M. Kroezen, A. Lempens, E. Bransen, E. van Belzen, M. van der Kuil,
A. de Lange, H. Kroon, M. Planije, H. van der Roest

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

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

M. Kroezen, A. Lempens, E. Bransen, E. van Belzen, M. van der Kuil,
A. de Lange, H. Kroon, M. Planije, H. van der Roest

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

Trimbos-instituut, Utrecht, maart 2021

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

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.G. van der Roest

Projectuitvoering
M. Kroezen, A. Lempens, E. Bransen, E. van Belzen, M. van der Kuil
A. de Lange, H. Kroon, M. Planije, H. van der Roest

Omslagontwerp
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.

De uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1875.**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 - 297 11 00

©2021, 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 **11**

2 Aanpak van de omvangbepaling/methodologische verantwoording van de omvangbepaling **13**
2.1 Inleiding 13
2.2 Enquête 13
2.3 Dataverzameling 13
2.4 Schoning en voorbereiding data 15
2.5 Data-analyse 19

3 Gerontopsychiatrie in instellingen voor verpleging en verzorging **21**
3.1 Respons 21
3.2 Kenmerken deelnemende instellingen 22
3.3 Omvang van de doelgroep 23
3.4 Woon- en zorgsituatie van de doelgroep 29
3.5 Deskundigheid en kennis met betrekking tot de doelgroep 36
3.6 Samenwerking met de GGz 45
3.7 Conclusie en reflectie 50

4 Psychiatrische problematiek in wooninstellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg **55**
4.1 Respons 55
4.2 Kenmerken deelnemende instellingen 57
4.3 Omvang van de doelgroep 59
4.4 Woon- en zorgsituatie van de doelgroep 62
4.5 Deskundigheid en kennis met betrekking tot de doelgroep 64
4.6 Samenwerking met de GGz 77
4.7 Conclusie en reflectie 81

Dankwoord **85**

Bijlage 1 Vragenlijst instellingen voor verpleging en verzorging **87**

Bijlage 2 Vragenlijst VG-woonvoorzieningen **103**

Bijlage 3 Literatuur **119**

Samenvatting

Deze rapportage bevat de uitkomsten van het tweede deel van het onderzoek naar een optimale kennisdeling en samenwerking in de zorg aan bewoners met chronische psychiatrische problematiek in verpleeghuizen (gerontopsychiatrie) en aan bewoners met psychiatrische problematiek in woonvoorzieningen in de verstandelijk gehandicaptenzorg. 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 beide doelgroepen. Dit tweede deel van het onderzoek betreft een vragenlijstonderzoek naar de omvang, woon- en zorgsituatie van beide doelgroepen, alsmede de deskundigheid, kennis en samenwerking met de GGz van betrokken instellingen voor verpleging en verzorging (V&V) en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (VG).

Dit onderzoeksonderdeel is in het najaar van 2020 uitgevoerd door middel van een landelijke enquête onder V&V instellingen en VG-instellingen in Nederland. De netto respons op de enquête was 20% voor V&V instellingen (n=407) en 21% voor VG-instellingen (n=86). De relatief lage respons kan niet los gezien worden van de coronapandemie; een deel van de aangeschreven instellingen, met name in de V&V, gaf aan niet aan het onderzoek deel te kunnen nemen in verband met corona-gerelateerde problematiek. De uitkomsten van de enquêtes zijn voorgelegd aan een klankbordgroep voor nadere duiding.

Samenvatting gerontopsychiatrie in instellingen voor verpleging en verzorging

Een belangrijke conclusie die we uit de enquête onder V&V organisaties kunnen trekken, is dat de doelgroepdefinitie gerontopsychiatrie in het verpleeghuis nog niet (volledig) geïmplementeerd is in het veld en mede als gevolg daarvan op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd. Dit zien we terug in de respons die we ontvingen. Een deel van de respondenten heeft gerontopsychiatrie (GP) foutief opgevat als psychogeriatrie (PG). Daarnaast is het zeer waarschijnlijk dat een deel van de respondenten de definitie van gerontopsychiatrie ruimer heeft opgevat, dan zoals die in het onderzoek gehanteerd wordt. Bijvoorbeeld door bewoners mee te rekenen met relatief korte ('new onset') psychiatrische problematiek. Om deze redenen zijn verificaties op de betrouwbaarheid van de data gedaan, wat leidde tot vier niveaus van betrouwbaarheid. Bij oordeel 1 (n=114) mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data betrekking hebben op de GP doelgroep, bij oordelen 2 (n=60) en 3 (n=59) bestaan hierover twijfels, en bij oordeel 4 (n=101) mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data (tevens) betrekking hebben op andere doelgroepen. De samenvatting heeft, tenzij anders vermeld, betrekking op de resultaten voor locaties met oordeel 1.

Omvang

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt op basis van de respons, dat er ongeveer 1.316 bewoners met gerontopsychiatrische problematiek (zonder Wmo-indicatie) in V&V instellingen verblijven. In

de afgelopen vijf jaar is het aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in bijna de helft van de locaties toegenomen; in een derde van de gevallen was er geen verandering merkbaar. De coronapandemie heeft bij een kwart van de locaties invloed uitgeoefend op het aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek. Zo waren er problemen rond de bezetting - zoals een stagnerende instroom, gefaseerde uitstroom en moeilijkheden rond overplaatsing - en groeide op sommige locaties de wachtlijst.

