

Vitaal blijven en meedoen voor mensen  
met dementie en hun mantelzorgers;  
**de VitaDem aanpak**

**Handleiding**

Kenniscentrum Zorginnovatie, juni 2018



Kenniscentrum  
Zorginnovatie



## Colofon

Auteurs: Hanny Groenewoud, Netta van 't Leven, Hajar Senhaji, Carola Döpp, Jacomine de Lange


Uitgave: Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam, 2018

Deze uitgave is tot stand gekomen met subsidie van het ZonMw-programma Memorabel

**TNO** innovation  
for life

 **ZonMw**

 **VitaDem**

 **Lelie zorggroep**

 **De Zellingen**

**Deltaplan  
Dementie**



 **alzheimer  
nederland**  
rotterdam e.o.

**Kenniscentrum  
Zorginnovatie**

 **HOGESCHOOL  
ROTTERDAM**

## Inhoudsopgave

De VitaDem-aanpak	4
De zes stappen van VitaDem	5
Algemene Competenties	12
<b>Stap 1 Behoefteninventarisatie</b>	<b>6</b>
do's en don'ts	13
competenties	14
<b>Stap 2 Prioriteit en Doelbepaling</b>	<b>7</b>
do's en don'ts	15
competenties	16
<b>Stap 3 Case conference</b>	<b>8</b>
do's en don'ts	17
competenties	18
<b>Stap 4 Adviesgesprek</b>	<b>9</b>
do's en don'ts	19
competenties	20
<b>Stap 5 Start van de interventies</b>	<b>10</b>
do's en don'ts	21
competenties	22
<b>Stap 6 Evaluatie</b>	<b>11</b>
do's en don'ts	23
competenties	24

## De VitaDem-aanpak

Van 2014 tot 2017 is het project “VitaDem – Vitaal blijven en meedoen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers” uitgevoerd door het Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam samen met ouderenzorgorganisaties De Zellingen en Lelie zorggroep en Alzheimer Nederland, afdeling Rotterdam e.o. In dit project is een nieuwe aanpak ontwikkeld en onderzocht, die gericht is op het behoud van zelfredzaamheid, functioneren en sociale inclusie van thuiswonende mensen met dementie en hun mantelzorgers.

De kenmerken van deze aanpak zijn:

- **integraal** (gericht op zowel functionele als sociale doelen);
- **multicomponent** (toepassing van verschillende strategieën en interventies);
- **behoeftegestuurd** (uitgaande van de behoeften, wensen, en mogelijkheden van de persoon met dementie en diens mantelzorger);
- **op maat** (aangepast aan de situatie van de persoon met dementie en/of diens mantelzorger).

Het doel van deze aanpak is dat mensen met dementie op een prettige manier zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De aanpak kan ingezet worden aan het begin van het begeleidingstraject door de casemanager.

Uit onderzoek naar de VitaDem-aanpak blijkt dat de meerwaarde voor mensen met dementie en mantelzorgers is dat zij hun behoeften beter onder woorden kunnen brengen, zich bewuster zijn van hun behoeften en beter weten wat er nog mogelijk is bij dementie. Voor professionals was de meerwaarde dat zij leerden denken in behoeften in plaats van in problemen, creatief leerden nadenken over mogelijkheden voor mensen met dementie en mantelzorgers die aansluiten bij hun behoeften en beter op de hoogte zijn van de expertise van andere disciplines.

Deze handleiding beschrijft de zes stappen waaruit de aanpak bestaat. Bij iedere stap horen werkbladen waarin de praktische uitvoering van de stap beschreven staat. Bij iedere stap kan ook doorgelinkt worden naar bevorderende en belemmerende factoren (do's en don'ts) die naar voren kwamen uit het onderzoek naar de nieuwe benadering en naar competenties om deze stap goed uit te kunnen voeren.

De handleiding is bedoeld voor dementieketens of multidisciplinaire teams in de eerste lijn die de dementiezorg samen willen aanpakken. Onderdelen van de aanpak, zoals bijvoorbeeld de behoefteninventarisatie of de case conference kunnen los toegepast worden.

