbeteren.
 - o De zorgverlener weet waar betrouwbare informatie te vinden is omtrent zorgbehoeften van de zorgontvanger.
 - o De zorgverlener kan de betrouwbare informatie raadplegen.
 - o De zorgverlener kan gezondheidsadvies verlenen op basis van evidence-based informatie in een taal die begrijpelijk is voor de zorgontvanger.
- De zorgverlener identificeert, lokaliseert, evalueert en past informatie toe in het kader van de zorgvraag van de zorgontvanger.
- De zorgverlener verzamelt, verwerkt, deelt en communiceert gezondheidsinformatie met andere zorgprofessionals.
- De zorgverlener maakt gebruik van klinische systemen (bv. elektronisch patiëntendossier) om patiëntinformatie bij te houden.
- De zorgverlener kent de beschikbare communicatietools om communicatie tussen zorgverleners en zorgontvangers, maar ook tussen verschillende zorgverleners onderling effectief en efficiënt te laten verlopen.
- De zorgverlener gebruikt (elektronische) communicatietools in de communicatie met zorgontvangers en andere zorgverleners.
- De zorgverlener gebruikt professioneel en gepast taalgebruik bij communicatie met zorgontvangers en andere zorgverleners.

Deelcompetentie ethische aspecten

Wanneer zorgverleners Ehealth-toepassingen gebruiken, roept dit automatisch enkele ethische principes op. Zo dienen zorgverleners op een vertrouwelijke manier om te gaan met data, dit met respect voor de privacy van de zorgontvanger (Barakat et al., 2013; Brunner et al., 2018; Henry et al., 2017; Hersh et al., 2014; Maheu et al., 2018) en met begrip van wettelijke kaders en richtlijnen voor bescherming van de privacy en gegevensdeling (Barakat et al., 2013; Ernest, 2016; Murphy et al., 2004; van Houwelingen et al., 2016). Om de wettelijke bescherming van gegevens van de zorgontvangers te kunnen waarborgen, is het aan te bevelen dat de zorgverleners de principes van de GDPR-wetgeving naleven en toepassen (Europese Unie, 2019). De zorgverlener handelt bij de toepassing van zorgtechnologie op een professionele manier met respect voor de zorgontvanger (Ernest, 2016). Daarnaast dient ook stilgestaan te worden bij de waarden en normen die in het gedrang komen bij het inzetten van zorgtechnologie.

- De zorgverlener kent de principes van privacy en vertrouwelijkheid.
- De zorgverlener past de principes van privacy en vertrouwelijkheid toe.
- De zorgverlener kent het beleid over omgaan met informatie en handelt binnen het wettelijk voorziene kader (vb. GDPR-wetgeving).
- De zorgverlener gaat op een professionele manier om met patiëntinformatie verkregen aan de hand van zorgtechnologie.

Beïnvloedende factoren

De systematic review van Yusif, Soar, and Hafeez-Baig (2016) geeft de barrières voor de adoptiebereidheid van technologische hulpmiddelen weer. De vijf meest voorkomende barrières volgens gebruikers zitten volgens dit onderzoek in privacy, vertrouwen, functionaliteit, kosten en gebruiksvriendelijkheid. Aanvullend kadert de scoping review van Papadopoulos, Koulouglioti, and Ali (2018) de bezorgdheden van zorgverleners ten opzichte van zorgrobotica. Zorgverleners maken zich zorgen over elementen van privacy en ethiek, functionaliteit, kosten en patiëntveiligheid (Papadopoulos et al., 2018). Met deze elementen dient zeker rekening gehouden te worden bij het voorstellen van een technologisch hulpmiddel naar zorgverleners en zorgontvangers.

Onderzoek naar drijfveren en belemmerende factoren voor de toepassing van informatietechnologie bij studenten verpleegkunde in Vlaanderen en Nederland gaf aan dat studenten te weinig training krijgen in de opleiding om informatietechnologie te kunnen toepassen en dat er een gebrek is aan een eenduidig programma waarmee ziekenhuizen werken (Goethals, 2016). Factoren die maken dat studenten informatietechnologie wel toepassen zijn kennisverbreding, zelfvertrouwen, vermindering van adverse events, snelheid van informatie en advies krijgen, en een verbeterde patiëntenzorg. Daarnaast heerst het idee dat informatietechnologie steeds belangrijker wordt om de meest kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden en staat 93% van de bevroegde studenten positief tegenover informatietechnologie (Goethals, 2016).

Onderdeel 2: Kick-off

Tijdens het kick-off evenement namen 44 deelnemers gedurende 1 uur deel aan de interactieve workshop technologische wendbaarheid 25:10 (Liberating Structures Belgian User Group, 2019b). De deelnemers scoorden de ontwikkelde doelstellingen waardoor een ranking ontstond. Deze is terug te vinden in Tabel 9(a-d).

Deelcompetentie omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen

Uit Tabel 9a is op te maken dat binnen de deelcompetentie omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen de ontwikkelde doelstellingen een score behalen van minimaal 15.5 tot maximaal 23.5 op een totaalscore van 25. Globaal gezien scoren de doelstellingen binnen deze deelcompetentie goed, met uitzondering van doelstelling 1 en 7 waarbij een iets lagere score waargenomen wordt. Uit navraag bij de deelnemers bleek dat binnen deze deelcompetentie meer aandacht nodig is voor het algemene aanbod aan zorgtechnologische hulpmiddelen aangezien technologie zeer snel evolueert. De deelnemers laten weten dat momenteel Ehealth en zorgtechnologische hulpmiddelen te weinig ingezet worden, daar er tot op heden te veel onwetendheid heerst bij de zorgprofessionals. Ook uiten de deelnemers een bezorgdheid omtrent de ontwikkeling van informatie- en communicatietechnologie. De deelnemers geven aan te weinig betrokken te worden bij de ontwikkeling, waardoor de meeste hulpmiddelen niet gebruiksvriendelijk blijken. Gebruiksvriendelijkheid blijkt uit de literatuur ook een belangrijke voorwaarde om zorgtechnologische hulpmiddelen op een effectieve manier in te zetten in de praktijk (Yusif et al., 2016). De deelcompetentie omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen kreeg met een gemiddelde van 19 de laagste score van alle deelcompetenties binnen de competentie technologische wendbaarheid (Tabel 10).

Tabel 9a: Scores technologische wendbaarheid ronde 1 25:10*1

Doelstellingen omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen	Score groep 1*2	Score groep 2*2	Gemiddelde score*2
1. De zorgverlener gebruikt op een juiste manier hoogtechnologische hulpmiddelen. Bijvoorbeeld zorgrobots in woonzorgcentra.	19	12	15.5
2. De zorgverlener weet dat er verschillende hoogtechnologische hulpmiddelen zijn. Bijvoorbeeld Ehealth, zorgrobotica, EPD, wearables.	21	17	19
3. De zorgverlener weet waar betrouwbare informatie te vinden is over hoogtechnologische hulpmiddelen.	18	21	19.5
4. De zorgverlener kan de zorgontvanger doorverwijzen naar de juiste instanties/ organisaties voor informatie over hoogtechnologische hulpmiddelen.	17	19	18
5. De zorgverlener kan betrouwbare informatie over hoogtechnologische hulpmiddelen raadplegen.	19	21	20
6. De zorgverlener kan de hoogtechnologische hulpmiddelen toepassen in zijn dagelijkse praktijk om op deze manier de zorgbehoefte van de zorgontvanger tegemoet te komen.	24	23	23.5
7. De zorgverlener coördineert de toepassing van hoogtechnologische hulpmiddelen.	15	18	16.5
8. De zorgverlener begrijpt de impact die zorgtechnologische hulpmiddelen hebben op het leven van de zorgontvanger. De zorgverlener maakt gebruik van zorgtechnologie om de kwaliteit van leven van de zorgontvanger te verbeteren.	21	23	22

*1Deelnemers werden gevraagd om per doelstelling een score van 1 tot 5 te geven, waarbij 1 staat voor 'helemaal niet akkoord' en 5 staat voor 'helemaal wel akkoord'. De doelstellingen werden telkens door 10 deelnemers gescoord. De toewijzing van de doelstellingen verliep at random.

*2Score op 25 (minimaal 5 – maximaal 25)

Deelcompetentie ICT-vaardigheden

Een tweede deelcompetentie die voorgelegd werd aan de deelnemers is ICT-vaardigheden. De scores voor deze deelcompetentie variëren van 18.5 tot 24.5 op een totaalscore van 25 (Tabel 9b). Uit de bespreking tijdens ronde 2 en 3 van de interactieve workshop 25:10 blijkt dat de deelnemers het gevoel hebben dat deze competentie meer gericht is op pas afgestudeerden. Ook uiten de deelnemers een angst voor de robotisering van de zorg. De meerwaarde van technologie wordt zeker en vast herkend, maar de deelnemers geven aan dat zorgverleners dienen te leren om zelf keuzes te maken en zelf na te denken. Zorgtechnologie kan in dit proces ingezet worden als ondersteunend hulpmiddel, maar het 'mensenwerk' en de zorg moet centraal blijven staan.

9b: Scores technologische wendbaarheid ronde 1 25:10* ¹			
Doelstellingen ICT-vaardigheden	Score groep 1* ²	Score groep 2* ²	Gemiddelde score* ²
1. De zorgverlener is in staat om met een computer, tablet of smartphone te werken in het kader van zijn job.	24	20	22
2. De zorgverlener beheerst de basiscompetenties van het officepakket (word, Excel, PowerPoint) en andere relevante software toepassingen (vb: elektronisch patiëntendossier).	20	17	18.5
3. De zorgverlener is in staat om software (officepakket, EPD) te gebruiken om patiëntinformatie te raadplegen	25	24	24.5
4. De zorgverlener kan het internet op gepaste wijze raadplegen	23	19	21
5. De zorgverlener communiceert aan de hand van communicatietechnologieën zoals e-mail, whatsapp.	18	19	18.5
* ¹ Deelnemers werden gevraagd om per doelstelling een score van 1 tot 5 te geven, waarbij 1 staat voor 'helemaal niet akkoord' en 5 staat voor 'helemaal wel akkoord'. De doelstellingen werden telkens door 10 deelnemers gescoord. De toewijzing van de doelstellingen verliep at random.			
* ² Score op 25 (minimaal 5 – maximaal 25)			

Deelcompetentie omgaan met informatie

De doelstellingen binnen de derde deelcompetentie omgaan met informatie verkreeg een gemiddelde score van 22 (Tabel 10), met een minimale score van 19.5 en maximale score van 24 op een totaalscore van 25 (Tabel 9c). De interactieve workshop bracht aan het licht dat zorgverleners zich afvragen hoe ze net data dienen te verzamelen en hoe ze correct dienen te noteren. Dit laatste element valt buiten de scope van dit onderzoek, maar zal doorgegeven worden aan de zorgopleidingen. Daarnaast gaven de deelnemers aan dat het nuttig kan zijn om de achterliggende redenen van alle dataverzameling te weten, op deze manier weten zorgverleners waarom ze zo veel moeten registreren en zal er vermoedelijk meer motivatie zijn om alles correct bij te houden, aldus de deelnemers van de kick-off. Tot slot is het uiteraard meer wenselijk de focus op goede zorg te richten in plaats van op administratieve zorg.

Tabel 9c: Scores technologische wendbaarheid ronde 1 25:10*1

Doelstellingen omgaan met informatie	Score groep 1*2	Score groep 2*2	Gemiddelde score*2
1. De zorgverlener kan evidence-based literatuur raadplegen, evalueren en toepassen om de zorgverlening te verbeteren. De zorgverlener weet waar betrouwbare informatie te vinden is, kan deze informatie raadplegen en kan gezondheidsadvies verlenen op basis van evidence-based informatie in een taal die begrijpelijk is voor de zorgontvanger.	23	18	20.5
2. De zorgverlener identificeert, lokaliseert, evalueert en past informatie toe in het kader van de zorgvraag van de zorgontvanger.	24	22	23
3. De zorgverlener verzamelt, verwerkt en communiceert gezondheidsinformatie met andere zorgprofessionals.	/*3	22	/
4. de zorgverlener maakt gebruik van klinische systemen (vb EPD) om patiëntinformatie bij te houden.	/*3	22	/
5. De zorgverlener kent de beschikbare communicatietools om communicatie tussen zorgverleners en zorgontvangers, maar ook tussen verschillende zorgverleners onderling effectief en efficiënt te laten verlopen.	24	22	23
6. De zorgverlener gebruikt (elektronische) communicatietools in de communicatie met zorgontvangers en andere zorgverleners.	20	19	19.5
7. De zorgverlener gebruikt professioneel en gepast taalgebruik bij communicatie met zorgontvangers en andere zorgverleners.	25	23	24
*1Deelnemers werden gevraagd om per doelstelling een score van 1 tot 5 te geven, waarbij 1 staat voor 'helemaal niet akkoord' en 5 staat voor 'helemaal wel akkoord'. De doelstellingen werden telkens door 10 deelnemers gescoord. De toewijzing van de doelstellingen verliep at random.			
*2Score op 25 (minimaal 5 – maximaal 25)			
*3Slechts 5 deelnemers gaven een score op deze doelstellingen.			

Deelcompetentie ethische aspecten

Tot slot werden de ethische aspecten van technologische wendbaarheid opgenomen in een laatste deelcompetentie. Deze laatste deelcompetentie kreeg de hoogste gemiddelde score (24/25) (Tabel 10). Deelnemers geven aan dat volgende elementen zeker meegenomen dienen te worden bij de ontwikkeling van leerroutes: hoe omgaan met de verkregen data, wat is de impact van het delen van informatie, welke plaats neemt social media in binnen de gezondheidszorg, welk medium kan je gebruiken, hoe bescherm je jezelf als zorgverlener in het kader van afstand-nabijheid en hoe communiceer je op een respectvolle manier. Ondanks de positieve houding tegenover technologie blijkt uit de scores dat de principes van privacy, vertrouwelijkheid en het wettelijk kader belangrijke elementen zijn om mee te nemen bij de ontwikkeling van de competentie technologische wendbaarheid (Tabel 9d).

Tabel 9d: Scores technologische wendbaarheid ronde 1 25:10*¹

Doelstellingen ethische aspecten	Score groep 1*²	Score groep 2*²	Gemiddelde score*²
1. De zorgverlener kent de principes van privacy en vertrouwelijkheid	25	25	25
2. De zorgverlener past de principes van privacy en vertrouwelijkheid toe.	25	23	24
3. De zorgverlener kent het beleid over omgaan met informatie en handelt binnen het wettelijk voorziene kader (vb.: GDPR).	23	19	21
4. De zorgverlener gaat op een professionele manier om met patiëntinformatie verkregen aan de hand van zorgtechnologie.	25	25	25
* ¹ Deelnemers werden gevraagd om per doelstelling een score van 1 tot 5 te geven, waarbij 1 staat voor 'helemaal niet akkoord' en 5 staat voor 'helemaal wel akkoord'. De doelstellingen werden telkens door 10 deelnemers gescoord. De toewijzing van de doelstellingen verliep at random.			
* ² Score op 25 (minimaal 5 – maximaal 25)			

Tabel 10: Overzicht gemiddelde scores ronde 1 25:10 per deelcompetentie

	Gemiddelde score*¹
Deelcompetentie ethische aspecten	24
Deelcompetentie omgaan met informatie	22
Deelcompetentie ICT-vaardigheden	21
Deelcompetentie omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen	19
* ¹ Gemiddelde score op 25 op basis van de scores verkregen uit Tabel 9a-d	

Onderdeel 3: Focusgroepen

De focusgroepen te VIVES Hogeschool en Curio (Vlaanderen en Nederland) waren opgebouwd rond vier thema's: de werkelijke situatie, wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau. Deze onderverdeling werd gemaakt om een globaal overzicht te krijgen over de vier geselecteerde competenties waarvan technologische wendbaarheid er één van is.

