

Samenwerking en kennisdeling tussen de V&V en de ggz bij bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis

Inzicht in bevorderende en belemmerende
factoren



Samenwerking en kennisdeling tussen de V&V en de ggz bij bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis

Inzicht in bevorderende en belemmerende factoren

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, subsidienummer 329429

Projecttitel

Onderzoek naar kennisinfrastructuur over sectoren heen - Zorg voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking én chronische psychiatrische problematiek die in een woonvoorziening verblijven

Projectleiding

H. van der Roest

Projectuitvoering

M. Kroezen, E. van Belzen, A. Overbeek, H. van der Roest

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF2011**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2022, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Samenvatting | 5 |
| 1 Inleiding | 7 |
| 1.1 Achtergrond | 7 |
| 1.2 Doel- en onderzoeksvragen | 8 |
| 1.3 Leeswijzer | 8 |
| 2 Methode | 9 |
| 2.1 Onderzoeksopzet | 9 |
| 2.2 Semi-gestructureerde interviews | 9 |
| 2.3 Focusgroep | 11 |
| 2.4 Actie-onderzoeken | 12 |
| 3 Zorg voor de doelgroep | 17 |
| 3.1 Zorg aan de doelgroep | 17 |
| 3.2 Personeelssamenstelling | 18 |
| 3.3 Interne samenwerking | 21 |
| 4 Kennis en kennisdeling | 23 |
| 4.1 Beeld van huidige kennis en kennisdeling | 23 |
| 4.2 Bevorderende en belemmerende factoren bij kennisdeling | 25 |
| 5 Samenwerking tussen de sectoren V&V en ggz | 27 |
| 5.1 Beeld van huidige samenwerking tussen V&V en ggz | 27 |
| 5.2 Bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking | 28 |
| 6 Resultaten actie-onderzoek | 31 |
| 6.1 Personeelsuitwisseling tussen V&V-instelling Atlant en ggz-instelling Pro Persona | 31 |
| 6.2 Introductie van systemisch werken op de GP-afdelingen van Aafje | 36 |
| 7 Conclusie | 43 |
| 8 Discussie | 46 |
| 9 Dankwoord | 50 |
| Bijlagen | 51 |

Deze rapportage bevat de uitkomsten van het derde deel van het onderzoek naar een optimale kennisdeling en samenwerking in de zorg aan bewoners met chronische psychiatrische problematiek in verpleeghuizen (gerontopsychiatrie). Het Trimbos- instituut voert dit onderzoek uit, in samenwerking met de betrokken partijen in het veld. Het eerste deel van het onderzoek betrof een nadere beschrijving en afbakening van de doelgroep, terwijl het tweede deel bestond uit een landelijk vragenlijstonderzoek naar de omvang, woon- en zorgsituatie van de doelgroep en de deskundigheid, kennis en samenwerking tussen instellingen voor verpleging en verzorging (V&V) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). In dit derde deel van het onderzoek is aan de hand van 27 semigestructureerde interviews met (zorg)professionals uit de V&V en ggz, een focusgroep en twee actie-onderzoeken inzicht verkregen in bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de V&V en ggz sectoren. Daarnaast zijn vernieuwende sectoroverstijgende initiatieven in kaart gebracht. De uitkomsten zijn ter nadere duiding voorgelegd aan de klankbordgroep betrokken bij dit onderzoek.

De GP doelgroep binnen V&V instellingen

Ondanks het bestaan van een doelgroep-definitie, blijkt de doelgroep GP binnen V&V instellingen niet eenduidig te definiëren. Op GP-afdelingen wonen bewoners die al lange tijd psychiatrische cliënten waren en die 'gewoon' ouder worden, maar er zijn ook bewoners die ergens in de loop van het ouder worden een psychiatrisch beeld hebben ontwikkeld, in combinatie met somatische klachten.¹ Daarnaast blijken bewoners met GP problematiek in sommige gevallen een afdeling te delen met andere bewoners, wat kan leiden tot problemen rond bijvoorbeeld de benaderingswijze. Er bestaat wel een eenduidig beeld wat betreft de complexiteit van de GP doelgroep; deze neemt over de breedte toe.

Personeelssamenstelling

Wat betreft de personeelssamenstelling op GP-afdelingen, zijn de V&V en ggz het erover eens dat er idealiter sprake zou zijn van een mix van personeel met somatische expertise en personeel met psychiatrische expertise. Op dit moment is de personeelssamenstelling op veel GP-afdelingen echter niet in balans en lijkt er met name behoefte te zijn aan aanvullende psychiatrische expertise. Bovendien is er sprake van grote personeelstekorten en hebben een aantal professionals een (te) laag aantal uren beschikbaar voor de GP-doelgroep, waaronder (GZ-)psychologen en paramedici. Dit terwijl (GZ-)psychologen, mits aanwezig, vaak een belangrijke faciliterende rol in de samenwerking spelen binnen V&V instellingen.

1 Bewoners die in de loop van het ouder worden een psychiatrisch beeld ontwikkelen vallen niet onder de formele definitie van gerontopsychiatrie zoals die in dit onderzoek wordt gehanteerd.

Kennisbehoeften

In het veld leeft een breed gedeelde visie dat er op dit moment een tekort aan kennis en kunde is binnen veel GP-afdelingen over de doelgroep GP. Dit geldt voor het verplegend en verzorgend personeel, als ook voor behandelaren. Bij het zorgpersoneel ontbreekt over het algemeen de basiskennis omtrent psychiatrie en psychiatrische ziektebeelden. Er is een grote behoefte bij zorgmedewerkers en behandelaren om meer kennis te vergaren over de GP doelgroep, onder andere door te leren van de kennis en kunde die op andere plekken in de eigen regio of het land aanwezig is rond de GP doelgroep, maar die op dit moment nog niet wordt gevonden. Daarnaast is er behoefte aan het volgen van (bij)scholingen en trainingen, hoewel GP-scholingsaanbod amper aanwezig lijkt en/of niet wordt gevonden. Voor het zorgpersoneel lijkt meer proactieve aandacht voor (geronto)psychiatrie vooral gewenst in de vorm van intervisie, klinische lessen (door eigen collega's) en training on the job. Op die manier kan een directe koppeling met de eigen zorgpraktijk worden gemaakt en kan kennis direct praktisch toepasbaar worden gemaakt.

Samentussen tussen de V&V en ggz

Samenwerking tussen de V&V en ggz omtrent de GP-doelgroep wordt op dit moment, wanneer deze plaatsvindt, op vergelijkbare wijze vormgegeven tussen instellingen. Zo is in praktisch alle gevallen van samenwerking een psychiater vanuit de ggz betrokken en vindt er vaak structureel overleg plaats tussen de betrokken professionals vanuit de ggz en de V&V-instelling, hoewel de frequentie hiervan varieert. Vanuit V&V instellingen wordt de hulp van ggz professionals daarnaast vaak incidenteel ingeroepen op momenten dat men er zelf niet meer uitkomt.

De huidige samenwerkingen worden door zowel de V&V als de ggz als nuttig en waardevol ervaren, maar vanuit beide sectoren wordt ook benadrukt dat het beter zou zijn wanneer er meer tijd beschikbaar zou zijn en ggz professionals vaker en langer langs zouden kunnen gaan in V&V instellingen. Er leeft een sterke behoefte binnen de V&V om de samenwerking met de ggz verder te verbeteren, onder andere door deze structureler te borgen. Een ander belangrijk verbeterpunt is de betrokkenheid van zorgpersoneel en, in sommige gevallen, (GZ-)psychologen vanuit V&V instellingen bij de samenwerking. Deze kan binnen veel van de huidige samenwerkingen nog geïntensifieerd worden.

1 Inleiding



1.1 Achtergrond

Om een goede kwaliteit van zorg te bieden en kwaliteit van leven te kunnen faciliteren voor bewoners met complexe zorgbehoeften in woonvoorzieningen in de langdurige zorg, is optimale kennisdeling en samenwerking tussen de verschillende sectoren in de zorg een vereiste. Twee van deze doelgroepen zijn bewoners van verpleeghuizen met chronische psychiatrische aandoeningen en een stapeling van voornamelijk ouderdomsproblematiek, ook wel gerontopsychiatrie genoemd, en bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek. Voor deze doelgroepen gaan de kennisdeling en samenwerking tussen zorgsectoren in de praktijk van alledag niet vanzelf. Het formuleren van concrete aanbevelingen voor een optimale kennisdeling en samenwerking in de ondersteuning en zorg aan de beide doelgroepen, is de centrale doelstelling van het project *'Onderzoek naar kennisinfrastructuur over sectoren heen - Zorg voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking én chronische psychiatrische problematiek die in een woonvoorziening verblijven'*. Het Trimbos-instituut voert dit onderzoek uit, in samenwerking met de betrokken partijen in het veld.

De eerste twee pijlers van het onderzoek, bestaande uit een beschrijving van de doelgroepen en het in kaart brengen van de omvang, zorgsituatie en expertise rondom beide doelgroepen, zijn inmiddels afgerond.

Beschrijving doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis

Mensen die tot de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis behoren, hebben chronische psychiatrische problematiek, die reeds aanwezig was vóór opname in het verpleeghuis en al dan niet formeel is vastgesteld volgens de DSM classificatie. Deze bewoners hebben vaak beperkt ziekte-inzicht met betrekking tot hun psychiatrische problematiek en er is sprake van verlies van zelfregie.

Kenmerkend voor mensen die tot de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis behoren, is dat er sprake is van een stapeling van problemen. Dat wil zeggen dat naast de psychiatrische problematiek op nog minimaal twee, maar meestal meer, andere domeinen problemen zijn: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, (i)ADL en/of sociale betrokkenheid.

De bijkomende gedragsproblemen zijn met name onderscheidend ten opzichte van andere verpleeghuisbewoners. Deze gedragsproblemen komen niet voort uit neurocognitieve aandoeningen, maar uit de psychiatrische problematiek. Er kan bij bewoners die tot de doelgroep gerontopsychiatrie behoren sprake zijn van neurocognitieve stoornissen, er moet echter wel sprake zijn van voorliggende psychiatrische problematiek.

De behoefte aan ondersteuning bij (i)ADL en problemen met lichamelijke gezondheid, bovenop de psychiatrische- en gedragsproblemen, maakt dat verblijf in een verpleeghuis de best passende setting is voor deze mensen

Deze rapportage gaat over de doelgroep bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in instellingen voor verpleging en verzorging met Wlz-indicatie². Het bevat de resultaten van de derde en vierde pijler van het onderzoek, waarin inzichten worden opgedaan over de bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de sectoren verpleging en verzorging (V&V) en geestelijke gezondheidszorg (ggz) en waarin vernieuwende sectoroverstijgende initiatieven in kaart gebracht worden.

1.2 Doel- en onderzoeksvragen

Doel van dit onderzoek was inzicht te verkrijgen in de bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de sectoren V&V en ggz rondom de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in V&V instellingen. Daarbij werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe is de zorg voor de doelgroep gerontopsychiatrie (GP) binnen V&V instellingen georganiseerd, hoe zien de personeelssamenstelling en interne samenwerking eruit, en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierbij?
2. Wat zijn kennislacunes ten aanzien van de doelgroep GP, welke vormen van kennisuitbreiding worden ingezet, en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in kennisdeling?
3. In welke mate en op welke manier vindt samenwerking plaats tussen organisaties in de V&V en de ggz in de zorg voor bewoners met GP problematiek in V&V instellingen, en wat zijn verbeterpunten en wensen ten aanzien van de samenwerking?

1.3 Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 volgt een uitzetting van de gehanteerde methodiek ter beantwoording van de drie onderzoeksvragen. In de Hoofdstukken 3 t/m 6 worden de resultaten van het onderzoek gerapporteerd. Hoofdstuk 3 geeft een thematische samenvatting van de resultaten rondom de zorg voor de doelgroep, terwijl Hoofdstuk 4 en 5 achtereenvolgens ingaan op kennis en kennisdeling en de samenwerking tussen de sectoren V&V en ggz. In Hoofdstuk 6 volgt een weergave van twee actie-onderzoeken waarin twee nieuwe initiatieven van samenwerking en/of kennisdeling tussen de sectoren V&V en ggz gevolgd werden. In Hoofdstuk 7 worden de resultaten uit de afzonderlijke hoofdstukken samengevat en wordt antwoord gegeven op de drie onderzoeksvragen. In Hoofdstuk 8 volgt een discussie van de bevindingen, waarna wordt afgesloten met een dankwoord.

2 Resultaten met betrekking tot de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek die verblijven in VG-instellingen (met Wlz-indicatie) zijn in een afzonderlijke rapportage opgenomen.

2.1 Onderzoeksoptzet

Dit onderzoeksonderdeel naar bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de V&V en ggz is uitgevoerd aan de hand van semi-gestructureerde interviews en een focusgroep met een breed scala aan professionals uit beide sectoren, en door middel van actie-onderzoek rondom twee nieuwe initiatieven waarbij samengewerkt- en kennis gedeeld wordt tussen de twee sectoren.

2.2 Semi-gestructureerde interviews

2.2.1 Werving en deelnemers

Om deelnemers te werven, werden allereerst drie V&V instellingen geselecteerd die reeds in enige mate samenwerkten met een ggz organisatie. Het streven was om in te zoomen op:

- Eén V&V instelling met afdeling(en) die specifieke zorg voor ouderen met gerontopsychiatrische problematiek biedt aan een aanzienlijke bewonersgroep (> 60 bewoners);
- Eén V&V instelling met afdeling(en) die specifieke zorg voor ouderen met gerontopsychiatrische problematiek biedt binnen een kleine afdeling of woongroep;
- Eén V&V instelling waar bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op afdelingen wonen samen met bewoners die deze problematiek niet hebben.

De managers van de drie geselecteerde V&V instellingen/afdelingen werden gecontacteerd en ontvingen informatie over het onderzoek. Deelnemende instellingen is de mogelijkheid geboden anoniem deel te nemen. Wanneer managers aangaven deel te willen nemen, selecteerden zij op verzoek van de onderzoekers een aantal (zorg)professionals met verschillende functies. Deze (zorg)professionals werden vervolgens door de onderzoekers uitgenodigd om deel te nemen aan de interviews. Daarnaast werd via de manager contact gezocht met de ggz organisatie waarmee de instelling samenwerkte. Ook hier werden na instemming met deelname een aantal (zorg)professionals die betrokken zijn bij de samenwerking uitgenodigd tot deelname aan een interview. Omdat er vanuit ggz-instellingen vaak maar enkele (zorg)professionals betrokken zijn bij de samenwerking, werden relatief meer (zorg)professionals vanuit de V&V uitgenodigd. Voorafgaand aan het interview ontvingen alle deelnemers een informatiebrief met daarin onder meer informatie over het onderzoek en het feit dat deelname vrijwillig en anoniem is. Alle deelnemers tekenden voorafgaand aan het interview een (digitale) toestemmingsverklaring. In totaal zijn 27 semi-gestructureerde interviews afgenomen. Tabel 2.1 biedt een overzicht van alle deelnemers aan de interviews.

Tabel 2.1 Overzicht deelnemers aan interviews

| Professie | V&V instelling | ggz instelling |
|---------------------------------------|----------------|----------------|
| Verzorgende IG | 4 | |
| Fysiotherapeut | 3 | |
| Verpleegkundige | 2 | |
| Kwaliteitsverpleegkundige | 2 | |
| GZ-psycholoog | 2 | |
| Specialist ouderengeneeskunde | 2 | |
| Teamleider | 2 | |
| Directeur V&V | 1 | |
| Zorgassistent | 1 | |
| Activiteitenbegeleider | 1 | |
| Gastvrouw | 1 | |
| Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige | 1 | 1 |
| Manager bedrijfsvoering | | 1 |
| Psychiater | | 2 |
| Verpleegkundig specialist | | 1 |
| Totaal | 22 | 5 |

2.2.2 Uitvoering interviews

De interviews zijn gehouden tussen maart en juni 2021. De interviews gingen in op de, vanuit beide perspectieven ervaren, bevorderende en belemmerende factoren bij de samenwerking tussen de V&V en de ggz, de kennisdeling tussen beide sectoren, kennislacunes bij de zorg en ondersteuning van bewoners met gerontopsychiatrische problematiek en opleidingsmogelijkheden. Ook werd in de interviews ingegaan op (wensen voor) de zorg aan de doelgroep en mogelijke oplossingsrichtingen en verbeterpunten bij de samenwerking tussen de V&V en de ggz. Interviews werden gehouden aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (zie Bijlage 1). Gedurende de periode van onderzoek was het als gevolg van de getroffen maatregelen tegen de COVID-19 pandemie niet mogelijk alle interviews face-to-face te houden. Om die reden zijn 21 van de 27 interviews afgenomen via Microsoft Teams. Zes interviews konden op locatie bij een V&V instelling worden afgenomen, met inachtneming van de maatregelen. De interviews duurden gemiddeld tussen de 45 en 60 minuten. Van elk interview werd met toestemming van de geïnterviewde een audio-opname gemaakt. Audio-opnames werden letterlijk getranscribeerd.

2.2.3 Data-analyse

De transcripten van de interviews werden kwalitatief geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse. Hiertoe werden alle transcripten ingelezen in MAXQDA 2020, een software programma voor kwalitatieve analyses. Analyse was voornamelijk deductief, gebaseerd op de onderzoeksvragen. Inductief werden aanvullende thema's gecodeerd. Drie onderzoekers codeerden de eerste drie interviews onafhankelijk van elkaar. De codes uit deze interviews zijn besproken om te zorgen voor consensus over de codes en om verwarring over definities te verhelderen. Nadat er voldoende overeenstemming was bereikt over de codes en thema's, werden de resterende transcripten verdeeld tussen de onderzoekers en enkelvoudig gecodeerd. Uit de data kwam een vijftal thema's naar voren; zorg aan de doelgroep, personeelssamenstelling, interne

samenwerking, kennis, kennisdeling en kennisuitbreiding en samenwerking tussen de V&V en ggz. De resultaten worden verhalend gerapporteerd per thema en geïllustreerd middels interviewcitaten. Resultaten worden zodanig gepresenteerd dat herleiding tot deelnemende instellingen niet mogelijk is.

2.3 Focusgroep

In een digitale focusgroep zijn een tweetal thema's die uit de interviews naar voren kwamen verder onderzocht, te weten: kennisuitwisseling en kennisuitbreiding, en gewenste personeels-samenstelling (skill-mix).

2.3.1 Werving en deelnemers

Deelnemers werden geworven onder deelnemers aan de interviews, waarbij getracht is mensen vanuit verschillende V&V instellingen en verschillende ggz instellingen samen te brengen. Aan de focusgroep namen in totaal vier mensen deel; vanuit de V&V een specialist ouderengeneeskunde en een algemeen verpleegkundige en vanuit de ggz een verpleegkundig specialist (VS) ggz en een psychiater.

2.3.2 Uitvoering focusgroep

De focusgroep vond op 6 september 2021 online plaats via Microsoft Teams, in verband met de coronapandemie, en duurde anderhalf uur. Alle deelnemers waren vooraf over het doel van de focusgroep geïnformeerd en gaven mondeling toestemming voor het digitaal vastleggen en gebruiken van de verzamelde informatie voor het onderzoek. Als dank voor hun deelname, ontvingen de deelnemers een VVV-bon ter waarde van €50. De onderwerpen van de focusgroep bouwden voort op de initiële resultaten van de semi-gestructureerde interviews en luiden als volgt:

- Kennisuitwisseling tussen V&V en ggz
 - Onderwerpen
 - Vorm uitwisseling
 - Duur en frequentie uitwisseling
- Scholing
 - Door wie
 - Beschikbaarheid
 - Randvoorwaarden

Daarnaast werd aan de hand van twee fictieve casussen gesproken over de gewenste personeelssamenstelling op een GP-afdeling (ofwel, de juiste skill-mix). De volledige topiclijst van de focusgroep is opgenomen in Bijlage 2.

2.3.3 Data-analyse

Van de focusgroep werd een opname gemaakt die na afloop door een onderzoeker is samengevat. De samenvatting werd vervolgens thematisch geanalyseerd, waarbij zowel een deductieve benadering (op basis van de onderzoeksvragen) als inductieve benadering werd gehanteerd.