Meer informatie: [www.hr.nl/VitaDem](http://www.hr.nl/VitaDem)

---

▶ Slotbeschouwing onderzoek VitaDem

▶ Methodologisch verantwoording onderzoek VitaDem

## De zes stappen van VitaDem



# 1

## Behoefteninventarisatie

### Wat is het?

Een inventarisatie van de behoeften en mogelijkheden van het cliëntpaar. Deze inventarisatie bestaat uit een (vraag-)gesprek met het cliëntpaar (de persoon met dementie en de mantelzorger) over behoeften op het gebied van **zelfredzaamheid**, **functiebehoud** (inclusief **vitaliteit**) en **sociale inclusie** (**sociale contacten**, **activiteiten** en de **woonomgeving**) door de casemanager.

### Wat is nieuw?

- Behoeften in kaart brengen in plaats van problemen
- Van de persoon met dementie én de mantelzorger én samen
- Combinatie van behoeften op het gebied van zorg, welzijn en participatie

### Werkwijze

- 1 Uitleg over het doel van het gesprek en het vervolg (werkblad 1).
- 2 Inventarisatie van de behoeften in een gesprek (werkblad 1).
- 3 Samenvatting van behoeften op kaarten schrijven (werkblad 2).
- 4 Verslag maken van de behoefteninventarisatie ten behoeve van de case conference (werkblad 3).

1 Werkblad 1

1 Werkblad 2

1 Werkblad 3

## 2

## Prioritering en doelbepaling

### Wat is het?

Het koppel hun wensen/behoefte gaat prioriteren en doelen opstelt waaraan zij gaan werken.

Vaak zet de behoefteninventarisatie het koppel zelf aan het denken over hun behoeften, en wat zij nodig denken te hebben om het vol te kunnen houden. Daarom is het goed om daar de volgende afspraak (enkele dagen tot een week later) op terug te komen, en dan te bepalen met het koppel wat hun doelen zijn.

### Wat is nieuw?

Nieuw is dat zowel het koppel als de professionals duidelijker kunnen toespitsen waaraan zij samen gaan werken. Dat geeft focus en helpt ook om te ervaren dat men nog verbetering kan bereiken, ook al gaat het over de hele linie misschien achteruit. Het koppel heeft niet de energie om overal aandacht aan te besteden, dus is prioriteren noodzakelijk. Door duidelijke doelen te stellen kan na een bepaalde tijd geëvalueerd kan worden in hoeverre het beoogde doel bereikt is.

### Werkwijze

- 1 Bespreken van het verslag van de behoefteanalyse aan de hand van de behoeftenkaartjes.
- 2 Prioriteren van behoeften/wensen met het cliëntpaar.
- 3 Formuleren van doelen (werkblad 4 en 5).

De doelen hoeven niet per se SMART<sup>1</sup> te zijn, maar liefst wel zo concreet mogelijk. Verdere aanscherping van de doelen kan plaatsvinden als gekozen is voor een specifieke interventie. Het koppel beslist zélf aan welke doelen wordt gewerkt.

- 4 Afronden van het gesprek.

2 Werkblad 4

2 Werkblad 5

<sup>1</sup> SMART staat voor: Specifiek – Meetbaar – Acceptabel – Realistisch – Tijdgebonden.

## 3

## Case conference

### Wat is het?

De case conference is een bijeenkomst met verschillende professionals die samen gaan brainstormen over mogelijk gepaste interventies aan de hand van het verslag van de behoefteninventarisatie.

Doel van de case conference is door creatief na te denken met mensen met een verschillende achtergrond te komen tot een interventie-advies dat aansluit op de doelen van het koppel. De volgende personen kunnen hierbij aanwezig zijn:

- Leden van het team betrokken bij de betreffende case (minimaal één casemanager, één ergotherapeut en één fysiotherapeut).
- Andere zorgprofessionals die actief betrokken zijn bij de zorg rond het koppel of waarvan betrokkenheid wordt verwacht (zoals psycholoog, huisarts, welzijnswerker, thuiszorgmedewerker, specialist ouderengeneeskunde).
- Cliëntvertegenwoordiger (Alzheimer Nederland), onderzoekers, bouwkundige, docenten, studenten die kennis hebben/een opleiding volgen van waaruit relevante input geleverd kan worden. Per case wordt bekeken wie aanwezig kan/wil zijn bij de case conference.