Woon- en zorgsituatie

De meerderheid van de bewoners met gerontopsychiatrische problematiek woont geclusterd (dus tezamen) op een speciale afdeling die specifiek voor de GP doelgroep is ingericht. Van alle bewoners met GP problematiek die geclusterd wonen, deelt circa de helft de geclusterde woonvorm met andere bewoners, vaak met bewoners met Korsakov en/of bewoners met Huntington. Ruim de helft van alle bewoners met gerontopsychiatrische problematiek verblijft in een open woonvorm, terwijl een kwart in zowel een open als een gesloten woonvorm verblijft. Veruit de meeste respondenten gaven aan dat er binnen hun locatie bewoners met GP problematiek verblijven die door het Centrum Indicatiestelling Zorg zijn geïndiceerd met de zorgprofielen VV07 en VV05. Bij het overgrote deel van de locaties is een specialist ouderengeneeskunde en een basisarts aanwezig binnen de organisatie en vanuit de verpleging en verzorging zijn helpenden, verzorgenden (IG) en MBO en/of HBO verpleegkundigen praktisch altijd aanwezig. Een externe psychiater wordt in veel gevallen op structurele basis bij de zorg betrokken en hetzelfde geldt op incidentele basis voor een geriater. Overige disciplines als een (GZ-)psycholoog, fysiotherapeut en activiteitenbegeleider zijn in het overgrote deel aanwezig binnen de organisatie.
Het zorg-, ondersteuning- en activiteitenaanbod voor bewoners met GP problematiek wordt in circa twee derde van de locaties afgestemd op de doelgroep. Tegelijkertijd zijn hierin verschillen zichtbaar, zowel tussen locaties als in het specifieke aanbod dat geboden wordt. Zo heeft 40% van de locaties een op de doelgroep aangepaste fysieke inrichting van de afdeling, begeleidingsgroepen en specifieke vormen van therapie voor de bewoners met gerontopsychiatrische problematiek, terwijl een even hoog percentage aangeeft dat dit niet aanwezig maar wel wenselijk is.

Deskundigheid en kennis

Slechts de helft van de respondenten beoordeelt het aanwezige expertiseniveau op de locatie met betrekking tot bewoners met GP problematiek als (ruim) voldoende. Expertise dient voornamelijk vergroot te worden op het gebied van de psychiatrie, bijvoorbeeld kennis over psychiatrische ziektebeelden en daaraan gekoppeld een passende bejegening. Op dit moment volgt een kwart van de medewerkers geen scholing en training over gerontopsychiatrie die wordt gefaciliteerd door de organisatie.
Ongeveer driekwart van de respondenten is van mening dat de dagelijkse begeleiding en de omgang met gedragsproblemen binnen de organisatie goed gaan bij bewoners met GP problematiek, maar bijna 60% van de respondenten ervaart knelpunten omtrent dagbesteding voor deze doelgroep. Als oplossing wordt deskundigheidsbevordering door de respondenten als meest noodzakelijke middel voor verbetering gezien. Om de dagelijkse begeleiding en het omgaan met gedragsproblemen (verder) te verbeteren, zijn meer en/of geschiktere interventies nodig, als ook een verbeterde beschikbaarheid van uitvoerende disciplines.

Samenwerking met de GGz

Samenwerking tussen V&V en GGz instellingen vindt bij ruim een derde van de respondenten nog niet plaats. V&V organisaties die wel samenwerken met de GGz doen dit vaak op structurele basis met een instelling uit de buurt. De samenwerking bestaat vooral uit consultaties, algemeen overleg of verwijzing van bewoners. Van kennisdeling is nog relatief weinig sprake. De 'korte lijntjes' en 'laagdrempeligheid' in de huidige samenwerking met de GGz worden als erg prettig ervaren. Tegelijkertijd leeft bij bijna de helft van de respondenten de behoefte aan verdere verbetering van de samenwerking, onder andere door de samenwerking structureler te maken en door meer aan wederzijdse kennisdeling en kruisbestuiving te doen. Meer beschikbare middelen en ontschotting van de financiering worden hierbij als belangrijke randvoorwaarden genoemd.

Samenvatting psychiatrische problematiek in wooninstellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg

In het najaar van 2020 voerde het Trimbos-instituut een enquête uit onder 409 wooninstellingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg[1] om te bepalen hoeveel bewoners met een Wlz-indicatie kampen met psychiatrische problematiek. Tevens gingen wij na in hoeverre de kennis en expertise van de medewerkers van deze instellingen hierop zijn toegerust en hoe de samenwerking met de geestelijke gezondheidzorg eruitziet. Er kwamen 86 ingevulde vragenlijsten retour: een respons van 21%.

Samenstelling

Ongeveer de helft van de responderende instellingen telt één vestiging - gemiddeld 10 inwoners - en ruim een derde van de instellingen valt in de categorie groot, met gemiddeld 300 bewoners. Omdat er geen referentiekader is, is het lastig vast te stellen in hoeverre de respons de sector representeert. Op basis van de best mogelijke vergelijking, blijkt het aandeel kleine instellingen in lijn te liggen met de sectorverdeling en is het aandeel grote instellingen in de respons wat hoger dan in de sector.

Omvang

Uit het vragenlijst onderzoek blijkt dat tien procent van de responderende instellingen aangeeft geen enkele bewoner met psychiatrische problematiek te tellen. Het gaat dan in alle gevallen om kleine instellingen. In de overige responderende instellingen blijkt dat naar schatting dertig procent van de bewoners met een Wlz-indicatie met psychiatrische problematiek kampt. Onder de instellingen met slechts één vestiging (veelal de kleine instellingen) ligt dit percentage hoger: 36% vs. 30 %. In minder dan de helft van deze gevallen (45%), is er sprake van een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis. Bij het grootste deel van de bewoners met psychiatrische problematiek is er dus sprake van een vermoeden van een psychiatrische stoornis. Ruim de helft van de responderende instellingen geeft aan dat het aandeel bewoners met psychiatrische problematiek in de afgelopen vijf jaar is toegenomen. Als gevolg van de gewijzigde toelatingscriteria voor GGz cliënten tot de Wet langdurige zorg per 1 januari 2021, verwacht eveneens iets meer dan de helft van de instellingen een (verdere) toename van het aantal bewoners met psychiatrische problematiek.

1 Naast VG-instellingen die Zorg in Natura bieden, is ook één groep van aanbieders benaderd die de Wlz-geïndiceerde zorg via een Persoons Gebonden Budget aanbieden: de Thomashuizen.

Verblijfsituatie en indicatie

De meerderheid van de bewoners met psychiatrische problematiek verblijft op reguliere afdelingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Bij de indeling in woonvormen is de mate van de verstandelijke beperking soms leidend. Het meest voorkomende zorgzwaartepakket onder bewoners met psychiatrische problematiek is VG 6.