2.4 Actie-onderzoeken

Actieonderzoek vormt een benadering van onderzoek. Het belangrijkste doel van actieonderzoek is om actie en kennis op een geïntegreerde manier na te streven via een cyclisch en interactief proces. Al handelend probeert de onderzoeker samen met de betrokkenen te onderzoeken of een geplande verandering het gewenste effect oplevert. De nadruk in actieonderzoek ligt dan ook op het onderzoeken 'met', in plaats van op het onderzoeken 'van'. Veranderen, leren en kennisontwikkeling gaan daarbij hand in hand.

2.4.1 Werving en deelnemers

In het kader van dit project zijn twee nieuwe initiatieven gevolgd waarbij samengewerkt wordt en/of kennis gedeeld wordt tussen de sectoren V&V en ggz. Voor de werving van de twee initiatieven werd gebruik gemaakt van eerdere projectresultaten en het eigen professionele netwerk van de onderzoekers. De actie-onderzoeken zijn uitgevoerd bij:

1. De wederzijdse personeelsuitwisseling tussen V&V-instelling Atlant en ggz-instelling Pro Persona;
2. De introductie van systemisch werken, bekend vanuit de ggz, op de GP-afdelingen van V&V-instelling Aafje.

2.4.2 Uitvoering actie-onderzoek

Beide actie-onderzoeken werden uitgevoerd aan de hand van het ROTOR model, dat bestaat uit vijf fases:

1. Retrospectie – tijdens deze fase wordt middels een probleemanalyse de aanleiding voor het vernieuwende initiatief vastgesteld.
2. Ontwerpen – tijdens deze fase worden de doelen van de initiatieven vastgesteld en worden de initiatieven in de praktijk beschreven. Tevens worden (tussen)doelen geoperationaliseerd en meetmomenten vastgesteld.
3. Toepassen – tijdens deze fase worden de initiatieven uitgevoerd in de praktijk en wordt door de onderzoekers op de vastgestelde meetmomenten de benodigde data verzameld.
4. Onderzoek – tijdens deze fase worden de data die zijn verzameld geanalyseerd en wordt bepaald in hoeverre de gestelde (tussen)doelen behaald zijn.
5. Reflectie – tijdens deze fase gaan de onderzoekers samen met de betrokkenen bij de initiatieven in gesprek om de uitkomsten van de onderzoekfase te bespreken. Samen wordt gereflecteerd op de voorlopige conclusies die getrokken kunnen worden en worden mogelijkheden voor aanpassingen en verdere verbetering opgesteld.

De cyclus van het ROTOR model kan meermaals doorlopen worden. Na het doorlopen van de cyclus wordt na zo'n 1,5 maand geëvalueerd in hoeverre de doorgevoerde aanpassingen en verbeteringen naar aanleiding van de reflectie-ronde het gewenste effect hebben gehad. De vorm van de evaluatie wordt daarbij mede bepaald door de aanpassingen en verbeteringen die uit de reflectieronde naar voren zijn gekomen. Gezien de duur van dit project, bleek het echter niet mogelijk de evaluatie onderdeel te laten zijn van het hier gepresenteerde actie-onderzoek.

Vanwege de aard van de initiatieven die in de twee actie-onderzoeken gevolgd werden, verschilde de precieze invulling van de vijf fases. Deze worden daarom apart besproken:

De personeelsuitwisseling tussen V&V-instelling Atlant en ggz-instelling Pro Persona

Doel

Het doel van dit actieonderzoek was tweeledig, namelijk:

1. Inzicht te krijgen in hoe de wederzijdse uitwisseling van medewerkers (minimaal niveau 4 geschoolde V&V medewerkers) tussen Atlant en Pro Persona kan leiden tot meer kennisuitwisseling tussen de V&V en de ggz; en
2. De wederzijdse uitwisseling van medewerkers tussen Atlant en Pro Persona door te ontwikkelen.

De volgende onderzoeksvragen werden opgesteld:

1. Wat was de aanleiding om de wederzijdse uitwisseling van medewerkers te starten (ofwel voor welk probleem wil dit initiatief een oplossing bieden)?
 - a. Wie waren de initiatiefnemers?
2. Wat zijn de doelen van de wederzijdse uitwisseling?
 - a. Wat zijn eventuele hoofd- en tussendoelen?
 - b. Wat zijn eventuele leerdoelen, veranderdoelen en kennisdoelen?
3. Waaruit bestaat de wederzijdse uitwisseling van medewerkers?
 - a. Welke onderdelen kunnen onderscheiden worden?
 - b. Betrokken actoren?
4. In welke mate zijn de onderdelen van de wederzijdse uitwisseling naar tevredenheid geïmplementeerd?
 - a. Faciliterende factoren?
 - b. Beperkende factoren? Oplossingen?
5. In hoeverre heeft de wederzijdse uitwisseling (volledig) plaatsgevonden zoals gepland/bedoeld?
6. In welke mate zijn de doelen van de wederzijdse uitwisseling bereikt?
 - a. Welke onderdelen van de wederzijdse uitwisseling hebben hier in meerdere of mindere mate aan bijgedragen?
 - b. Hebben externe factoren de wederzijdse uitwisseling beïnvloedt?

1. Retrospectie

Tijdens deze fases zijn de volgende methoden toegepast:

- Documentanalyse van relevante beleidsstukken/notities/plannen van de organisaties
- Semigestructureerd interview met initiatiefnemer
- Werkoverleg Trimbos, Atlant en Pro Persona

Zie Bijlage 3 voor de topiclijst die gebruikt is tijdens het semigestructureerde interview gedurende deze fase.

2. Ontwerp

Tijdens deze fases zijn de volgende methoden toegepast:

- Vier semigestructureerde interviews (tot dusver) met medewerkers die aan de uitwisseling deelnemen (voorafgaand aan de uitwisseling)
- Werkoverleg Trimbos, Atlant en Pro Persona

Zie Bijlage 4 voor de topiclijst die gebruikt is tijdens de semigestructureerde interviews gedurende deze fase.

3. Toepassen

Tijdens deze fase zijn de volgende methoden toegepast:

- Drie observaties (tot dusver) van de uitwisseling van medewerkers tussen Atlant en Pro Persona.
- Drie semigestructureerde interviews (tot dusver) met medewerkers die aan de uitwisseling deelnamen (na afloop van de uitwisseling)

Zie Bijlage 5 voor de observatieschema's en Bijlage 6 voor de topiclijst die gebruikt zijn tijdens de semigestructureerde interviews gedurende deze fase.

4. Onderzoeken

De verzamelde documenten, transcripten van de interviews en observatieverslagen werden kwalitatief geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse. Hiertoe werden alle data ingelezen in MAXQDA 2020. Analyse was voornamelijk deductief, gebaseerd op de onderzoeksvragen. Inductief werden aanvullende thema's gecodeerd. Een eerste codering op een deel van de data werd door één onderzoeker uitgevoerd en gecheckt door een tweede onderzoeker. Nadat er voldoende overeenstemming was bereikt over de codes en thema's, werden de resterende te coderen documenten en transcripten verdeeld tussen de onderzoekers. Uit de data kwam een zestal hoofdthema's naar voren; aanleiding uitwisseling, doelen uitwisseling, periode pre-uitwisseling, omschrijving uitwisseling, periode post-uitwisseling, effecten en randvoorwaarden. De resultaten worden in dit rapport verhalend gerapporteerd per thema en geïllustreerd met interviewcitaten.

5. Reflecteren

De voorlopige onderzoeksresultaten werden in een digitale reflectiebijeenkomst besproken met betrokkenen bij de personeelsuitwisseling vanuit Atlant (HBO-verpleegkundige en Manager wonen zorg en welzijn) en Pro Persona (Senior Zorgmanager). Onder leiding van een onderzoeker van het Trimbos-instituut werden de voorlopige resultaten gezamenlijk besproken en werd hierop gereflecteerd, waarbij onder andere besproken werd in hoeverre de resultaten herkenbaar zijn, welke (voorlopige) conclusies getrokken kunnen worden, welke mogelijkheden voor verbetering de deelnemers zien en hoe resultaten geborgd kunnen worden in beide instellingen. De uitkomsten van deze reflectie-bijeenkomst zijn door de onderzoekers van het Trimbos-instituut samengevat.

De introductie van systemisch werken op de GP-afdelingen van V&V-instelling Aafje

Doel

Het doel van dit actieonderzoek was tweeledig, namelijk:

1. Inzicht te krijgen in hoe systemisch werken, een innovatie vanuit de ggz, binnen de GP-afdelingen van Smeetsland en De Twee Bruggen door behandelaars en zorgmedewerkers wordt geïmplementeerd en toegepast; en
2. Het systemisch werken binnen de GP-afdelingen van Smeetsland en De Twee Bruggen te evalueren en door te ontwikkelen.

De volgende onderzoeksvragen werden opgesteld:

1. Wat was de aanleiding om systemisch werken binnen Smeetsland en De Twee Bruggen te introduceren (ofwel voor welk probleem wil dit initiatief een oplossing bieden)?
 - a. Wie waren de initiatiefnemers?
2. Wat zijn de doelen van systemisch werken?
 - a. Wat zijn eventuele hoofd- en tussendoelen?
 - b. Wat zijn eventuele leerdoelen, veranderdoelen en kennisdoelen?
3. Waaruit bestaat systemisch werken binnen Smeetsland en De Twee Bruggen?
 - a. Welke onderdelen kunnen onderscheiden worden?
 - b. Betrokken actoren (waaronder samenwerking/kennisuitwisseling met de ggz)?
4. In welke mate zijn de onderdelen van systemisch werken naar tevredenheid geïmplementeerd en toegepast?
 - a. Wat zijn hierbij faciliterende factoren?
 - b. Wat zijn hierbij beperkende factoren En welke oplossingen zijn hiervoor?
5. In hoeverre heeft systemisch werken (volledig) plaatsgevonden zoals gepland/bedoeld?
6. In welke mate zijn de doelen van systemisch werken bereikt?
 - a. Welke onderdelen van het systemisch werken hebben hier in meerdere of mindere mate aan bijgedragen?
 - b. Hebben externe factoren het systemisch werken beïnvloed?

1. Retrospectie & 2. Ontwerp

De fases Retrospectie en Ontwerp zijn in de uitvoering gecombineerd. Tijdens deze fases zijn de volgende methoden toegepast:

- Documentanalyse van relevante beleidsstukken/notities/plannen – Deze werden door betrokkenen vanuit Aafje aan het Trimbos-instituut aangeleverd.
- Zes semigestructureerde interviews door onderzoekers van het Trimbos met initiatiefnemers en betrokkenen, meer specifiek:
 - Specialist ouderengeneeskunde
 - Klinisch psychologe en psychotherapeute (extern)
 - Manager Zorg en behandeling
 - Agogisch hulpverlener
 - Agoog (in opleiding tot systeemtherapeutisch werker)
 - Psycholoog (in opleiding tot systeemtherapeut)
- Werkoverleg onderzoekers en betrokkenen

Zie Bijlage 7 voor de topiclijst die gebruikt is tijdens de semigestructureerde interviews gedurende deze fases.

3. Toepassen

Tijdens deze fase zijn de volgende methoden toegepast:

- Twee observaties van specifieke toepassingen van systemisch werken door een onderzoeker van het Trimbos-instituut:
 - Observatie van training systemisch werken aan artsen.
 - Observatie van een hetero-anamnese.

- Zes semigestructureerde interviews met initiatiefnemers, behandelaars en zorgpersoneel, meer specifiek:
 - Teammanager
 - Psychiatrisch verpleegkundige
 - Agoog
 - Agoog en systeem therapeutisch werker
 - Psycholoog (in opleiding tot systeemtherapeut)
 - Contactpersoon van bewoner
- Werkoverleg onderzoekers en betrokkenen

Zie Bijlage 8 voor de observatieschema's en Bijlage 9 voor de topiclijst die gebruikt zijn tijdens de semigestructureerde interviews gedurende deze fase.

4. Onderzoeken

De verzamelde documenten, de observaties en interviews werden deductief thematisch geanalyseerd aan de hand van de vooraf opgestelde onderzoeksvragen.

5. Reflecteren

De voorlopige onderzoeksresultaten werden in een digitale reflectiebijeenkomst besproken met een afvaardiging van de GP-afdelingen van V&V-instelling Aafje, te weten een teammanager, specialist ouderengeneeskunde, agoog/systeemtherapeutisch werker en de manager Zorg en behandeling. Onder leiding van een onderzoeker van het Trimbos-instituut werden de voorlopige resultaten gezamenlijk besproken en werd hierop gereflecteerd, waarbij onder andere besproken werd in hoeverre de resultaten herkenbaar zijn, welke (voorlopige) conclusies getrokken kunnen worden, welke mogelijkheden voor verbetering de deelnemers zien en hoe resultaten geborgd kunnen worden in de organisatie. De uitkomsten van deze reflectie-bijeenkomst zijn door de onderzoekers van het Trimbos-instituut samengevat.

2.4.3 Data-analyse

De data-analyse voor beide actie-onderzoeken staat hierboven gedetailleerd omschreven onder fases 4 van het ROTOR model. De voorlopige resultaten die uit de analyses voortkwamen zijn met deelnemers aan de actie-onderzoeken besproken in een reflectie-bijeenkomst (fases 5 van het ROTOR model). De uitkomsten van deze bijeenkomsten hebben de onderzoekers verwerkt in de uiteindelijke onderliggende rapportage van de resultaten.

3 Zorg voor de doelgroep



Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de semi-gestructureerde interviews en de focusgroep. In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methoden en analyses beschreven.

De in dit hoofdstuk beschreven resultaten adresseren de volgende onderzoeksvraag:

1. Hoe is de zorg voor de doelgroep gerontopsychiatrie binnen V&V instellingen georganiseerd, hoe zien de personeelssamenstelling en interne samenwerking eruit, en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierbij?

3.1 Zorg aan de doelgroep

De doelgroep gerontopsychiatrie is op de afdelingen van de geïnterviewden niet makkelijk te definiëren. Er wonen bewoners die al lange tijd psychiatrische cliënten waren en die 'gewoon' ouder worden, maar er zijn ook bewoners die ergens in de loop van het ouder worden een psychiatrisch beeld hebben ontwikkeld, in combinatie met somatische klachten.³ Daarnaast zijn er psychiatrische cliënten die dementie ontwikkelen, waarbij de ggz in de loop der tijd meer op de achtergrond komt te staan.

Op sommige afdelingen delen bewoners met GP problematiek de afdeling met andere doelgroepen, bijvoorbeeld bewoners met psychogeriatrische problematiek.

In hun werk streven veel van de geïnterviewden ernaar persoonsgerichte zorg aan de doelgroep GP te bieden. Ook een gelijkwaardige benadering past hierbij, volgens een aantal geïnterviewden. De zorgprofessionals die wij spraken benadrukken dat de V&V instelling het *huis* vormt van bewoners waarin zij *wonen*. In die zin zouden bewoners bijvoorbeeld idealiter zelf moeten kunnen bepalen wanneer zij opstaan en willen douchen. Bij alle geïnterviewden klinkt een sterke verbondenheid met de doelgroep GP door in hun woorden. De bewoners worden 'bijzonder' genoemd en de geïnterviewden stellen meermaals dat zij 'zoveel meer verdienen', onder andere aan gespecialiseerde zorg en aandacht.

Het persoonsgericht werken komt ook sterk naar voren bij het thema dagbesteding. Zo benadrukken veel geïnterviewden het belang van een (nuttige) dagbesteding, afgestemd op de behoeften van de individuele bewoner. Als voorbeelden worden genoemd dat bewoners zelf kunnen kiezen om meer dagbesteding te volgen wanneer zij dat willen, en dat er dagbesteding op de afdeling wordt gefaciliteerd. Ook benoemen meerdere zorgprofessionals het belang van een passende dagbesteding voor jongere mensen in V&V instellingen. Over het algemeen zijn deze bewoners iets jonger en fitter en daarbij past het 'reguliere' dagbestedingsaanbod niet.

3 Bewoners die in de loop van het ouder worden een psychiatrisch beeld ontwikkelen vallen niet onder de formele definitie van gerontopsychiatrie zoals die in dit onderzoek wordt gehanteerd.

3.1.1 Bevorderende en belemmerende factoren in zorg aan de doelgroep

Met betrekking tot de samenstelling van de afdeling spelen er verschillende problemen. Zo vertellen enkele geïnterviewden dat er bij hen op de afdeling zowel bewoners met GP problematiek als bewoners met psychogeriatrische problematiek wonen. De *verschillende benaderingswijzen* die beide doelgroepen vragen, kunnen voor problemen zorgen, bijvoorbeeld wanneer bewoners bij elkaar zien dat zij verschillend benaderd worden door zorgverleners. Bovendien eist dit specifieke kennis van het zorgpersoneel en dit blijkt in de praktijk vaak niet aanwezig voor bewoners met GP problematiek.

Daarnaast neemt de *complexiteit* van bewoners over de breedte toe, aldus de geïnterviewden. Bewoners lijken steeds vaker aanvullende problemen op meerdere gebieden te hebben, bijvoorbeeld rond verslaving en gedragsproblematiek. Ook komen er meer mensen met een verstandelijke beperking (VB) bij. Een V&V instelling is niet altijd toegerust om op de juiste manier met deze complexe bewonersgroepen om te gaan en hen een optimaal leefklimaat te bieden.

Het streven naar persoonsgericht werken blijkt niet altijd haalbaar in de praktijk. De aansluiting bij individuele wensen van bewoners kan nog beter. Vaak is er *te weinig tijd* en zijn er *te weinig 'handen'* beschikbaar om individuele aandacht te kunnen geven die aansluit bij de persoonlijke behoeften van bewoners. Op dit moment zijn er bijvoorbeeld bewoners voor wie de 'reguliere' dagbesteding te druk is, zij vallen op dit moment buiten de boot omdat *gepast dagbestedingsaanbod ontbreekt*. Voor deze groep is te weinig aandacht, onder andere door het tekort aan 'handen' en materialen, aldus de geïnterviewden. Arbeidstherapeutische dagbesteding wordt voor deze groep als een goede optie genoemd, hoewel V&V instellingen hier op dit moment nog (bijna) niet op ingericht zijn. Daarnaast ontbreekt het bij een deel van de zorg ook nog aan *kennis en bewustzijn* omtrent persoonsgericht werken.

Tot slot wordt op een aantal specifieke onderwerpen het tekort aan financiering door de geïnterviewden benoemd, dat van invloed is op de zorg aan de doelgroep. Zo is het budget om gepaste dagbesteding te bieden of om V&V personeel met de benodigde specifieke expertise te werven, vaak onvoldoende.

3.2 Personeelssamenstelling

Idealiter zouden de geïnterviewden graag een mix van personeel op de GP-afdelingen zien, waarbij er naast voldoende somatische expertise ook voldoende psychiatrische expertise aanwezig is. Immers, wanneer er veel verzorgend personeel op een GP-afdeling is, raakt "het psychiatrische stuk" al snel onderbelicht, terwijl bij veel agogisch personeel "het somatische stuk" juist onderbelicht wordt, aldus veel van de geïnterviewden. Daarnaast werden ook expliciet het belang van activiteitenbegeleiders benoemd voor het welzijn van bewoners, als ook het belang van de fysiotherapeut om mensen in beweging te houden. Op dit moment is de personeelssamenstelling op veel van de GP-afdelingen niet in balans.

3.2.1 Bevorderende en belemmerende factoren in personeelssamenstelling

Bevorderende factoren voor de personeelssamenstelling op GP afdelingen kwamen weinig tot niet aan bod in de interviews. De geïnterviewden gingen vooral in op de factoren op basis waarvan personeel kiest om op een GP afdeling te werken en waarom zij daar blijven. De geïnterviewden geven aan dat er een specifieke groep zorgverleners is die bewust voor de gerontopsychiatrie kiest vanuit een *intrinsieke motivatie*, ze vinden het een interessante doelgroep – dat geldt voor veel van de geïnterviewden zelf ook. Zij geven aan dat ze met de doelgroep GP zijn gaan werken vanuit een *sterke affiniteit met- en/of eerdere ervaringen* met de doelgroep. Ook het *brede scala aan problematiek* waarmee zorgverleners bij de doelgroep geconfronteerd worden, is voor een deel van de geïnterviewden een aantrekkelijk aspect in hun werk. Hieraan gerelateerd worden ook de *afwisseling* en *onvoorspelbaarheid van het werk* vaak genoemd. ‘Geen dag is hetzelfde’ en elke dag biedt een nieuwe ‘uitdaging’ voor veel van de geïnterviewden. Dit hangt onder andere samen met de verschillende ziektebeelden, de ups en downs daarin, en de complexe uitdaging om bewoners zo goed mogelijk te begeleiden. Wat het werken met de doelgroep GP voor veel van de geïnterviewden waardevol maakt, is de *mogelijkheid om een band op te bouwen* met bewoners, door hen over een langere periode te leren kennen en vertrouwen en contact op te bouwen. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld bewoners met dementie, waarbij dit vaak niet mogelijk is. Dit maakt dat zorgverleners vaak heel bewust voor deze doelgroep kiezen. Zorgverleners die deze bewuste keuze maken blijven vaak ook lang op de GP-afdelingen werken en er wordt door de geïnterviewden dan ook meermaals op gewezen om bij de werving van personeel actief naar dit soort mensen op zoek te gaan.