### Wat is nieuw?

Nieuw aan deze benadering is dat de casemanager niet alleen hoeft te bedenken wat er nodig is en alleen in complexe gevallen andere disciplines raadpleegt, maar dat vanaf het begin professionals met verschillende achtergronden meekijken en suggesties voor een aanpak doen.

### Werkwijze

- 1 Voorbereiding door de casemanager.
- 2 Organisatie van de bijeenkomst (werkblad 6).
- 3 Uitvoeren van de agenda (werkblad 7).
- 4 Formuleren van de adviezen aan het koppel (werkblad 8).
- 5 Evaluatie.

---

3 Werkblad 6

3 Werkblad 7

3 Werkblad 8



**Wat is het?**

In het adviesgesprek wordt het interventieadvies uit de case conference door de casemanager voorgelegd aan het koppel. Het cliëntpaar kan vragen stellen en de voor- en nadelen van de beoogde interventie worden besproken volgens de principes van gemeenschappelijke besluitvorming (zie artikel [Beslissen als samenspel](#), Groen-van de Ven e.a., 2017). Vervolgens kiest het cliëntpaar voor de uiteindelijke interventie.

**Wat is nieuw?**

Nieuw is dat het koppel verschillende suggesties voorgelegd krijgt met een bespreking van de voor- en nadelen en dat zij op basis daarvan zelf een keuze kunnen maken.

**Werkwijze**

- 1 Per doel uitleg van het advies en de beoogde interventies (eventuele folder meegeven).
- 2 Bespreken van de voor- en nadelen en de haalbaarheid en ingaan op vragen van het koppel.
- 3 Al dan niet instemmen met het (eventueel aangepaste) advies.
- 4 Noodzakelijke dingen doen om de interventie in gang te zetten of, wanneer het koppel niet instemt, bepalen wat er dan moet gebeuren.
- 5 Het kernteam (en eventueel de huisarts) inlichten over de uitkomst van het gesprek.



### Wat is het?

In het adviesgesprek kiest het koppel met welke interventies het wil gaan beginnen. De interventie kan zijn gericht op de persoon met dementie en/of op de mantelzorgers en/of op samen. In grote lijnen zijn de volgende interventies te onderscheiden:

- Interventies gericht op verhogen van de zelfredzaamheid van de persoon met dementie met betrekking tot ADL, BDL of plezierige activiteiten binnenshuis, o.a. Edomah (Ergotherapie voor mensen met dementie en mantelzorgers aan huis), eventueel met behulp van technologie
- Interventies gericht op verhogen van vitaliteit en functiebehoud van de mantelzorgers, o.a. FTO (Functionele training voor oudere mantelzorgers), respijtzorg, plezierige activiteiten voor de mantelzorgers
- Inzet van het sociaal netwerk voor gezelligheid, emotionele steun of praktische hulp, eventueel met behulp van technologie
- Aanpassingen in de woonomgeving (huis, buurt), inclusief technologie
- Interventies gericht op participatie (in de buurt of wijk). Hiervoor kan als aanvullend onderzoek, ook gebruik gemaakt worden van 'shadowing'.

### Wat is nieuw?

Nieuw zijn vooral de inzet van FTO, de inzet van het sociaal netwerk en interventies gericht op participatie. Nieuw is ook het kijken naar mogelijkheden voor de inzet van technologie.

### Werkwijze

- 1 De casemanagers coördineert de verschillende interventies die worden uitgevoerd door informele en formele zorgverleners.
- 2 De casemanager kan ook een interventie zelf uitvoeren, zoals coaching van de mantelzorgers om meer tijd voor zichzelf te claimen of minder bezorgd te zijn, en **ondersteunen bij inschakelen van het sociaal netwerk**, een familieberaad organiseren of het zoeken van een vrijwilliger.
- 3 De ergotherapeut voert de interventie uit volgens **Edomah**.
- 4 De fysiotherapeut voert de interventie uit volgens het **FTO-protocol**.
- 5 De casemanager kan ook andere professionals inschakelen, zoals de huisarts, een geriater, een Wmo-consulent, het welzijnswerk of een student of vrijwilliger die kan helpen met het werken met technologische hulpmiddelen.
- 6 De professionals moeten bij stagnatie van de interventie door verandering van de situatie de leden van het kernteam tussentijds raadplegen.