Werkelijke situatie

De huidige manier van werken is zodanig georganiseerd dat je zonder zorgtechnologie niet meer verder kan. Dit wordt duidelijk wanneer naar de dagelijkse manier van werken bij de zorgverleners gevraagd wordt.

“De manier van werken is zodanig georganiseerd dat je niet zonder de technologie kan werken. Je moet wel en je kan niet anders. Om in orde te zijn zowel op juridisch vlak, je moet aftekenen. Het moet gewoon gebeuren. Er zijn per maand ook statistieken aan gekoppeld en deze worden tijdens de teamvergadering overlopen.” (Starter niveau 4)

Zorgverleners hebben het gevoel te weinig inzicht te hebben in de beschikbare hulpmiddelen die op de markt zijn. Desondanks wordt er op de werkvloer reeds veel met zorgtechnologie gewerkt, zonder dat dit echt opgemerkt wordt.

“We staan dagelijks in de zorg, maar we worden te weinig op de hoogte gesteld. We worden nooit betrokken bij de technologie. We krijgen wel info van er is een opendeurdag daar of in de thuiswinkel is er dat, maar een concreet overzicht van wat er is en hoe dit in werking treedt, daar worden we veel te weinig van op de hoogte gesteld. Wanneer we bij mensen thuis komen zijn we te weinig op de hoogte gesteld over hoe je concrete voorstellen kan doen die voor jouw patiënt als hulpbron zouden kunnen dienen.” (Starter niveau 3)

“Als je kijkt wordt er binnen onze organisatie gewerkt met camera's op het bed, er zijn slimme sensoren die bewegingen registreren, sensoren in de vloer voor valpreventie, wearables om epileptische aanvallen te melden, deurverklippers en de ZAPPS waar je alle meldingen op krijgt.” (Senior niveau 5)

Studenten komen dankzij hun opleiding in contact met zorgtechnologie. Binnen de bacheloropleiding kunnen de studenten verpleegkunde kiezen voor een keuzevak zorgtechnologie waar het draait om de nieuwste technologieën. Studenten van niveau 2 en 3 geven aan in contact te komen met technologie via het 'Huis van Morgen'.

“In het derde jaar kunnen we kiezen voor het keuzevak zorgtechnologie, dit gaat meer over technologie bij chirurgie en zorgrobotica dan over apps.” (Student niveau 6)

“In het Huis van Morgen hebben we gezien hoe mensen met een beperking toch nog in bad kunnen doordat er langs de zijkant gewoon een deurtje in zat.” (Student niveau 2)

Technologie kan ons volgens de deelnemers van de focusgroepen verder helpen. Een eerste aandachtspunt dat en bezorgdheid die naar voren komt in dit thema betreft de zorgontvanger. Het is erg belangrijk dat de zorgontvanger centraal blijft staan in de zorgverlening en dat zorgtechnologie ter ondersteuning van de zorg aangereikt wordt.

“Je mag de patiënt ook niet vergeten. Op stage stond ik op de afdeling chirurgie en daar verdween de chirurg achter de computer en stelde hij zijn vragen aan de patiënten en was hij weer weg naar de volgende, zonder menselijk contact te zoeken, hij had totaal geen oog voor de patiënt. Je mag niet enkel de computer zijn.” (Student niveau 6)

“We moeten in contact blijven met de cliënt, dat de cliënt op nummer één staat. Zorg is mensenwerk, technologie en moderne ontwikkelingen zijn fijn als het iets kan bijbrengen, maar het moet de zorg niet overnemen.” (Senior niveau 6)

Een tweede aandachtspunt is de privacy en wetgeving rond zorgtechnologie. Zorgverleners hebben het gevoel in een continue tweestrijd te zijn wat betreft privacy en veiligheid.

“Het is heel dubbel, langs de ene kant is het een camera en langs de andere kant draait het om de cliënt die je niet hoeft wakker te maken door binnen te komen. ‘s Nachts slaap je en waarom zou je dan binnen komen? Als er iemand uit bed gaat, krijgen wij een melding en dan kunnen we kijken of de cliënt iets raar aan het doen is, dan kun je actie ondernemen, mits toestemming van de cliënt.” (Starter niveau 5)

Werken met technologie zorgt ook voor de nodige frustraties. Vaak werkt de technologie niet zoals ze hoort te werken of zijn de apps zodanig complex ontwikkeld dat zorgverleners ze niet optimaal kunnen toepassen. Ook zorgt de technologie ervoor dat sommige zorgverleners zich onzeker voelen.

“Wij werken met elektronische dossiers en dan moet je aftekenen en dan werkt het niet.” (Senior niveau 4)

“Heel het systeem is niet altijd logisch georganiseerd. Je wil bijvoorbeeld medicatie aftekenen, maar het systeem geeft aan dat je één comprimé geeft, maar eigenlijk geef je maar een halve. Je denkt dat je het juist aftekent, maar dan registreert het niet, dan begin je uiteindelijk aan jezelf te twijfelen. Het is zodanig ingewikkeld, dat er op die manieren fouten gebeuren.” (Senior niveau 6)

Wenselijke situatie

Zorgverleners wensen allereerst dat Ehealth als hulpbron beter benut zal kunnen worden in de toekomst, zonder contact met de zorgontvanger te verliezen. Sterker zelfs, de zorgontvanger moet mee betrokken worden in het gebruik van zorgtechnologie. Deze technologie dient niet enkel een hulpbron te zijn, maar dient ook te kunnen functioneren zonder problemen. Wanneer deze twee voorwaarden (werkende en juist ingezette technologie) van kracht zijn, zal opnieuw voldoening uit het werk gehaald kunnen worden in plaats van het ‘papegaaien-werk’ waarvan nu sprake is.

“Het zou een goed idee zijn dat de patiënten zelf data in een systeem kunnen inputten, maar wij zitten in een systeem waarbij de verpleegkundige alle data moet verzamelen en inputten, maar dit geeft geen voldoening, dit is ook niet de job om achter een computerscherm te zitten en continu zaken in te vullen maar je hebt het ergens wel nodig en het wordt ook wel verwacht.” (Senior niveau 6)

“We moeten in contact blijven met de cliënt, dat de cliënt op nummer één staat. Zorg is mensenwerk, technologie en moderne ontwikkelingen zijn fijn als het iets kan bijbrengen, maar het moet de zorg niet overnemen.” (Starter niveau 5)

“Ehealth maakt het de mensen makkelijker die werken in de zorg, het kan zelfs een oplossing zijn voor het personeelstekort als het juist ingezet wordt.” (Starter niveau 5)

Advies voor de ZORO-opleiding

In de opleiding dient allereerst de zorgontvanger centraal te staan met aandacht voor correcte toepassing van technologie in functie van de zorgontvanger en niet andersom.

“Zorg op maat en de patiënt centraal met hulp van technologie, maar vooral de patiënt niet vergeten.” (Senior niveau 4)

Ook vanuit de focusgroepen komt naar voor dat de deelcompetentie ICT-vaardigheden meer als optie binnen de leerroute aangereikt kan worden voor diegene die hier problemen bij ondervinden. De vaardigheden die wel aangeleerd dienen te worden moeten specifiek van toepassing zijn op de werkomgeving van de zorgverleners.

“Een basisopleiding over basis ICT-vaardigheden moet niet echt opgenomen worden in de opleiding, dit kan eventueel wel een keuzevak zijn, voor diegenen die zich hier niet bekwaam in voelen, dat ze hier ondersteuning in kunnen krijgen.” (Student niveau 6)

“Als je opleidingen organiseert, moet het ook wel aansluiten bij je werkomgeving, basisvaardigheden oké, maar het moet vooral aansluiten bij wat je moet kunnen.” (senior niveau 4)

Zorgverleners staan open om globaal informatie te krijgen over de beschikbare zorgtechnologische hulpmiddelen binnen hun eigen sector. Ze wensen een overzicht te krijgen van de beschikbare technologieën, voor welke zorgontvanger deze technologie een meerwaarde kan zijn en wat de voor- en nadelen zijn van de verschillende hulpmiddelen.

“Ik zou het niet verkeerd vinden om bij ons in de les wel eens een bepaalde tijd uitleg te krijgen wat voor nieuwe dingen er zijn en voor wie je ze kan gebruiken en wat de voor- en nadelen zijn. Want nu hebben wij wel het keuzedeel, maar we zitten in het derde jaar en dit had ik dan liever in het eerste gehad zodat je het beter kan toepassen.” (Student niveau 4)

Uit de bezorgdheid omtrent privacy en wetgeving blijkt dat ook dit element meegenomen dient te worden in de opleiding. (zie eerder)

“In de opleiding moet er ruimte zijn voor de wetgeving en privacy, want wat met privacy, het is heel dubbel ...” (Starter niveau 5)

Tot slot is het ook van belang om een balans tussen privé en werk te benoemen in de opleiding. Deelnemers hebben het gevoel dat ze continu beschikbaar moeten zijn, ook wanneer ze niet aan het werk zijn. Ze voelen zich overrompeld door de ‘digitale overvloed’.

“Er is nood aan balans, je bent altijd bereikbaar en dit is irritant. Je hebt nood aan weerbaarheid tegenover de digitale overvloed en ook structuur over wat je wel en niet mag delen met collega’s via whatsapp.” (Senior niveau 6)

“In de gehandicaptenzorg wordt vanaf volgend jaar opgenomen dat wanneer je vrij bent, je ook effectief vrij bent. Is het dan al niet ver gekomen dat ze dit effectief moeten opnemen? Je moet leren hoe je met druk moet omgaan.” (Senior niveau 5)

Differentiatie per niveau

Vanuit beide focusgroepen komt naar voor dat op vlak van technologische wendbaarheid geen onderscheid gemaakt dient te worden tussen zorgverleners van niveau 1 tot 6, mits de taken en bevoegdheden hierdoor niet overschreden worden.

“Iedereen moet alles kennen over technologie.” (Senior niveau 3)

“Als bachelor zul je je wel moeten verantwoorden waarom bepaalde apps gebruikt worden op de werkvloer, je moet het wetenschappelijk kunnen gaan onderbouwen en er een proces over kunnen schrijven, maar dit hangt dan weer samen met de taken en bevoegdheden die iemand heeft binnen zijn functiegebied.” (Senior niveau 6)

Een onderscheid dat overwogen kan worden is het onderscheid op vlak van leeftijd. Momenteel merken de jongere zorgverleners op dat ze aan de oudere collega’s moeten uitleggen hoe de moderne technologieën werken.

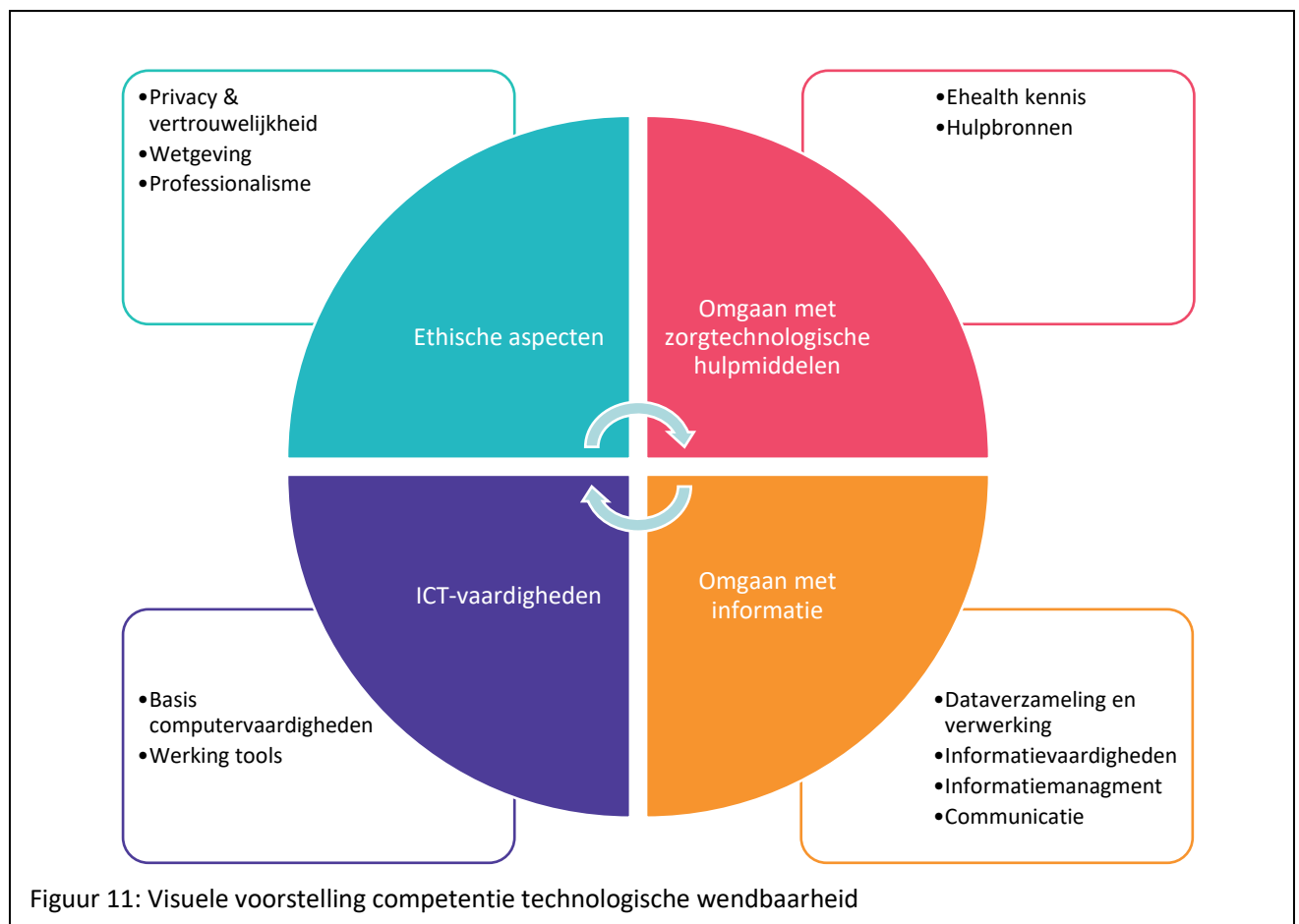
“Het is meer de leeftijd denk ik, want wij de jongeren, hebben er wel wat meer mee te maken en de wat ouderen moet je meer uitleg geven. Ik moest deze week nog uitleggen hoe je Paro de zeehond moet opstarten, want daar hebben mensen nog niet veel over gehoord.” (Student niveau 4)

“Ik zou juist meer input vanuit jullie kant willen hebben, dan dat er vanuit niveaus gewerkt wordt. Maar wanneer niveau 2 leert over apps rond medicatie, heeft dit geen meerwaarde want zij kunnen deze input niet gebruiken op de werkvloer.” (Senior niveau 5)

Conclusie

Dit hoofdstuk geeft de verschillende elementen weer die voortkomen uit de literatuur over technologisch wendbare zorgprofessionals. Concreet zet de competentie technologische wendbaarheid in op 4 deelcompetenties met elk hun eigen doelstellingen. De gegevens die voortgekomen zijn uit deze literatuurstudie werden voorgelegd aan de deelnemers van het kick-off evenement en de focusgroepen om een toetsing en bevestiging te kunnen uitvoeren. Hieruit bleek dat voornamelijk de deelcompetenties ethische aspecten, omgaan met zorgtechnologische hulpmiddelen en omgaan met informatie meer belicht dienen te worden in de leerroutes. De deelcompetentie omtrent ICT-vaardigheden mag meegenomen worden, maar als extra keuzevak.