Alle V&V instellingen die betrokken waren bij de interviews kampen echter met *personeelstekorten*, ook op de GP-afdelingen. Er is een (groot) tekort aan verpleegkundigen, van alle niveaus, maar ook aan hoger opgeleid personeel zoals gespecialiseerd psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, psychologen en (in mindere mate) verzorgenden. Hieraan gerelateerd is er sprake van een *groot verloop* op de afdelingen, waardoor men telkens “toch weer een beetje van vooraf aan” moet beginnen met het opbouwen van een team. Sommige afdelingen gaven aan veel energie te steken in zowel de werving als ook het behoud van personeel. Bij andere afdelingen leek men de moed al een beetje opgegeven te hebben:

*Dus in het begin deden we heel erg veel moeite om mensen binnen te halen
maar je raakte ze altijd weer kwijt, ze vonden het toch niet fijn.*
(Specialist Ouderengeneeskunde, V&V instelling)

De geïnterviewden geven aan dat, los van de algemene arbeidsmarktproblematiek, het extra moeilijk is om voor de doelgroep GP het juiste personeel te werven en behouden, met uitzondering van de kleine groep mensen die specifiek voor de doelgroep kiest. De *psychiatrie en de ouderenzorg zijn eigenlijk “twee gescheiden velden”*, waarbij beiden een ander personeelsbestand hebben opgebouwd:

*Voor de mensen uit het verpleeghuis zijn de cliënten te psychiatrisch,
maar voor mensen van buiten, dus van de psychiatrie die je binnenhaalt,
is het lichamelijke te zwaar.*
(Specialist Ouderengeneeskunde, V&V instelling)

Over het algemeen lijkt er op de GP-afdelingen voornamelijk behoefte te zijn aan *aanvullende psychiatrische expertise* in de vorm van bijvoorbeeld een psychiatrisch verpleegkundige of een psycholoog, hoewel geïnterviewden het lastig vinden in te schatten aan hoeveel FTE er behoefte is omdat hier *geen normen* voor bestaan. Idealiter zou er in ieder geval één SPV'er per dienst aanwezig moeten zijn, aldus de deelnemers aan de focusgroep. Hierbij wordt benadrukt dat het belangrijk is dat deze mensen met aanvullende psychiatrische expertise, eens ze binnen zijn ook echt hun psychiatrische taken kunnen uitvoeren en niet alsnog voornamelijk met de zorg bezig zijn.

Gezien het grote belang dat in de interviews gehecht werd aan het creëren en behouden van de juiste personeelssamenstelling op GP-afdelingen, is hier in de focusgroep extra aandacht aan besteed (zie Box 3.1).

Box 3.1 Gewenste personeelssamenstelling op GP-afdelingen

Wanneer deelnemers aan de focusgroep voor de keus gesteld werden tussen ofwel een GZ-psycholoog op de GP-afdeling ofwel een psychiatrisch verpleegkundige, bleek dit lastig. Uiteraard hangt dit af van de samenstelling van de afdeling en van de invulling van beide rollen. Idealiter zouden echter beiden aanwezig moeten zijn op een GP-afdeling, aldus de deelnemers. Een psycholoog zou zich dan kunnen richten op diagnostiek en bijvoorbeeld ondersteuning bij angstklachten, terwijl een psychiatrisch verpleegkundige zich meer kan richten op ondersteuning van het team. Een psychiatrisch verpleegkundige zou ook goed de ook contactpersoon kunnen zijn voor de ggz door vragen te verzamelen vanuit het zorgpersoneel en deze door te spelen.

Een tweede keuze die aan focusgroep deelnemers werd voorgelegd betrof die tussen het aanstellen van een specialist ouderengeneeskunde met aanvullende psychiatrische scholing of een psychiater met aanvullende somatische scholing. Hoewel beide keuzes natuurlijk niet ideaal zijn, ontstond hier een wisselend beeld. Vanuit de algemeen verpleegkundige werd de voorkeur gegeven aan optie twee, gezien het tekort aan kennis bij huisartsen omtrent psychiatrische medicatie. Dit kan tot problemen leiden wanneer zij toch medicatie aanpassen. De aanwezige psychiater zou juist voor de eerste optie kiezen, omdat psychiatrie makkelijker in huis te halen is middels een consultatiefunctie en crisisdienst. Bovendien zullen somatische noodgevallen om heftiger en sneller acteren vragen dan de psychiatrische noodgevallen.

Tot slot werd de deelnemers gevraagd om te kiezen tussen het aannemen van algemeen verpleegkundigen met aanvullende psychiatrische scholing of psychiatrisch verpleegkundigen met aanvullende somatische scholing. Hierin waren de deelnemers eensgezind en kozen zij voor psychiatrisch verpleegkundigen met aanvullende somatische scholing. Volgens de deelnemers is de aandacht voor psychiatrische gezondheid op een GP-afdeling cruciaal en hebben psychiatrisch verpleegkundigen hierin een belangrijke rol te vervullen.

Tegelijkertijd wordt hierbij opgemerkt dat er in een ideale wereld sprake zou zijn van een 50/50-verdeling. Op die manier kan er ook van elkaar geleerd worden. Maar voor de keus gesteld kiest men toch voor de psychiatrisch verpleegkundigen met aanvullende somatische scholing. Zij kunnen ook gesprekken voeren met bewoners, zorgplannen opstellen, et cetera. In de praktijk blijkt het echter zeer moeilijk psychiatrisch verpleegkundigen te vinden en te binden aan verpleeghuizen. Dit is binnen meerdere V&V instellingen geprobeerd, maar daarbij werden de SPV'ers in de praktijk vaak ingezet in de zorg (vanwege het algemene personeelstekort), waardoor zij te weinig toekwamen aan hun specifiek psychiatrische taken. Dit leidde er uiteindelijk vaak toe dat zij weer vertrokken. De vraag is hoe je hen wel zou kunnen binden aan de doelgroep GP in de langdurige zorg. De deelnemers aan de focusgroep benadrukken het belang van een duidelijke functieomschrijving en dat men zich daaraan houdt in de praktijk. De psychiatrisch verpleegkundige moet gebruik kunnen maken van de specifieke expertise die hij/zij heeft en moet niet teveel tijd kwijt zijn aan de lichamelijke verzorging van bewoners. Daarvoor moeten voldoende uren worden vrijgemaakt. Zoals een van de deelnemers opmerkt; van een psycholoog wordt ook niet verwacht dat die in de zorg bijspringt, dit zou voor de psychiatrisch verpleegkundigen ook moeten gelden.

3.3 Interne samenwerking

Over het algemeen zijn de geïnterviewden tevreden over hoe de interne samenwerking rondom de doelgroep GP verloopt. Alle geïnterviewden geven aan dat er zoveel mogelijk multidisciplinair wordt gewerkt en zien daar duidelijk de meerwaarde van in. Ten slotte werkt iedereen met dezelfde bewoners en is de problematiek waar men tegenaan loopt vaak ook vergelijkbaar:

Dan speelt het niet alleen bij mij, dan hebben we allemaal een probleem met deze bewoner, dus is er omgangsoverleg en dan merk ik in het laatste jaar, dat het wat sneller tot een MDO leidt, een multidisciplinair overleg, wat gepland wordt over deze casus.
(Fysiotherapeut, V&V instelling)

Regelmatig wordt benoemd dat het contact onderling 'laagdrempelig' is en dit wordt gewaardeerd. Daarnaast geven geïnterviewden aan dat er vaak contact is tussen de verschillende disciplines – tussen zorg, behandelaren en paramedische disciplines – en dat er ook met regelmaat multidisciplinaire overleggen of omgangsoverleggen gepland worden waarin op een meer gestructureerde manier over een onderwerp of bewoner wordt overlegd.

De (GZ-)psycholoog, mits aanwezig binnen een instelling, lijkt een belangrijke rol te vervullen in het contact tussen de verschillende disciplines. De psycholoog vormt vaak de 'spin in het web' tussen het zorgteam en het behandelteam en onderhoudt veel contacten met het hele multidisciplinaire team. De 'korte lijnen' naar psychologen (bijvoorbeeld wanneer mensen een vraag over een bewoner hebben) worden vaak benoemd in de verschillende interviews. Wel is duidelijk dat de psychologen het erg druk hebben en vaak te weinig uren hebben die ze specifiek in kunnen zetten voor de doelgroep GP. Hierbij speelt mee dat psychologen op een GP-afdeling eigenlijk

twee kerntaken te vervullen hebben; enerzijds het leveren van cliëntenzorg, maar anderzijds ook het ondersteunen en coachen van het zorgteam. Vaak is het aantal uren dat zij beschikbaar hebben niet op deze dubbele taak afgestemd, aldus de geïnterviewden.

3.3.1 Bevorderende en belemmerende factoren in interne samenwerking

Als positieve punten in de samenwerking worden het *'snel schakelen'* en de *'korte lijntjes'* met collega's genoemd. Daarnaast wordt in enkele interviews benadrukt hoe belangrijk het is dat iedereen die bij de zorg betrokken is, in *hetzelfde zorgdossier* rapporteert en daar toegang toe heeft. Dit vergemakkelijkt de samenwerking aanzienlijk.

Ook het belang van een *'goede' manager of teamleider* worden hierbij genoemd. Een manager kan bijvoorbeeld zorgen voor een verbetering in de personele bezetting op een afdeling, meer scholingsmogelijkheden of zelf het initiatief nemen tot het verbeteren van de dagbestedingsmogelijkheden voor de doelgroep GP. Dat wordt met name door de zorgteams sterk gewaardeerd en werkt inspirerend en verbetert de interne samenwerking.

Belemmerend in de interne samenwerking is het *lage aantal uren beschikbaarheid* voor de doelgroep GP dat een aantal zorgprofessionals heeft, bijvoorbeeld een aantal paramedische disciplines. Dit belemmert hen soms in hun werk. Zo hebben ze soms onvoldoende tijd om rapportages te lezen, gezien de hoeveelheid bewoners die zij behandelen, waardoor een compleet beeld van de bewoner ontbreekt. Om toch zoveel mogelijk op de hoogte te zijn mailen of bellen zij vaak even met de afdeling. Onder alle geïnterviewden leeft ook de wens dat er meer uren voor psychologen voor de doelgroep GP beschikbaar zouden zijn, dit mede gezien de belangrijke rol die (GZ-) psychologen op de GP-afdeling vervullen.

Daarnaast ontbreekt het soms aan een *goede overdracht*, bijvoorbeeld de dag- en avonddienst en/of tussen het zorg- en behandelteam, waardoor informatie verloren gaat tussen. Hieraan gerelateerd wordt genoemd dat het multidisciplinaire werken nog verder uitgebouwd zou kunnen worden. Hoewel de geïnterviewden over het algemeen aangaven hier al best tevreden over te zijn, zouden ze graag zien dat dit nog meer gebeurt. Zo wordt de samenwerking tussen het zorg- en behandelteam in een enkel geval als *'losse eilandjes'* ervaren. Meer *multidisciplinaire samenwerking* zou bijdragen aan duidelijkere verwachtingen over en weer, en dat bewoners meer vanuit *'één lijn'* en met *'één geluid'* benaderd worden:

Je hebt een gemeenschappelijk doel, je communiceert niet meer langs elkaar heen, of doet tegenstrijdige dingen, onbedoeld vaak.
(Activiteitenbegeleider, V&V instelling)

4 Kennis en kennisdeling



Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de semi-gestructureerde interviews en de focusgroep. In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methoden en analyses beschreven.

De resultaten beschreven in dit hoofdstuk adresseren de volgende onderzoeksvraag:

2. Wat zijn kennislacunes ten aanzien van de doelgroep gerontopsychiatrie, welke vormen van kennisuitbreiding worden ingezet, en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in kennisdeling?

4.1 Beeld van huidige kennis en kennisdeling

4.1.1 Lacunes in kennis ten aanzien van de doelgroep

Vanuit zowel de focusgroep als de geïnterviewden komt het beeld naar voren dat er op dit moment een tekort aan kennis en kunde is binnen de GP-afdelingen over de doelgroep GP. Dit geldt voor het verplegend en verzorgend personeel als ook voor behandelaren, hoewel hierin uiteraard individuele verschillen tussen zorgprofessionals bestaan. Bij het zorgpersoneel ontbreekt echter over het algemeen de basiskennis omtrent psychiatrie en psychiatrische ziektebeelden. Daarnaast wordt vaak benoemd dat er meer kennis over bejegening, verslavingsproblematiek, agressie en probleemgedrag zou moeten zijn. Op GP-afdelingen waar ook mensen met een verstandelijke beperking (VB) wonen, ontbreekt het vaak ook aan kennis omtrent de VB.

Een van de meest genoemde redenen voor het gebrek aan kennis en kunde omtrent GP is dat hier onvoldoende aandacht aan wordt besteed in de vooropleidingen. Daarnaast steekt een aantal mensen ook de hand in eigen boezem, door aan te geven dat ze de complexiteit van de doelgroep GP aanvankelijk onderschatten:

Maar dit was een geheel nieuw gebied. Wij dachten, we kunnen het wel. En op zich ging het ook vrij goed hoor, eerlijk is eerlijk. Maar ja, dan loop je toch tegen dingen aan omdat je ook een bepaalde kennis, een bepaalde ervaring gewoon mist.

(Verzorgende IG, V&V instelling)

Een klein deel van de geïnterviewden geeft aan dat het gebrek aan kennis en kunde geen belemmering vormt en dat men problemen voor het grootste gedeelte altijd zelf oplost, maar deze groep vormt een minderheid.

4.1.2 Het vergroten en delen van kennis en kunde

Het overgrote deel van de geïnterviewden is zich bewust van de kennis en kunde die zijzelf en hun collega's missen en heeft een actieve behoefte om meer kennis te vergaren, vooral wanneer men in de praktijk met een probleem geconfronteerd wordt. Juist op zulk soort momenten gaat men op zoek naar een oplossing. Een deel van de geïnterviewden gaat dan zelf op zoek naar informatie door zich in te lezen, bijvoorbeeld door op internet informatie over ziektebeelden of

medicatie op te zoeken. In de focusgroep werd echter aangegeven dat slechts een minderheid van het zorgpersoneel dit doet.

Meestal denken zorgverleners voor het opdoen van meer kennis aan het volgen van trainingen, cursussen of (bij)scholingen. Echter, gezien het gebrek aan GP-scholingsaanbod is zorg- en overig personeel vaak aangewezen op wat er vanuit de eigen instelling wordt aangeboden. Over het algemeen is men hier positief over. Meerdere geïnterviewden geven aan dat dit door hun werkgever goed geregeld is. Zo wordt er binnen meerdere instellingen de mogelijkheid geboden extern een cursus te volgen of wordt externe expertise ingehuurd om intern een training of cursus te verzorgen. Vaak gaat het dan om scholing op het gebied van algemene psychiatrie, agressie of verslaving. De duur is variabel; in een enkel geval gaat het om een opleiding, maar vaker gaat het om bijscholingen of trainingen van één middag tot wekelijks voor een periode van enkele maanden. Daarnaast wordt er binnen meerdere V&V instellingen een basiscursus psychiatrie aangeboden, waarvoor medewerkers breed worden uitgenodigd, inclusief schoonmakers en gastvrouwen:

En het is ook juist leuk om zo'n gemengde groep te hebben, van arts tot psycholoog tot ergotherapeut tot verzorgend personeel. Iedereen heeft daar ook heel erg veel behoefte aan.
(Teamleider, V&V instelling)

Daarnaast worden regelmatig klinische lessen aangeboden in de meeste instellingen. Deze worden vaak gegeven door een interne kwaliteitsverpleegkundige of psychiatrisch verpleegkundige, soms in samenwerking met de ggz, en onderwerpen worden vaak aangedragen vanuit de teams. Men is hier erg positief over:

Dan willen collega's ook echt meer over zijn ziektebeeld weten en hoe moeten we daar mee omgaan. Dus daar kiest zij dan ook wel haar klinische lessen op.
(Algemeen verpleegkundige, V&V instelling)

Naast scholing leeft er ook de behoefte om kennis op te doen door van anderen te leren. Vooral in hun begindagen op de afdeling hebben veel van de geïnterviewden veel geleerd door mee te kijken met collega's en hun handelen te observeren. Ook geven veel zorgverleners aan dat wanneer er problemen spelen in de zorg, ze hier vaak over praten met collega's. Vooral de collega's die al langer op de afdeling werken en/of veel ervaring hebben met de doelgroep worden dan vaak geconsulteerd. Ervaringskennis wordt erg belangrijk gevonden in de zorg voor deze doelgroep.

Vanuit de focusgroep wordt intervisie als mogelijkheid genoemd om het kennisniveau rondom (geronto)psychiatrie te verhogen. Wederom wordt hier het belang van de directe koppeling met het dagelijkse werk, middels casussen, benadrukt. Dit maakt het voor het zorgpersoneel heel concreet. Binnen de V&V instelling van één van de deelnemers gebeurt dit al op weekbasis, waarbij een psychiatrisch verpleegkundige de intervisie leidt en anderen verplicht een casus inbrengen. Soms sluit er ook iemand vanuit de ggz aan. Een van de redenen waarom dit goed loopt is doordat er door de organisatie expliciet tijd voor vrijgemaakt wordt onder werktijd.

Ook vindt er binnen sommige instellingen veel uitwisseling plaats tussen het zorgteam en psychologen, en soms ook de artsen. Psychologen worden soms ingezet voor teamondersteuning en er vinden multidisciplinaire overleggen plaats waarin knelpunten in de zorg of bepaalde bewoners besproken kunnen worden. Daarnaast geeft een aantal geïnterviewden aan dat zij ook actief vanuit hun eigen professionele expertise uitleg proberen te geven aan collega's binnen het multidisciplinaire team. Tot slot is er ook behoefte om, naast de eigen collega's, tevens te leren van collega's van een andere afdeling of van buitenstaanders. Dit kan door eens bij een andere instelling in de keuken mee te kijken of door ervaringen uit te wisselen:

*Een beetje intervisie met buitenstaanders of iemand van een andere afdeling,
dat heb je vaak wel nodig.*

(Verpleegkundige, V&V instelling)

4.2 Bevorderende en belemmerende factoren bij kennisdeling

4.2.1 Bevorderende factoren bij kennisdeling

De deelnemers aan de focusgroep benadrukken dat het goed lijkt te werken om *scholing aan te bieden via eigen personeel*, bijvoorbeeld door een psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog. Het voordeel ten opzichte van externe scholing is dat zij de bewoners kennen en de scholing hierdoor meer inzichtelijk en *praktisch toepasbaar* kunnen maken. Ook kunnen zij makkelijk inspelen op urgente vragen die op dat moment leven in een team, bijvoorbeeld over een bepaald ziektebeeld. Het helpt wanneer er casussen worden besproken of *praktijkvoorbeelden* worden gegeven, dit maakt het tastbaar en herkenbaar voor mensen. Daarbij is het ook belangrijk dat de scholing *structureel* wordt aangeboden en bijvoorbeeld op een vast tijdstip wordt herhaald of dat kennis wordt opgefrist, aldus de deelnemers.

De *klinische lessen* die in de meeste instellingen regelmatig worden aangeboden sluiten goed aan bij de behoefte om direct de link te kunnen leggen met de eigen zorgpraktijk. In het verlengde hiervan worden ook *coaching en training 'on the job'* genoemd als goede manieren om meer kennis en kunde op te doen. Hier is veel behoefte aan, maar dit wordt nog te weinig gedaan. Daarnaast vormen intervisie of casuïstiekbesprekingen ook goede mogelijkheden om een directe link met het eigen werk te leggen voor zorgpersoneel. Daarbij zijn deelnemers het erover eens dat *intervisie* of casuïstiekbesprekingen zo 'makkelijk' en *laagdrempelig* mogelijk gemaakt dienen te worden voor het zorgpersoneel, bijvoorbeeld door hier tijd voor vrij te maken tijdens- of aansluitend op overdrachtsmomenten.