5

**Tool: protocol Shadowing**

5

**Tool Inzet sociaal netwerk**

5

**Tool Dementievriendelijke omgeving**

5

**Tool: Boekje 'Een goed leven met dementie?!'**

### Wat is het?

De casemanager of de professional die de interventie heeft uitgevoerd kijkt samen met het koppel in hoeverre de doelen bereikt zijn en wat volgens het koppel en de professionals de meerwaarde van de interventie was. Vervolgens wordt gekeken welke stappen verder nodig zijn en of er weer nieuwe doelen opgesteld moeten worden.

Bij Edomah en FTO kan de ergotherapeut, respectievelijk de fysiotherapeut, ook een procesevaluatie invullen om te zien of de interventie volgens protocol is verlopen en zo nee, waarom niet.

### Wat is nieuw?

Evaluatie of doelen bereikt zijn is geen standaard werkwijze bij alle professionals.

### Werkwijze

- 1 Kondig het evaluatiegesprek aan bij het koppel en vertel welke punten aan de orde zullen komen.
- 2 Kijk per doel in hoeverre het doel bereikt is en waarom wel of niet.
- 3 Ga na hoe het koppel de interventie heeft ervaren en wat Tips en Tops zijn.
- 4 Vraag het koppel wat voor hen de meerwaarde van de interventie was.
- 5 Bespreek de evaluatie met het kernteam en formuleer leerpunten.

## Algemene Competenties

Nodig voor de uitvoering van VitaDem

### *Attitude:*

- geloof in mogelijkheden van mensen met dementie en mantelzorgers
- denken in behoeften in plaats van in problemen
- open staan voor wensen en behoeften van mensen met dementie en mantelzorgers die niet (direct) het eigen vakgebied betreffen
- creatief willen nadenken over oplossingen
- nieuwe dingen willen uitproberen
- respect voor andere disciplines, andere organisaties en andere opvattingen
- bereidheid tot samenwerken en van elkaar leren

### *Kennis:*

- op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van dementie
- op de hoogte zijn van de dilemma's van mantelzorgers
- op de hoogte zijn van manieren om het sociaal netwerk in kaart te brengen en in te zetten
- principes van vraagverlegenheid en handelingsverlegenheid kennen
- op de hoogte zijn van effectieve psychosociale en activerende interventies voor mensen met dementie en mantelzorgers
- op de hoogte zijn van mogelijkheden voor mensen met dementie en mantelzorgers in de regio
- op de hoogte zijn technologische innovaties voor mensen met dementie en mantelzorgers

## 1

## Behoefteninventarisatie

### Do's en Don'ts



#### Do's

Vraag niet alleen naar de wens of behoefte, maar ook naar:

- Wat is het Belang hiervan voor u?
- Wat Betekent dit voor u?
- Wat is de Belemmering om deze behoefte te vervullen (cognitief, lichamelijk, mentaal, sociaal of in de omgeving) (de 3 B's).

Dit geeft inzicht in de onderliggende behoeften en mogelijke oplossingen. Bepaal van tevoren of de mantelzorgert aanwezig zal zijn bij het gesprek met de persoon met dementie en andersom. Wees je bewust dat de mantelzorgert vaak niet vrijuit kan praten wanneer de persoon met dementie erbij is.



#### Don'ts

- Draag nog geen oplossingen aan!
- Zeg niet meteen dat iets niet kan, ook al lijkt het op het eerste gezicht onmogelijk! (bijvoorbeeld als iemand weer wil autorijden).
- Ga niet direct mee met de redenen die het koppel aangeeft waarom iets niet kan. (bijvoorbeeld: de kinderen wonen ver weg of hebben het te druk).

### Competenties

- kunnen communiceren met mensen met dementie
- kunnen samenwerken met mantelzorgers
- belasting van mantelzorgers kunnen inschatten
- getraind zijn in behoefteninventarisatie bij mensen met dementie en mantelzorgers
- behoeften goed kunnen doorgronden zonder ze zelf in te vullen
- goed luisteren en doorvragen

## Do's en Don'ts

### Do's



- Beslis vooraf of er redenen zijn om het gesprek niet met zijn drieën te doen. Cognitieve problemen zijn géén reden om van een driegesprek af te zien. Een goede reden is bijvoorbeeld ernstige achterdocht die het gesprek in ernstige mate zal belemmeren.
- Het uitgangspunt van VitaDem is dat de doelen van het koppel centraal staan. De casemanager begeleidt (als procesbegeleider).
- Zorg ervoor dat zowel de persoon met dementie als de mantelzorgers hun inbreng hebben in het gesprek.
- Let tijdens het gesprek op het non-verbale gedrag van het koppel. Komt dit overeen met hun verhaal? Zo nee, dan kan hierop worden ingespeeld.
- Formuleer op basis van de behoeften zo concreet mogelijke doelen.