Bij 44% van de instellingen komt het jaarlijks voor dat bewoners met psychiatrische problematiek overgeplaatst worden, meestal omdat 'het zorgaanbod niet passend' is. Bij de helft van de overplaatsingen wordt 'gedragsproblematiek' als reden(en) genoemd of 'het opvlammen van psychiatrische problematiek'. Bij een kwart van de overplaatsingen is 'onvoldoende kennis/expertise van de medewerkers' de reden. De overplaatsing blijft meestal binnen de organisatie of binnen de VG-sector. In ongeveer een kwart van de gevallen betreft het een overplaatsing naar de GGz[2].

Zorgaanbod

De meeste responderende instellingen (82%) geven aan dat er specifieke zorg wordt geboden aan de bewoners met psychiatrische problematiek. Dat gaat bij de helft van de instellingen om een specifieke benaderingswijze. Ook is er vaak extra zorg - tijd en aandacht - beschikbaar (44%) en/of een speciale daginvulling (42%). Achttien instellingen (23%) geven aan de beschikking te hebben over een speciaal in psychiatrische problematiek geschoold team. Bij de grotere instellingen (met meer vestigingen) wordt vaker specifieke therapie aangeboden dan bij instellingen met één vestiging. Deze veelal kleinere instellingen bieden naar eigen zeggen juist weer vaker meer tijd en aandacht aan de bewoners met psychiatrische problematiek.

Ruim een derde deel van de instellingen geeft aan dat zij een bepaald, op de doelgroep toegesneden zorgaanbod missen. Meer grote dan kleine instellingen geven dit aan. Zij missen vooral een specifieke therapie, een team dat in psychiatrische problematiek is geschoold en gelegenheid om extra tijd en aandacht aan de bewoners te bieden. Ook een specifieke daginvulling voor de doelgroep wordt gemist.

Kennis en expertise

Twee derde van de instellingen vindt dat zij voldoende expertise hebben met betrekking tot bewoners met psychiatrische problematiek (66%). De overige instellingen beoordelen de eigen expertise als 'neutraal' (22%) tot 'onvoldoende' (12%). De kleine instellingen oordelen vaker positief over de eigen expertise dan de grote instellingen.

De orthopedagoog, AVG en agogisch medewerker zijn in de meeste instellingen betrokken bij de zorg voor de doelgroep met psychiatrische problematiek. De orthopedagoog en de AVG zijn dan vaak ook 'in huis'. Bij een derde van de instellingen zijn geen psychologen en/of psychiaters bij de zorg aan de doelgroep betrokken.

Bijna alle instellingen vinden dat zij goed zijn in de dagelijkse begeleiding van bewoners met psychiatrische problematiek. Ook het omgaan met vermeende gedragsproblemen gaat veelal goed. Respondenten die positief oordelen over de eigen expertise, zijn met name trots op hun goede relatie ('vertrouwen', 'veiligheid') met de bewoners, de goede samenwerking met externe partijen en het maatwerk dat zij bieden.

Ongeveer een derde van de instellingen ervaart knelpunten bij het herkennen en tijdig signaleren van psychiatrische problematiek, bij de behandeling daarvan en bij het omgaan

2 Dit kan een crisisplaats of 'bed op recept' betreffen.

met gedragsproblemen. De instellingen met één vestiging zijn positiever over hun eigen kunnen dan de instellingen met meer vestigingen, met name op het gebied van herkenning en vroegsignalering.
Welke expertise behoeft specifiek verbetering? Het gaat vooral om kennis op het vlak van psychopathologie en farmacologie. Ook het omgaan met crisissituaties, ontsporingen, suïcidaliteit en depressie worden genoemd. Verder is meer expertise op het gebied van verslavingsproblematiek gewenst. Daarnaast is aandacht nodig voor zelfzorg van de medewerkers en voor vertrouwen op de eigen deskundigheid.
De huidige kennis en expertise kan volgens de respondenten op verschillende wijzen worden vergroot: 1) door deskundigheidsbevordering van het huidige personeel, 2) door betere interdisciplinaire samenwerking (vooral met de GGz), en 3) door verbeterde beschikbaarheid van GGz professionals.

Scholing

In een meerderheid van de instellingen volgt (een deel van) de medewerkers die met bewoners met psychiatrische problematiek werken scholing of training over de combinatie van een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. Bij ruim een derde van de instellingen geldt dit voor alle betrokken medewerkers (37%). Bij vijftien procent van de instellingen wordt hierin geen scholing of training gevolgd.
De scholing betreft meestal omgaan met bepaald gedrag, bejegening en kennis/diagnostiek van psychiatrische stoornissen. Bij instellingen met meer vestigingen gaat het relatief vaak om training gericht op het vergroten van de weerbaarheid van medewerkers.
Driekwart van de instellingen heeft een aanvullende scholingsbehoefte: vooral op het gebied van psychiatrische stoornissen, gedag en weerbaarheid. Ook (meer) training in het omgaan met crises is gewenst. De instellingen met meerdere vestigingen hebben *overall* vaker een scholingsbehoefte dan de instellingen met één vestiging.

Samenwerking

Vrijwel alle instellingen (91%) werken op ad-hoc basis (extern) samen in de zorg voor bewoners met psychiatrische problematiek. Meestal met een AVG-polikliniek of met een GGz instelling (inclusief PAAZ, APZ). Instellingen met één vestiging werken in verhouding vaker samen met een vrijgevestigde GGz professional en minder vaak met een instelling. Een kwart van de respondenten geeft aan een geformaliseerde samenwerking te hebben met de GGz, via een convenant of samenwerkingsovereenkomst.
Zeventig procent van de respondenten beoordeelt de samenwerking met de GGz als voldoende tot goed. Als meest genoemde positieve aspecten van de samenwerking worden genoemd: de inhoudelijk expertise van de GGz, 'korte lijnen' en betrokkenheid/meedenken.
Dertig procent van de respondenten vindt de samenwerking met de GGz 'matig' (27%) tot 'slecht' (3%). De instellingen met meer vestigingen oordelen hierover vaker negatief dan de instellingen met één vestiging. Meer dan de helft van alle instellingen kan verbeterpunten in de samenwerking benoemen.
De belangrijkste verbeterpunten liggen in een gelijkwaardiger en meer structurele samenwerking. Met name in crisissituaties is verbetering nodig, waarbij ook het vergroten van de capaciteit en een betere toegang voor opname/behandeling van belang zijn.
De samenwerking met partners uit de GGz is nu nog vaak afhankelijk van individuele personen en is daardoor onvoldoende geborgd. Vaker overleg en regelmatiger uitwisseling zijn wenselijk,