4.2.2 Belemmerende factoren bij kennisdeling

Wanneer het gaat om het verbreden en verdiepen van de kennis en kunde rondom de doelgroep GP, zijn er een aantal belemmerende factoren en daarmee samenhangende verbeterpunten die duidelijk uit de interviews naar voren komen. In de eerste plaats zijn er *amper scholing of trainingen beschikbaar* rondom gerontopsychiatrie. Zo geven meerdere geïnterviewden aan zelf op zoek te zijn geweest naar (na)scholingen, maar "die bleken er gewoon niet te zijn". Ook in de behoefte aan gezamenlijke cursussen voor bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde en psychiaters, wordt niet voorzien.

Een mogelijke reden hiervoor is dat de zorg voor de doelgroep sterk afhangt van de persoon en door individuele problematiek, op een combinatie van verschillende domeinen, bepaald wordt:

Het is wat dat betreft een beetje cowboy psychiatrie misschien, we zijn heel vaak dingen aan het uitproberen (...). Ik weet niet of daar heel veel onderwijs op te geven is, omdat het allemaal zo maatwerk is.

(Psychiater, ggz instelling)

De geïnterviewden zijn van mening dat er *meer en actiever scholing* aangeboden zou moeten worden aan het (zorg)personeel op de GP-afdelingen, vooral op het gebied van gerontopsychiatrie en psychiatrische kennis. Op dit moment vormt het *grote personeelsverloop* echter een probleem bij scholing; de door scholing opgedane kennis verdwijnt samen met het vertrekkende personeel ook weer uit het team en (soms) de organisatie.

Daarnaast zouden *meer best practices gedeeld* moeten worden en zou er *meer samenwerking* plaats moeten vinden, ook met andere instellingen. Meerdere geïnterviewden gaven aan graag te willen leren van de kennis en kunde die op andere plekken in de regio of het land aanwezig is rond de doelgroep, maar weten niet waar deze te vinden. Er is behoefte aan een *overzichtskaart* van waar afdelingen zijn met een vergelijkbare doelgroep en welke professionals daar benaderd kunnen worden voor advies.

Niet alleen op het gebied van organisaties is er behoefte aan meer overzicht, ook waar het gaat om *informatie over relevante cursussen of trainingen* omtrent de doelgroep GP weet het merendeel van de geïnterviewden niet waar men zou moeten zoeken. Deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan een centraal informatiepunt of overzicht

Tot slot is het belangrijk dat er vanuit de instelling rust, stabiliteit, financiële middelen en tijd geboden wordt om daadwerkelijk nieuwe kennis op te doen.

5 Samenwerking tussen de sectoren V&V en ggz



Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de semi-gestructureerde interviews en de focusgroep. In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methoden en analyses beschreven.

De resultaten beschreven in dit hoofdstuk adresseren de volgende onderzoeksvraag:

3. In welke mate en op welke manier vindt samenwerking plaats tussen organisaties in de V&V en de ggz in de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in V&V instellingen, en wat zijn verbeterpunten en wensen ten aanzien van de samenwerking?

5.1 Beeld van huidige samenwerking tussen V&V en ggz

Alle geïnterviewden zijn op enigerlei wijze betrokken bij een samenwerking tussen de V&V en de ggz. Wanneer we kijken naar de vormgeving van de samenwerking tussen de V&V en ggz, zien we dat er in alle gevallen een psychiater vanuit de ggz betrokken is. Daarnaast is er vaak nog een andere professional vanuit de ggz betrokken, meestal één (of meerdere) sociaal-psychiatrisch verpleegkundige(n) (SPV) of een verpleegkundig specialist (VS). Naarmate de rol van deze professionals in de samenwerking groter is, verschuift de rol van de psychiater steeds meer naar de achtergrond. Wel is de psychiater altijd betrokken bij beslissingen rondom medicatie.

De samenwerkingen worden op vergelijkbare wijze vormgegeven. Er is veelal sprake van een structureel overleg tussen de betrokken professionals vanuit de ggz en de V&V-instelling. Vanuit de V&V-instelling zijn hier in de meeste gevallen artsen en/of psychologen bij betrokken; verzorgend of verpleegkundig personeel sluit zelden aan. Tijdens deze structurele overleggen komt het initiatief over welke casussen te bespreken volledig van de V&V instelling, zij leggen hun vragen voor. In de meeste gevallen brengt de arts deze casussen in, die vaak wel indirect aangedragen zijn vanuit de zorg:

*Bij iemand die ontregeld is, of we zien het gaat niet zo goed, dan zetten we die op de lijst van het psychiatrisch overleg.
(Verzorgende IG, V&V instelling)*

De frequentie van de structurele overleggen en bezoeken van ggz professionals varieert tussen de samenwerkingen. In sommige gevallen vindt er eens per twee weken een structureel overleg plaats, in andere gevallen komt de psychiater één keer per maand langs of komt een VS of SPV meerdere dagen per week in de V&V-instelling terwijl de psychiater tweewekelijks aansluit. Hierin is dus relatief grote variatie zichtbaar.

Naast de structurele overleggen kijken ggz professionals soms ook daadwerkelijk mee op de V&V-afdeling, maar dit is niet altijd en niet voor alle samenwerkende instellingen het geval. In een enkel geval plant de ggz-instelling zelf afspraken met bewoners in, maar dit lijkt voornamelijk te gebeuren bij V&V-instellingen zonder behandeling (woonzorgcentra). Tussen de structurele

overleggen en bezoeken van de ggz door, kan er altijd telefonisch of per e-mail contact gezocht worden met de ggz professionals.

Vanuit de V&V instelling wordt de hulp van ggz professionals daarnaast incidenteel opgeroepen op het moment dat men er zelf niet meer uitkomt, vastloopt met een bewoner of specifieke (gedrags)problemen bij een bewoner ervaart, aldus de geïnterviewden. Ook bij vragen omtrent medicatie wordt zeer vaak de hulp van de ggz ingeroepen, dit lijkt een kernpunt in de samenwerking tussen V&V en ggz:

Sommige cliënten zijn complex genoeg dat de behandelaar bijvoorbeeld contact opneemt met de psychiater om bijvoorbeeld de medicatie te bespreken, dat is meer een theoretisch stukje omdat de psychiater net wat beter de inschatting kan maken van wat daar nodig is.
(Verpleegkundige, V&V instelling)

Daarnaast wordt er vaak contact gezocht met de ggz wanneer tijdelijke overplaatsingen nodig zijn of wanneer er sprake is van een crisissituatie bij een bewoner en bijvoorbeeld een inbewaaringstelling (IBS) ingezet moet worden. In dat geval komt soms ook de crisisdienst van de ggz in beeld. Over de samenwerking met deze dienst zijn de meningen vanuit de V&V geïnterviewden verdeeld. In sommige gevallen lijkt dit goed geregeld en wordt het als ondersteunend ervaren wanneer zij “stappen kunnen nemen”, bijvoorbeeld in een IBS procedure. In andere gevallen echter ervaart men terughoudendheid en voelt het alsof de ggz crisisdienst bepaalde bewoners wil “afschuiven”.

Financiering van de samenwerking tussen de V&V en ggz is op dit moment op verschillende manieren georganiseerd. Hoewel de meeste geïnterviewden aangeven hier geen volledig beeld van te hebben, wordt duidelijk dat er in sommige gevallen een Diagnose Behandelcombinatie (DBC) wordt geopend vanuit de ggz-instelling, waarna de ggz een bewoner in de V&V-instelling kan behandelen. In andere samenwerkingsvormen wordt een contract afgesloten tussen de ggz- en V&V-instelling, waarbij er een vast aantal ingekochte uren per maand wordt overeengekomen.

5.2 Bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking

5.2.1 Bevorderende factoren voor samenwerking

Geïnterviewden zijn unaniem positief over de samenwerking die er plaats vindt tussen de V&V en ggz. Er zijn knelpunten en er zijn zaken die beter kunnen, maar de samenwerking *an sich* wordt als nuttig en waardevol ervaren. Hierbij wordt regelmatig benoemd dat er in de samenwerking sprake is van een duidelijk *gezamenlijk doel*, namelijk het welzijn van de bewoners verder verbeteren, wat erg prettig werkt. Bovendien leert de V&V hierbij niet alleen van de ggz, maar ook omgekeerd:

Ik vind het voor mijzelf ook heel leerzaam en leuk. Ik werk in de ouderenpsychiatrie, dus ik zie ook heel veel somatische problematiek en dan zie ik ook wel dingen die ik ook wel mee kan nemen bij mijn patiënten.
(Psychiater, ggz instelling)

De deelnemers aan de focusgroep geven aan dat het rust geeft bij het zorgpersoneel, wanneer zij weten dat ze bijvoorbeeld een SPV'er vanuit de GGZ in kunnen roepen wanneer dit nodig is.

Wat door zowel de V&V als de ggz erg wordt gewaardeerd in de samenwerking is wanneer er *vaste aanspreekpunten* zijn. Dat vergemakkelijkt de samenwerking van beide kanten en zorgt er bovendien voor dat de betrokken ggz professionals, wanneer deze langere tijd op een afdeling komen, de bewoners steeds beter leren kennen. Hieraan gerelateerd wordt ook het hebben van *'korte lijnen'* regelmatig genoemd als een positief punt in de samenwerking. Daarnaast wordt het belang van (*randvoorwaarden voor*) een *goede overdracht* tussen V&V en ggz onderstreept:

Daar waar het gaat over de chronische psychiatrie, kunnen wij vaak al in dossiers kijken en dan krijgen wij toch een ander beeld dan wat uit een brief voor een nieuwe instelling, van hoe het met de patiënt gaat. (...). Het zit hem met name daarin, dus je moet elkaar goed op de hoogte houden, een verpleegkundig specialist en een psychiater moeten goed zicht hebben op wat een (V&V) afdeling aan kan en dan kan je ook goed meedenken in waarom een cliënt wel of niet daar terecht zou kunnen of onder welke voorwaarden.

(Manager bedrijfsvoering, ggz instelling)

Tot slot wordt ook vaak de *fysieke aanwezigheid* van professionals vanuit de ggz op de V&V afdeling als zeer bevorderend voor de samenwerking genoemd. Er wordt regelmatig door V&V professionals benoemd dat het meerwaarde heeft wanneer een ggz professional "persoonlijk de mensen kan zien".

5.2.2 Belemmerende factoren voor samenwerking

Rond de samenwerking tussen V&V en ggz komen een aantal belemmerende factoren en daarmee samenhangende verbeterpunten uit de interviews naar voren. In de eerste plaats beschouwen zowel geïnterviewden vanuit de V&V als de ggz *de tijd die de ggz heeft* voor bezoeken aan V&V instellingen als *te weinig*. Dit gevoel leeft ongeacht de huidige frequentie van de structurele overleggen en bezoeken, die varieert tussen instellingen. Hierbij wordt ook regelmatig benoemd dat de specifieke doelgroep GP meer tijd vraagt, terwijl deze binnen instellingen nu soms als een "algemene doelgroep" wordt behandeld.

Vanuit beide sectoren wordt benadrukt dat het beter zou zijn wanneer de ggz professionals vaker en langer langs zouden kunnen komen in de V&V instelling. Tegelijkertijd is er op persoonlijk niveau begrip naar de ggz professionals toe, omdat mensen simpelweg op dit moment ook maar "zoveel uur per week" hiervoor hebben. De grootste wens van geïnterviewden is dan ook een *uitbreiding van de samenwerking tussen de ggz en V&V* in de toekomst; er zou meer geld en daarmee meer uren hiervoor beschikbaar moeten worden gemaakt.

Gerelateerd aan de korte tijd die ggz professionals vaak maar hebben voor hun bezoeken, vinden met name geïnterviewden vanuit de V&V dat de *ggz professionals soms "te kort door de bocht" of "te makkelijk" zijn in hun beoordeling van- en beslissingen over bewoners*. De ggz professionals zijn immers maar kort in huis, terwijl het zorgpersoneel de bewoners elke dag ziet én elke dag met (gedrags)problematiek geconfronteerd wordt, wanneer deze speelt. Hier lijkt soms weinig begrip voor te zijn vanuit de ggz.

Daaraan gerelateerd ervaart het zorgpersoneel, maar ook een aantal psychologen vanuit V&V instellingen, dat er te weinig met hun kennis wordt gedaan en dat zij *niet altijd genoeg betrokken en/of gehoord worden in het contact met de ggz*. Dit terwijl de zorg bewoners 24 uur per dag meemaakt. Zoals een verpleegkundig specialist vanuit de ggz het verwoordde: “het team is zo'n grote informatiebron”. Onder de geïnterviewden leeft dan ook een sterke wens dat ggz professionals vaker op de afdeling mee zouden kunnen lopen, om zo meer vanuit de zorg op te kunnen pikken. Deze wens leeft met name bij de zorg en bij psychologen vanuit de V&V afdelingen:

*Wat frequenter en iemand ook lekker mee die afdeling op en meekijken,
en dat van de verpleging ook één iemand aan zou sluiten, zoals je die
gedragsvisites doet, dat je zoiets ook met een psychiater erbij zou doen ofzo.*

*Zo zou ik het het liefst willen.
(GZ-psycholoog, V&V instelling)*

Tot slot werd het belang van het scheppen van de *juiste randvoorwaarden voor zorg en samenwerking* een aantal keer expliciet benoemd. De *rol van het management* kan bijvoorbeeld zowel bevorderend als belemmerend werken. Zo wordt er vanuit ggz management soms gepusht om de consulten aan V&V instellingen zo kort mogelijk te houden of telefonisch af te handelen, in het belang van meer tijd voor de eigen ggz caseload. Tegelijkertijd kan management ook een 'kritische succesvoorwaarde' vormen, wanneer managers inzicht hebben in zowel de ouderenzorg als de psychiatrie, zodat er overstijgend meegedacht kan worden met professionals.

De geïnterviewden zijn het er daarnaast over eens dat *financiering van de samenwerking* tussen de V&V en ggz van grote invloed is op de mate waarin de ggz in de V&V-instelling aanwezig kan zijn. Op dit moment wordt dit door alle geïnterviewden, vanuit zowel de V&V als ggz, als te weinig ervaren. ggz professionals zouden graag meer tijd hebben voor de doelgroep GP binnen V&V instellingen en zorgprofessionals vanuit de V&V zouden dit toejuichen. Hiervoor ontbreekt op dit moment echter de financiering.

6 Resultaten actie-onderzoek



6.1 Personeelsuitwisseling tussen V&V-instelling Atlant en ggz-instelling Pro Persona

In de periode juni 2021 t/m februari 2022 vond een wederzijdse personeelsuitwisseling plaats tussen V&V-instelling Atlant en ggz-instelling Pro Persona. Medewerkers van beide instellingen (minimaal niveau 4 geschoolde V&V medewerkers) gingen daarbij één of meerdere dagen op uitwisselingsbezoek bij de andere organisatie en liepen daar mee om kennis, ervaring en lessen voor zichzelf en de eigen werkplek mee terug te nemen.

6.1.1 Aanleiding personeelsuitwisseling

Het initiatief tot de personeelsuitwisseling werd genomen door V&V instelling Atlant. Zij constateerden dat hun zorgmedewerkers behoefte hadden aan meer kennis rondom psychopathologie en het begeleiden van- en omgaan met bewoners met psychiatrische beelden. Veel van de zorgmedewerkers bij Atlant missen deze achtergrond vanuit hun opleiding en/of eerdere werkervaring. De medewerkers gaven zelf aan dat ze het prettig zouden vinden een keertje mee te lopen bij een ggz-instelling om zo 'on the job' te kunnen leren over dit onderwerp. Omdat Atlant graag een blended learning model wil aanbieden, waarbij niet alleen theoretische psychopathologie scholing wordt geboden, vond het management een personeelsuitwisseling een goed idee. ggz-instelling Pro Persona bleek vervolgens een logische uitwisselingspartner, gezien er veel bewoners vanuit met name de Kliniek Voortgezette Behandeling Ouderen (Wolfheze) en het Expertisecentrum Neuropsychiatrie Winklerkliniek van Pro Persona uiteindelijk bij Atlant gaan wonen. Daarnaast bezoekt een psychiater van Pro Persona regelmatig bewoners van Atlant als vaste consulent. Pro Persona stond ook open voor de uitwisseling en vervolgens zijn zorgmanagers van beide instellingen in gesprek gegaan om nadere invulling te geven aan de uitwisseling, bijvoorbeeld door vast te stellen wat nodig zou zijn, hoeveel dagen handig zouden zijn, welke afdelingen deel zouden nemen, et cetera. Hierover zijn afspraken op papier gezet.

6.1.2 Periode pre-uitwisseling

Aanvankelijk werd besloten dat minimaal niveau 4 geschoolde V&V medewerkers van beide instellingen zouden deelnemen aan de personeelsuitwisseling. Op basis hiervan is binnen Pro Persona door de zorgmanagers en senior verpleegkundigen gekeken welke medewerkers voor de personeelsuitwisseling in aanmerking zouden komen. In de afweging is meegenomen dat het moest gaan om HBO-geschoolde medewerkers, bij wie de uitwisseling in het rooster zou passen en die het leuk zouden vinden, zodat er zoveel mogelijk lerend rendement uit de uitwisseling gehaald zou kunnen worden. Deze medewerkers werden vervolgens gevraagd om mee te doen aan de uitwisseling.

Binnen Atlant werd een vergelijkbaar traject gevolgd. Ook hier maakten zorgmanagers een keuze welke medewerkers per mail uit te nodigen voor deelname aan de uitwisseling. Medewerkers konden zich vervolgens aanmelden en uit de aanmeldingen hebben de zorgmanagers een keuze gemaakt. De medewerkers vanuit Atlant die uiteindelijk op uitwisseling zijn geweest bij Pro

Persona, waren MBO-verpleegkundigen. Wel vroegen zorgmanagers bewust HBO-V opgeleide medewerkers van Atlant om als 'begeleider' op te treden wanneer de medewerkers van Pro Persona op bezoek kwamen. Daarbij werden bewust mensen gevraagd die goed in staat zijn om informatie over te dragen en het ook leuk vinden om te doen.

Voor de medewerkers die deelnamen aan de uitwisseling en op bezoek gingen bij de gastinstelling – de 'uitwisselingspersonen' – was nieuwsgierigheid over de werkwijze binnen de andere organisatie een belangrijke reden om mee te doen. De meeste deelnemers aan de uitwisseling, vanuit beide organisaties, stapten er verder open in, zonder veel verwachtingen over het hoe en wat van de dag of dagen dat zij meeliepen. Enkele deelnemers gaven vooraf ook aan het te zien als een dag waarop ze een beetje 'achterover kunnen leunen' en met 'de handen op de rug' meelopen. Ze waren vooral benieuwd naar hoe de zorg rondom de doelgroep binnen de andere organisatie georganiseerd is, de meer praktijkgerichte zaken, en wat zij daarvan kunnen leren en mee terugnemen naar hun eigen afdeling. Alle deelnemers hadden vooraf veel zin in de uitwisseling en verwachtten veel te kunnen leren.

De voorbereiding van de 'uitwisselingspersonen' op de uitwisseling was in de meeste gevallen niet erg uitgebreid, hoewel hierin verschillen zichtbaar zijn. De meeste medewerkers lijken weinig informatie vanuit managers te hebben ontvangen over de andere organisatie of ontvingen deze informatie (te) laat, en ook hadden ze vaak geen idee hoe de meeloopdag(en) eruit zou zien. Vanuit Atlant was dit deels een bewuste keuze; ze wilden hun medewerkers er open in laten gaan en niet teveel bagage meegeven. Vanuit Pro Persona is juist geprobeerd wel van tevoren gesprekken te voeren met de 'uitwisselingspersonen' over verwachtingen en is informatie verstrekt over Atlant, zodat er zoveel mogelijk lerend rendement uitgehaald kon worden. Sommigen 'uitwisselingspersonen' hebben zelf van tevoren informatie opgezocht, bijvoorbeeld door op de website van de andere organisatie te kijken. Binnen de eigen teams heeft men voorafgaand aan de uitwisseling geen specifieke vragen opgehaald die gesteld zouden kunnen worden tijdens de meeloopdag(en).