### Don'ts



- Draag in dit stadium NOG GEEN OPLOSSINGEN aan voor de genoemde aandachtsgebieden.
- Geef het koppel niet het idee dat de gestelde doelen/wensen zeker behaald gaan worden.
- Stuur NIET op de inhoud van de doelen: vertaal niet een vroegere hobby in een huidige wens als de persoon met dementie of mantelzorgers dat niet uitdrukkelijk zelf aangeeft.

## Competenties

Competenties Doelbepaling:

- getraind zijn in het opstellen van concrete, haalbare doelen met mensen met dementie en mantelzorgers
- kunnen hanteren van een controverse tussen waar de persoon met dementie en de mantelzorger zelf behoefte aan hebben en waaraan de professional denkt dat zij behoefte hebben



## Do's en Don'ts

### Do's



- Zorg dat iedereen op de hoogte is van elkaars functie en expertise; laat bijvoorbeeld elke keer iemand een presentatie houden over zijn of haar werk met mensen met dementie.
- Herhaal dit telkens als er wisselingen zijn in professionals
- Zorg in het begin voor een strenge voorzitter. Zo kan iedereen wennen aan de werkwijze en loopt de bijeenkomst niet uit.
- Zorg voor een veilige sfeer, waar niemand zich aangevallen voelt en iedereen zich gewaardeerd voelt om de eigen inbreng.
- Pas eventueel technieken toe om creatief denken te versterken [link naar cursus Creatief denken bij dementie op [www.hr.nl/dementieonderwijs](http://www.hr.nl/dementieonderwijs)]
- Waak ervoor dat er in dit stadium niet alleen voor bekende interventies gekozen wordt, maar dat ook nieuwe dingen uitgetoetst worden. Het gaat erom dat gedacht wordt aan allerlei mogelijke oplossingen, 'out of the box', oplossingen die niet direct voor de hand liggen. Uiteindelijk kiest het koppel.
- Als de professionals problemen signaleren die het koppel niet benoemt, ga dan met elkaar na of dit aangepakt moet worden en hoe. Bijvoorbeeld in het geval dat de mantelzorg de persoon met dementie weinig ruimte geeft of er een vermoeden is van psychiatrische problematiek bij de mantelzorg.

### Don'ts



- Adviezen geven die niet aansluiten op de doelen van het koppel.
- Suggesties kiezen die niet aansluiten bij de expertise van de professional zonder dat er mogelijkheid is voor training.
- Niet op voorhand mogelijke oplossingen afwijzen omdat ze niet haalbaar lijken, bijvoorbeeld wanneer het koppel zegt: de kinderen wonen ver weg of hebben het te druk.

## Competenties

Competenties Case conference:

- zonder schroom een casus kunnen en willen inbrengen in een multidisciplinair overleg
- een case conference kunnen voorbereiden en leiden
- in een overleg duidelijk kunnen maken wat de eigen discipline kan betekenen en anderen van de waarde van jouw idee overtuigen
- eigen grenzen kennen
- preventief en op langere termijn kunnen denken, dus hoe kan een koppel het zo lang mogelijk volhouden, wanneer er nog geen problemen zijn
- creatief kunnen denken of technieken voor creatief denken kunnen hanteren
- cursus creatief denken in de dementiezorg ([link](#))

## Do's en Don'ts



### Do's

- Zorg ervoor dat het koppel de ruimte heeft om te reageren op het advies en geef aan dat het prima is als ze iets liever niet willen of als ze er nog over na willen denken.
- Maak duidelijke en concrete afspraken met het koppel over wat er na het gesprek gaat gebeuren en stuur hen ook het verslag.
- Licht de andere leden van het kernteam in, ook als het koppel niet ingaat op de adviezen



### Don'ts

- Het koppel onder druk zetten om een keuze te maken.
- Teleurgesteld zijn als het koppel niets wil, soms gaan zij na verloop van tijd toch zelf met de suggesties aan de slag.
- Te veel tijd laten zitten tussen de behoefteinventarisatie en het adviesgesprek. Het koppel weet dan niet meer waarover het gaat of heeft inmiddels andere urgente doelen of wensen.