zodat de samenwerking leidt tot wederzijdse kennisvergroting en tot een betere zorg voor de doelgroep. De samenwerking wordt door veel instellingen nog te zeer als eenrichtingsverkeer ervaren, waarbij de GGz kennis naar de VG-sector brengt en veel minder andersom. De respondenten geven aan een gelijkwaardiger wederzijdse uitwisseling van kennis en ervaring te wensen, waarvoor volgens sommigen een omslag nodig is in visie en wil.
Er zijn instellingen die 'dromen' van samenwerking in multidisciplinaire gemixte teams met een gemeenschappelijk woon- en dagbestedingsaanbod op maat voor mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek. Als goede startpunten hiervoor zien zij een structurele samenwerking op instellingsniveau, structurele uitwisseling tussen GGz en VG-teams, gezamenlijke scholing, congressen en trainingen. Dit wordt nu vaak belemmerd door financiële schotten tussen de domeinen, personeelskrapte en beperkte budgetruimte, aldus de respondenten. De bereidheid en behoefte om de samenwerking tussen de beide sectoren te verbeteren, klinkt echter sterk door en veel instellingen zijn hiermee ook al aan de slag.

1 Inleiding

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 andere problematiek, 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 pijler van dit onderzoek betreft een nadere beschrijving van de doelgroepen: om wie gaat het en hoe groot is die groep? Om de omvang van de groep bij de instellingen te kunnen uitvragen, is allereerst een afbakening van de doelgroep nodig. In februari 2020 is daarom een beschrijving van beide groepen opgesteld op basis van een Delphi-studie onder experts (Veerbeek e.a., 2020). In deze beschrijving zijn een aantal onderscheidende, veel voorkomende kenmerken en problematieken bij de twee beoogde groepen opgenomen. Tegelijkertijd benadrukten de experts dat het om heterogene groepen gaat en dat stereotypering vermeden moet worden. Onderstaande beschrijvingen zijn gebaseerd op de resultaten van de Delphi-studie:

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

Beschrijving doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een VG-woonvoorziening

Typerend voor bewoners van een VG-instelling die ook kampen met psychiatrische problematiek is het tegelijkertijd voorkomen van problemen op meer leefdomeinen. In combinatie met het lagere verstandelijke en adaptieve niveau van functioneren en de psychiatrische aandoeningen, komen problemen op het gebied van gedrag en sociaal functioneren het meeste voor. Deze bewoners onderscheiden zich het meest van andere bewoners van een VG-woonvoorziening door hun psychiatrische problematiek en hun gedrag.
Het gaat hierbij om mensen met een lichte, een matige of een ernstige verstandelijke beperking maar ook om mensen met zwakbegaafdheid. De definitie 'verstandelijke beperking' waarmee de studie werd gestart, is daarom niet dekkend voor de beoogde doelgroep. In samenhang met het beneden gemiddeld niveau van verstandelijk functioneren (en in wisselwerking hiermee) is bij hen veelal sprake van een lage sociaal emotionele ontwikkeling, een disharmonisch profiel en moeite met het uitvoeren van executieve functies.
De bewoners hebben meestal meerdere psychiatrische diagnoses - die zowel formeel vastgesteld als alleen een vermoeden zijn - en daarbij beperkt ziekte-inzicht. Vaak is er sprake van autisme of ASS, PTSS of hechtingsproblematiek. De psychiatrische problematiek is meestal niet acuut. Gedragsproblemen en een geringe impulsbeheersing worden door deskundigen eveneens als typerend genoemd.
Op het domein van lichamelijk functioneren is vooral het gebrek aan beweging en het vaak niet zelfstandig kunnen verrichten van algemene dagelijkse levensverrichtingen typerend, met name omdat hierbij stimulans nodig is. Ook voor de zelfzorg is vaak stimulans nodig.
Bewoners van een VG-instelling die ook kampen met psychiatrische problematiek hebben veelal een geschiedenis van traumatische levenservaringen. Zij hebben problemen met het herkennen en reguleren van emoties en hebben vaak te maken met overvraging. Verder is het kenmerkend dat (de reactie op) verandering in de begeleiding en de interactie met andere bewoners bij hen meer aandacht vragen, in vergelijking met andere bewoners van een VG-instelling. Hun sociaal netwerk is klein en er is daarbij vaak sprake van verstoorde relaties met familie of anderen. Een zinvolle dagbesteding en het invullen van de vrije tijd zijn voor velen van hen moeilijk te realiseren.
Het gaat veelal om mensen die op verschillende plaatsen binnen de VG-zorg zijn verbleven, voorafgaand aan hun verblijf in de huidige woonvoorziening. De belangrijkste reden dat zij gebruik maken van een verblijfsvoorziening in de verstandelijk gehandicaptenzorg is hun grote behoefte aan dagelijkse begeleiding vanwege geringe zelf- en sociale redzaamheid.

Na afbakening van de doelgroepen bestaat een volgende stap in het onderzoek uit een nadere kwantitatieve beschrijving van de doelgroepen. Door middel van een vragenlijstonderzoek onder instellingen voor verpleging en verzorging en woonvoorzieningen in de verstandelijk gehandicaptenzorg in Nederland, brengen we de omvang, de woon- en zorgsituatie en de huidige kennisinfrastructuur rondom de beide doelgroepen in kaart. Deze notitie bevat de resultaten van deze studie.

2 Aanpak van de omvangbepaling/methodologische verantwoording van de omvangbepaling

2.1 Inleiding

Dit onderzoeksonderdeel is uitgevoerd door middel van een landelijke enquête onder instellingen voor verpleging en verzorging en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg in Nederland.