Visuele voorstelling competentie technologische wendbaarheid



Hoofdstuk 4: Ethisch handelen

Inleiding

Binnen de zorg is het van groot belang om met ethiek aan de slag te gaan (Fenton & Mitchell, 2002; Simões & Sapeta, 2019). Zorgprofessionals komen dagelijks in contact met ethische dilemma's, dan gaat het niet louter over de grote levensvragen met betrekking tot leven of dood, maar ook over elementen uit het dagelijks leven zoals bijvoorbeeld persoonlijke hygiëne, intimiteit, eten en drinken (Gastmans, 2013). Grypdonck et al. (2018) stelt *“ook wanneer zorg bestaat uit schijnbaar eenvoudige handelingen, zijn de praktijken complex”*. Dit citaat kadert de competentie ethisch handelen binnen het ZORO-project. Zorgprofessionals dienen in functie van het leveren van *‘goede zorg’*, zogethisch te werk te gaan. De competentie ethiek richt zich in het bijzonder op de ethische en intermenselijke aspecten van de zorg. Door van dit uitgangspunt te vertrekken zal het principe van zogethiek de basis vormen voor de uitwerking van de competentie ethisch handelen.

Methode

De ontwikkeling van de competentie ethisch handelen omvat drie onderdelen: een literatuurstudie voor de definiëring van de componenten, het kick-off evenement om een toetsing te maken bij relevante stakeholders en twee focusgroepen om inzicht van relevante stakeholders specifiek vanuit het werkveld te verzamelen.

Om de definiëring van de kenmerken van ethisch handelen te bepalen werd er systematisch in de literatuur gezocht in de databanken PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect en Google Scholar met onder meer volgende zoektermen: ethical care, zogethiek, ethics of care, good care, dignity care, clinical competence, nurses, nursing aide, nursing assistants. Deze zoektermen werden alleen of in combinatie met elkaar ingegeven met focus op Engelstalige of Nederlandstalige literatuur van maximaal 10 jaar oud. Daarnaast werd literatuur ook geraadpleegd door middel van de sneeuwbalmethode en werd gebruik gemaakt van grijze literatuur.

Op 20 november 2019 werden stakeholders uit de gezondheidszorg en het onderwijs samengebracht tijdens het kick-off evenement. Eén van de interactieve workshops die de deelnemers volgden was volgens de methodiek van conversatiecafé (Liberating Structures Belgian User Group, 2019c) en het binnen-buiten cirkelgesprek (Stichting Reisgids Digitaal Leermateriaal, 2019). De deelnemers kregen de casus van Mia voorgelegd (Bijlage 1). In deze casus zaten verschillende ethische kwesties verscholen. De deelnemers werd gevraagd om eerst na te denken over wat zij zelf als zorgontvanger (cfr. Mia), van zorgverleners op ethisch vlak verwachten. Vervolgens moesten de deelnemers naar dezelfde casus kijken, maar nu vanuit de rol van zorgverlener. Op deze manier werden aandachtspunten en doelstellingen verkregen op basis van vijf deelcompetenties.

Een laatste toetsing met relevante stakeholders gebeurde aan de hand van twee focusgroepen, één te VIVES Hogeschool en één te Curio. Stakeholders van niveau 1 tot niveau 6 kregen de mogelijkheid om de ontwikkelde doelstellingen voor de vier competenties kritisch te bediscussiëren. De focusgroepen focusten zich op vier thema's namelijk, de werkelijke situatie, wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau.

Onderdeel 1: Literatuurstudie

Componenten competentie ethisch handelen

Allereerst is het van belang om de geschiedenis omtrent de totstandkoming van zorgethiek, waar deze competentie zich op focust en zoals deze nu toegepast wordt in de gezondheidszorg, te kaderen.

De medisch-ethische principebenadering is ontstaan in 1979 en ontworpen door Beauchamp and Childress (1979). Deze principebenadering stelde niet langer dat de arts besliste wat goed en slecht was, maar vier belangrijke waarden en principes vormden de basis van ethisch handelen in de zorg (weldoen, autonomie, niet-schaden en rechtvaardigheid). Hoewel deze principebenadering reeds een vooruitgang was op de louter medische ethiek van de jaren 60, bleef dit denkkader toch te rationeel en abstract en werd de zorgontvanger te weinig centraal gesteld. In 1982 werd de basis gelegd voor zorgethiek. Aan deze basis ligt het werk van Gilligan (1982), zij gaat ervan uit dat er naast principe-ethiek, waarbij dilemma's op basis van een rationele keuze behandeld worden, ook aandacht voor andere aspecten noodzakelijk is bij ethische besluitvorming binnen de gezondheidszorg. Zorgethiek (cfr. Ethics of Care) stelt zorg verlenen en zorg ontvangen, kortom de interactieve zorgrelatie, centraal (Grypdonck et al., 2018). Om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de competentie ethisch handelen is het noodzakelijk om de basis van goede zorg te definiëren.

Goede zorg kan vanuit drie verschillende perspectieven benaderd worden (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019c). Een eerste optie bestaat uit het perspectief van de zorgverlener in relatie tot de zorgontvanger (micro-niveau). Goede zorg kan daarnaast ook vanuit het perspectief van de zorgorganisatie (meso-niveau) of de overheid (macro-niveau) bekeken worden. Deze perspectieven vormen de andere twee invalshoeken van goede zorg (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019c). Binnen deze competentie wordt gekeken naar de relatie tussen de zorgontvanger en de zorgverlener, het microniveau. De vraag die centraal staat hierbij is: "Wat is goede/ zorgethische zorg?" "En over welke competenties dient een zorgverlener, werkzaam in de eerstelijnszorg, te beschikken om goede zorg te verlenen?"

Concepten ethisch handelen

Joan Tronto (1993) stelt dat goede zorg gebaseerd is op het zorgproces bestaande uit 4 fasen: 'zich zorgen maken om' ('caring about') (1), 'zorg opnemen' ('taking care of') (2), 'zorg verlenen' ('giving care') (3) en 'zorg ontvangen' ('receiving care') (4). Vertaald naar de praktijk wil dit zeggen dat de zorgverlener allereerst de zorgbehoefte dient te herkennen en aandachtig moet zijn voor de zorgbehoefte van de zorgontvanger (1). Vervolgens dient de zorgverlener de verantwoordelijkheid over de zorg te nemen. Dit houdt in dat hij zich niet enkel laat raken, maar ook gemotiveerd is om iets te veranderen aan de situatie waarin de zorgontvanger zich momenteel bevindt (2). Om zorg te kunnen verlenen dient de zorgverlener te beschikken over de nodige competenties, deskundig te zijn (3). Tot slot dient de zorgverlener ontvankelijk te zijn voor de antwoorden van de zorgontvanger (4). De fasen die Tronto aanhaalt stellen geen zin een chronologisch proces voor, maar vertrekken vanuit een dynamisch en cyclisch standpunt. Tronto gaf in 2013 een aanvulling op het zorgproces door een vijfde principe toe te voegen: 'zorgen met' ('caring with') (5) – dit vijfde principe steunt op de compatibiliteit van de zorg met de zorgbehoefte en stelt de relatie van zorgontvanger - zorgverlener centraal (J. Tronto, 2013)(zie voorbeeld in Tabel 11). Dit vijfde principe kan ook teruggevonden worden in de '*patient-as-partner-approach*' waarnaar binnen een kwaliteitsvolle zorgverlening gestreefd wordt (Karazivan et al., 2015). Gastmans bundelt deze 5 fasen onder de noemer zorgzaamheid, maar stelt ook dat dit alles nog niet automatisch resulteert in zorgethisch handelen (Vanlaere & Gastmans, 2008, 2011; Vanlaere, Lemiengre, De Wachter, & Van Ooteghem, 2015).

Tabel 11: Zorgproces Tronto uitgewerkt in voorbeeld

Caring about	De zorgverlener is in staat om vast te stellen wat er leeft bij de zorgontvanger en waar zijn zorgbehoefte schuilt. (<i>Aandachtigheid</i>)
Taking care of	De zorgverlener neemt de verantwoordelijkheid over de heersende zorgbehoefte, dit in samenspraak met de zorgontvanger. (<i>Verantwoordelijkheid</i>)
Giving care	De zorgverlener kan op professionele en deskundige wijze de gepaste zorg verlenen. (<i>Deskundigheid</i>)
Receiving care	De zorgverlener gaat de effectiviteit van de zorg na. Is er voldaan aan de zorgbehoefte van de zorgontvanger? (<i>Responsiviteit</i>)
Caring with	De zorgverlener stelt de relatie zorgontvanger-zorgverlener centraal en ziet de zorgontvanger als waardevolle partner in het zorgproces.
Voorbeeld	<i>Pia werkt als zorgkundige in de thuiszorg. Hier staat ze dagelijks in voor de persoonlijke hygiëne van Pierre tijdens de ochtendverzorging. Een handeling die voor Pia als vanzelfsprekend geworden is, is dit voor Pierre niet. Aandachtigheid: Instaan voor de persoonlijke hygiëne betekent veel meer dan louter de fysieke handeling van het wassen. Bij deze handeling moet rekening gehouden worden met de kwetsbaarheid, de privacy en autonomie van Pierre. Verantwoordelijkheid: Pia neemt de verantwoordelijkheid om Pierre dagelijks te wassen, dit in samenspraak met Pierre. Indien Pierre aangeeft hier geen behoefte aan te hebben, moet met deze wens rekening gehouden worden. Competentie: Pia kent de verschillende wastechnieken en kan deze ook feilloos toepassen. Daarnaast weet Pia wanneer het gepast is om iemand aan te raken en wanneer niet. Responsiviteit: Pia stelt haar eigen handelen in vraag – heb ik de zorgbehoefte van Pierre beantwoord?</i>

In 2018 ontwikkelde Grypdonck et al. (2018) de competentie *zorgethisch handelen*. Deze competentie omvat vijf deelcompetenties: zien, weten, reflecteren, doen en zijn. De competentie ontwikkeld door Grypdonck kan gelinkt worden aan het zorgproces van Tronto.

Zorgethisch zien omvat de anderen zien staan in alle dimensies van het woord (cfr. presentietheorie Baart) (Baart, 2001, 2004). De zorgverlener dient in staat te zijn om betrokken waar te nemen: een waarnemen waarbij hij zichzelf als persoon laat betrekken, waarbij hij betrokken is of wordt door wat hij ziet. Hij dient te leren om met een kritische blik opnieuw te kijken naar datgene wat hij dag in dag uit doet, zonder er vragen bij te stellen (Grypdonck et al., 2018).

Zorgethisch weten focust zich op het ontdekken wat er voor de zorgontvanger speelt en welke opgaven hiermee gepaard gaan (Olthuis et al., 2014). De zorgverlener gaat op zoek naar de universele kwetsbaarheid van de zorgontvanger en weet dat hij niet met een objectiverende bril moet kijken, niemand is louter zijn kwetsbaarheid. Ook dient zijn handelen afgestemd te zijn op de laatste stand van de wetenschappelijke literatuur, daarvoor is het aangewezen dat hij weet heeft van deze informatie. Betrokken weten vraagt een samenspel van persoonlijke kennis, kennis van de zorgontvanger en zijn situatie, en wetenschappelijke kennis (Grypdonck et al., 2018).

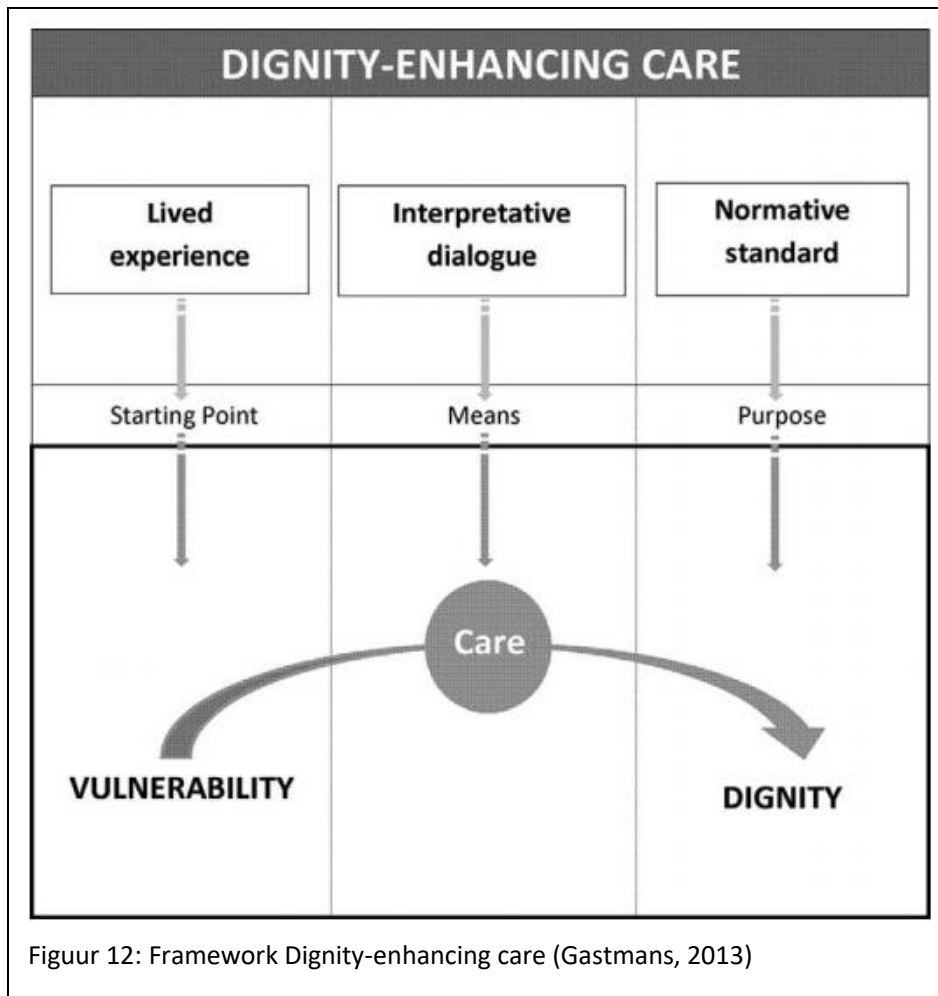
Zorgethisch reflecteren vraagt van de zorgverlener om stil te staan bij de zorgverlening en deze ook in vraag te durven stellen (Grypdonck et al., 2018). Thema's waar binnen *zorgethisch handelen* over gereflecteerd dient te worden zijn: de kwetsbaarheid, de relatie, zichzelf als zorgverlener, toepassen van wetenschappelijke kennis, de alledaagse routines en protocollen (Lechasseur, Caux, Dolle, & Legault, 2018).