De voorbereiding van de 'begeleiders' – de personen binnen de gastinstelling die de uitwisselingspersoon een of meerdere dagen mee op sleeptouw nemen – was beperkter dan die van de uitwisselingspersonen, maar de begeleiders voelden zich over het algemeen goed voorbereid. Vanuit het management van Atlant is aan begeleiders vooral de boodschap meegegeven dat zij zoveel mogelijk moesten laten zien van Atlant aan de uitwisselingspersoon van Pro Persona. Dit is verder niet in detail uitgewerkt.

Reflecterend op hoe de voorbereiding tot dusver vorm is gegeven, bestaat er bij zowel Atlant als Pro Persona de wens om hier in het vervolg meer aandacht aan te besteden. Bijvoorbeeld door teams van tevoren gezamenlijk na te laten denken over vragen die zij hebben voor de andere organisatie. Deze vragen zouden dan ter voorbereiding ook alvast opgestuurd kunnen worden naar de andere organisatie. Dit zorgt er tevens voor dat zowel de uitwisselingspersoon als de begeleider een duidelijker beeld hebben van wat er met de uitwisseling beoogd wordt.

6.1.3 Doelen personeelsuitwisseling

De meeste medewerkers die aan de uitwisseling deelnamen – als uitwisselingspersoon of als begeleider – hebben van tevoren geen doelen opgesteld die ze graag wilden bereiken met de uitwisseling. De meeste uitwisselingspersonen gingen er open in en beschouwden alles wat ze

eruit zouden halen als winst. Daarbij leek de focus meer te liggen op dat wat voor hun eigen setting en team interessant zou zijn dan op persoonlijke ontwikkeling. Vanuit V&V instelling Atlant lijkt een enkeling van tevoren iets meer concrete doelen opgesteld te hebben, bijvoorbeeld in de vorm van een lijstje. Daarbij was men vooral benieuwd naar begeleidingsstijlen en het waarborgen van continuïteit en structuren. Ook was er van tevoren interesse in hoe bepaalde randvoorwaardelijke zaken, zoals scholing, bij Pro Persona zijn georganiseerd.

Vanuit de initiatiefnemers op managementniveau was het belangrijkste doel om elkaar te leren kennen en wederzijds te zien hoe de doelgroep benaderd wordt en hoe de zorg rondom de doelgroep georganiseerd wordt. De achterliggende gedachte/doel hierbij is dat dit de samenwerking, wanneer bewoners overgaan van de ene naar de andere instelling, zal vergemakkelijken.

In lijn met de reflectie op de tot dusver beperkte voorbereiding, geven zowel Atlant als Pro Persona reflecterend aan dat het in het vervolg van de personeelsuitwisseling beter zou zijn om van tevoren concretere doelen te stellen. Deze doelen moeten niet alleen van managementniveau komen, maar juist ook vanuit medewerkers om te kijken wat zij willen bereiken. Deze doelen zouden idealiter een combinatie zijn van doelen met relevantie voor de afdeling én persoonlijke leerdoelen. Een specifiek doel per uitwisselingsdag – bijvoorbeeld inzicht verkrijgen in het verschil tussen de doelgroepen – zou tevens (meer) sturing kunnen geven aan de invulling van de uitwisselingsdag(en).

6.1.4 Omschrijving personeelsuitwisseling

Toen er afspraken gemaakt werden tussen Atlant en Pro Persona over de personeelsuitwisseling, was het idee om te starten met twee uitwisselingen van telkens vier dagen van medewerkers van Atlant bij Pro Persona (drie dagen kliniek voortgezette behandeling voor ouderen en één dag Winklerkliniek) en andersom twee uitwisselingen van telkens vier dagen van medewerkers van Pro Persona bij Atlant (drie dagen reguliere CPV-afdeling en één dag in- en doorstroom afdeling). In de praktijk viel de duur van de uitwisselingen echter soms anders uit. Zo liepen medewerkers van Pro Persona soms slechts één of twee dagen mee bij Atlant. Dit had voornamelijk te maken met rooster-technische moeilijkheden, vaak veroorzaakt door personeelskrapte i.v.m. de COVID-19 pandemie.

Terugkijkend lijken twee a drie dagen voor de uitwisseling voldoende, waarbij het vooral mooi blijkt als uitwisselingspersonen verschillende afdelingen van de andere organisatie zien gedurende die dagen. Een punt waar de instellingen nog eens over na gaan denken is of het beter is de uitwisselingsdagen aansluitend op elkaar te plannen of er juist wat tijd tussen te laten, bijvoorbeeld om zo wat reflectietijd met het eigen team te creëren.

Gedurende de uitwisselingsdagen liepen de uitwisselingspersonen over het algemeen mee bij vrijwel alle werkzaamheden van hun begeleider vanuit de gastinstelling, zoals het verlenen van zorg aan bewoners en het verzorgen van de lunch. De uitwisselingspersoon verleende hierbij in de meeste gevallen hand- en spandiensten. Ook werden er door begeleiders rondleidingen gegeven van het gebouw, de afdelingen, de dagbesteding, de kapper, enzovoort. Daarbij gaf de begeleider vaak veel informatie en werd met medewerkers aldaar gesproken. Daarnaast waren uitwisselingspersonen aanwezig bij arts visites, multidisciplinaire overleggen en naasten-overleggen (na toestemming). Ook keken de uitwisselingspersonen mee in de informatiesystemen van de afdeling waar ze op bezoek waren en in een enkel geval ook in cliëntdossiers. Bij één uitwisselingsdag lag de nadruk op kwaliteitsbeleid en overstijgende activiteiten, waardoor er

minder in de directe cliëntzorg werd meegekeken. Het kwam slechts in een enkel geval voor dat een uitwisselingspersoon alleen gelaten werd en niets te doen had.

Tijdens de activiteiten waarbij werd meegekeken en meegeholpen stelden de uitwisselingspersonen vaak veel vragen, voornamelijk aan de medewerker met wie ze meeliepen (begeleider) maar ook aan andere zorgmedewerkers, de arts en zorgmanager. In de meeste gevallen was dit wederkerig en werden ook vragen gesteld aan de uitwisselingspersoon. De onderzoekers hebben slechts één uitwisseling geobserveerd waarin er vanuit de 'gastinstelling' weinig interesse werd getoond in de uitwisselingspersoon en amper vragen werden gesteld. De vragen die uitgewisseld werden gingen voornamelijk over (het waarom van) de organisatie van zorg, soms aan de hand van casussen, interventies, en kenmerken van de cliëntenpopulatie. Maar ook zaken als werktijden, de organisatie van de dagbesteding, het rookbeleid binnen de instelling en de personeelsvereniging kwamen aan bod. Daarnaast gaf de uitwisselingspersoon die op bezoek was vaak ook proactief informatie over hoe bepaalde zaken binnen de eigen instelling georganiseerd zijn. Slechts heel af en toe werd er concreet op een situatie gereageerd met advies of tips. Bijvoorbeeld toen een bewoner vaak kwam vragen om sigaretten, stelde de uitwisselingspersoon proactief aan de medewerkers voor om gebruik te maken van een timer-klok.

Gedurende de uitwisselingen maakten de uitwisselingspersonen veel aantekeningen in hun telefoon of maakten soms (na toestemming) een foto van bijvoorbeeld een formulier dat in de andere instelling gebruikt wordt. Aantekeningen werden gemaakt in situaties waarbij de uitwisselingspersoon dacht dat de informatie ook nuttig kon zijn voor de eigen instelling/afdeling en als geheugensteuntje voor dingen waar hij/zij nog wat op door wilde vragen.

Gedurende de uitwisselingen was er weinig tot geen interactie tussen de uitwisselingspersonen en de bewoners. Bewoners leken zich over het algemeen ook niet bewust van het 'nieuwe gezicht' op de afdeling en het feit dat hij/zij mee kwam kijken.

Wanneer er teruggeblikt wordt op de invulling van de uitwisseling, wordt geconcludeerd dat de uitwisseling nu echt een kijkje in de keuken is geweest, wat prima is als begin, maar dat een volgende keer een meer gestructureerde invulling van de uitwisselingsdagen – afgestemd op de vooraf opgestelde doelen – wenselijk is. Dit kan bijvoorbeeld gefaciliteerd worden door de uitwisselingspersoon van tevoren een soort 'werkdocument' te laten opstellen, dat kan ondersteunen bij het praktijkgericht leren tijdens de uitwisselingsdag. Ook wordt opgemerkt dat het wenselijk zou zijn als er de volgende keer wat meer interactie met bewoners zou zijn, gezien dit heel leerzaam kan zijn.

6.1.5 Ervaringen en effecten personeelsuitwisseling

De deelnemers aan de persoonsuitwisseling, zowel de uitwisselingspersonen als de begeleiders in de gastinstelling, zijn vrijwel allemaal erg positief over de uitwisseling. Ze vonden het erg interessant mee te kijken in een andere instelling, de verschillen te zien en daarover te praten, en te kijken waar je van elkaar kunt leren. Men ervaaarde de uitwisseling over het algemeen als 'open' en de wederkerigheid, waarbij er van beide kanten interesse in elkaar is, werd daarbij meermaals genoemd als heel fijn en belangrijk. In een enkel geval bleek de uitwisseling ook heftig, bijvoorbeeld wanneer een bewoner naar een separeerkamer werd gebracht. Op zo'n moment besloot een uitwisselingspersoon soms om niet mee te kijken. Tijdens de reflectie wordt hierover opgemerkt dat zo'n moment juist ook heel leerzaam kan zijn, want het toont de verschillen tussen

V&V en ggz en hierover kunnen deelnemers dan in gesprek en elkaar bevragen. Maar wellicht dient dit wat meer gedoseerd en aangepast te worden.

Terugkijkend werden er tijdens de interviews concreet wederzijds een aantal punten genoemd die men van elkaar kan leren en overnemen in de eigen organisatie. Zo werd vanuit ggz-instelling Pro Persona naar aanleiding van de uitwisseling aangegeven dat men qua woonomgeving meer zou kunnen kijken vanuit de wensen van mensen, "dat doen ze bij Atlant heel goed". Ook het digitale medicatiesysteem van Atlant werd een aantal keer als positief leerpunt genoemd. V&V instelling Atlant merkte juist op dat het formuleren van een concrete vraagstelling wanneer mensen binnenkomen bij Pro Persona veel beter gebeurt dan bij henzelf.

Wel worden terugkijkend ook een aantal aandachts- en verbeterpunten benoemd in de interviews. Zo lijkt het drie dagen meelopen op dezelfde afdeling iets teveel van het goede. Twee dagen lijkt een optimum, waarbij er de eerste dag sprake is van meer observatie en de tweede dag meer de verdieping gezocht kan worden. Bovendien laat dit ruimte over om ook twee dagen op de tweede afdeling mee te kijken, waar nu, met slechts één dag, soms te weinig tijd ervaren werd. Daarnaast gaven enkele deelnemers aan dat het prettig was geweest van tevoren wat meer informatie te ontvangen; voor de uitwisselingspersoon zodat duidelijker zou zijn waar- en bij wie hij/zij mee gaat lopen, en voor de begeleider om de juiste informatie te kunnen geven gedurende de uitwisseling. Begeleiders vonden het nu soms lastig in te schatten wat wel en niet te vertellen aan de uitwisselingspersoon. Ook werd in een enkel geval aangegeven dat het voor de begeleider een vreemde dag is, waarbij men richting het eigen team het gevoel heeft niet volledig bij te kunnen dragen aan de afdeling. Ook gaf een begeleider die meerdere personen vanuit de andere instelling begeleid had aan dat zij de tweede keer minder vragen had dan de eerste keer toen ze iemand begeleidde, omdat ze al veel gehoord had. Dit zou ervoor pleiten te waken voor voldoende afwisseling in begeleidingspersonen. Tot slot werd er door de uitwisselingspersoon en begeleider aan het eind van de dag in sommige gevallen kort geëvalueerd hoe beiden de dag hadden ervaren, waarbij soms aan het licht kwam dat de uitwisselingspersoon bijvoorbeeld meer bij de patiëntzorg betrokken had willen worden. Dit soort wensen werden gedurende de dag niet uitgesproken.

De opgedane ervaringen en geleerde lessen tijdens de uitwisselingen werden niet op een gestructureerde manier met de rest van het eigen team en/of afdeling gedeeld. Vanuit het eigen team wordt er na afloop vaak wel gevraagd hoe de dag of dagen waren, maar dit is niet erg diepgaand. Sommige uitwisselingspersonen geven aan dat ze er misschien nog een verslag van gaan schrijven en dit zullen delen met collega's, anderen gaan- of hebben het al in werkoverleggen besproken. Ook hebben sommige deelnemers met hun manager over hun ervaringen gesproken. Het management wil wat betreft verspreiding van de ervaringen hier niet bovenop gaan zitten, dan wordt het te geforceerd.

Vanuit beide organisaties is er de wens om kennis te blijven uitwisselen, onder andere via de personeelsuitwisseling. Zo zouden andere collega's deel kunnen nemen aan de uitwisseling, maar zou de uitwisseling ook uitgebreid kunnen worden naar andere afdelingen. Andere opties voor kennisuitwisseling die door de deelnemers worden genoemd zijn het opzetten van een consultatiefunctie of het verzorgen van klinische lessen over en weer. De deelnemers aan de uitwisseling onderschrijven dit. Zo geeft één deelnemer bijvoorbeeld aan dat ze binnen de eigen organisatie

nog “veel meer gericht zouden kunnen zijn op het multidisciplinaire aspect” en dat dit vanuit de andere instelling wellicht in een “soort van klinische les” vormgegeven zou kunnen worden.

Reflecterend wordt vanuit beide organisaties vastgesteld dat het doel om elkaar beter te leren kennen, behaald is. De beeldvorming van de V&V als ‘saai’ en de GGZ als ‘eng’ is onderuit gehaald door de uitwisseling. Als begin is deze uitwisseling dan ook geslaagd geweest. Tegelijkertijd zien beide organisaties deze uitwisseling ook echt als een begin en niet meer dan dat; het is nu een soort ‘snuffelstage’ geweest, terwijl het in de toekomst echt een leerstage moet worden. De volgende aandachtspunten, hierboven al deels aan bod gekomen, worden concreet benoemd:

- Het vooraf opstellen van concrete doelen, zowel doelen voor de afdeling – in samenspraak met de rest van het team – als persoonlijke leerdoelen. Deze doelen dienen ook gedeeld te worden met de organisatie die bezocht gaat worden.
- Aan de hand van de doelen een concreet werkdocument voor de uitwisselingsdag(en) opstellen, zodat het programma afgestemd kan worden op de doelen.
- Gedurende de uitwisselingsdag evaluatiemomenten tussen uitwisselingspersoon en begeleider inbouwen.
- Na afloop van de uitwisseling zorgen voor een gestructureerde terugkoppeling aan de rest van het team, bijvoorbeeld aan de hand van het werkdocument en in de vorm van een klinische les.

Tot slot worden nog een aantal ideeën geopperd waar verder over nagedacht dient te worden. Zo zou het een idee kunnen zijn om in plaats van één iemand individueel op uitwisseling te laten gaan, twee mensen op bezoek te laten gaan op verschillende afdelingen van de gastinstelling. Dit geeft de uitwisselingspersonen de mogelijkheid om bijvoorbeeld tijdens de lunch al even samen te zitten, te reflecteren en sparren en vragen op te halen voor het vervolg van de uitwisseling. Daarnaast zou de invulling van de uitwisseling wellicht meer afgestemd kunnen worden op de niveaus en taakinving van de deelnemers. Zo kunnen verzorgenden en HBO-verpleegkundigen bijvoorbeeld uiteenlopende vragen hebben.

6.2 Introductie van systemisch werken op de GP-afdelingen van Aafje

In de periode augustus 2021 t/m februari 2022 werd de introductie van het systemisch werken op de GP-afdelingen van Aafje onderzocht.

6.2.1 Aanleiding systemisch werken

Zowel het management als de medewerkers van Aafje ervoeren meerdere problemen binnen hun organisatie, die leidden tot de introductie van het systemisch werken op de GP-afdelingen van Smeetsland en de Twee Bruggen. Zo werden de zorgvragen van bewoners op de GP-afdelingen steeds complexer en was er sprake van uiteenlopende psychiatrische problematiek en multi-problematiek. Daarnaast was het sociale netwerk van bewoners vaak afwezig of ernstig beschadigd. Uit beleidsstukken van Aafje blijkt dat er al geruime tijd een verschuiving gaande is in de groepssamenstelling op de GP-afdelingen:

“Meer dan ooit is er sprake van een gecombineerd beeld, van psychiatrische en cognitieve problematiek, waarbij cognitief verval niet zelden een uitlokkende factor voor psychiatrisch decompenseren is. (..). Daarnaast is vaak sprake van uitgebreid somatisch lijden, met alle gevolgen van dien.”

(Beleidsstuk: Aanvraag Groepsmeezorg GP, Aafje)

Naast een grotere hoeveelheid aan ingewikkelde casussen geven medewerkers aan dat er vaak problemen met familie speelden; familie voelde zich niet gehoord of erkend, medewerkers waren niet (voldoende) in contact met familie en er was geen wederzijds begrip. Mede daardoor ontstond bij medewerkers soms een negatieve houding ten opzichte van familie en zag men weinig meerwaarde in het contact met familieleden.

Een bijkomend probleem was dat een aantal zorgmedewerkers weinig affiniteit met de GP doelgroep had. Volgens een geïnterviewde zijn er bepaalde vaardigheden en competenties nodig om de groepscohesie op een GP-afdeling te kunnen bevorderen en deze waren niet altijd aanwezig.

Het management van Aafje had eerder positieve ervaringen opgedaan met systemisch werken, onder andere vanuit de ggz. Deze eerdere positieve effecten voor zowel bewoners, familie, als zorgpersoneel, in combinatie met de ervaren problemen op de GP-afdelingen, heeft het management doen besluiten om systemisch werken zo snel mogelijk binnen de GP-afdelingen te introduceren, met als insteek om methodisch, gestructureerd en kwaliteitsgericht ter werk te gaan. Het systemisch werken is in eerste instantie middels een pilot op de revalidatieafdeling geïntroduceerd en geëvalueerd. Hiervoor is gekozen omdat de verwachte problematiek op een revalidatieafdeling nog niet zo hevig en ingewikkeld is. Na de succesvolle pilot is systemisch werken geleidelijk aan ook op de GP-afdelingen geïntroduceerd. Volgens de ondervraagden was er geen duidelijk startpunt; systemisch werken is op de GP-afdelingen *“zoals een olievlek, organisch, licht chaotisch vanuit enthousiasme ontstaan.”*

6.2.2 Doelen systemisch werken

De introductie van het systemisch werken dient meerdere doelen, die in deze rapportage zijn uitgesplitst naar doelen voor bewoners, familie, zorgpersoneel en het hele multidisciplinaire team.

Bewoners

Hoofddoelen voor bewoners zijn het creëren van meer rust en een hogere kwaliteit van leven. Het vergaren van meer kennis over bewoners is in dit kader een belangrijk tussendoel of subdoel, waarbij zorgverleners bewoners zo goed mogelijk willen leren kennen en begrijpen. Andere tussendoelen zijn het optimaliseren van het begeleidingsplan en een gevoel van waardering bewerkstelligen; bewoners moeten zich erkend en gezien voelen.

Familie

De hoofddoelen voor familie zijn vergelijkbaar aan die van bewoners: het bereiken van meer rust, een hogere kwaliteit van leven en minder onvrede. Dit kan worden bereikt door het bevorderen en onderhouden van goed contact met familie en door familie meer bij de zorg en behandeling te betrekken. Dit leidt uiteindelijk tot meer verbinding.

Zorgpersoneel

Voor zorgpersoneel is het hoofddoel van het systemisch werken om goede kwaliteit van zorg te bieden aan bewoners. Tussendoelen zijn het tijdig signaleren van problemen en het achterhalen van oorzaken van probleemgedrag. Het uitvinden van oorzaak << gevolgrelaties die de lichamelijke en psychische toestand kunnen verstoren, is immers van evident belang om tot individuele begeleidings- en behandelafspraken te komen. Daarbij wordt binnen het systemisch werken benadrukt dat oorzaken van problemen niet per se bij de bewoners hoeven te liggen, maar ook hun oorsprong in het systeem kunnen hebben.