2.2 Enquête

De landelijke enquête is samengesteld door het Trimbos-instituut. Op basis van literatuuronderzoek en expertise van de onderzoekers is een eerste versie van de enquête ontwikkeld. Deze versie is in een pre-test voorgelegd aan twee V&V instellingen en twee VG-instellingen. Hiermee werd getoetst wat de invulduur was, hoe begrijpelijk de vragen waren en of er onderwerpen ontbraken in de vragenlijst. Naar aanleiding van de ontvangen feedback is de vragenlijst aangepast en werd een definitieve versie opgesteld.
Het doel van de enquête was inzicht te krijgen in het aantal mensen met gerontopsychiatrische problematiek dat verblijft in V&V-instellingen en het aantal mensen met een verstandelijke beperking (VB) en psychiatrische problematiek dat verblijft in VG-instellingen (op Wlz-indicatie). Daarnaast werd in de enquête gevraagd naar de woon- en zorgsituatie van beide doelgroepen en werd ingegaan op de aanwezige deskundigheid en kennis met betrekking tot de doelgroep. Tot slot werd geïnventariseerd hoe de zorg en samenwerking met de GGz is georganiseerd. In bijlages 1 en 2 zijn de volledige enquêtes voor de V&V instellingen en VG-instellingen opgenomen. De enquête kon online worden ingevuld van oktober 2020 tot en met november 2020.

2.3 Dataverzameling

Om te komen tot een selectie van zorgaanbieders die voor deze studie benaderd moesten worden, is gebruik gemaakt van Vektis gegevens van organisaties die in 2019 intramurale zorg boden aan V&V en VG-cliënten vanuit de Wet langdurige zorg en daarvoor zorg declareerden bij de zorgkantoren. Dit leverde een bestand op van in totaal 2.566 vestigingen en ondernemingen, inclusief AGB codes[3]. In tabel 1 zijn deze aanbieders uitgesplitst naar gelang de zorg die ze bieden.

3 De AGB-code (Algemeen GegevensBeheer) is een uniek codenummer in het Vektis-register van Nederlandse zorgverleners of zorgverleningsinstanties. De AGB-code is op grond van de WMG (Wet Marktordening Gezondheidszorg) sinds 1 januari 2016 verplicht voor alle formele zorgverleners, en dient voornamelijk voor declaraties aan zorgaanbieders.

Om tot een zorgvuldige selectie te komen is het Vektis-databestand opgeschoond aan de hand van de geselecteerde AGB-codes. Zo werden organisaties met AGB-code 75 (thuiszorginstellingen) uit het bestand verwijderd, omdat deze niet tot de doelgroep van het onderzoek behoren. Daarnaast hebben een aantal 'herclassificaties' plaatsgevonden. Zo stonden een aantal organisaties met AGB-code 30 (instellingen voor verstandelijk gehandicapten) genoteerd als aanbieder van V&V. Deze zijn door de onderzoekers geherclassificeerd als VG-instelling. Deze beslissingen werden geverifieerd door op de websites van de betreffende zorgaanbieders naar informatie te zoeken. In totaal werden tijdens het opschoningsproces 127 organisaties verwijderd. Als gevolg van deze verwijderingen en de uitgevoerde herclassificaties, bestond het definitieve databestand van zorgaanbieders om voor de studie te benaderen uit 2.035 aanbieders van alleen V&V, 250 aanbieders van alleen VG en 154 aanbieders van zowel V&V als VG.

Tabel 1 Aantal zorgaanbieders V&V en VG

	Vektis-bestand 2019	Na opschoning Vektis-bestand
V&V	2.017	2.035
VG	372	250
V&V en VG	177	154
Totaal	**2.566**	**2.439**

Omdat op basis van het databestand van Vektis niet goed te herleiden is uit hoeveel unieke vestigingen/locaties de 2.439 zorgaanbieders bestaan[4], is besloten organisaties waarover twijfel bestond voorafgaand aan de uitnodiging tot deelname reeds aan te schrijven en uit te vragen hoeveel locaties de zorgaanbieder telt. Ook zorgaanbieders waarbij enkel algemene e-mailadressen rondom zorgverkoop, contractbeheer, aanbestedingen etc. in het Vektis-bestand stonden zijn aangeschreven, om een geschikter contactadres te verkrijgen. Hetzelfde geldt voor zorgorganisaties waar meer dan vijf keer hetzelfde e-mailadres werd genoemd voor verschillende locaties/vestigingen. In de uitgestuurde e-mail werd een korte toelichting op het aanstaande vragenlijstonderzoek gegeven en werd gevraagd ons waar mogelijk in contact te brengen met de juiste persoon binnen de organisatie om de vragenlijst in te vullen.

Voor het VG-onderdeel geldt dat er een extra groep zorgaanbieders is benaderd, naast de instellingen uit de Vektisgegevens. In de VG-sector ontvangt een deel van de Wlz- geïndiceerde cliënten hun vergoeding voor wonen en zorg via een Persoons Gebonden Budget (PGB[5]). Daarom is besloten ook een aantal instellingen te benaderen die Wlz geïndiceerde zorg bieden

4 Het bestand biedt geen zicht op het exacte aantal vestigingen/locaties. Vektis beschikt alleen over de zogenoemde 'declaratiewerkelijkheid': er kan bijvoorbeeld op ondernemingsniveau zijn gedeclareerd, terwijl er ook locaties zijn. Ook kan bij een vestiging voor meerdere fysieke locaties zijn gedeclareerd.

5 Een persoons gebonden budget geeft de cliënt de mogelijkheid om de zorg zelf te bepalen, binnen diens toegewezen indicatie. Zorgverleners hoeven dan geen contract te hebben met een zorgkantoor (Uit: Monitor Gehandicaptenzorg, 2020).

aan mensen met een verstandelijke beperking op basis van een PGB. Hierbinnen vallen diverse zorgvormen zoals ouderinitiatieven, wooninitiatieven, eigen initiatieven, pgb-instellingen of Thomashuizen. Omdat van deze zorgvormen geen centraal overzicht bestaat, is besloten de Thomashuizen te benaderen, waarvan wel een overzicht voorhanden is[6]. Een Thomashuis is een kleinschalige woonvorm die door twee zorgondernemers wordt gerund, die er zelf ook - vaak met hun gezin - wonen. Alle 118 Thomashuizen zijn voor het onderzoek benaderd.