Een vierde deelcompetentie omvat **zorgethisch doen**. Vanuit het betrokken zien, weten en reflecteren vloeit een zorgethische handeling of zorgverlening. Bij deze handeling staat niet de zorg, maar wel de zorgontvanger centraal. Wanneer de zorgverlener betrokken handelt, zal hij de persoon achter de zorgontvanger ontmoeten en zichzelf als zorgverlener volledig betrekken in het zorgproces. De zorgverlener dient binnen dit proces een wisselwerking te hebben tussen de technische handeling die gesteld moet worden en het zorgethisch handelen met aandacht voor de persoon (Grypdonck et al., 2018).

Tot slot het **zorgethisch zijn**. Deze laatste deelcompetentie is de voorwaarde voor de voorgaande deelcompetenties. De zorgverlener dient als persoon toegankelijk te zijn, raakbaar te zijn voor de kwetsbaarheid van de ander en zijn eigen behoefte naar de achtergrond te kunnen verplaatsen (Baart, 2001). Wanneer een zorgverlener zorgethisch is, wilt hij het goede voor de ander, is hij bereid het goede voor de ander te doen, maar tegelijk ook bereid om de ander de vrijheid te geven om niet op het aanbod in te gaan en zijn eigen weg te gaan (Grypdonck et al., 2018). Om op een competente manier zorgethisch te zijn dient de zorgverlener ondersteund te worden door een goed werkend interprofessioneel team (zie competentie 1, pagina 8).

Gelinkt aan zorgethiek zijn er een aantal belangrijke sleutelwoorden die vanuit de literatuur naar voor komen, deze zijn onder meer kwetsbaarheid, waardigheid, afhankelijkheid, relationele betrokkenheid, ethische raakbaarheid en context.

Aansluitend op de principes van goede zorg volgens Tronto (1993) en de competentie zorgethisch handelen van Grypdonck et al. (2018) stelde Gastmans een ethisch framework op voor de zorgprofessional vertrekkend vanuit de **kwetsbaarheid** van de zorgontvanger met waardige zorg als doel. Gastmans (2013) stelt dat de ethische essentie van zorg gedefinieerd kan worden als volgt: "Zorg verlenen als antwoord op de kwetsbaarheid van een menselijk wezen om zijn of haar waardigheid zoveel mogelijk te behouden, beschermen of bevorderen" (Gastmans, 2013). Het ethisch framework van Gastmans (2013) steunt op drie pijlers: de beleefde ervaring (1), het dialogische interpretatieve gesprek (2) en de normatieve standaard (3). (Figuur 12). Een zorgverlener dient in staat te zijn om de andere zijn kwetsbaarheid te zien en de ander niet te reduceren tot louter zijn kwetsbaarheid, hem in zijn waardigheid te laten (American Nurses Association, 2015; Gastmans, 2013; Grypdonck et al., 2018; Vanlaere et al., 2015).



Figuur 12: Framework Dignity-enhancing care (Gastmans, 2013)

Timmermans, De Klerk, Jolink, and Boitte (2016) geven in hun onderzoek de sleutelconcepten van **waardige** zorg (cfr. Dignity Care) weer. Deze sleutelconcepten kunnen herleid worden tot vier kernbegrippen: autonomie, respect, empowerment en communicatie. Deze kernbegrippen zijn niet allesomvattend, daar goede en waardige zorg sterk afhankelijk is van de persoonlijke noden van de zorgontvanger. Echter dienen deze begrippen een centrale rol te spelen bij de zorgverlening in het kader van zorghethisch verantwoorde zorg.

Volgende belangrijke kernbegrippen die hand in hand gaan zijn de **relationele betrokkenheid** en **contextgebondenheid**. De zorgrelatie die aangegaan wordt in het kader van de zorgverlening zal steeds in het teken van de zorgontvanger en zijn behoeften staan. Daarnaast is het aangewezen dat er ook sprake is van een veilige cultuur waarbinnen deze zorgrelatie kan ontstaan (Grypdonck et al., 2018; Vanlaere et al., 2015). Dit betekent een cultuur waarbij de zorgontvanger weet dat de zorgverlener op een integere, respectvolle manier zal omgaan met de persoonlijke informatie en principes van privacy en confidentialiteit. Indien deze zaken aanwezig zijn, kan er een vertrouwensrelatie ontstaan tussen zowel zorgverleners onderling, als tussen de zorgverlener en zorgontvanger.

Doelstellingen competentie ethisch handelen

Door in de literatuur het concept van zorgethiek te bestuderen, kunnen een aantal doelstellingen voor de competentie ethisch handelen voorop gesteld worden. Deze doelstellingen zijn:

- De zorgverlener kent en herkent de zorgethische aspecten van de zorgrelatie en kan deze toepassen in zijn eigen werkcontext, wat betekent:
 - o De zorgverlener kan via dialoog achterhalen wat er voor de zorgontvanger op het spel staat. Hij herkent de kwetsbaarheid van de zorgontvanger en is in staat om dit te verwoorden in een passende zorgbehoefte. (Aandachtigheid)
 - o De zorgverlener kan aangeven wat dient te gebeuren en wie antwoord kan bieden op de zorgbehoefte van de zorgontvanger. De zorgverlener neemt de verantwoordelijkheid voor de zorgbehoefte. (Verantwoordelijkheid)
 - o De zorgverlener kan aangeven welke deskundigheid nodig is om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van de zorgontvanger. Bijgevolg kan de zorgverlener op een professionele en deskundige wijze de gepaste zorg verlenen, dit naar analogie met zijn functieomschrijving. (Deskundigheid)
 - o De zorgverlener kan het handelen voortdurend in het perspectief van de zorgontvanger plaatsen. (Responsiviteit)
 - o De zorgverlener kan het eigen handelen evalueren vanuit de zorgrelatie en kan verwoorden hoe het belang van de zorgontvanger wordt gediend in wat hij (niet) doet. (Reflectiviteit)
 - o De zorgverlener stelt de relatie zorgontvanger-zorgverlener centraal en ziet de zorgontvanger als waardevolle partner in het zorgproces (cfr. principe van patient-as-partner-approach).

- De zorgverlener dient in staat te zijn om vanuit de ervaring / de kwetsbaarheid van de zorgontvanger tot menswaardige zorg te komen in dialoog met het zorgteam, waartoe de zorgontvanger behoort.
- De zorgverlener past het principe van levenslang leren toe, zoals eerder aangehaald in de competentie van interprofessioneel samenwerken. Dat maakt dat zijn handelingen gebaseerd zijn op de meest recente evidence-based literatuur en continu bijgeschoold worden.
- De zorgverlener handelt volgens de principes van privacy en confidentialiteit met betrekking tot informatie.
- De zorgverlener handelt integer en met respect voor de zorgontvanger en andere leden van het zorgteam.
- De zorgverlener doet aan zelfreflectie, zowel gericht op zijn handelen als op wie hij is als zorgverlener.

Onderdeel 2: Kick-off

Het kick-off evenement liet 44 deelnemers zich verplaatsen in zowel de rol van zorgontvanger als zorgverlener. Hierdoor konden de deelnemers zich beter inleven en een algemeen beeld vormen van de vaardigheden, kennis en attitudes waarop de te ontwikkelen leerroutes zich dienen te richten op vlak van ethisch handelen. Door gebruik te maken van het binnen-buiten cirkel gesprek (Liberating Structures Belgian User Group, 2019c; Stichting Reisgids Digitaal Leermateriaal, 2019) kon elke deelnemer zijn mening geven zonder onderbroken te worden door anderen. Dit maakt dat elke deelnemer ook gehoord werd en input kon geven. Een overzicht van de vaardigheden, kennis en attitudes die naar voor gekomen zijn uit de twee interactieve workshops is terug te vinden in Tabel 12. De antwoorden van de deelnemers werden telkens gerangschikt volgens frequentie van voorkomen tijdens de workshops.

Omtrent de deelcompetentie ‘aandachtig zijn’ stellen de deelnemers voornamelijk getraind te willen worden in het observeren (zien), luisteren en het inleven in de specifieke zorgvraag van de zorgontvanger. Attitudes waarover een zorgverlener dient te beschikken zijn onder meer respect, empathie en interesse in de persoon achter de zorgvraag. Om over deze vaardigheden en attitudes te beschikken, stellen de deelnemers kennis omtrent observatie en omgangskunde voor om mee op te nemen in de leerroutes.

De tweede deelcompetentie focust zich op verantwoordelijkheid nemen voor de zorg en de zorgbehoefte van de zorgontvanger. Vaardigheden die naar voor kwamen, waren het respecteren van de privacy zowel van zorgontvanger als zorgverlener, zich richten op de krachten en talenten van de zorgontvanger, met andere woorden: de zorgontvanger niet reduceren tot zijn gebreken en durven afwijken van de procedures die opgelegd worden door de organisatie. Om dit te realiseren, is er nood aan handelen vanuit een gelijkwaardige positie en respect. De deelnemers zouden graag meer kennis verwerven over de emotionele basisbehoeften.

De derde deelcompetentie, deskundig zijn, draait rond de bekwaamheid van de zorgverleners om in te gaan op de zorgbehoefte en hiervoor te beschikken over de juiste competenties. Binnen het zorgethische luik geven de deelnemers aan voornamelijk nood te hebben aan deskundigheid omtrent luistervaardigheden, gesprekstechnieken, reflectietechnieken en timemanagement. De attitude waarover een zorgethische zorgverlener op deskundig vlak over dient te beschikken, uit zich in een open en professionele houding, dienstbaarheid, empathie, interesse en vertrouwen. Om deskundig te kunnen zijn is kennis binnen het domein van het beroep een eerste noodzakelijkheid, vervolgens dient ook voornamelijk kennis ontwikkeld te worden op vlak van de psychosociale vaardigheden (luisteren, gesprekstechnieken, observatievermogen) en kennis omtrent de sociale kaart en beschikbare hulpmiddelen.

De vierde deelcompetentie richt zich op responsiviteit, met name nagaan of de zorg die geboden werd ook effectief de zorgbehoefte van de zorgontvanger beantwoordt. Om dit te realiseren dienen zorgverleners getraind te worden in het geven en ontvangen van feedback, zorg te evalueren en bij te sturen daar waar nodig, zorg op maat aan te bieden, gesprekstechnieken aangeleerd te krijgen, de zorgontvanger door en door te kennen. De attitudes die hieraan gekoppeld kunnen worden volgens de deelnemers zijn voornamelijk respect en privacy. Kennis omtrent autonomie bewerkstelligen is hiervoor noodzakelijk.

Tot slot gaat de laatste deelcompetentie ‘reflectief zijn’ over de reflectie van het zorgproces: “Wat heeft dit bij jou als zorgverlener teweeg gebracht?”, “Heb je de zorg kunnen leveren die je zelf wil leveren?”, “Wat met afstand-nabijheid?”, Hiervoor geven deelnemers aan dat zorgverleners vaardig dienen te zijn in reflectie over zichzelf en over hun werk, de eigen praktijk in vraag dienen te kunnen en durven stellen en in het communiceren met leden van het team en de zorgontvanger. Dit leren reflecteren, kan pas echt ontwikkeld worden wanneer men in de praktijk terecht komt of via stage-ervaringen, aldus de deelnemers. De open houding is de belangrijkste attitude waarover een zorgverlener dient te beschikken alvorens over te kunnen gaan tot reflectie. Op vlak van kennis werden geen elementen aangegeven door de deelnemers van het kick-off evenement.

Tabel 12: vaardigheden, kennis en attitudes per deelcompetentie van ethisch handelen

AANDACHTIG ZIJN	<i>Vaardigheden</i>	<i>Kennis</i>	<i>Attitudes</i>
	Leren zien/ observeren	Omgangskunde	Respect tonen
	Luisteren	Observatie	Empathie tonen
	Inlevingsvermogen tonen		Interesse tonen
	Interesse in levensgeschiedenis tonen		Sensitiviteit hebben
	Benefits aanvaarden		Open visie bezitten
	Volle aandacht geven		Oprechtheid tonen
	Meedenken		Begripvol zijn
	Samenwerken		Zorgtijd = welzijnstijd
	Ondersteunen		Betrokken zijn
			Waardering tonen
VERANTWOORDELIJKHEID NEMEN	<i>Vaardigheden</i>	<i>Kennis</i>	<i>Attitudes</i>
	Privacy respecteren	Acceptatieproces	Handelen vanuit gelijkwaardigheid
	Focussen op krachten en talenten	Emotionele basisbehoeften	Privacy respecteren
	Durven afwijken van procedures		Persoon leren kennen
	Leren onderhandelen		Open houding bezitten
	Persoonsgericht handelen		Basis attitude bezitten
	Innovatief handelen		Betrouwbaar en integer zijn
	Samenwerken		
	Sociale vaardigheden bezitten		

Tabel 12: Vaardigheden, kennis, attitudes per deelcompetentie van ethisch handelen (vervolg)

DESKUNDIG ZIJN	<i>Vaardigheden</i>	<i>Kennis</i>	<i>Attitudes</i>
	Luistervaardigheden beheersen	Psychosociale vaardigheden	Openheid tonen
	Gesprekstechnieken beheersen	Kennis hulpmiddelen	Interesse tonen
	Reflecteren	Sociale kaart	Dienstbaarheid tonen
	Timemanagement beheersen	Inspelen op wensen en behoeften	Professionele houding hebben
	Analyseren	Diversiteit	Proactief zijn
	Rapporteren	Eigenheid	Empathie hebben
	Behoeften en noden inschatten	Inzicht pathologie	Betrouwbaar zijn
	Vraaggestuurd werken	Kennis team	
	Goede anamnese afnemen	Zorgethiek	
	Persoonlijke ruimte respecteren	Gesprekstechnieken	
	Samenwerken		
	Vertrouwensband opbouwen		

Tabel 12: Vaardigheden, kennis, attitudes per deelcompetentie van ethisch handelen (vervolg)

RESPONSIEF ZIJN	<i>Vaardigheden</i>	<i>Kennis</i>	<i>Attitudes</i>
	Feedback vragen en geven	Autonomie	Respect tonen
	Levensverhaal kennen		Privacy tonen
	Evalueren en bijsturen		Waarden en normen centraal stellen
	Gespreksvaardigheden		Flexibel zijn
	Zorg op maat verlenen		
	Vraaggericht werken		
	Autonomie zorgontvanger centraal stellen		
	Inspelen zorgontvanger		
	Noden niet zelf invullen		
	Samenwerken		
	Positiviteit tonen		
	Stimuleren		
	Innovatief vermogen tonen		
	Zien		
REFLECTIEF ZIJN	<i>Vaardigheden</i>	<i>Kennis</i>	<i>Attitudes</i>
	Reflectie (zelf + werk) zijn		Openheid tonen
	Eigen praktijk in vraag stellen		Respect voor eigenheid tonen
	Communiceren		Flexibel zijn
	Stage lopen		Aandachtigheid zijn
	Totaalzorg verlenen		
	Grenzen aangeven		

Onderdeel 3: Focusgroepen

De focusgroepen te VIVES Hogeschool en Curio richtten zich op vier thema's bij de definiëring van de competentie ethisch handelen: de werkelijke situatie, wenselijke situatie, advies voor de ZORO-opleiding en differentiatie per niveau.