Multidisciplinaire team

Voor het hele multidisciplinaire team zijn een aantal leerdoelen ofwel veranderdoelen te onderscheiden, met name het creëren van meer sensitiviteit voor het systemisch werken. Familie moet door personeel niet langer als 'tegenstander' worden gezien. Integendeel, het gehele team moet juist de toegevoegde waarde van het betrekken van familie ervaren. Zo kan familie bijvoorbeeld helpen om bewoners beter te leren kennen.

Verder is een structurele verankering van systemisch werken een belangrijk veranderdoel. Systemisch werken moet niet persoonsgebonden zijn, maar juist afdelingsbreed worden gedragen:

"Dat we daar wat professioneler in worden en als team gelijkmatiger daarin zijn. Het zit nu soms wat meer op personen; sommigen voelen dat nu beter aan dan anderen. Doel is dat team dat als geheel kan opvangen."

(Behandelaar, Aafje)

6.2.3 Omschrijving systemisch werken

De focus van systemisch werken binnen Aafje is breed. Met het systeem wordt alles bedoeld wat een belangrijk onderdeel van de leefwereld van een bewoner vormt, zoals familieleden, medebewoners, het zorgpersoneel en behandelaren.

Scholing en intervisie voor medewerkers

Op de GP-afdelingen van Smeetsland en De Twee Bruggen vindt veel scholing en intervisie plaats over systemisch werken. Zo worden er avondmodules voor behandelaren georganiseerd en intervisiebijeenkomsten voor zorgmedewerkers. Verder vinden er op regelmatige basis gedragssprekken plaats, omgangsoverleggen, casuïstiekbesprekingen en zorgplanbesprekingen. Tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) wordt onder andere de inzet van systemisch werken besproken en geëvalueerd. In dit kader wordt standaard besproken hoe het contact met familie is en in hoeverre familie tevreden is met de zorgverlening. Eventuele problemen zijn hierdoor sneller in het vizier. Ten slotte volgt een groot aantal medewerkers inmiddels een opleiding op het gebied van systemisch werken. Hierbij kan het gaan om de opleiding tot systeemtherapeut (gevolgd door psycholoog), de opleiding tot systemisch werker (gevolgd door agogen), of de opleiding 'Systemisch Coachen' (gevolgd door teammanager). Als met al is er veel aandacht voor de opleidingen, waar medewerkers onder andere leren over (de toepassing van) specifieke gedragstechnieken. Het streven is dat uiteindelijk alle agogen de opleiding tot systemisch werker gaan volgen, en dat er twee systeemtherapeuten binnen Aafje zijn. Uit de interviews blijkt dat de ondervraagden zich over het algemeen voldoende kundig voelen in de toepassing van systemisch werken, mede door bovenstaande initiatieven. Tegelijkertijd benadrukken zij de noodzaak van het vergaren van nieuwe kennis en inzichten, en

onderstrepen zij het belang van het blijven aanbieden van scholing en intervisie op het gebied van systemisch werken.

Onderdelen van systemisch werken

Het systemisch werken begint bij Aafje al bij de voordeur. Zo vinden er huisbezoeken plaats bij toekomstige bewoners om kennis te maken, maar ook om te beoordelen hoe diegene binnen de afdeling zou passen. Daarnaast is het van belang om vanaf het begin goed contact te houden met personen om de bewoner heen, zodat deze bij problemen geconsulteerd kunnen worden. Er vinden dan ook vanaf het begin regelmatig gesprekken plaats met zowel de bewoner als diens familieleden, waardoor medewerkers beter in staat zijn om de onderliggende verhoudingen te begrijpen en hierop te reageren. Meestal nemen medewerkers hierbij een bemiddelende rol aan, en zorgen zij voor een gestructureerd gesprek.

Een ander belangrijk onderdeel van het systemisch werken is de hetero-anamnese, die door een agoog een aantal weken na de opname van een bewoner wordt afgenomen bij een naaste of een contactpersoon. Door de hetero-anamnese krijgt familie een warm welkom en de kans om uitgebreid hun verhaal te vertellen. Aan de andere kant krijgt de agoog door het gesprek een betere indruk van het systeem, de levensgeschiedenis en de persoonlijkheid van de bewoner. Informatie en inzichten uit de hetero-anamnese worden na afloop door de agoog teruggekoppeld aan de rest van het multidisciplinaire team. Samen wordt besproken of er vervolgstappen nodig zijn. Zo kan er bijvoorbeeld systeemtherapie worden ingezet, waarin een speciaal hiervoor opgeleide systeemtherapeut de problemen in het steunsysteem van de bewoner in kaart brengt, deze met de bewoner en betrokkenen bespreekt, en tracht deze door sessies te verbeteren.

Tevens vinden er regelmatig individuele interventies met bewoners plaats. Individuele interventies, zoals kaartspelletjes, bieden zorgverleners de mogelijkheid om bewoners beter te leren kennen en hen uiteindelijk beter in de groep te laten aansluiten. Naast individuele interventies worden ook regelmatig groepsgesprekken met bewoners georganiseerd, zoals huiskamergesprekken. Tijdens een huiskamergesprek komt de groepsdynamiek aan bod en wordt onder andere besproken hoe het op de groep gaat, en hoe het met de zorg gaat. Er kunnen zorgen en wensen worden geuit:

“Er ontstond laatst wat groepsdynamiek door dames met dezelfde persoonlijkheidsstoornis. Aan bewoners worden dan een aantal vragen gesteld: Hoe willen wij met de conflicten omgaan? Waar moeten wij ons aan gaan houden? Wat vinden wij belangrijk? Er worden notulen hierover gemaakt. Dit maakt het concreet. Bewoners kunnen elkaar hierop aanspreken. Ook de zorg kan bewoners hierop aanspreken.”
(Agogisch hulpverlener, Aafje)

Betrokken medewerkers

Op de GP-afdelingen zijn diverse actoren betrokken bij systemisch werken, elk met een eigen rol/functie:

- De (externe) supervisor, tevens systeemtherapeut, is beschikbaar voor begeleiding, supervisie en intervisie rondom de toepassing van systemisch werken, en speelt een belangrijke rol bij het implementatieproces.

- De psycholoog (in opleiding tot systeemtherapeut) brengt de problemen in het steunsysteem van de bewoner in kaart, bespreekt deze met de bewoner en betrokkenen, en tracht deze door sessies te verbeteren. Voor medewerkers vervult de psycholoog daarnaast de rol van supervisor.
- De agogen (al dan niet in opleiding tot systemisch werker) worden ingezet bij familiecontacten en nemen onder andere de heteroanamnese af. Zij maken een inschatting of de inzet van een systeemtherapeut nodig is, of dat zij een eventuele vicieuze cirkel zelf kunnen doorbreken. Agogen zijn bezig met het sociotherapeutisch klimaat, de groepsdynamiek, maar ook met het coachen en het aansturen van zorgpersoneel.
- EVV-ers onderhouden vaak de contacten met familieleden en sluiten regelmatig bij de heteroanamnese aan.
- De psychiatrisch verpleegkundige coacht collega's in het systemisch werken, en past systemisch werken daarnaast ook zelf toe in de praktijk. De contacten met bewoners vinden vaak op individuele basis plaats.
- De specialist ouderengeneeskunde komt met name in beeld als er veel medische vragen spelen en gaat tegenwoordig ook met een meer systemische blik in gesprek met familie.
- De teammanager zorgt voor de juiste randvoorwaarden voor systemisch werken. De teammanager gaat vaak in gesprek met bewoners en medewerkers over bijvoorbeeld het contact met de familie. De teammanager heeft ook een rol als coach en moedigt medewerkers aan om oorzaken van probleemgedrag te achterhalen. In problematische gevallen gaat de teammanager ook zelf in gesprek met familie.
- Vanuit de ggz komt er eenmaal per maand een vaste gedragsconsulent langs voor casuïstiek-besprekingen.

6.2.4 Effecten systemisch werken

De doelen van systemisch werken zijn grotendeels bereikt. Dit geldt voor zowel bewoners, familie, zorgpersoneel als het hele multidisciplinaire team. Op de vraag welke onderdelen van systemisch werken in meerdere of mindere mate hebben bijgedragen aan deze positieve effecten worden door de geïnterviewden een aantal specifieke onderdelen genoemd, zoals de hetero-anamnese, 'simpele' interventies zoals kaartspelletjes, groepsgesprekken, en scholing en intervisie voor medewerkers. In de meeste gevallen wordt echter aangegeven dat de positieve effecten te danken zijn aan de combinatie van verschillende onderdelen van systemisch werken.

Bewoners ervaren tegenwoordig meer rust en een hogere kwaliteit van leven, zo geven de geïnterviewde zorgverleners aan. Deze toegenomen kwaliteit van leven blijkt ook uit meetinstrumenten (QUALIDEM en Laurens Well-being Inventory for Gerontopsychiatry (LWIG)) die eens per zes maanden door Aafje worden afgenomen. De mate van kennis over bewoners bij zorgmedewerkers is ook toegenomen. Hier wordt bijvoorbeeld gedurende hetero-anamneses veel aandacht aan besteed; de agoog, tevens systemisch werker, stelt veel (aanvullende) vragen aan de contactpersoon om een duidelijk beeld te verkrijgen van een recent opgenomen bewoner en registreert deze opgehaalde kennis zorgvuldig voor de rest van het team. Er is onder andere veel aandacht voor (het achterhalen van) de normen en waarden van elke bewoner, en wat zij belangrijk vinden binnen de woonvoorziening.

Ook bij familie is er sprake van meer rust, een verhoogde kwaliteit van leven en minder onvrede:

“Problemen van dochters en moeders die elkaar al jaren niet gezien hadden, die heel verwijtend naar elkaar waren, waar heel veel pijn zat, zagen we door de therapie opgelost. Dat voegt ook echt toe aan de kwaliteit van leven.”
(Management, Aafje)

Daarnaast is het contact tussen het zorgpersoneel en familieleden en mentoren goed, zo wordt ook vanuit een contactpersoon van een bewoner bevestigd. De lijntjes zijn kort en over het algemeen is er sprake van meer betrokkenheid en samenwerking. Medewerkers ervaren meer rust, tonen meer begrip, stellen zich neutraler op richting familie, en koesteren minder negatieve gevoelens naar familie. Familieleden vragen medewerkers ook vaker om advies dan voorheen, over hoe zij het beste met hun naaste kunnen omgaan. Over het algemeen zijn zowel het zorgpersoneel als behandelaren in de loop van de tijd sensitiever geworden voor systemisch werken en minder veroordelend naar familie toe.

De introductie van het systemisch werken heeft er verder aan bijgedragen dat het zorgpersoneel kwalitatief hoogwaardige zorg aan bewoners levert. Problemen worden tegenwoordig eerder gesignaleerd door medewerkers, en mogelijke oorzaken van probleemgedrag kunnen beter worden achterhaald.

Overige effecten

Naast het bereiken van de doelen zien de ondervraagden nog een aantal andere, positieve effecten van systemisch werken. Zo ervaren bewoners door de groepsgesprekken en individuele interventies minder spanning, somberheid en agitatie. Daarnaast merken medewerkers van Aafje op dat familie tegenwoordig vaker op bezoek komt. Zelf ervaren medewerkers meer energie, meer werkplezier, meer steun en waardering van collega's. Over de gehele afdeling lijkt er meer verbinding te zijn ontstaan en zijn er substantieel minder crisissen.

6.2.5 Faciliterende en belemmerende factoren bij het systemisch werken

Faciliterende factoren

Tijdens de interviews met medewerkers van Aafje wordt benadrukt dat de implementatie van systemisch werken een lang proces is, dat nog niet is afgerond:

“Er is zeker een basis. Medewerkers worden zich meer bewust van het hele systeem. Alleen moeten zij zich het systemisch werken nog eigen maken; dit kost tijd. We hebben van te voren realistisch ingeschat dat de implementatie van het systemisch werken enige tijd vergt.”
(Management, Aafje)

Over het algemeen is men echter tevreden met de implementatie van systemisch werken binnen de GP-afdelingen. Een aantal factoren werkt hierbij faciliterend, zoals het hebben van een gedreven manager. Ook een kundige supervisor, die de medewerkers kan inspireren, werkt bevorderend bij de implementatie van systemisch werken. Uit de observatie van de avondmodule voor behandelaren blijkt dat de supervisor in haar optreden heel enthousiast en stimulerend is,

en dat de aanwezige behandelaren aandachtig naar haar verhaal luisteren. Andere faciliterende factoren voor de implementatie zijn een gezamenlijke taal, korte lijntjes met zowel familie als met collega's, en voldoende budget om onder andere de opleidingen over systemisch werken te kunnen financieren. Deze opleidingen hebben tot dusver veel bijgedragen aan- en hebben tot veel kennis geleid bij medewerkers.

Belemmerende factoren

In de interviews komen naast faciliterende factoren ook een aantal factoren naar voren die het implementatieproces van systemisch werken op de GP-afdelingen hebben belemmerd of dat nog steeds doen. Zo blijkt de training die agogen volgen rond het systemisch werken veel praktische voorbeelden te gebruiken vanuit de jeugdzorg, en is de vertaling hiervan naar de ouderensector soms een uitdaging. De kennis uit de opleiding is niet één op één te vertalen naar het verpleeghuis en er moet veel worden 'geëxperimenteerd' om te achterhalen wat wel en wat niet werkt. Daarnaast is het van belang dat de juiste medewerkers, zowel vanuit de zorg als behandeling, op de juiste plek ingezet worden. Nu wordt er soms met name naar het rooster gekeken, waardoor medewerkers niet altijd op de 'juiste' plek werken en hun expertise rondom systemisch werken niet ten volste kunnen inzetten.

Voor verzorgenden is het systemisch werken op dit moment soms nog een 'te intellectueel' proces, wat de implementatie onder deze groep medewerkers belemmert. Voor deze groep is meer tijd en begeleiding vereist, en een andere taal.

Tot slot vormt de structurele verankering van systemisch werken een uitdaging. Systemisch werken is momenteel nog (te) persoonsgebonden. Het management hoopt te bewerkstelligen dat systemisch werken zelfdragend wordt en dat elke discipline en medewerker achter de methode van systemisch werken staat, juist ook op momenten dat deze kennis naar de achtergrond dreigt te zakken, bijvoorbeeld ten tijde van hoge werkdruk. Het blijven aanbieden van scholing en intervisie op het gebied van systemisch werken is daarbij volgens geïnterviewden van belang.

7 Conclusie



In dit hoofdstuk geven we antwoord op de drie onderzoeksvragen die het uitgangspunt vormden voor dit onderzoek en aan de hand waarvan inzicht werd verkregen in bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de sectoren V&V en ggz rondom de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische (GP) problematiek in V&V instellingen.

1. Hoe is de zorg voor de doelgroep gerontopsychiatrie binnen V&V instellingen georganiseerd, hoe zien de personeelssamenstelling en interne samenwerking eruit, en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren hierbij?

Een eerste belangrijke conclusie is dat de doelgroep GP binnen V&V instellingen niet eenduidig te definiëren is; er wonen bewoners die al lange tijd psychiatrische cliënten waren en die 'gewoon' ouder worden, maar er zijn ook bewoners die ergens in de loop van het ouder worden een psychiatrisch beeld hebben ontwikkeld, in combinatie met somatische klachten.⁴ Uit de resultaten blijkt tevens dat de woonsituatie verschilt. Zo delen bewoners met GP problematiek in sommige gevallen een afdeling met andere bewoners, wat kan leiden tot problemen rond bijvoorbeeld de benaderingswijze. Ook is er voor bewoners met GP problematiek meer tijd en aandacht nodig dan voor andere bewoners om goede, passende zorg te bieden. Daarnaast is duidelijk dat de complexiteit van de GP doelgroep over de breedte toeneemt. Dit vormde bijvoorbeeld een van de redenen voor V&V instelling Aafje om het systemisch werken, bekend vanuit de ggz, op de GP-afdelingen te introduceren.

Wat betreft de personeelssamenstelling op GP-afdelingen, zijn de V&V en ggz het erover eens dat er idealiter sprake zou zijn van een mix van personeel met somatische expertise én van personeel met psychiatrische expertise. Op dit moment is de personeelssamenstelling op veel GP-afdelingen echter niet in balans, en is er bovendien sprake van grote personeelstekorten. Er lijkt met name behoefte te zijn aan aanvullende psychiatrische expertise, maar ook activiteitenbegeleiders en fysiotherapeuten worden van groot belang geacht voor goede zorg voor bewoners met GP problematiek.

In de huidige manier van samenwerken binnen V&V instellingen speelt de (GZ-)psycholoog, mits aanwezig, vaak een belangrijke faciliterende rol. Hij of zij vormt vaak de 'spin in het web' tussen het zorgteam en het behandelteam en in het contact tussen de verschillende disciplines. Andere factoren die de interne samenwerking positief beïnvloeden zijn het 'snel kunnen schakelen' en 'korte lijntjes' met collega's. Daarentegen vormt het lage aantal uren beschikbaarheid dat een aantal professionals heeft voor de GP doelgroep, bijvoorbeeld (GZ-)psychologen en paramedici, een belangrijke belemmerende factor om een goede samenwerking rond de doelgroep op te zetten.

4 Bewoners die in de loop van het ouder worden een psychiatrisch beeld ontwikkelen vallen niet onder de formele definitie van gerontopsychiatrie zoals die in dit onderzoek wordt gehanteerd.

2. Wat zijn kennislacunes ten aanzien van de doelgroep gerontopsychiatrie, welke vormen van kennisuitbreiding worden ingezet, en wat zijn bevorderende en belemmerende factoren in kennisdeling?

Uit de interviews, focusgroep en actie-onderzoeken komt een breed gedeelde visie naar voren dat er op dit moment een tekort aan kennis en kunde is binnen veel GP-afdelingen over de doelgroep GP. Dit geldt voor het verplegend en verzorgend personeel, als ook voor behandelaren. Bij het zorgpersoneel ontbreekt over het algemeen de basiskennis omtrent psychiatrie en psychiatrische ziektebeelden. Dit vormde bijvoorbeeld de aanleiding voor V&V instelling Atlant en ggz-instelling Pro Persona om een personeelsuitwisseling te starten. Maar ook aanvullende kennis over bejegening, verslavingsproblematiek, agressie en probleemgedrag is nodig.

Er leeft een grote behoefte bij zorgmedewerkers en behandelaren om meer kennis te vergaren over de GP doelgroep, onder andere door te leren van de kennis en kunde die op andere plekken in de eigen regio of het land aanwezig is rond de GP doelgroep, maar die op dit moment nog niet wordt gevonden. Daarnaast is er behoefte aan het volgen van (bij)scholingen en trainingen, hoewel GP-scholingsaanbod amper aanwezig lijkt en/of niet wordt gevonden.

Voor het zorgpersoneel lijkt meer proactieve aandacht voor (geronto)psychiatrie vooral gewenst in de vorm van intervisie, klinische lessen (door eigen collega's) en training on the job. Op die manier kan een directe koppeling met de eigen zorgpraktijk worden gemaakt en kan kennis direct praktisch toepasbaar worden gemaakt. Dat bleek ook bij de personeelsuitwisseling tussen Atlant en Pro Persona, waar V&V medewerkers aangaven het prettig te vinden om op deze manier 'on the job' te kunnen leren, en ook bij de introductie van het systemisch werken bij Aafje, waar veel gebruik werd gemaakt van intervisie.

3. In welke mate en op welke manier vindt samenwerking plaats tussen organisaties in de V&V en de ggz in de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in V&V instellingen, en wat zijn verbeterpunten en wensen ten aanzien van de samenwerking?

Samenwerking tussen de V&V en ggz omtrent de GP-doelgroep wordt op dit moment op vergelijkbare wijze vormgegeven tussen instellingen. Zo is in praktisch alle gevallen van samenwerking een psychiater vanuit de ggz betrokken en vindt er vaak structureel overleg plaats tussen de betrokken professionals vanuit de ggz en de V&V-instelling, hoewel de frequentie hiervan varieert. Vanuit V&V instellingen wordt de hulp van ggz professionals daarnaast vaak incidenteel ingeroepen op momenten dat men er zelf niet meer uitkomt, bijvoorbeeld wanneer men vastloopt met een bewoner of er sprake is van een crisissituatie.