Alle zorgaanbieders ontvingen dinsdag 6 oktober een eerste uitnodiging voor deelname aan het onderzoek. Niet-responderende zorgaanbieders ontvingen maximaal twee keer een herinnering, telkens na twee weken.

Invloed van de coronapandemie op de respons
Een aanzienlijk deel van de aangeschreven instellingen, met name in de V&V, heeft aangegeven niet aan het onderzoek deel te kunnen nemen in verband met corona-gerelateerde problematiek. Respondenten gaven aan geen tijd te hebben de vragenlijst in te vullen of deelname aan het onderzoek had geen prioriteit. Daarnaast gaf een deel van de organisaties aan de vragenlijst slechts voor één van haar locaties te zullen invullen (in plaats van voor meerdere) om dezelfde redenen. Om een zo hoog mogelijke respons te behalen, is besloten de vragenlijst langer open te laten staan en respondenten de mogelijkheid te geven de vragenlijst tot uiterlijk 4 december 2020 in te vullen. Een deel van de respondenten heeft hiervan gebruik gemaakt.

2.4 Schoning en voorbereiding data

2.4.1 Schoning en voorbereiding data V&V instellingen

Het databestand is geschoond aan de hand van de volgende stappen:
- Respondenten die geen toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek zijn uit het databestand verwijderd.
- Respondenten die aangaven dat hun organisatie geen intramurale locaties heeft waar bewoners Wlz zorg ontvangen (al dan niet met behandeling) zijn uit het databestand verwijderd.
- Respondenten die aangaven dat de locatie niet meer bestaat (opgeheven) of tijdelijk niet in gebruik is (vanwege verbouwing) zijn uit het databestand verwijderd.
- Respondenten die de vragenlijst invulden terwijl hun instelling geen V&V instelling maar een VG-instelling is, zijn uit het databestand verwijderd.
- Wanneer meerdere vragenlijsten voor dezelfde V&V locatie werden ingevuld, is de minst uitgebreid ingevulde vragenlijst verwijderd. Deze situatie kon zich voordoen wanneer één respondent de vragenlijst invulde voor zijn/haar locatie (bijv. locatie B) en een andere respondent de vragenlijst invulde voor meerdere locaties, waaronder de betreffende locatie (bijv. locatie A, B en C).
- Incomplete vragenlijsten zijn uit het databestand verwijderd. Een vragenlijst is als incompleet gedefinieerd wanneer de vragenlijst niet tot minimaal vraag 13 (de vraag naar het aantal bedden dat de locatie heeft voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek) is ingevuld.

6 Vestigingen | Thomashuis

Daarnaast zijn vóór aanvang van de analyses twee aanvullende voorbereidende stappen genomen. Een deel van de respondenten gaf aan de vragenlijst ingevuld te hebben voor meerdere locaties, zogenaamde 'nested cases'. Om tot een juiste weging van deze antwoorden te komen, zijn de 'nested cases' gesplitst in meerdere cases, die aan het databestand toegevoegd zijn. Waar nodig, is de weging bij bepaalde vragen aangepast (bijv. bij vragen naar aantallen bewoners is het antwoord van de gesplitte cases gedeeld door het totaal aantal locaties waarvoor de vragenlijst werd ingevuld). Met andere woorden, de analyse heeft plaatsgevonden op locatieniveau.

Daarnaast rezen na een eerste screening van de data bij de onderzoekers vragen op over de betrouwbaarheid van een deel van de ingevulde vragenlijsten. Zo vielen de in de enquête gerapporteerde aantallen GP bewoners fors hoger uit dan de tot dusver bekende schattingen over de omvang van de GP doelgroep in Nederland. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat respondenten de vragenlijst ingevuld hebben met een andere doelgroep in gedachten. Dit ondanks de uitgebreide omschrijving van de doelgroep aan het begin van de vragenlijst en het herhaaldelijk benoemen van de doelgroep op verschillende plekken binnen de vragenlijst. Twee verklaringen lijken aannemelijk:

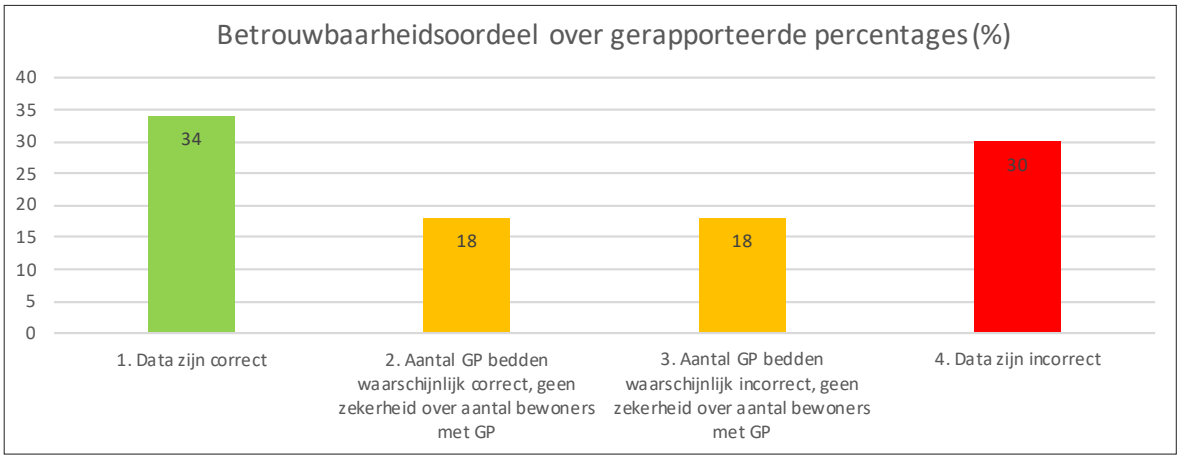
- Men heeft de doelgroep psychogeriatrie (PG) en gerontopsychiatrie (GP) door elkaar gehaald.
- Men heeft de definitie van gerontopsychiatrie ruimer opgevat dan zoals die in het onderzoek gehanteerd wordt, bijvoorbeeld door alle (PG-)bewoners met psychische problematiek mee te tellen of door geen rekening te houden met een stapeling van problematiek naast de psychiatrische problematiek.