Werkelijke situatie

Deelnemers van de focusgroepen stellen dat ethisch handelen reeds in een persoon dient te zitten vooraleer hij start aan een opleiding tot zorgverlener. Daarnaast leert een zorgverlener ethisch handelen of aspecten van ethisch handelen zoals aandachtig zijn door in de praktijk te werken en te oefenen.

“Het moet een stukje in je zitten, je kan je opleiding niet halen als dat stukje niet in je zit. Je moet dus eigenlijk een basis hebben en dit kan je dan tijdens je opleiding verder ontwikkelen.” (Starter niveau 4)

“Je leert ethisch handelen op het werk voornamelijk, je kan de theorie wel leren in je opleiding, maar pas op de werkvloer maak je het je eigen.” (Senior niveau 6)

Momenteel richten de huidige opleidingen zich voornamelijk op reflecteren en verantwoordelijkheid nemen in het zorgproces. Daarnaast wordt ethisch handelen in de opleiding in de vorm van simulatieonderwijs getraind. Studenten geven echter zelf aan dat ethisch handelen uitgebreider aan bod zou mogen komen.

“Je leert voornamelijk om te reflecteren en verantwoordelijkheid te nemen, dit is voornamelijk belangrijk op stage.” (Student niveau 6)

“Het zou meer aan bod mogen komen, er mag meer tijd in gestoken worden. Ik merk dat tijdens de wijkwerking, er is te weinig tijd die vrijgemaakt kan worden om stil te staan bij ethiek. Soms zijn er wel intervisiemomenten, slechts twee keer op een jaar en dit is veel te weinig. Ook met de variëteit aan cliënten moet er meer tijd zijn. Je moet kunnen stilstaan bij de verschillende waarden en normen van de verschillende cliënten. De normen en waarden van de cliënten liggen anders en ook van de zorgverleners. Tussen collega's mogen er ook meer reflectiemomenten plaatsvinden.” (Student niveau 2)

Binnen de thuiszorg wordt extra aandacht besteed aan de startende werknemers. Zo is er ruimte voorzien om ervaringen te delen en stil te staan bij casussen. Zorgverleners krijgen hier niet alleen de tijd om moeilijke situaties te bespreken, ze hebben het gevoel gehoord te worden door hun organisatie. Ook in andere sectoren zoals de gehandicaptenzorg en ziekenhuizen ervaren zorgverleners dat er tijd voor intervisiemomenten mogelijk is.

“Binnen onze organisatie is er een ethische commissie waar je in je eerste jaar langs gaat om casussen te bespreken en ook wanneer je een moeilijke situatie meemaakt, kan hierop ingezet worden. Er is zeker plaats voor reflectie en er wordt stilgestaan binnen zorgorganisatie X.” (Starter niveau 6)

“Tijdens intervisiemomenten blikken we op alles terug, reflecteren we op hoe je je handelingen hebt gesteld om er op die manier gemeenschappelijke verbeterpunten uit te halen. Hierdoor worden we ons bewust van ons eigen handelen en kunnen we ventileren.” (Senior niveau 5)

Een werkpunt op vlak van ethisch handelen draait rond het centraal stellen van de zorgontvanger. Nog te vaak worden handelingen als vanzelfsprekend gezien en routineus uitgevoerd. Een evolutie naar maatwerk met respect voor elke zorgontvanger is van groot belang volgens de deelnemers van de focusgroepen.

“Denk aan badmomenten, besef dat het geen gewoonte is want voor jou is het misschien een dagelijkse handeling, maar privacy blijft zeer belangrijk. Kies ook niet om vanuit je eigen makkelijkheid te werken en dan een cliënt met zijn blote poep door de gang te rijden, verplaats je in de situatie en denk na hoe jij het zelf zou willen.” (Student niveau 2)

“Men staat stil bij het effect op de cliënt, maar dit gebeurt te weinig.” (Senior niveau 4)

Wenselijke situatie

De deelnemers van de focusgroepen wensen voornamelijk in te zetten op het stilstaan bij de zorg. Dit stilstaan omvat een breed begrip; niet alles moet als vanzelfsprekend ervaren worden; het is aangewezen ruimte voor reflectie over je eigen handelen te voorzien, zowel individueel als met collega's.

“Denk aan badmomenten, besef dat het geen gewoonte is want voor jou is het misschien een dagelijkse handeling, maar privacy blijft zeer belangrijk” (Student niveau 2)

“Je moet leren je eigen zorg in vraag te stellen – is je zorgverlening wel goed en kom je wel tegemoet aan de zorgvraag?” (Senior niveau 4)

“Tussen collega's mogen er ook meer reflectiemomenten plaatsvinden.” (Student niveau 2)

Vervolgens moet de menselijkheid in de zorg behouden blijven in de toekomst, weg van de robotisering en standaardisering van de zorg en meer gefocust op maatwerk en het centraal stellen van de zorgrelatie.

“Zorg is en blijft mensenwerk, je mag dit onderdeel niet uit het oog verliezen. Soms zien wij bijvoorbeeld dat er patiënten niet op hun plek zitten binnen onze afdeling en dan nemen wij de verantwoordelijkheid om in overleg te gaan met de hoofdverpleegkundige om hier een oplossing voor te vinden. Wij werken ook rond doelstellingen op de afdeling, we stellen de patiënt de vraag: ‘welke doelstellingen stel jij voorop om naar huis te gaan?’ Er wordt heel doelgericht en persoonlijk gewerkt om iedereen terug naar huis te krijgen.” (Senior niveau 6)

Tot slot wensen zorgverleners zich beter te kunnen inleven aan de hand van realistische oefenmomenten. Zorgverleners zouden de kans om zich te kunnen bijscholen in realistische simulaties benutten om het inlevingsvermogen te vergroten.

“Zelf hebben we reeds simulaties op school, hierbij oefenen we hoe het voelt om een bed te verschonen of iemand om te kleden. Hierbij focussen we op de technieken en niet op de beleving.” (Student niveau 4)

“Je weet niet hoe het voelt als iemand halfzijdig verlamd is, blind of doof is. Je zou je meer moeten kunnen inleven, zodat je beter kan inspelen op de cliënt.” (Student niveau 2)

Advies voor de ZORO-opleiding

Vanuit de focusgroep komen een aantal elementen naar voor die in de opleiding meegenomen dienen te worden. Allereerst focussen op het inlevingsvermogen, het is van belang dat een zorgverlener niet doet wat hijzelf als goede zorg ziet, maar doet wat voor de zorgontvanger goede zorg is.

“Je moet leren om te vragen wat de patiënt van ons verwacht en dit moet je als zorgverlener zo goed mogelijk proberen invullen. Dit is niet altijd duidelijk, het vraagt tijd om dit te weten te komen.” (Senior niveau 3)

“Keuzes moeten gebaseerd zijn op de wensen van de cliënt en niet op die van de medewerker. Je moet je eigen waarden en normen loslaten en nog belangrijker, vergeet de menselijkheid niet.” (Senior niveau 5)

Ten tweede is het ook belangrijk om zelfzorg te promoten. Zorgverleners zijn zo gefocust op het zorg dragen voor de ander dat ze vergeten zorg te dragen voor zichzelf. Ook hieraan dient aandacht besteed te worden binnen de module ethisch handelen.

“Zelfzorg bij zorgverleners zou nog meer aan bod mogen komen in de opleiding. Hier is momenteel te weinig tijd voor voorzien.” (Student niveau 6)

“Je mag jezelf niet vergeten in het zorgproces, ook dat is belangrijk.” (Starter niveau 4)

Een derde element waaraan aandacht besteed dient te worden binnen de module ethisch handelen is de diversiteit van de zorgontvanger, diversiteit op vlak van waarden en normen en culturele achtergrond.

“Wat is er belangrijk voor die persoon, niet steeds in strijd gaan met patiënten, je moet de wensen van de patiënt volgen. Niet vanuit gemakkelijker werken.” (Senior niveau 3)

“Ook met de variëteit aan cliënten moet er meer tijd zijn. Je moet kunnen stilstaan bij de verschillende waarden en normen van de verschillende cliënten. De normen en waarden van de cliënten liggen anders en ook van de zorgverleners.” (Student niveau 2)

Tot slot dienen zorgverleners te leren aanvaarden dat ze alleen niet alles kunnen verwezenlijken of niet op elke wens van de zorgontvanger kunnen ingaan. Grenzen kunnen en durven aangeven is daarom ook van belang.

“Zeer veel mensen willen heel veel zaken, maar soms is het praktisch niet haalbaar. Je moet als hulpverlener in het reine komen met jezelf en leren door jezelf te beschermen. Je moet er blijven kunnen voor gaan, ook al is het niet de juiste manier van zorgverlening die je zelf zou willen geven.” (Senior niveau 4)

“Je staat als zorgverlener niet alleen, je moet leren om ook de familie te betrekken bij de zorg.” (Senior niveau 6)

Differentiatie per niveau

De deelnemers van de focusgroepen waren unaniem in hun besluit omtrent differentiatie per niveau voor de competentie ethisch handelen. Indien er toch een verschil gemaakt moet worden suggereren, de deelnemers het organiseren van een moreel beraad voor niveau 6, het deelnemen aan het beraad zou wel door alle niveaus dienen te gebeuren.

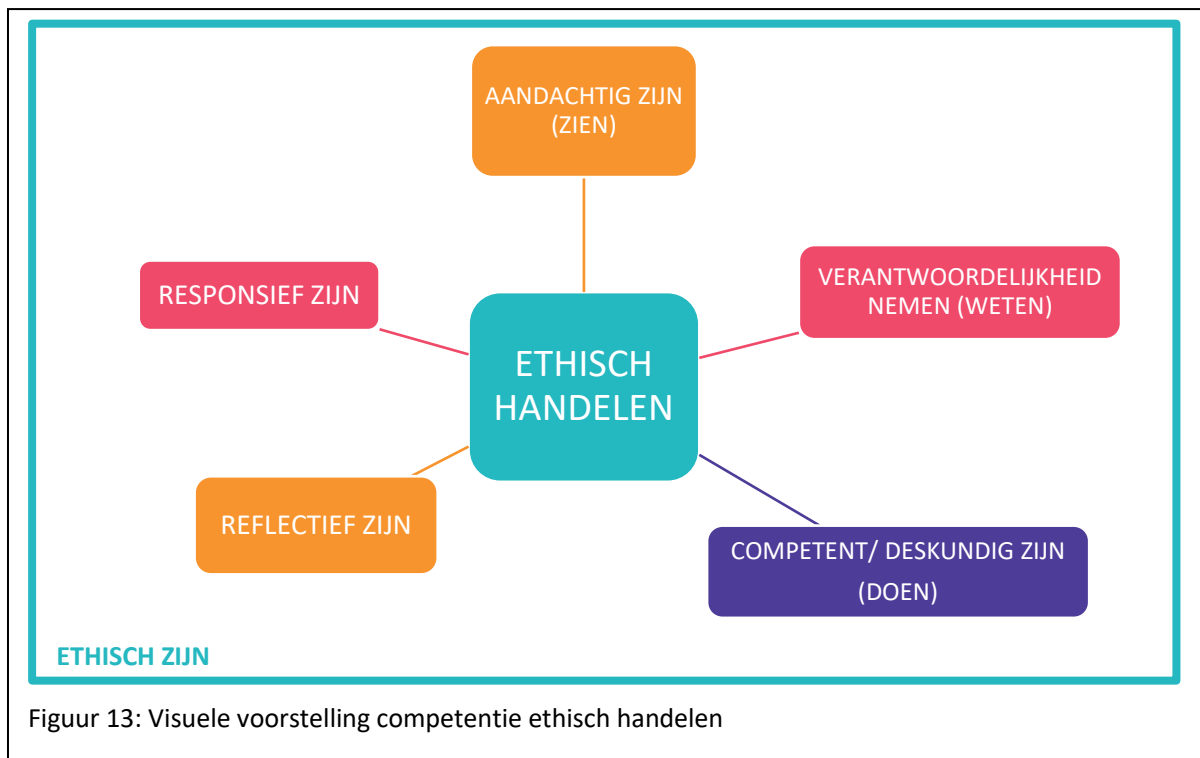
“We zijn allemaal collega’s onder elkaar en hulpverleners, het is dan toch beter dat we allemaal op hetzelfde niveau werken en allemaal ethisch kunnen handelen. Er moet dus geen onderscheid gemaakt worden op niveau voor de competentie ethisch handelen.” (Starter niveau 4)

“Het kan één module zijn die iedereen volgt. Eventueel niveau 6 een moreel beraad laten organiseren. Het deelnemen aan het beraad moet door elk niveau, maar het organiseren ervan kan uitbesteed worden aan niveau 6. Zou een eventuele differentiatie kunnen zijn.” (Senior niveau 6)

Conclusie

Dit hoofdstuk geeft een overzicht weer van de competentie ethisch handelen in de gezondheidszorg. Binnen dit hoofdstuk wordt gefocust op vijf deelcompetenties (aandachtig zijn, verantwoordelijkheid nemen, deskundig zijn, responsief zijn en reflectief zijn). Op basis van de literatuur werden doelstellingen vooropgesteld voor zorgprofessionals om de competentie te behalen. Toetsing met relevante stakeholders gaf meer inzicht in de verder te ontwikkelen kennis, vaardigheden en attitudes. Verder onderzoek naar specifieke gedragsindicatoren op niveau van niet- en kortgeschoolden, zorgkundigen en verpleegkundigen blijkt niet noodzakelijk na consultatie van de stakeholders.

Visuele voorstelling competentie ethisch handelen



Figuur 13: Visuele voorstelling competentie ethisch handelen

Discussie

Het doel van dit rapport bestaat erin de state-of-the-art te bepalen voor een zorgverlener voor wat betreft interprofessioneel samenwerken, intrapreneurship, technologische wendbaarheid en ethisch handelen. Dit doel is gerealiseerd door literatuur en relevante stakeholders te consulteren.

Dit onderzoek is, naar ons weten, het eerste onderzoek naar deze vier specifieke competenties voor zorgverleners van niveau 1 tot 6. Eerder onderzoek door Tsakitzidis and Van Royen (2018) over de ontwikkeling van de competentie interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg in Vlaanderen werd wel reeds uitgevoerd, maar geen specifieke uitspraken over het niveau van de zorgverlener werden hierbij besproken. Daarnaast stelde Grypdonck et al. (2018) in haar boek de competentie voor zorgethiek voor. Voor de ontwikkeling van de competentie interprofessioneel samenwerken en ethisch handelen werden beide onderzoeken mee geïntegreerd in de uiteindelijke competenties.

De gap voor dit onderzoek is een gebrek aan gestandaardiseerde vaardigheden, attitudes en kennis voor de vier competenties. In internationale literatuur kon geen antwoord gevonden worden op deze vraag, waardoor eigen doelstellingen werden ontwikkeld op basis van de definiëring van de competenties. Deze ontwikkelde doelstellingen zijn niet eerder getoetst in de praktijk, waardoor vergelijking niet mogelijk is.

Een externe factor waarmee rekening gehouden dient te worden voor het slagen van dit project is de context waarbinnen zorgverleners tewerkgesteld worden. Deelnemers van de focusgroepen geven aan dat er nood is aan een veilige context om te kunnen leren en een ondersteunende organisatie met ondersteunende leidinggevenden om de aangeleerde competenties te kunnen omzetten in de praktijk. Deze bevindingen worden ook vanuit de literatuur bevestigd (Clapper, 2010; de Vries-Erich et al., 2017; McInnes et al., 2015; Supper et al., 2015).