## Competenties

Competenties Adviesgesprek:

- principes van gemeenschappelijke besluitvorming kunnen toepassen
- motiverende gespreksvoering kunnen toepassen
- als iemand niet wil, 'initiation' programma ontwerpen: koppel 'klaar' maken voor de interventie; tijd gunnen en afspraken maken over hoe nu verder of nagaan of wel de juiste behoeften zijn geïdentificeerd
- kunnen omgaan met zorgmijdende mensen met dementie en mantelzorgers
- het belang van nadenken over de toekomst kunnen overbrengen

## Do's en Don'ts



### Do's

- Houd de lijnen tussen de professionals kort, bijvoorbeeld met de ergotherapeut en fysiotherapeut; vooral Edomah wordt vaak ingezet omdat de ergotherapeuten nauwkeuriger kunnen observeren wat de mogelijkheden van mensen met dementie zijn.
- Zorg dat iedereen op de hoogte is van de inhoud van de interventies. Geef zo nodig bijscholing.
- Zorg dat de professional tijd beschikbaar heeft voor het uitvoeren van de interventie, bijvoorbeeld: de ergotherapeut heeft meer tijd dan de casemanager voor observatie en training.



### Don'ts

- Weinig samenwerking/contact na start van de interventie binnen het kernteam.
- Opnieuw met behoefteninventarisatie starten.
- Niet duidelijk zijn over de kosten: ergotherapie vraagt om aanspreken van eigen bijdrage als die nog niet verbruikt is.
- Onvoldoende tijd beschikbaar: Casemanager ziet koppel standaard ongeveer eens in de drie maanden. Dit lijkt te weinig om een interventie, bijvoorbeeld de inzet van het sociaal netwerk, goed in te voeren.

## Competenties

Competenties bij uitvoeren interventies:

- overzicht van de sociale kaart hebben en persoonlijke contacten
- goede match tussen een vrijwilliger en koppel kunnen maken
- vrijwilligers kunnen begeleiden
- mantelzorgers kunnen coachen in de omgang met een familielid met dementie
- mensen met dementie nieuwe dingen kunnen leren via de methode lerend vermogen van mensen met dementie [doorklikken cursus Lerend vermogen [www.hr.nl/dementieonderwijs](http://www.hr.nl/dementieonderwijs)]
- familiegesprek kunnen leiden
- als ergotherapeut de methode Edomah kunnen toepassen
- als fysiotherapeut de Functionele Training Ouderen kunnen toepassen en een beweegprogramma voor thuiswonende mensen met dementie kunnen opstellen
- kunnen samenwerken: goede verslaglegging, open zijn over eigen interventies, hulp vragen indien nodig, overleg indien gewenst, tijdig terugkoppelen van handelen en resultaten
- snel en effectief kunnen communiceren met andere disciplines
- wanneer structurele veranderingen gewenst zijn in de organisatie of regio deze kunnen aankaarten
- hiaten in zorg- en welzijnsaanbod kunnen aankaarten in een breder verband met andere partijen
- hiaten in wet- en regelgeving kunnen aankaarten bij gemeente en zorgverzekeraar

## Do's en Don'ts

**Do's**

Geniet van de positieve dingen die uit de evaluatie komen en deel die met managers en collega's. Zie de verbeterpunten uit de evaluatie als leerpunt voor jezelf en je collega's.

**Don'ts**

De evaluatie overslaan omdat je geen tijd hebt, denkt dat het niets oplevert of denkt dat interventie mislukt is.

## Competenties

Competenties Evaluatie:

- eigen handelen kunnen evalueren met de persoon met dementie en de mantelzorger en met andere disciplines
- op de hoogte zijn van de principes van Goal Attainment Scaling
- op basis van de evaluatie leerpunten kunnen formuleren voor jezelf, je team en je organisatie
- goede en slechte resultaten kunnen delen met collega's wanneer er nog geen problemen zijn