Om te controleren of dit inderdaad gebeurd is, hebben we geprobeerd de mate van betrouwbaarheid van de data vast te stellen. Allereerst is getracht de gerapporteerde data te verifiëren.

Verificatie van de data

Om te onderzoeken of respondenten de vragenlijst inderdaad hebben ingevuld met een andere of bredere doelgroep in gedachten, hebben de onderzoekers geprobeerd de data te verifiëren. Voor alle enquêtes waarin respondenten aangaven minimaal één bed voor bewoners met GP problematiek en/of minimaal één bewoner met GP problematiek te hebben, zijn handmatig de ingevulde aantallen vergeleken met informatie die op websites van de betreffende locatie(s)/afdeling(en) te vinden is. Hierbij zijn vier niveaus van betrouwbaarheid toegekend aan de gerapporteerde data, de zogenaamde 'oordelen':

1. De data zijn correct.
2. Aantal GP bedden is waarschijnlijk correct, geen zekerheid over het aantal bewoners met GP.
3. Aantal GP bedden is waarschijnlijk incorrect, geen zekerheid over het aantal bewoners met GP.
4. De data zijn incorrect.



Uit de check op de data blijkt dat met zekerheid vastgesteld kan worden dat in 34% van de enquêtes de ingevulde aantallen bedden voor bewoners met GP problematiek en bewoners met GP problematiek correct zijn. In deze gevallen corresponderen de antwoorden in de vragenlijst met de informatie die op websites gevonden kan worden over het zorgaanbod.
Van 30% van de vragenlijsten kan met zekerheid vastgesteld worden dat de ingevulde aantallen bedden voor bewoners met GP problematiek niet correct zijn. Zo blijken binnen deze groep de ingevulde GP aantallen vaak betrekking te hebben op het in de locatie verblijvende aantal bewoners met PG.
Bij ruim een derde van de enquêtes blijft twijfel bestaan. Voor een deel van deze enquêtes (18%) geldt dat het aantal gerapporteerde bedden voor bewoners met GP problematiek waarschijnlijk wel klopt, maar dat niet met zekerheid vastgesteld kan worden of het aantal bewoners met GP problematiek klopt. Dit zijn bijvoorbeeld afdelingen die gerapporteerd hebben geen GP bedden te hebben, maar wel 8 bewoners met GP problematiek op een totaal van 57 bedden. Dit zou kunnen kloppen, maar het is niet met zekerheid vast te stellen.
Daarnaast geldt voor 18% van de enquêtes dat er een sterk vermoeden is dat de ingevulde aantallen GP bedden niet kloppen en dat niet met zekerheid vastgesteld kan worden of het aantal bewoners met GP problematiek klopt. Dit geldt bijvoorbeeld voor afdelingen die 38 GP bedden rapporteren - waarbij op basis van de website een sterk vermoeden bestaat dat dit om PG bedden gaat - maar die tegelijkertijd drie GP bewoners rapporteren. Dit laatste aantal zou kunnen kloppen, maar kan niet geverifieerd worden.

Belronde

Als aanvullende verificatie is voor een selectie van de V&V locaties waarvoor een enquête werd ingevuld telefonisch contact gezocht om nogmaals te informeren naar het aantal bewoners met GP problematiek. Hiervoor is een random selectie gemaakt van zes locaties per betrouwbaarheidsoordeel; 24 in totaal. Deze locaties zijn in februari 2021 telefonisch benaderd door een onderzoeker van het Trimbos-instituut. Met 13 organisaties is daadwerkelijk telefonisch contact geweest, overige locaties gaven aan te druk te zijn of reageerden niet. Na een uitgebreide toelichting op de definitie van gerontopsychiatrie zoals die in dit onderzoek wordt gehanteerd, werd het aantal bewoners met GP problematiek binnen de locatie uitgevraagd.

Oordeel	Verschil tussen gerapporteerd aantal bewoners met GP problematiek in vragenlijst en telefonisch	
	Gemiddeld	*Range*
Oordeel 1 (n=3)	-1,7	-1 - -2
Oordeel 2 (n=3)	+2,7	-1 - +11
Oordeel 3 (n=4)	-18,5	-74 - +2
Oordeel 4 (n=3)	+1,6	-2 - +8

Hoewel het hier om beperkte aantallen gaat, lijkt de telefonische belronde onze betrouwbaarheidsoordelen te bekrachtigen. Er wordt weinig variatie gevonden voor locaties met betrouwbaarheidsoordeel 1. Voor locaties met betrouwbaarheidsoordeel 3 wordt een veel lager aantal bewoners met GP problematiek gerapporteerd, wat in lijn is met de verwachting dat de definitie in de vragenlijst te ruim of foutief is opgevat. De lichte stijging in het aantal gerapporteerde bewoners bij oordeel 4 is verrassend, en lijkt voornamelijk voort te komen uit de +8 bewoners die door één organistie gerapporteerd zijn. De andere twee organisaties rapporteerden minder bewoners met GP problematiek.