Sterktes en beperkingen

Het onderzoek is uitgevoerd door één onderzoeker, wat mogelijk invloed kan hebben op de resultaten. Doch de competenties werden vooraf vastgelegd door een expertpanel, het rapport beoordeeld door twee onderzoekers van Universiteit Antwerpen en door de stuurgroep van het ZORO-project.

Door slechts een aantal stappen van de methodiek van Arksey and O'Malley (2005) te hanteren werd de gebruikte literatuur niet beoordeeld op kwaliteit. Hiermee dient rekening gehouden te worden bij het lezen van het rapport. Wel werd wetenschappelijke literatuur, gepubliceerd in de periode tussen 2009 en 2019, als basis genomen voor de uitwerking van de verschillende hoofdstukken.

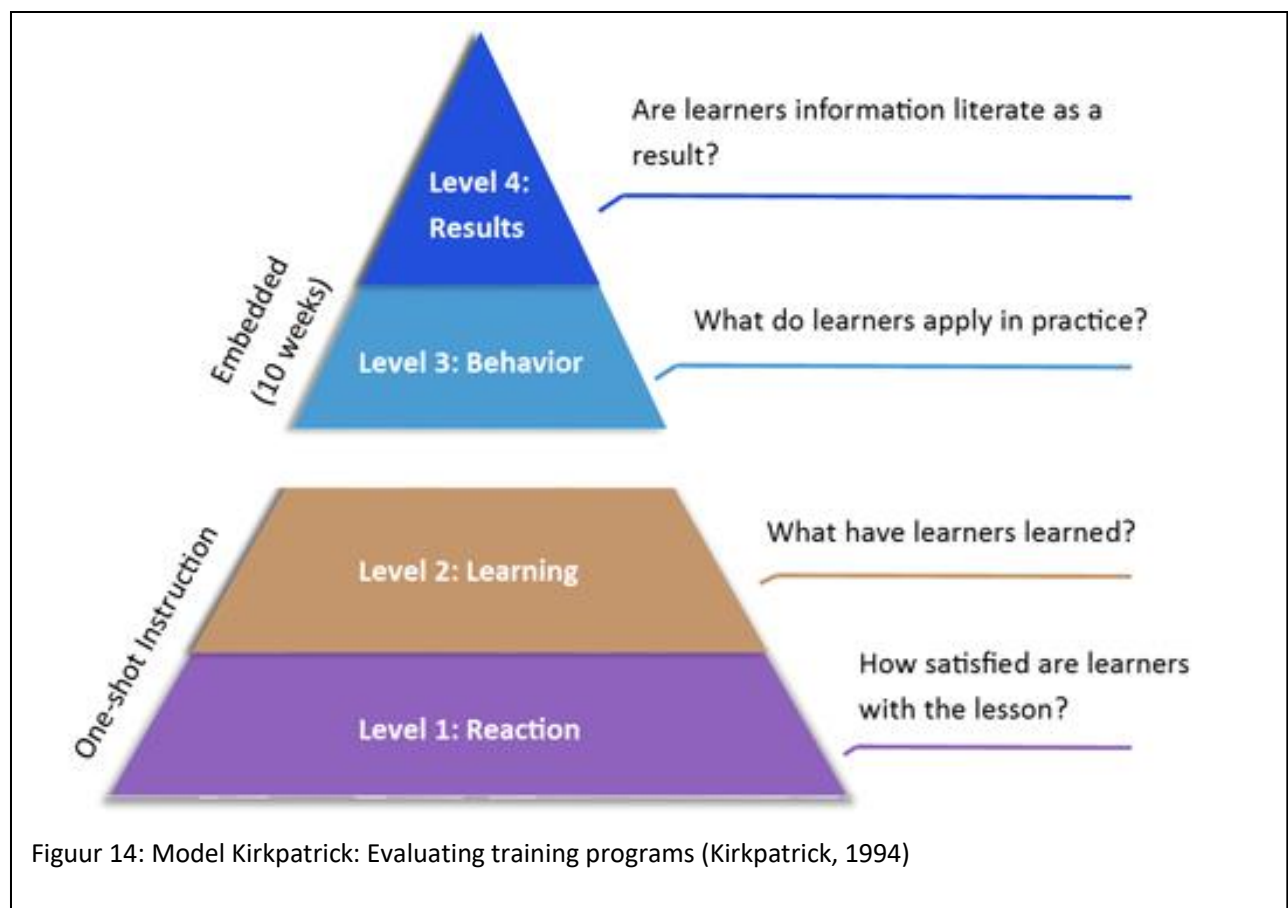
Voor de consultatie van relevante stakeholders werden steeds zowel Nederlandse als Vlaamse stakeholders geconsulteerd, om de mogelijke invloed van cultuurverschillen tussen Nederland en Vlaanderen te beperken. Ook vonden twee consultatiemomenten plaats en werden in totaal 68 zorgprofessionals bevraagd omtrent de ontwikkelde doelstellingen.

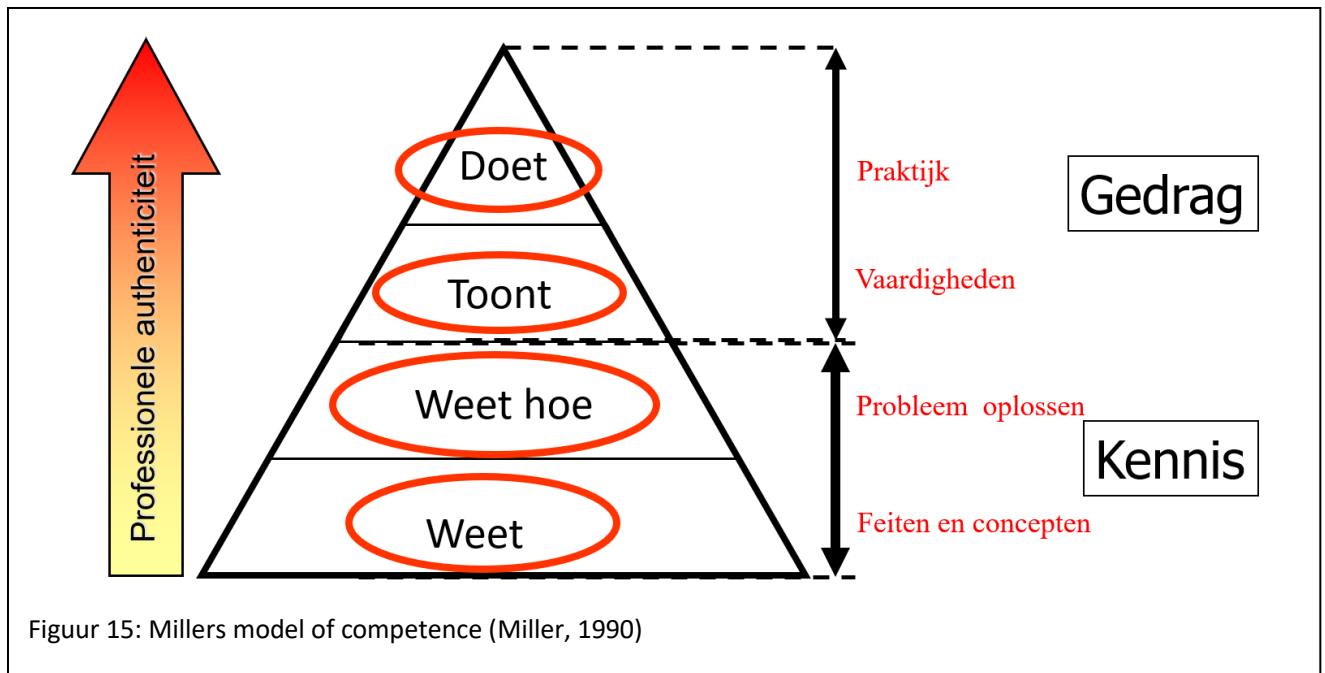
Aanbevelingen

In de literatuur kon geen onderscheid op vlak van niveaus voor de competenties teruggevonden worden. Dit project anticipeerde op dit probleem door bij de consultatie van de relevante stakeholders deelnemers van alle niveaus te betrekken, zowel in Vlaanderen als Nederland. Hieruit bleek dat de deelnemers van zowel de kick-off als de focusgroepen geen differentiatie nodig achten op vlak van niveau 1 tot 6, wel is het aangewezen rekening te houden met de bevoegdheden en functieomschrijving opdat geen taken uitgevoerd worden die niet onder de bevoegdheden van de zorgverlener vallen. De aanbeveling voor de verdere fase van dit project luidt dan ook om geen onderscheid op vlak van niveau te maken en wel te kijken naar de bevoegdheden van de zorgverleners. Deze overeenstemming (doelstellingen – niveau) dient in samenwerking met de experts vanuit het onderwijs gemaakt te worden bij het ontwikkelen van de leerroutes.

Een andere aanbeveling die vanuit de focusgroepen naar voor komt, is het interprofessioneel opleiden. De zorgverleners dienen samen getraind te worden in het interprofessioneel samenwerken. Hiermee wordt bedoeld dat de zorgverleners niet per beroepsgroep of per niveau getraind worden in de competentie interprofessioneel samenwerken, maar in groep met verschillende zorgverleners van verschillende professies samen. Literatuur omtrent interprofessioneel leren en teamleren ondersteunt deze bevindingen (Timmermans et al., 2012; World Health Organization, 2010). Deze trend van het interprofessioneel leren zou ook bevorderend werken voor de ontwikkeling van de andere drie competenties.

De stuurgroep van het ZORO-project dient in overleg de eindtermen voor het behalen van de competenties te bepalen. Vanuit de literatuur komen verschillende mogelijkheden voor evaluatie naar voor. De methode van Kirkpatrick (1994) onderscheidt vier niveaus van evaluatie. Gaande van niveau 1, een evaluatie van de reacties van de deelnemers tot niveau 4, evaluatie van het resultaat (Figuur 14). Een andere methode die mogelijk gehanteerd kan worden is deze volgens het model van Miller (1990). 'Millers model of competence' beoordeelt het behalen van een competentie op basis van vier niveaus (weet – weet hoe – toont – doet) (Miller, 1990) (Figuur 15). Beide modellen komen in aanmerking voor de evaluatie van de competenties. Het verdere verloop van dit project dient uit te wijzen welke methodiek als basis genomen zal worden.





Algemene conclusie

Dit rapport werd uitgevoerd als een eerste stap binnen het ZORO-project. Het doel bestond erin een inhoudelijke definiëring van de vier vooropgestelde competenties - interprofessioneel samenwerken, intrapreneurship, technologische wendbaarheid en ethisch handelen - op te stellen én deze te toetsen aan relevante stakeholders. Deze acties werden uitgevoerd om een antwoord te krijgen op de vraag: "Wat is de state-of-the-art voor een zorgverlener voor wat betreft interprofessioneel samenwerken, ethisch handelen, intrapreneurship en technologische wendbaarheid?"

Dit onderzoek geeft een inhoudelijke definiëring weer voor elke competentie. Elke competentie werd onderverdeeld in deelcompetenties met bijhorende doelstellingen. De consultatie van relevante stakeholders gaf duidelijkheid omtrent de werkelijke en wenselijke situatie. Nieuwe invalshoeken werden verkregen en doelstellingen werden bediscussieerd. Hierdoor kunnen in een volgende fase aangepaste leerroutes ontwikkeld worden, afgestemd op de noden en wensen van de zorgverleners zelf.

Lijst tabellen en figuren

Toelichting opbouw rapport

- Figuur 1: opbouw rapport

Algemene methode

- Tabel 1: zoektermen per competentie
- Tabel 2: overzicht deelnemers focusgroepen

Hoofdstuk 1: interprofessioneel samenwerken

- Figuur 2: model van multi- en interprofessioneel samenwerken
- Tabel 3: overzichtstabel geïncorporeerde frameworks met elementen
- Tabel 4: antwoorden ronde 1 TRIZ
- Tabel 5: antwoorden ronde 3 TRIZ
- Tabel 6: antwoorden ronde 5 en 6 TRIZ
- Figuur 3: drie modellen voor patiëntzorg
- Figuur 4: visuele voorstelling competentie interprofessioneel samenwerken

Hoofdstuk 2: intrapreneurship

- Figuur 5: visuele voorstelling competentie intrapreneurship
- Figuur 6: dimensies van innovatief werkgedrag
- Figuur 7: dimensies van innovatief werkgedrag aangevuld
- Tabel 7: eigenschappen proactief handelen ronde 3 1-2-4-iedereen
- Tabel 8: eigenschappen innovatief handelen ronde 3 1-2-4-iedereen
- Figuur 8: visuele voorstelling competentie intrapreneurship

Hoofdstuk 3: Technologische wendbaarheid

- Figuur 9: zorgtechnologie volgens PDSA-cyclus naar voorbeeld van List et al. (2019)
- Figuur 10: Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER) – model competency in nursing informatics
- Tabel 9a: score technologische wendbaarheid ronde 1 25:10
- Tabel 9b: score technologische wendbaarheid ronde 1 25:10
- Tabel 9c: score technologische wendbaarheid ronde 1 25:10
- Tabel 9d: score technologische wendbaarheid ronde 1 25:10
- Tabel 10: overzicht gemiddelde scores ronde 1 25:10 per deelcompetentie
- Figuur 11: visuele voorstelling competentie technologische wendbaarheid

Hoofdstuk 4: Ethisch handelen

- Tabel 11: zorgproces Tronto uitgewerkt in voorbeeld
- Figuur 12: framework dignity enhancing care
- Tabel 12: vaardigheden, kennis, attitudes per deelcompetentie van ethisch handelen
- Figuur 13: visuele voorstelling competentie ethisch handelen

Discussie

- Figuur 14: model Kirkpatrick: Evaluating training programs
- Figuur 15: Millers model of competence