De huidige samenwerkingen worden door zowel de V&V als de ggz als nuttig en waardevol ervaren, maar vanuit beide sectoren wordt ook benadrukt dat het beter zou zijn wanneer er meer tijd beschikbaar zou zijn en ggz professionals vaker en langer langs zouden kunnen gaan in V&V instellingen. Er leeft een sterke behoefte binnen de V&V om de samenwerking met de ggz verder te verbeteren, onder andere door deze structureler te borgen. Een ander belangrijk verbeterpunt is de betrokkenheid van zorgpersoneel en, in sommige gevallen, (GZ-)psychologen vanuit V&V instellingen bij de samenwerking. Deze professionals hebben soms het gevoel dat er te weinig met hun kennis wordt gedaan en dat zij niet altijd genoeg betrokken en/of gehoord worden in het contact met de ggz.

In tabel 7.1 worden de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking en kennisdeling tussen de V&V en ggz weergegeven.

Tabel 7.1 Bevorderende en belemmerende factoren samenwerking en kennisdeling

| | Bevorderend | Belemmerend |
|---------------------|--|---|
| Samenwerking | <ul style="list-style-type: none"> • Unaniem positief; gezamenlijk doel • Vaste aanspreekpunten, korte lijnen • Goede overdracht | <ul style="list-style-type: none"> • Te weinig tijd, behoefte aan uitbreiding samenwerking • Zorgpersoneel niet voldoende betrokken bij contact met ggz • Juiste randvoorwaarden ontbreken (bijv. rol management) • Te weinig financiële middelen |
| Kennisdeling | <ul style="list-style-type: none"> • Interne trainingen door eigen collega's (o.a. basispsychiatrie) • Klinische lessen • Intervisie, training on the job (praktisch toepasbaar, praktijkvoorbeelden) | <ul style="list-style-type: none"> • Weinig tot geen GP-scholingsaanbod (of onbekendheid met het aanbod) • Onwetendheid waar 'vergelijkbare GP-afdelingen' en collega's te vinden |

De resultaten zoals gepresenteerd in deze rapportage – betrekking hebbend op bevorderende en belemmerende factoren in de samenwerking en kennisdeling tussen de sectoren verpleging en verzorging (V&V) en geestelijke gezondheidszorg (ggz) en vernieuwende sector overstijgende initiatieven – worden in dit hoofdstuk afgezet tegen de resultaten die in eerdere pijlers van het onderzoek gevonden werden, te weten de beschrijving van de doelgroep en de omvang, zorgsituatie en expertise rondom de doelgroep. In samenhang met overige gerelateerde literatuur ontstaat zodoende een beeld van de huidige situatie van de GP doelgroep in de langdurige zorg in Nederland, en de kennisdeling en samenwerking die daarbij plaatsvindt tussen de V&V en ggz.

Doelgroep en woonsituatie

Allereerst springt in het oog dat de definitie van de doelgroep nog niet (volledig) geïmplementeerd is in het veld en mede daardoor op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd. Een gevolg hiervan is dat bewonersgroepen die binnen verschillende instellingen met dezelfde term worden aangeduid – ‘bewoners met gerontopsychiatrische problematiek’ – toch (zeer) uiteenlopend kunnen zijn. Zo kan het hierbij gaan om bewoners die al lange tijd psychiatrische cliënten waren en die ‘gewoon’ ouder worden, maar ook om bewoners die ergens in de loop van het ouder worden een psychiatrisch beeld hebben ontwikkeld in combinatie met somatische klachten. Deze laatste groep valt niet onder de definitie van gerontopsychiatrie zoals die eerder werd vastgesteld in een Delphi-studie (Veerbeek et al., 2020).

Een deel van de bewoners met GP problematiek die in verpleeghuizen verblijft, is afkomstig uit een ggz instelling. Om te bepalen in welke sector mensen met GP problemen het best kunnen verblijven, is (betere) implementatie van de doelgroepdefinitie in de praktijk noodzakelijk. Want hoewel onderzoek heeft aangetoond dat consequenties van de aandoeningen, neuropsychiatrische symptomen, afhankelijkheid op zorgdomeinen, fysieke status en bijkomend medicatiegebruik niet verschillen tussen cliënten in beide sectoren, ligt de gemiddelde leeftijd van cliënten in de ggz veel lager, is er sprake van meer chronische psychiatrische aandoeningen en wordt er vaker antipsychotica voorgeschreven (van den Brink et al., 2017). Om te komen tot een goed plaatsingsbeleid is samenwerking en afstemming tussen de V&V en ggz, is het helpend wanneer iedereen over dezelfde groep en kenmerken spreekt.

De verschillende interpretaties van de GP doelgroep, maar ook de heterogeniteit van de ziektebeelden van de doelgroep, verklaren mogelijk mede waarom de GP doelgroep binnen verpleeghuizen merendeels geclusterd op een speciale afdeling specifiek voor de GP doelgroep woont, maar in een kwart van de gevallen verspreid over reguliere PG of somatische afdelingen woonachtig is (Kroezen et al., 2021). Met een geschat aantal van 1.316 bewoners met gerontopsychiatrische problematiek met verblijf in het verpleeghuis (Kroezen et al., 2021), vormt deze groep een zeer klein aandeel van het totaal aantal bewoners in de V&V van 115.000 (CBS, 2020). Dit lage volume maakt een clustering van de doelgroep binnen veel V&V instellingen dan ook

lastig. Zoals uit de resultaten van dit onderzoek blijkt, leidt het verspreid wonen in de praktijk tot problemen, omdat verschillende bewonersgroepen verschillende benaderingswijzen (kunnen) vragen en de specifieke kennis die hiervoor vereist is niet altijd bij het zorgpersoneel aanwezig is. Daarbij vormen het niet (lijken te) passen van een bewoner in de groep en onvoldoende kennis en expertise van medewerkers veelvoorkomende redenen voor overplaatsing van een bewoner (Kroezen et al., 2021). Een mogelijke verbetering hierin kan volgen wanneer de doelgroepdefinitie meer geïmplementeerd raakt. Zorgverleners zullen zich dan immers meer bewust zijn van het bestaan van- en de kenmerken van de GP doelgroep en deze bewoners waarschijnlijk eerder herkennen, waardoor een beter plaatsingsbeleid gehanteerd kan worden.

Personeelssamenstelling

Binnen V&V instellingen die de GP-doelgroep huisvesten zijn, net als op reguliere V&V afdelingen, altijd helpenden, verzorgenden (IG) en MBO en/of HBO verpleegkundigen aanwezig. Ook activiteitenbegeleiders, diëtisten, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, (GZ-)psychologen, zorghulpen en maatschappelijk werkers zijn vaak present. Een zeer klein deel (5%) van de V&V instellingen heeft daarnaast een psychiater in dienst. Voor specifieke expertise rondom psychiatrische problematiek wordt veelal expertise van buitenaf ingeschakeld, zoals psychiaters, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en de verpleegkundig specialisten ggz (Kroezen et al., 2021). Maar er bestaat ook een grote wens voor meer 'balans' in de eigen personeelssamenstelling op GP afdelingen, met expertise op zowel het somatische als het psychiatrische domein. Hoe een optimale personeelssamenstelling eruit dient te zien, is op dit moment nog onvoldoende helder. In de criteria waaraan expertisecentra binnen het doelgroepnetwerk gerontopsychiatrie gaan voldoen, wordt een aantal disciplines genoemd die minimaal van een multidisciplinair GP-zorgteam deel uit moeten maken, te weten: specialist ouderengeneeskunde, GZ psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, HBO-verpleegkundigen en agogen. Voor een landelijk expertisecentrum dient aanvullend een creatief therapeut aan het team toegevoegd te worden (Transitieplan GP, 2021). Binnen V&V instellingen die de GP-doelgroep huisvesten zijn arbeids-therapeutische begeleiders relatief schaars (12%), een (GZ)psycholoog is wel vaker 'in huis', maar toch heeft nog bijna een kwart van deze instellingen geen psycholoog in dienst (Kroezen et al., 2021). Het belang van betrokken disciplines met psychiatrische expertise werd goed duidelijk bij de implementatie van systemisch werken bij Aafje, waarbij psychologen en agogen een grote rol speelden. Maar ook tijdens de interviews en de focusgroep werd meermaals aangegeven dat deze disciplines onmisbaar zijn als aanvullende bron van kennis op het gebied van psychiatrische ziektebeelden en omgangsvormen. Deze expertise moet dan wel als zodanig worden ingezet en deze medewerkers zouden niet teveel dagelijkse zorgtaken uit moeten voeren. De uitdaging voor de samenstelling van multidisciplinaire teams, mede in het licht van de personele schaarste in de zorgsector, is de expertise dekkend te laten zijn voor de complexe problematiek op niet enkel de psychische en lichamelijke domeinen, maar ook op de functionele en sociale domeinen. Naast het zelf in dienst hebben van deze disciplines, kunnen oplossingen voor V&V instellingen ook liggen in structurele sectoroverstijgende samenwerking of samenwerking tussen V&V instellingen in de regio, waarbij expertise onderling wordt gedeeld.

Samenwerking met de ggz

Bij de organisaties die in dit onderzoek deelnamen aan de interviews en focusgroepen was sprake van een structurele vorm van onderlinge samenwerking tussen de V&V en ggz. De meerwaarde van deze samenwerking werd unaniem benoemd. Wel werden er verbeterpunten aangegeven die vooral te maken hebben met randvoorwaarden als tijd, financiering van de samenwerking, maar ook met het betrekken van verzorgenden bij de samenwerking. Wat betreft financiering kan een sector overstijgende betaaltitel helpend zijn om regionale sector overstijgende samenwerking te faciliteren. De door de Nederlandse Zorgautoriteit ingezette verkenning naar de mogelijkheid van een dergelijke betaaltitel is wat dat betreft veelbelovend (Nederlandse Zorgautoriteit, 2022). De resultaten in dit rapport tonen daarnaast aan dat structurele aanvullende psychiatrische expertise op GP-afdelingen zeer gewenst is. Samenwerking tussen de V&V en ggz is echter (nog) niet vanzelfsprekend. In tegenstelling tot de organisaties die deelnamen aan de in dit rapport beschreven onderzoeken, werkt op dit moment een derde van de V&V instellingen niet samen met de ggz. Een deel daarvan gaf als reden zelf de juiste kennis en expertise in huis te hebben voor de doelgroep (Kroezen et al, 2021). Omdat in dit onderzoek is gefocust op bestaande samenwerkingen, zijn geen nieuwe inzichten gevonden waarom juist *niet* wordt samengewerkt rond de doelgroep.

Kennis en kennisdeling

Uit alle pijlers van het onderzoek blijkt dat de kennis en kunde binnen GP-afdelingen over de doelgroep GP op dit moment, op veel locaties, tekortschiet. Met name meer basiskennis omtrent psychiatrie en psychiatrische ziektebeelden is zeer gewenst. Deze behoefte hangt logischerwijs samen met het tekort aan personeel met een psychiatrische achtergrond dat momenteel op GP-afdelingen werkzaam is. Maar anderzijds ook met een ervaren gebrek aan passende scholingen en training op dit gebied en de vindbaarheid hiervan. Sinds de start van dit onderzoek is er met de ontwikkeling van het doelgroepennetwerk gerontopsychiatrie veel verbeterd in de vindbaarheid van kennis en kunde bij andere V&V organisaties, omdat deze specifieke organisaties nu verenigd zijn in de Vereniging voor Gerontopsychiatrie. Een goed overzicht en aanbod van scholing specifiek op het gebied van de gerontopsychiatrie binnen de verpleeghuissetting ontbreekt tot op heden echter nog. Aanvullend op het ervaren tekort aan psychiatrische kennis, blijft binnen V&V instellingen die zorg bieden aan de doelgroep met name ook scholingsaanbod op het gebied van weerbaarheid, het betrekken van het sociaal netwerk, omgaan met crisis en IADL achter. Ook op deze aspecten is aanvullende scholing wenselijk. Tijdens de interviews werd tot slot aangegeven dat ook meer kennis op het gebied van verslavingsproblematiek en agressie wenselijk is.

De meeste organisaties bieden scholing en training aan medewerkers. Een derde doet dit via eigen opleiders en een derde doet dit ook in samenwerking met de ggz (Kroezen et al, 2021). Naast het opdoen van kennis via de klassieke manier door scholing en training, is er vooral veel behoefte om op de werkvloer en van elkaar te leren. Dit maakt kennis concreter en direct toepasbaar. Belangrijk is dat dit proactief gebeurt en dat hiervoor tijd beschikbaar wordt gemaakt tijdens de dagelijkse werkzaamheden. Leren op de werkvloer kan bijvoorbeeld ingebed worden in al bestaande (overleg) structuren, om extra belasting van medewerkers te voorkomen. Ook

moet er goed gekeken worden of de vorm waarin kennis wordt aangeboden passend is bij het opleidingsniveau van de medewerker die de kennis tot zich neemt. Verzorgenden hebben over het algemeen meer behoefte aan praktische kennis zonder al te veel leeswerk. Het onderling delen van best practices past hier goed binnen. Voor psychologen zou meer theoretische kennis passender kunnen zijn. Uitwisseling van personeel tussen verschillende organisaties wordt als zinvol gezien. Om hier als individu, team of organisatie zo optimaal mogelijk van te kunnen profiteren, is het zaak dat vooraf wordt nagedacht over het doel van de uitwisseling om gericht informatie op te doen tijdens de uitwisseling. Om die kennis ook weer terug de eigen organisatie in te brengen, zijn vervolgacties zoals bijvoorbeeld verslaglegging of een presentatie over de ervaring en lessons learned onmisbaar.

Het veld van gerontopsychiatrie in het verpleeghuis is relatief jong en klein, het is niet verwonderlijk dat er veel behoefte is aan het opdoen van kennis onder zorgmedewerkers. Uit de interviews, het groepsgesprek en het actieonderzoek kwam tot dusver geen expliciete behoefte naar voren aan onderzoek naar wat wel en niet werkt voor de doelgroep. Dit is deels een logisch gevolg van de onderzoeksofzet, waarbij deelnemers voornamelijk in de zorgpraktijk werkzaam zijn en veelal weinig bekend met het uitvoeren van onderzoek. Anderzijds heeft dit te maken met de ontwikkelfase waarin het veld zich bevindt. Voor de (nabije) is evidence based kennisontwikkeling echter essentieel om passende zorg vorm te geven.

De bevindingen in deze rapportage onderschrijven de adviezen van Andersson Elffers Felix en XpertiseZorg (2021) om de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg te verbeteren en zijn hier complementair aan vanwege het sectoroverstijgende karakter. De wil en de aandacht voor het verbeteren van kennis en expertise in de langdurige zorg en de aandacht die er bestaat voor specifieke, kleine doelgroepen in de langdurige zorg die aanvullende expertise behoeven, zoals bewoners met GP problematiek, zal de kwaliteit van zorg ten goede komen. De eerste stappen tot verbetering van kennis en expertise worden momenteel al gezet met de ontwikkeling van het doelgroepnetwerk gerontopsychiatrie en de Vereniging voor Gerontopsychiatrie, waarin met de leden gezamenlijk wordt gewerkt aan nog betere zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in de langdurige zorg.

9 Dankwoord



Allereerst veel dank aan alle bewoners die ons toestonden om een of meerdere dagen op hun afdeling mee te kijken. Daarnaast veel dank aan alle instellingen en professionals die ondanks de roerige tijden van de COVID-19 pandemie en de problemen rond personeelstekorten de tijd namen voor deelname aan ons onderzoek. Dat waarderen wij zeer.

De leden van de klankbordgroep GP worden bedankt voor hun input op de voorlopige resultaten en voor hun antwoorden op verdiepende vragen vanuit het onderzoeksteam. Ook vanuit enkele V&V instellingen is input geleverd op de voorlopige resultaten en deze mensen danken wij ook hartelijk.

Daarnaast worden Suzanne Berlang en Emiel Stobbe bedankt voor hun hulp bij het transcriberen van de interviews. Tot slot wordt Janne van Erp, die een grote bijdrage leverde aan de uitwerking en analyse van de interviews, hartelijk bedankt voor haar inzet.

Bijlage 1 Topiclijst interviews samenwerking V&V en ggz

Inleiding

Bedanken voor deelname, herhaal kort doel onderzoek, hoe het interview in zijn werk gaat (opname en verwerking gegevens), hoe lang het ongeveer zal duren, vraag toestemming voor opname. Vraag of er nog vragen zijn.

→ *Start opname*

Openingsvragen

- U werkt als <functie> in <naam instelling>. Hoe lang doet u dit werk al?
- Wat trok u aan in dit werk?
- Hoe lang werkt u al specifiek met de doelgroep mensen met gerontopsychiatrische problemen?

De zorg voor de doelgroep

- Wat zijn de kenmerken en omvang van de GP doelgroep binnen uw organisatie?
- Welke zorg verleent u vanuit uw functie aan de doelgroep (dagelijkse werkzaamheden)?
- Met welke andere zorgverleners werkt u daarbij nauw samen?
 - Wordt de zorg multidisciplinair vormgegeven? Hoe ziet dit er precies uit?
- Als u *overall* kijkt naar de zorgverlening binnen <naam instelling/locatie> aan mensen met gerontopsychiatrische problematiek, hoe vindt u dan dat dit gaat?
 - Wat gaat goed? Waar zitten nog verbeterpunten? Waar heeft dit mee te maken?
- Voelt u zich persoonlijk voldoende toegerust om zorg te verlenen aan de doelgroep? Heeft u het gevoel dat dit ook voor al uw collega's geldt?

De samenwerking tussen de ouderenzorg en ggz voor de doelgroep

- Weet u of uw organisatie samenwerkt met een aanbieder van ggz (inclusief verslavingszorg)? OF: weet u of u als ggz aanbieder samenwerkt met een aanbieder van GP? Waarom wel/niet?
- Werkt u zelf wel eens samen met iemand van een ggz instelling? Zo ja:
 - Hoe vaak is dit ongeveer? Vorm samenwerking? Type cliënten? Redenen samenwerking?
- Wie zijn de betrokkenen in deze vormen van samenwerking?
- Als er wordt samengewerkt, gaat het dan om een formele samenwerking (bijv. een officieel convenant of samenwerkingsovereenkomst) of om meer informele samenwerkingsafspraken?
- Hoe beoordeelt u de (verschillende vormen van) samenwerking?
- Waar zitten obstakels en hoe zijn die te verhelpen? (bijv. financieel, juridisch, infrastructuur)
- Hoe is de afbakening tussen de zorg en verantwoordelijkheden tussen de ggz OF V&V en uw organisatie afgestemd m.b.t. GP patiënten?
- Hoe kijkt u naar de continuïteit van de samenwerking tussen ggz en V&V?
- Als u nadenkt over de ideale samenwerking tussen ggz en V&V, wat zou er dan nog verbeterd moeten worden ten opzichte van hoe het nu gaat?

De kennisdeling tussen ouderenzorg en ggz t.b.v. de doelgroep

- Volgt u bijscholing/deskundigheidsbevordering in verband met de zorg voor de doelgroep? Denk daarbij aan cursussen, studiedagen, interne of externe referaten, werkbezoeken, meelopen 'on the spot' etc.?
- Doet u dat individueel of met collega's?
- In hoeverre draagt de scholing eraan bij dat u betere zorg aan de doelgroep kunt bieden?
- Sluit het huidige scholingsaanbod aan bij uw wensen/behoefte?
- Ondersteunt de <naam instelling> u naar uw idee voldoende bij het op peil houden van uw kennis rond de doelgroep?
- Zijn er nog andere manieren waarop kennisuitwisseling plaatsvindt tussen de ggz en V&V instelling?

Kennislacunes m.b.t. samenwerking en kennisdeling

- Wat zijn volgens u de belangrijkste lacunes in kennis en kunde ten aanzien van de doelgroep?
- Hoe zouden die aangepakt kunnen worden?
- Welke randvoorwaarden zouden er dan geregeld moeten zijn (bijv. wat betreft financiering, tijd vrijmaken, etc.)?