Bijlagen

Bijlage 1 hoofdstuk 4: casus Mia

Laat mij een verhaal over mezelf vertellen. Ik ben Mia, ik ben 84 jaar oud. Ik woon sinds twee jaar in het woonzorgcentrum. De verpleegkundigen en zorgkundigen zorgen erg goed voor mij. In het begin moest ik wel wennen aan mijn nieuwe thuis. Het feit dat iemand mij plots kwam wassen en ik in mijn blootje moest staan voor een wildvreemde vond ik heel erg gek. Ook dat iedereen zomaar binnen kon komen zonder aankondiging was iets nieuws voor mij. Maar alles went en ik zit hier goed. Ik heb een heel mooi leven gehad en geniet nog elke dag na van de leuke herinneringen en van het zien van mijn familie. Als ik heel eerlijk ben, moet ik toch toegeven dat dit niet de manier is waarop ik mij de laatste jaren van mijn leven had ingebeeld. Mijn geliefde man is acht jaar geleden overleden, dit is ook het moment waarop de moeilijke periode in mijn leven gestart is. Mijn gezondheid is de laatste jaren erg achteruit gegaan. Ik heb diabetes, een nieuwe heup sinds vier jaar en twee jaar geleden heb ik een kleine hersenbloeding gehad, met blijvende uitval aan mijn linker zijde. Hierdoor is mijn mobiliteit beperkt. Mijn twee zonen doen hun uiterste best om mij zo gelukkig mogelijk te maken. In eerste instantie wilden ze met behulp van thuiszorg ervoor zorgen dat ik thuis kon blijven wonen. Maar ik voelde mij te schuldig en wou geen last zijn voor mijn kinderen en kleinkinderen. Zodus heb ik zelf de beslissing gemaakt om naar het woonzorgcentrum te verhuizen. Op deze manier moest mijn familie zich niet langer zorgen maken over mijn medicatie, het huis val-veilig te maken en het huishouden. Maar de laatste tijd stel ik mezelf de vraag: 'Ben ik gelukkig?' 'Is dit hoe ik mij mijn oude dag altijd had voorgesteld?'. Ik heb weinig inspraak in wanneer en wat ik eet, of gewoon waar ik 'goesting in heb'; ik kan niet meer alle kleren dragen die ik zou willen, er wordt meer 'gemakkelijke kledij' voorgesteld; ik kan niet wekelijks naar het kerkhof om verse bloemen op het graf van mijn man te zetten. Hoewel ik probeer deel te nemen aan de activiteiten, lijkt het alsof ik zingeving mis, ik voel me vaak alleen en soms ook niet gelukkig. Ik probeer wel positief te blijven, ik wil geen antidepressivum nemen, zoals vele bewoners hier, merk ik. Ik weet niet wat er met mij aan de hand is of wat er veranderd is. Vroeger werkte ik als bibliotheekassistente in de plaatselijke bibliotheek. Ik was mee met de nieuwste boeken. Hier komen vrijwilligers wel wekelijks langs, het aanbod is eerder verouderd, ik mis die nieuwe boeken. Mijn man en ik gingen graag op reis en genoten van wandelingen in het bos. Ik mis die vrijheid, gaan en staan waar je wil, ik heb vervoer nodig nu en het lukt ook niet meer om die zaken alleen te doen, ik moet iemand aanspreken hiervoor, waardoor ik me een last voel. Als we met een paar bewoners naar de markt gaan, ben ik dankbaar dat dit georganiseerd wordt, en tegelijk is het niet zoals vroeger, ik voel me wat bekeken zelfs, of komt dat doordat een vrijwilliger mij in een rolwagen duwt? Misschien is het wel tijd dat ik hierover met iemand praat, misschien kan iemand mij helpen om mij opnieuw gelukkig te laten voelen zonder dat ik het gevoel heb iemand tot last te zijn.

Literatuurlijst

- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019a). Beleid over preventieve gezondheidszorg. Retrieved from (20 January 2020) <https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid-over-preventieve-gezondheidszorg>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019b). Een zorgjob: ik ga ervoor. Retrieved from (20 January 2020) <https://www.ikgaervoor.be/voor-zorgprofessionals>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019c). *Stapstenen voor een ethisch verantwoord zorgbeleid in woonzorgcentra*. Retrieved from (14 October 2019) <https://www.vlaanderen.be/publicaties/stapstenen-voor-een-ethisch-verantwoord-zorgbeleid-in-woonzorgcentra>
- Ahonen, O., Kouri, P., Kinnunen, U. M., Junttila, K., Liljamo, P., Arifulla, D., & Saranto, K. (2016). The Development Process of eHealth Strategy for Nurses in Finland. *Stud Health Technol Inform*, 225, 203-207.
- American Nurses Association. (2015). *Code of Ethics for Nurses*.
- Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. (2019). AZW Statline. Retrieved from (20 January 2020) <https://www.azwinfo.nl/>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Asurakkody, T. A., & Shin, S. Y. (2018). Innovative Behavior in Nursing Context: A Concept Analysis. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 12(4), 237-244. doi:10.1016/j.anr.2018.11.003
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*: Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2004). *Aandacht. Etudes in presentie*: Utrecht: Lemma.
- Barakat, A., Woolrych, R. D., Sixsmith, A., Kearns, W. D., & Kort, H. S. (2013). eHealth Technology Competencies for Health Professionals Working in Home Care to Support Older Adults to Age in Place: Outcomes of a Two-Day Collaborative Workshop. *Med 2 0*, 2(2), e10. doi:10.2196/med20.2711
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*: New York: Oxford University Press.
- Benzer, J., & Horner, M. (2015). A Meta-analytic Integration and Test of Psychological Climate Dimensionality. *Human Resource Management*, 54(3), 457-482. doi:10.1002/hrm.21645
- Berloznik, R. (2007). *Assistieve technologie*. Retrieved from Brussel: Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek, viWTA, Vlaams Parlement.: (16 October 2019) http://ist.vito.be/nl/pdf/dossiers/dossier_7.pdf
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., McKey, C. A., & Akhtar-Danesh, N. (2017). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 73(1), 71-84. doi:10.1111/jan.13162
- Boore, J., & Porter, S. (2011). Education for entrepreneurship in nursing. *Nurse Educ Today*, 31(2), 184-191. doi:10.1016/j.nedt.2010.05.016
- Brunner, M., McGregor, D., Keep, M., Janssen, A., Spallek, H., Quinn, D., . . . Shaw, T. (2018). An eHealth Capabilities Framework for Graduates and Health Professionals: Mixed-Methods Study. *J Med Internet Res*, 20(5), e10229. doi:10.2196/10229
- Busetto, L., Luijckx, K., Calciolari, S., Gonzalez-Ortiz, L. G., & Vrijhoef, H. J. M. (2017a). The Development, Description and Appraisal of an Emergent Multimethod Research Design to Study Workforce Changes in Integrated Care Interventions. *Int J Integr Care*, 17(1), 1. doi:10.5334/ijic.2510
- Busetto, L., Luijckx, K., Calciolari, S., Gonzalez-Ortiz, L. G., & Vrijhoef, H. J. M. (2017b). Exploration of workforce changes in integrated chronic care: Findings from an interactive and emergent research design. *PLoS One*, 12(12), e0187468. doi:10.1371/journal.pone.0187468
- Chahal, H., Gupta, M., Lonial, S., & Raina, S. (2019). Operational flexibility-entrepreneurial orientation relationship: Effects and consequences. *Journal of Business Research*, 105, 154-167. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.08.011>

- Chang, L.-C., & Liu, C.-H. (2008). Employee empowerment, innovative behavior and job productivity of public health nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1442-1448. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.12.006>
- Clapper, T. (2010). Creating the safe learning environment. *PAILAL*, 3, 1-6.
- Combined Universities Interprofessional Learning Unit. (2010). *Interprofessional Capability Framework 2010 Mini-Guide*. Retrieved from (28 October 2019) <https://www.caipe.org/resources/publications/combined-universities-interprofessional-learning-unit-2010-interprofessional-capability-framework-2010-mini-guide-hea-health-sciences-and-practice>
- Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen*. Retrieved from (18 October 2019) <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/17/anders-kijken-anders-leren-anders-doen>
- Cook, A., & Polgar, J. (2008). *Cook and Hussey's assistive technologies: principles and practice* (3 ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Coun, M., Gelderman, C., & Pérez-Arendsen, J. (2015). Gedeeld leiderschap en proactiviteit in Het Nieuwe Werken. *Gedrag & Organisatie*, 28. doi:10.5553/GenO/092150772015028004004
- Curtin University. (2010). *Interprofessional Capability Framework*. Retrieved from (28 October 2019) https://healthsciences.curtin.edu.au/wp-content/uploads/sites/6/2017/11/interprofessional_A5_broch_1-29072015.pdf
- de Klerk-Jolink, N., Van der Klink, M., & Timmermans, O. (2016). Innovatief gedrag bij HBO-docenten. *Tijdschrift voor hoger onderwijs*. - Deventer, 1983, currens, 34:1(2016), 37-55. Retrieved from <https://hdl.handle.net/10067/1510610151162165141>
- De Palmenaer, S. (2011). *Making things happen: De impact van werkwaarden en doelorientatie op proactief werkgedrag*. (Psychologie, optie Bedrijfspsychologie en Personeelsbeleid Masterthesis). Universiteit Gent, Retrieved from (20 October 2019) <https://lib.ugent.be/nl/catalog/rug01:001789323>
- De Spiegelaere, S., Van Gyes, G., De Witte, H., Niesen, W., & Hootegem, G. (2014). On the Relation of Job Insecurity, Job Autonomy, Innovative Work Behaviour and the Mediating Effect of Work Engagement. *Creativity and Innovation Management*, 23. doi:10.1111/caim.12079
- De Spiegelaere, S., Van Gyes, G., & Hootegem, G. (2014). Innovatief Werkgedrag als concept: Definiëring en Oriëntering - The concept Innovative Work Behavior: Definition and Orientation. *Gedrag en Organisatie*, 27, 139-156. doi:10.5553/GenO/092150772014027001002
- de Vries-Erich, J., Reuchlin, K., de Maaijer, P., & van de Ridder, J. M. (2017). Identifying facilitators and barriers for implementation of interprofessional education: Perspectives from medical educators in the Netherlands. *J Interprof Care*, 31(2), 170-174. doi:10.1080/13561820.2016.1261099
- de Witte, L., Steel, E., Gupta, S., Ramos, V. D., & Roentgen, U. (2018). Assistive technology provision: towards an international framework for assuring availability and accessibility of affordable high-quality assistive technology. *Disabil Rehabil Assist Technol*, 13(5), 467-472. doi:10.1080/17483107.2018.1470264
- Dochy, F. J. R. C., & Nickmans, G. (2010). *Competentiegericht opleiden en toetsen: theorie en praktijk van flexibel leren*: Boom Lemma.
- Dul, J., & Ceylan, C. (2014). The Impact of a Creativity-supporting Work Environment on a Firm's Product Innovation Performance. *Journal of Product Innovation Management*, 31(6), 1254-1267. doi:10.1111/jpim.12149
- Egbert, N., Thye, J., Hackl, W. O., Muller-Staub, M., Ammenwerth, E., & Hubner, U. (2018). Competencies for nursing in a digital world. Methodology, results, and use of the DACH-recommendations for nursing informatics core competency areas in Austria, Germany, and Switzerland. *Inform Health Soc Care*, 1-25. doi:10.1080/17538157.2018.1497635

- Ernest, A. (2016). *Ehealth competencies needed to provide nursing care today and in the future*. Retrieved from (18 October 2019) https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118114/Aluoch_Ernest.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Europese Unie. (2019). Gegevensbescherming in de EU Retrieved from (17 October 2019) https://ec.europa.eu/info/law/law-topic/data-protection/data-protection-eu_nl
- Federale overheidsdienst volksgezondheid; veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. (2019). *Pilootproject verkort verblijf op de materniteit*. Retrieved from (20 January 2020) <https://www.health.belgium.be/nl/news/pilootproject-verkort-verblijf-op-de-materniteit>
- Fenton, E., & Mitchell, T. (2002). Growing old with dignity: a concept analysis. *Nurs Older People*, 14(4), 19-21. doi:10.7748/nop2002.06.14.4.19.c2212
- Galletta, M., Vandenberghe, C., Portoghese, I., Allegrini, E., Saiani, L., & Battistelli, A. (2019). A cross-lagged analysis of the relationships among workgroup commitment, motivation and proactive work behaviour in nurses. *J Nurs Manag*, 27(6), 1148-1158. doi:10.1111/jonm.12786
- Gastmans, C. (2013). Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. *Nurs Ethics*, 20(2), 142-149. doi:10.1177/0969733012473772
- Geuens, N., & Franck, E. (2013). Burn-out in de hulpverlening: Wat maakt verpleegkundigen zo kwetsbaar? Retrieved from <https://docplayer.nl/7197507-Burn-out-in-de-hulpverlening-wat-maakt-verpleegkundigen-zo-kwetsbaar.html>
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice*: Harvard University Press.
- Goethals, N. (2016). *Hoe is de attitude van afstuderende studenten verpleegkunde tegenover IT?* (Master in de Verpleegkunde en Vroedkunde). Universiteit Antwerpen,
- Grypdonck, M., Vanlaere, L., & Timmermann, M. (2018). *Zorgethiek in praktijk*: Lannoo Campus.
- Haerick, A. (2008). *Wat denken en doen proactieve mensen?* (Psychologie: optie Bedrijfspsychologie en Personeelsbeleid Licentiaat). Universiteit Gent, Retrieved from (20 October 2019) https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/298/369/RUG01-001298369_2010_0001_AC.pdf
- Haruta, J., Yoshida, K., Goto, M., Yoshimoto, H., Ichikawa, S., Mori, Y., . . . Otsuka, M. (2018). Development of an interprofessional competency framework for collaborative practice in Japan. *J Interprof Care*, 32(4), 436-443. doi:10.1080/13561820.2018.1426559
- Hebda, T. L., & Calderone, T. L. (2012). Informatics competencies for healthcare professionals: the Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER) Initiative model. *Drug Metabol Drug Interact*, 27(3), 145-149. doi:10.1515/dmdi-2012-0013
- Henry, B. W., Block, D. E., Ciesla, J. R., McGowan, B. A., & Vozenilek, J. A. (2017). Clinician behaviors in telehealth care delivery: a systematic review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 22(4), 869-888. doi:10.1007/s10459-016-9717-2
- Hersh, W. R., Gorman, P. N., Biagioli, F. E., Mohan, V., Gold, J. A., & Mejicano, G. C. (2014). Beyond information retrieval and electronic health record use: competencies in clinical informatics for medical education. *Adv Med Educ Pract*, 5, 205-212. doi:10.2147/amep.S63903
- Holleman, G., Poot, E., Mintjes-de Groot, J., & van Achterberg, T. (2009). The relevance of team characteristics and team directed strategies in the implementation of nursing innovations: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 46(9), 1256-1264. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.01.005
- Houwelingen, C., Vroegindewij, D., Meulen, L., & Glashouwer, P. (2017). Handreikingen voor het ontwerpen van onderwijs over zorgtechnologie. *Onderwijs & Gezondheidszorg*, 41, 17-21.
- Huber, M., & Jung, H. (2015). Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid. *Bijblijven*, 31, 589-597. doi:10.1007/s12414-015-0072-7
- Hwang, J. I., & Park, H. A. (2011). Factors associated with nurses' informatics competency. *Comput Inform Nurs*, 29(4), 256-262. doi:10.1097/NCN.0b013e3181fc3d24
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Retrieved from Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative: (28 October 2019) <https://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipec-2016-core-competencies.pdf>

- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M. P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., . . . Lebel, P. (2015). The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med*, *90*(4), 437-441. doi:10.1097/acm.0000000000000603
- Karhula, T., Vuorinen, A. L., Raapysjarvi, K., Pakanen, M., Itkonen, P., Tepponen, M., . . . Saranummi, N. (2015). Telemonitoring and Mobile Phone-Based Health Coaching Among Finnish Diabetic and Heart Disease Patients: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, *17*(6), e153. doi:10.2196/jmir.4059
- Kim, K.-S., & Choi, J.-H. (2014). *A Study on Problem Solving Ability of Nursing Students*.
- Kingston, A., Comas-Herrera, A., & Jagger, C. (2018). Forecasting the care needs of the older population in England over the next 20 years: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) modelling study. *Lancet Public Health*, *3*(9), e447-e455. doi:10.1016/s2468-2667(18)30118-x
- Kirkpatrick, D. L. (1994). *Evaluating training programs* (3 ed.): Berrett-Koehler Publishers.
- Lampo, E., Carlassara, V., Degryse, B., Lauwers, H., Glorieux, F., Vermeulen, B., . . . Spruytte, N. (2016). *Slimme technologie als alternatief voor fysieke fixatie: eindrapport*. Retrieved from
- Lechasseur, K., Caux, C., Dolle, S., & Legault, A. (2018). Ethical competence: An integrative review. *Nurs Ethics*, *25*(6), 694-706. doi:10.1177/0969733016667773
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*, *5*, 69. doi:10.1186/1748-5908-5-69
- Liberating Structures Belgian User Group. (2019a). 1-2-4-iedereen. Retrieved from (5 November 2019) <https://nederlands.liberatingstructures.be/1-2-4-iedereen/>
- Liberating Structures Belgian User Group. (2019b). 25:10 crowdsourcing. Retrieved from (5 November 2019) <https://nederlands.liberatingstructures.be/2510-crowdsourcing/>
- Liberating Structures Belgian User Group. (2019c). Conversatiecafé. Retrieved from (5 November 2019) <https://nederlands.liberatingstructures.be/conversatiecafe/>
- Liberating Structures Belgian User Group. (2019d). Liberating structures. Retrieved from (5 November 2019) <https://nederlands.liberatingstructures.be/>
- Liberating Structures Belgian User Group. (2019e). Ruimte maken met TRIZ. Retrieved from (5 November 2019) <https://nederlands.liberatingstructures.be/triz/>
- List, B. A., Saxon, R., Lehman, D., Frank, C., & Toole, K. P. (2019). Improving Telehealth Knowledge in Nurse Practitioner Training for Rural and Underserved Populations. *J Nurs Educ*, *58*(1), 57-60. doi:10.3928/01484834-20190103-10
- Lumpkin, G. T., & Dess, G. G. (1996). Clarifying the Entrepreneurial Orientation Construct and Linking It to Performance. *The Academy of Management Review*, *21*(1), 135-172. doi:10.2307/258632
- Maheu, M. M., Drude, K. P., Hertlein, K. M., & Hilty, D. M. (2018). A Framework of Interprofessional Telebehavioral Health Competencies: Implementation and Challenges Moving Forward. *Acad Psychiatry*, *42*(6), 825-833. doi:10.1007/s40596-018-0988-1
- Major, D., Turner, J., & Fletcher, T. (2006). Linking Proactive Personality and the Big Five to Motivation to Learn and Development Activity. *The Journal of applied psychology*, *91*, 927-935. doi:10.1037/0021-9010.91.4.927
- McInnes, S., Peters, K., Bonney, A., & Halcomb, E. (2015). An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs*, *71*(9), 1973-1985. doi:10.1111/jan.12647
- Messmann, M. A. (2012). *Innovative workbehavior: Investigating the nature and facilitation of vocational teachers contributions to innovation development*. Dissertatie, Universität Regensburg, Retrieved from (20 October 2019) https://epub.uni-regensburg.de/26492/4/Messmann_2012.pdf
- Mestdagh, Timmermans, O., Colin, P. J., & Van Rompaey, B. (2018). A cross-sectional pilot study of student's proactive behavior in midwifery education: Validation of a developed questionnaire. *Nurse Educ Today*, *62*, 22-29. doi:10.1016/j.nedt.2017.12.006

- Mestdagh, Timmermans, O., Fontein-Kuipers, Y., & Van Rompaey, B. (2019). Proactive behaviour in midwifery practice: A qualitative overview based on midwives' perspectives. *Sex Reprod Healthc*, 20, 87-92. doi:10.1016/j.srhc.2019.04.002
- Mestdagh, Timmermans, O., & Van Rompaey, B. (2018). A Cross-Sectional Study of Midwives' Proactive Behavior in Midwifery Practice. *Nursing research*, 4, 1-7. doi:10.26420/annnursrespract.1031.2019
- Mestdagh, Van Rompaey, B., Beeckman, K., Bogaerts, A., & Timmermans, O. (2016). A concept analysis of proactive behaviour in midwifery. *J Adv Nurs*, 72(6), 1236-1250. doi:10.1111/jan.12952
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*, 65(9 Suppl), S63-67. doi:10.1097/00001888-199009000-00045
- Murphy, J., Stramer, K., Clamp, S., Grubb, P., Gosland, J., & Davis, S. (2004). Health informatics education for clinicians and managers--what's holding up progress? *Int J Med Inform*, 73(2), 205-213. doi:10.1016/j.ijmedinf.2003.12.003
- Nictiz, & Nivel. (2017). *Kies bewust voor eHealth*. Retrieved from Den Haag en Utrecht: (17 October 2019) https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2018/03/1_eHealth-monitor-2017.pdf
- Nivel. (2014). *Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt?* (978-94-6122-248-0). Retrieved from (20 January 2020) https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Zelfmanagement_wat_betekent_het_vo_or_het_patiënt.pdf
- Nivel. (2015). *Competenties in een veranderende gezondheidszorg* (978-94-6122-317-3). Retrieved from (20 January 2020) <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-competenties-in-veranderende-zorg.pdf?>
- Nivel. (2016). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2015: cijfers en trends* (978-94-6122-364-7). Retrieved from (20 January 2020) <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/aantrekkelijkheid-werken-zorg-2015.pdf>
- NVKVV. (2018). *Zorg Onderzocht 2018: Tips bij de start van je carrière en resultaten van onderzoek door (studenten) verpleegkunde*. Retrieved from (17 October 2019) <https://www.nvkvv.be/file?file=1188561&ssn=>
- O'Connor, S., Hubner, U., Shaw, T., Blake, R., & Ball, M. (2017). Time for TIGER to ROAR! Technology Informatics Guiding Education Reform. *Nurse Educ Today*, 58, 78-81. doi:10.1016/j.nedt.2017.07.014
- Olthuis, G., Prins, C., Smits, M. J., van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of concern: a qualitative study of emergency care from the perspective of patients. *Ann Emerg Med*, 63(3), 311-319.e312. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.08.018
- Papadopoulos, I., Koulouglioti, C., & Ali, S. (2018). Views of nurses and other health and social care workers on the use of assistive humanoid and animal-like robots in health and social care: a scoping review. *Contemp Nurse*, 54(4-5), 425-442. doi:10.1080/10376178.2018.1519374
- Parker, & Collins, C. G. (2008). Taking Stock: Integrating and Differentiating Multiple Proactive Behaviors. *Journal of Management*, 36(3), 633-662. doi:10.1177/0149206308321554
- Parker, Williams, H. M., & Turner, N. (2006). Modeling the antecedents of proactive behavior at work. *J Appl Psychol*, 91(3), 636-652. doi:10.1037/0021-9010.91.3.636
- Perry, G. M., Greenwood, D. A., Kim, K. K., Perez, S. L., Staggers, N., & DeVon, H. A. (2012). Exploration of the e-patient phenomenon in nursing informatics. *Nursing Outlook*, 60(4), e9-e16. doi:<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.11.005>
- Pfaff, K., Baxter, P., Jack, S., & Ploeg, J. (2014). An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *J Adv Nurs*, 70(1), 4-20. doi:10.1111/jan.12195
- Powell-Cope, G., Nelson, A. L., & Patterson, E. S. (2008). Advances in Patient Safety
- Patient Care Technology and Safety. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2002). *Inzicht in e-health*. Retrieved from (18 October 2019) <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2002/04/25/e-health-in-zicht>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care: Optimizing patients/clients, organizational, and system outcomes*. Retrieved from Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario: (28 October 2019) <https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/DevelopingAndSustainingBPG.pdf>
- Rijksoverheid. (2018). Langer thuis wonen voor ouderen: wat doet de overheid? Retrieved from (20 January 2020) <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/langer-zelfstandig-wonen>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations* (5 ed.): Simon & Schuster.
- Schmitt, A., Den Hartog, D., & Belschak, F. (2016). Transformational leadership and proactive work behaviour: A moderated mediation model including work engagement and job strain. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89. doi:10.1111/joop.12143
- Sharma, U., & Clarke, M. (2014). Nurses' and community support workers' experience of telehealth: a longitudinal case study. *BMC Health Serv Res*, 14, 164. doi:10.1186/1472-6963-14-164
- Simões, Â., & Sapeta, P. (2019). Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, 27, 244-252.
- Stichting Reisgids Digitaal Leermateriaal. (2019). Binnencirkel- buitencirkel. Retrieved from (5 November 2019) <https://www.reisgidsdigitaallemateriaal.org/werkvormen/binnencirkel-buitencirkel/>
- Sunderji, N., Crawford, A., & Jovanovic, M. (2015). Telepsychiatry in graduate medical education: a narrative review. *Acad Psychiatry*, 39(1), 55-62. doi:10.1007/s40596-014-0176-x
- Sunnybrook. (2019). *Interprofessional Collaboration Framework & Strategy: Working and Learning Together for the Best Possible Care*. Retrieved from (28 October 2019) <https://sunnybrook.ca/uploads/1/welcome/strategy/170630-icp-framework.pdf>
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y., & Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *J Public Health (Oxf)*, 37(4), 716-727. doi:10.1093/pubmed/fdu102
- Technology Informatics Guiding Education Reform. (2009a). *Collaborating to Integrate Evidence and Informatics into Nursing Practice and Education: An Executive Summary*. Retrieved from (17 October 2019) <https://www.himss.org/professionaldevelopment/tiger-initiative>
- Technology Informatics Guiding Education Reform. (2009b). *TIGER Informatics Competencies Collaborative (TICC): Final Report*. Retrieved from (17 October 2019) https://tigercompetencies.pbworks.com/f/TICC_Final.pdf
- Theurer, C. P., Tumasjan, A., & Welp, I. M. (2018). Contextual work design and employee innovative work behavior: When does autonomy matter? *PLoS One*, 13(10), e0204089. doi:10.1371/journal.pone.0204089
- Timmermans, O., De Klerk, Jolink, N., & Boitte, P. (2016). EDUCATION OF "GOOD CARE": LESSONS LEARNED FROM THE DIGNITY IN CARE PROJECT. *J Int Bioethique Ethique Sci*, 27(1-2), 113-126, 231-112.
- Timmermans, O., Van Linge, R., Van Petegem, P., Van Rompaey, B., & Denekens, J. (2012). Team learning and innovation in nursing, a review of the literature. *Nurse Educ Today*, 32(1), 65-70. doi:10.1016/j.nedt.2011.07.006
- Tronto. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*: Taylor & Francis Ltd.
- Tronto, J. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*: New York University Press.
- Tsakitzidis, G., Anthierens, S., Timmermans, O., Truijen, S., Meulemans, H., & Van Royen, P. (2017). Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care! *Prim Health Care Res Dev*, 18(6), 591-602. doi:10.1017/s146342361700024x
- Tsakitzidis, G., & Van Royen, P. (2018). *Leren interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg* (4 ed.): Van In.
- Unsworth, K. L., & Parker, S. K. (2003). *Proactivity and innovation: promoting a new workforce for the new workplace*. Chichester: Wiley.

- van Houwelingen, Moerman, A. H., Ettema, R. G., Kort, H. S., & Ten Cate, O. (2016). Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study. *Nurse Educ Today*, 39, 50-62. doi:10.1016/j.nedt.2015.12.025
- Van Houwelingen, Vroegindeweyj, D., van der Meulen, L., & Glashouwer, P. (2017). *Zorgtechnologie in het hoger onderwijs: een didactisch kader*. Retrieved from (16 October 2019) https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai%3Ahbokennisbank.nl%3Asharekit_hu%3Aoi%3AAsurfsharekit.nl%3A179ec534-ee74-4e6f-97d5-69fc1518c59c
- Van Oostrom, S. H., Gijsen, R., Stirbu, J., Korevaar, J. C., Schellevis, F. G., Picavet, H. S. J., & Hoeymans, N. (2017). Toename in chronische ziekten en multimorbiditeit: veroudering van de bevolking verklaart maar een deel van de toename. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161(34), D1429. Retrieved from <http://postprint.nivel.nl/PPpp6654.pdf>
- Vanlaere, L., & Gastmans, C. (2008). To be is to care. Een literatuurstudie van het concept zorg en de implicaties voor verpleegkundige zorg. *18*(2), 203-221. Retrieved from <http://www.ethische-perspectieven.be/viewpic.php?LAN=N&TABLE=EP&ID=1096>
- Vanlaere, L., & Gastmans, C. (2011). To be is to care: A philosophical-ethical analysis of care with a view from nursing. *Care, compassion and recognition: an ethical discussion*, 15-31.
- Vanlaere, L., Lemiengre, J., De Wachter, L., & Van Ooteghem, L. (2015). *Ethisch leiderschap in de zorg: verkenning vanuit de zorgethiek*. Antwerpen -Apeldoorn: Garant.
- VDAB. (2019). Knelpuntberoepelijst. Retrieved from (20 January 2020) <https://www.vdab.be/trends/vacatureanalyse.shtml>
- Verbiest, M. (2014). Jaarboek voor de Intensievezorgenverpleegkundige 2014. *Effectieve informatieoverdracht tussen gezondheidsmedewerkers*. Retrieved from (10 December 2019) <http://www.vvizvmail.be/Repository/Bijcholingsmodule/MichaelVerbiest-eficienteinformatieoverdracht.pdf>
- Vlaamse Overheid. (2019). Thuiszorg en opvang voor ouderen. Retrieved from (20 January 2020) <https://www.vlaanderen.be/thuiszorg-en-opvang-voor-ouderen>
- Vlaamse Regering 2019-2024. (2019). Vlaamse regering 2019-2024: Regeerakkoord. Retrieved from <https://www.vlaanderen.be/publicaties/regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2019-2024>
- Vo, T. S. (2017). *Empowering leiderschap en innovatief gedrag: Een onderzoek naar invloeden van empowering leiderschap en innovatief gedrag van pscyschisch empowerde medewerkers*. (Master). RSM Erasmus Universiteit, Retrieved from (22 October 2019)
- Walsh, C. L., Gordon, M. F., Marshall, M., Wilson, F., & Hunt, T. (2005). Interprofessional capability: A developing framework for interprofessional education. *Nurse Educ Pract*, 5(4), 230-237. doi:10.1016/j.nepr.2004.12.004
- Wood, V., Flavell, A., Vanstolk, D., Bainbridge, L., & Nasmith, L. (2009). The road to collaboration: developing an interprofessional competency framework. *J Interprof Care*, 23(6), 621-629. doi:10.3109/13561820903051477
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Retrieved from (20 January 2020) https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- World Health Organization. (2015). *Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities*. Retrieved from (16 October 2019) https://www.who.int/health-technology-assessment/MD_HTA_oct2015_final_web2.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2016a). *Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region 2016-2025*. Retrieved from (20 January 2020) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2016b). *Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable*. Retrieved from (16 October 2019) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1>

- Yang, L., Cui, D., Zhu, X., Zhao, Q., Xiao, N., & Shen, X. (2014). Perspectives from nurse managers on informatics competencies. *ScientificWorldJournal*, 2014, 391714. doi:10.1155/2014/391714
- Yusif, S., Soar, J., & Hafeez-Baig, A. (2016). Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review. *Int J Med Inform*, 94, 112-116. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004
- Zhu, H., Djurjagina, K., & Leker, J. (2014). Innovative behaviour types and their influence on individual crowdsourcing performances. *International Journal of Innovation Management*, 18, 18. doi:10.1142/S1363919614400155