Bijlage 2 Topiclijst focusgroep kennisuitwisseling en kennisuitbreiding en gewenste personeelssamenstelling

1. Kennisuitwisseling en kennisuitbreiding

- Uitwisseling op welke onderwerpen meest zinvol
 - Vanuit V&V perspectief en vanuit ggz perspectief
 - Verschillen tussen professionele groepen? (verschillen tussen bijv. behandelaars/zorg)
- Vorm uitwisseling
 - Na- of bijscholing/intervisie
 - In-company/klinische les/extern/digitaal
- Duur en frequentie uitwisseling
 - Eenmalige studiemiddag vs. modulereeks
 - Eenmalig vs. (twee)jaarlijks
- Scholing best gegeven door..
 - Extern iemand (bijv. vanuit hogeschool)
 - Intern iemand (bijv. kwaliteitsverpleegkundige)
 - Achtergrond (bijv. iemand vanuit de ggz/hogeschool/praktiserend in de zorg)
- Karakter kennisuitwisseling
 - Vrijblijvend/verplicht
- Beschikbaarheid
 - Huidige scholingsaanbod/intervisiemogelijkheden
 - Gewenste scholingsaanbod/intervisiemogelijkheden
- Randvoorwaarden
 - Rol zorginstelling
 - Rol beroepsverenigingen
 - Rol professional
 - Invloed omvang doelgroep (hoe groter, des te hoger de noodzaak)

2. Wensen samenstelling betrokken zorgverleners (juiste skill-mix)

Casus 1 (20 minuten)

In het zuiden van het land bevindt zich een V&V instelling met een speciale afdeling voor GP bewoners (dus geen andere bewoners). Op dit moment bevinden zich 13 bewoners op de GP-afdeling. De meeste bewoners hebben een V&V7 zorgprofiel. Negen van de 13 bewoners zijn man, de gemiddelde leeftijd is 70,2 jaar. Gemiddeld wonen de bewoners al zo'n 3,7 jaar op de afdeling.

Opdracht 1 (5 minuten voorbereiden, 15 minuten groepsdiscussie)

Op de afdeling is 13 fte aan zorgpersoneel te verdelen (dus exclusief behandelaars). Welke zorgmedewerkers met welk opleidingsniveau zou jij aanstellen?

Fte staat voor fulltime-equivalent. Eén fte is een volledige werkweek (36 uur). Als iemand parttime werkt, bijvoorbeeld een halve week (18 uur), dan werkt diegene 0,5 fte.

Casus 2 (20 minuten)

In het midden van het land bevindt zich een V&V instelling met een gemengde afdeling waar zowel bewoners met GP-problematiek wonen als ook bewoners met de ziekte van Huntington. Een aantal van de bewoners heeft een verstandelijke beperking. De meeste bewoners hebben een V&V7 zorgprofiel. Er wonen in totaal 19 bewoners op de afdeling. Twaalf van de 19 bewoners zijn vrouw, de gemiddelde leeftijd van de bewoners is 52,4 jaar. Gemiddeld wonen zij zo'n 7 jaar op de afdeling.

Opdracht 2 (5 minuten voorbereiden, 15 minuten groepsdiscussie)

Op de afdeling is 16 fte aan zorgpersoneel te verdelen (dus exclusief behandelaars). Welke zorgmedewerkers met welk opleidingsniveau zou jij aanstellen?

Fte staat voor fulltime-equivalent. Eén fte is een volledige werkweek (36 uur). Als iemand parttime werkt, bijvoorbeeld een halve week (18 uur), dan werkt diegene 0,5 fte.

Maak een keuze (20 minuten)

Als je moest kiezen tussen een van de twee, dan kun je op een GP-afdeling (dus een afdeling met uitsluitend bewoners met GP problematiek)...

1. Beter een Specialist Ouderengeneeskunde aanstellen die aanvullende psychiatrische scholing heeft gehad.
2. Beter een psychiater aanstellen die aanvullende somatische scholing heeft gehad.

Als je moest kiezen tussen een van de twee, dan kun je op een GP-afdeling (dus een afdeling met uitsluitend bewoners met GP problematiek)...

1. Beter algemene verpleegkundigen aanstellen die aanvullende psychiatrische scholing hebben gehad.
2. Beter psychiatrisch verpleegkundigen aanstellen die aanvullende somatische scholing hebben gehad.

Bijlage 3 Topiclijst interview initiatiefnemers personeelsuitwisseling

Inleiding

Bedanken voor deelname, herhaal kort doel onderzoek, hoe het interview in zijn werk gaat (opname en verwerking gegevens), hoe lang het ongeveer zal duren, vraag toestemming voor opname. Vraag of er nog vragen zijn.

→ *Start opname*

Aanleiding

- Wat was de aanleiding om de wederzijdse uitwisseling van medewerkers te starten?
 - Houdt deze reden(en) verband met een bepaald 'probleem' in de eigen organisatie?
- Waarom is er specifiek gekozen voor een uitwisseling van personeel? Waren er ook andere mogelijkheden om de aanleiding/de reden/het probleem op te lossen? Zo ja, waarom zijn deze niet gekozen?
- Wie nam het initiatief?
- Waarom is ervoor gekozen om specifiek minimaal niveau 4 geschoolde V&V medewerkers uit te wisselen en bijv. niet andere medewerkers?
- Hoe reageerde de eigen organisatie (management)? Moest er formeel toestemming verkregen worden?
- Hoe reageerde de medewerkers die mee gaan doen?

Doelen

- Wat is het doel voor <naam organisatie> om aan deze wederzijdse uitwisseling deel te nemen?
 - Zijn daarbij hoofd- en subdoelen te onderscheiden?
 - Zijn dit doelen voor de <naam organisatie> als geheel, voor een specifieke afdeling(en), voor specifieke medewerkers?
- Wat wil <naam organisatie> leren?
- Zijn er dingen die <naam organisatie> wellicht op basis van de uitwisseling wil gaan veranderen?
- Wat is de specifieke kennis die <naam organisatie> wil opdoen?

Omschrijving uitwisseling

- Kun je de uitwisseling eens omschrijven?
- Uit welke onderdelen bestaat de uitwisseling?
 - Vind er een voorbereiding plaats met de medewerker die de uitwisseling gaat doen?
 - Wie bepaalt wat de uitwisselingsmedewerker gaat zien/doen?
- Wie zijn er betrokken vanuit beide organisaties bij de uitwisseling?
- Wat krijgen medewerkers die niet aan de uitwisseling meedoen, mee van de uitwisseling?
 - Zijn zij bij de voorbereiding betrokken?
 - Hoe vindt terugkoppeling vanuit de deelnemende uitwisselings-medewerkers plaats naar de andere medewerkers?

Bijlage 4 Topiclijst interview deelnemers personeelsuitwisseling voorafgaand aan uitwisseling

Inleiding

Bedanken voor deelname, herhaal kort doel onderzoek, hoe het interview in zijn werk gaat (opname en verwerking gegevens), hoe lang het ongeveer zal duren, vraag toestemming voor opname. Vraag of er nog vragen zijn.

→ *Start opname*

Verwachtingen

- Hoe hoorde u van de uitwisseling?
 - Heeft u zichzelf opgegeven of bent u gevraagd?
- Kent u de achtergrond/de reden voor deze uitwisseling?
- Waarom doet u mee?
- Wat verwacht u van de uitwisseling?
- Wat hoopt u voor uzelf uit de uitwisseling te halen? En voor uw afdeling/organisatie?
 - In hoeverre zijn dit concrete doelen die zijn uitgesproken of op papier zijn gezet?

Vorbereiding

- Wat weet u over hoe uw dag bij <naam andere afdeling/organisatie> eruit gaat zien?
 - Heeft u voorbereidende informatie ontvangen? Mensen gesproken?
 - Bent u zelf op zoek gegaan naar meer informatie over de <naam andere afdeling/organisatie>?
- Voelt u zich voldoende voorbereid voor de uitwisseling?
- Heeft u er zin in?

Ervaringen mee terug naar eigen afdeling

- Heeft u er al over nagedacht over hoe u uw ervaringen die u opdoet bij <naam andere afdeling / organisatie> wilt verspreiden naar uw eigen collega's?
 - Zijn daar gesprekken over geweest met de teamleider/het management?

Bijlage 5 Observatieschema personeelsuitwisseling

Non-participant, directe observatie (zowel ongestructureerd als gestructureerd)

| | |
|--------------------------|--|
| Naam observant | |
| Datum observatie | |
| Plaats observatie | |
| Starttijdstip observatie | |
| Eindtijdstip observatie | |

Beschrijving van de setting waarin de observatie plaatsvindt:

Beschrijving van de aanwezige actoren en hun rol:

Ongestructureerde observaties:

| Observatie | Locatie | Tijdstip |
|------------|---------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Gestructureerde observaties (mogelijk invullen aan eind van de dag):

| Gedrag | Gedrag geobserveerd | Toelichting |
|--|---|--|
| Uitwisselingspersoon stelt vragen aan personeelsleden | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | <i>(type vragen; over de zorg, over casuïstiek, over interventies, etc.)</i> |
| Uitwisselingspersoon krijgt vragen van personeelsleden | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | <i>(type vragen; over de zorg, over casuïstiek, over interventies, etc.)</i> |
| Uitwisselingspersoon interacteert met personeelsleden | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Uitwisselingspersoon stelt vragen aan cliënten | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Uitwisselingspersoon interacteert met cliënten | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Uitwisselingspersoon vertelt proactief over hoe het op de eigen werkplek gaat | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Uitwisselingspersoon maakt aantekeningen | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Uitwisselingspersoon helpt mee met de zorg | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Uitwisselingspersoon neemt een afwachtinge / observerende houding aan | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| De aanwezigheid van de uitwisselingspersoon lijkt de bewoners/cliënten te beïnvloeden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, een beetje <input type="checkbox"/> Nee | <i>(op welke manier? Onrust? Positief?)</i> |
| Uitwisselingspersoon bespreekt leerdoelen, neemt zelf initiatief om informatie rondom leerdoelen te verkrijgen | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |

Bijlage 6 Topiclijst interview deelnemers personeelsuitwisseling na afloop van uitwisseling

Inleiding

Bedanken voor deelname, herhaal kort doel onderzoek, hoe het interview in zijn werk gaat (opname en verwerking gegevens), hoe lang het ongeveer zal duren, vraag toestemming voor opname. Vraag of er nog vragen zijn.

→ *Start opname*

Proces

- Wat vond u van de uitwisseling?
 - Was het zoals u had verwacht?
- Had u het gevoel dat de organisatie waar u terecht kwam de uitwisseling goed had voorbereid?
- Wat vond u prettig tijdens de uitwisseling?
- Wat had in uw ogen beter gekund tijdens de uitwisseling?
- U heeft nu X dagen meegelopen bij afdeling(en) X; was dit de juiste hoeveelheid dagen?

Opbrengsten

- Wat heeft de uitwisseling u persoonlijk opgeleverd?
- Waarvan heeft u het meest opgestoken?
- Heeft u het gevoel dat u uw (leer)doelen hebt bereikt?

Vervolg

- Waren uw eigen collega's benieuwd naar hoe de uitwisseling was? En uw manager?
- Hoe heeft u de opgedane ervaringen verspreid naar uw eigen collega's?
 - Zijn daar gesprekken over geweest met de teamleider/het management?
- Heeft u n.a.v. de uitwisseling nog specifieke acties ondernomen?

Afsluitend

- U gaat zelf ook iemand begeleiden op uw eigen afdeling. Welke belangrijkste les daarvoor neemt u mee uit uw eigen ervaringen?

Bijlage 7 Topiclijst interview Retrospectie- en Ontwerp fases systemisch werken

Inleiding

Bedanken voor deelname, herhaal kort doel onderzoek, hoe het interview in zijn werk gaat (opname en verwerking gegevens), hoe lang het ongeveer zal duren, vraag toestemming voor opname. Vraag of er nog vragen zijn.

→ *Start opname*

Aanleiding

- Wat was de aanleiding om systemisch werken op de GP-afdelingen van Smeetsland en De Twee Bruggen te introduceren?
 - Houdt deze reden(en) verband met een bepaald 'probleem' in de eigen organisatie?
- Hoe zijn jullie op de methodiek van systemisch werken gekomen?
- Waarom is er specifiek gekozen voor de introductie van systemisch werken? Waren er ook andere mogelijkheden om de aanleiding/de reden/het probleem op te lossen? Zo ja, waarom zijn deze niet gekozen?
- Wie nam het initiatief?
- Hoe reageerde de eigen organisatie (management)? Moest er formeel toestemming verkregen worden?
- Hoe reageerden de behandelaren en het zorgpersoneel toen ze hiervan hoorden?
- In hoeverre is er in de aanloop naar de introductie van het systemisch werken contact geweest met de GGZ (waar er al langere tijd met systemisch werken wordt gewerkt)? In hoeverre heeft de GGZ als inspiratie gediend?

Doelen

- Wat is het doel om systemisch werken op de GP-afdelingen van Smeetsland en De Twee Bruggen te introduceren?
 - Zijn daarbij hoofd- en subdoelen te onderscheiden?
 - Zijn dit doelen voor Aafje als geheel of specifiek voor de locaties Smeetsland en De Twee Bruggen, of nog specifiek voor de GP-afdelingen van de betreffende locaties? Wellicht doelen voor specifieke behandelaars/medewerkers?
- Wat willen de afdelingen leren?
- Zijn er dingen die de afdelingen met de introductie van systemisch werken willen gaan veranderen?

Omschrijving systemisch werken

- Kun je eens omschrijven hoe de introductie van systemisch werken wordt aangepakt op de afdelingen?
- Hoe zijn de behandelaars en het zorgpersoneel van de afdelingen geïnformeerd?
 - Is er (schriftelijk/intranet) informatie gedeeld?
- Is er ook communicatie (geweest) naar cliënten/familie?
- Wie zijn er op de vloer betrokken bij (de introductie van) het systemisch werken?
 - Wie vervult welke rol daarin?
- Uit welke onderdelen bestaat het systemisch werken?
- Vindt er samenwerking met de GGZ plaats (waar er al langere tijd met systemisch werken wordt gewerkt)?

Bijlage 8 Observatieschema systemisch werken

Non-participant, directe observatie (zowel ongestructureerd als gestructureerd)

| | |
|--------------------------|--|
| Naam observant | |
| Datum observatie | |
| Plaats observatie | |
| Starttijdstip observatie | |
| Eindtijdstip observatie | |

Beschrijving van de setting waarin de observatie plaatsvindt:

Beschrijving van de aanwezige actoren en hun rol:

Ongestructureerde observaties:

| Observatie | Locatie | Tijdstip |
|------------|---------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Gestructureerde observaties hetero-anamnese:

| Observatie | Geobserveerd? | Toelichting |
|---|---|-------------|
| Indien meerdere naasten aanwezig zijn: zorgprofessional betreft iedereen bij het gesprek | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Indien meerdere naasten aanwezig zijn: zorgprofessional houdt het proces van 'consensus zoeken' voor ogen | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |

| Observatie | Geobserveerd? | Toelichting |
|---|---|-------------|
| Zorgprofessional neemt de inbreng van naasten serieus; toont begrip en waardering | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional neemt een neutrale houding aan; velt geen oordelen | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional blijft in het kader van de context en het gesprek | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional creëert bewustwording bij naasten | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Het gesprek verloopt goed; er heerst een ontspannen sfeer | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional geeft aan dat er systemisch wordt gewerkt op de afdeling | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Deels <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional stelt vragen om een goed beeld te krijgen van de cliënt | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional bespreekt de 'drie Watjes' ⁵ : 1. Wat is er aan de hand? (wat is het probleem; wat zijn mogelijke oorzaken) 2. Wat is er al geprobeerd qua oplossingen? (in hoeverre hebben oplossingen gewerkt) 3. Wat moet er nu gebeuren? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Deels <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional stelt een schematisch overzicht (genogram) van het familie systeem op | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Deels <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional checkt of er sprake is van (over)belasting bij naasten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Deels <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zorgprofessional maakt goede afspraken met naasten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Deels <input type="checkbox"/> Nee | |

5 Consensusgericht systemisch interviewen en interveniëren

Gestructureerde observaties training systemisch werken:

| Gedrag | Gedrag geobserveerd | Toelichting |
|---|---|-------------|
| De trainer is in zijn optreden enthousiast, stimulerend en positief | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Artsen luisteren aandachtig naar de trainer | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Artsen stellen vragen ter verduidelijking | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |
| Artsen doen actief mee met opdrachten/oefeningen | <input type="checkbox"/> Ja, veel <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Ja, weinig <input type="checkbox"/> Nee | |

Bijlage 9 Topiclijst interview Toepassing- en Reflectie fases systemisch werken

Inleiding

Bedanken voor deelname, herhaal kort doel onderzoek, hoe het interview in zijn werk gaat (opname en verwerking gegevens), hoe lang het ongeveer zal duren, vraag toestemming voor opname. Vraag of er nog vragen zijn.

→ *Start opname*

Toepassingsfase:

- Kun je eens omschrijven hoe jij in je dagelijkse werkzaamheden bezig bent met systemisch werken?
 - Wie zijn daar nog meer bij betrokken?
 - Op welke onderdelen van het systeem richt jij je (familie, medebewoners, team verpleging/verzorging of behandelaren)?
- In hoeverre voel je je kundig in het systemisch werken?
 - Training/introductie gehad?
 - Behoefte aan meer kennis?
- Wat gaat er goed op de afdeling in het systemisch werken?
- Wat zijn uitdagingen voor de afdeling in het systemisch werken?/Wat zijn verbeterpunten voor de afdeling in het systemisch werken?

Reflectiefase:

- In hoeverre heeft systemisch werken (volledig) plaatsgevonden zoals gepland/bedoeld?
 - Faciliterende factoren?
 - Beperkende factoren? Oplossingen?
- Wat zijn jouw ervaringen met het systemisch werken?
 - Welke effecten zie je bij bewoners, familie, collega's?
- Op basis van de eerdere interviews hebben we vastgesteld dat er meerdere doelen waren voor de introductie van het systemisch werken. Kun je aangeven in hoeverre de doelen zijn bereikt?
 - Voor cliënten: cliënt beter leren kennen (volledige geschiedenis) en beter begrijpen, daardoor begeleidingsplan kunnen optimaliseren, leidend tot verhogen kwaliteit van leven en creëren van meer rust
 - Voor familiesysteem: betere samenwerking en betere contacten (tussen zorg en familie), tijdig signaleren van problemen, leidend tot verhogen kwaliteit van leven en creëren van meer rust
 - Voor zorgpersoneel: goede kwaliteit van zorg bieden zonder teveel energie kwijt te zijn (risico op burn-out verkleinen), oorzaken van probleemgedrag achterhalen.
 - Afdelingsbreed: meer sensitiviteit voor systemisch werken, basisniveau verhogen.

- Uit eerdere interviews hoorden we al wat terug over resultaten van het systemisch werken. Herken je deze?:
 - Voor cliënten: meer rust, passen beter in de groep
 - Voor familiesysteem: minder klachten, voelen zich gehoord, vaker op bezoek, meer rust
 - Voor zorgpersoneel: meer begrip naar familie toe, minder spanning met familie, betere omgang met de groepsdynamiek
 - Afdelingsbreed: meer bewustzijn
- Welke onderdelen van het systemisch werken hebben in meerdere of mindere mate aan deze resultaten bijgedragen?
- Welke mogelijkheden voor aanpassingen en verdere verbetering van de implementatie van systemisch werken op de GP-afdeling zie je?

Bijlage 10 Literatuur

Andersson Elffers Felix en XpertiseZorg (2021). *Alle aandacht naar implementatie. Evaluatie van de kennisinfrastructuur langdurige zorg*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Van den Brink, A. M. A., Gerritsen, D. L., de Valk, M. M. H., Oude Voshaar, R. C., & Koopmans, R. T. C. M. (2017). Characteristics and health conditions of a group of nursing home patients with mental-physical multimorbidity - the MAPPING study. *International Psychogeriatrics*, 29(6), 1037–1047.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). Aantal bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen 2019. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2020/13/aantal-bewoners-van-verzorgings-en-verpleeghuizen-2019#:~:text=In%202019%20woonden%20ruim%2015,Amsterdam%20met%20ruim%203%20duizend>.

Kroezen, M., Lempens, A., Bransen, E., Van Belzen, E., Van der Kuil, M., De Lange, A. Kroon, H., Planije, M. & Van der Roest, H. (2021). *Bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek: Een vragenlijstonderzoek naar de omvang, zorgsituatie en expertise*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Nederlandse Zorgautoriteit (2022). *Regionaal samenwerken onder één betaaltitel? Een verkenning van de mogelijkheden en uitdagingen van een sectoroverstijgende betaaltitel*. NZa-Magazines 02.

Veerbeek, M.A., Lempens, A.L.F., Bransen, E.M., Van Belzen, D.E., Van Erp, J.H., Kroon, J.D. & Van der Roest, H. (2020). *Doelgroep definitie ter beschrijving van bewoners met gerontopsychiatrie in het verpleeghuis en bewoners in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg met psychiatrische problematiek - Resultaten van een Delphi-studie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