Aanvullend onderzoek via websites

Naast twijfel over de gerapporteerde data, weten we van een aantal V&V instellingen die de GP doelgroep in huis hebben dat zij de enquête niet hebben ingevuld. Op 14 januari 2021 is dan ook aanvullend website-onderzoek verricht om eventuele ontbrekende aantallen alsnog in de totale omvang bepaling op te nemen. Zoektermen waren: gerontopsychiatrie; chronisch psychiatrische verpleeghuiszorg; GP verpleeghuis; ouderen met een psychiatrische achtergrond verpleeghuis; passende zorg voor ouderen met een psychiatrische achtergrond; arbeidsmatige dagbesteding; mensen met een verleden van psychiatrische problematiek.
Uit het aanvullende website-onderzoek kwamen nog eens negen afdelingen/locaties naar voren waar de GP doelgroep verblijft en die niet gerapporteerd zijn in onze enquête:

Organisatie / locatie / afdeling	Aantal GP bedden/bewoners
Organisatie 1, verpleeghuis	36
Organisatie 2, woonzorgcentrum	16
Organisatie 3, verzorgingshuis/verpleeghuis	28
Organisatie 4, diverse locaties verpleging en verzorging	31 (minimaal)
Organisatie 5, woonzorgcentrum	Onbekend
Organisatie 6, verzorgingshuis/verpleeghuis	Onbekend
Organisatie 7, verpleeghuis	Onbekend

Dit betekent dat wij rekening moeten houden met een onderrapportage van minimaal 111 GP bedden.

2.4.2 Schoning en voorbereiding data VG-instellingen

Het databestand is geschoond aan de hand van de volgende stappen:

- Respondenten die geen toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek zijn uit het databestand verwijderd.
- Respondenten die aangaven dat hun organisatie geen intramurale locaties heeft waar bewoners Wlz zorg ontvangen (al dan niet met behandeling) zijn uit het databestand verwijderd.
- Respondenten die aangaven dat de locatie niet meer bestaat (opgeheven) of tijdelijk niet in gebruik is, zijn uit het databestand verwijderd.
- Respondenten die de vragenlijst invulden terwijl hun instelling geen VG-instelling maar een V&V instelling is, zijn uit het databestand verwijderd.
- Incomplete vragenlijsten zijn uit het databestand verwijderd. Een vragenlijst is als incompleet gedefinieerd wanneer de vragenlijst niet tot minimaal vraag 7 (de vraag naar het aantal bedden) is ingevuld.

Van sommige instellingen ontvingen we meerdere ingevulde vragenlijsten[7]: soms per vestiging, soms over een aantal vestigingen (bijvoorbeeld vanuit een bepaalde regio). De antwoorden vanuit dezelfde organisatie, maar vanuit verschillende vestigingen, zijn voor de analyse niet samengevoegd. De analyse heeft dan plaatsgevonden per ingevulde vragenlijst. Verder zijn 'nested cases' niet losgekoppeld en daarmee niet als aparte respons meegeteld.

2.5 Data-analyse

Met behulp van IBM SPSS Statistics 27 zijn beschrijvende analyses op de data van V&V instellingen en VG-instellingen uitgevoerd. Er heeft geen statistische toetsing van de significantie plaatsgevonden, in verband met de kleine aantallen.

Resultaten V&V instellingen weergegeven als totaal en per betrouwbaarheidsoordeel
Naar aanleiding van de gerezen twijfels over een deel van de data afkomstig van V&V instellingen en de betrouwbaarheidsoordelen die door de onderzoekers - na verificatie - aan de data zijn toebedeeld, is besloten om de resultaten voor het totaal weer te geven als ook opgedeeld naar oordeel. Op die manier kunnen lezers zelf hun oordeel vormen over de resultaten.

Weergave resultaten VG-instellingen
In de voorbereidende analyse zijn uitsplitsingen gemaakt naar de volgende kenmerken:

- *Type/omvang*: 'klein', 'midden' en 'groot';
- *Type/omvang*: instellingen met slechts één vestiging versus instellingen met meerdere vestigingen;
- *Type:* Inclusief en exclusief de Thomashuizen;
- *Zorgzwaarteklasse van de doelgroep*: De indeling in ZZP-categorieën betreft de indeling naar het antwoord op de vraag in welke maximaal twee ZZP-categorieën de inwoners met psychiatrisch problematiek voornamelijk vallen. Hierbij is de volgende indeling gemaakt.
  - 'laag': Belangrijkste ZZP's zijn allen laag
  - 'midden': Belangrijkste ZZP's: 1 hoog en 1 laag
  - 'hoog'; Belangrijkste ZZP's: beiden of enkel hoog

7 Het kwam niet voor dat er meerdere vragenlijsten over dezelfde vestigingen werden ingevuld.

Verder is - naar aanleiding van het klankbordgroep-overleg - onderzocht of het mogelijk en relevant zou zijn een onderscheid te maken naar instellingen met veel bewoners met een behandelindicatie en instellingen met weinig bewoners met een behandelindicatie. Na aanvullende expertraadpleging bleek dit echter onvoldoende onderscheidend te zijn, aangezien er bij elke ZZP alsnog behandeling kan zijn toegekend.

In de rapportage worden de afzonderlijke resultaten op de uitsplitsingen alleen besproken wanneer zij duidelijk afwijkend zijn van de scores op alle vragenlijsten tezamen. Omdat de celwaardes bij veel uitsplitsingen te laag waren, bleek interpretatie van de uitsplitsingen in veel gevallen niet mogelijk. Ook bleek er op de meeste punten zo'n grote overeenkomst te zijn in resultaten van de Thomashuizen enerzijds met die van de 'instellingen met één vestiging' anderzijds, dat dit onderscheid niet onderscheidend bleek. De verdeling naar ZZP's bleek bovendien sterk samen te hangen met de indeling naar aantal vestigingen.

Verdeling aantal vestigingen per instelling

Instellingen met één vestiging 'kleine instellingen'	Instellingen met meer vestigingen 'grote instellingen'
N = 42[8]	N = 44

Uiteindelijk is de meest gebruikte en relevante uitsplitsing die in instellingen met één vestiging versus instellingen met meerdere vestigingen. In de rapportage wordt hierbij ook wel gesproken over 'kleine instellingen' waar het instellingen met één vestiging betreft, versus 'grote instellingen' waar het instellingen met meer vestigingen betreft.

8 Negen instellingen gaven aan dat er geen volwassen bewoners (Wlz) met psychiatrische problematiek in hun instelling verblijven. Volgens de routing hoefen zij de meeste vervolgvragen dan niet in te vullen. Dit betrof allen kleine instellingen. Het aantal instellingen dat alle vragen kon beantwoorden is 77, waarvan 33 instellingen met één vestiging.

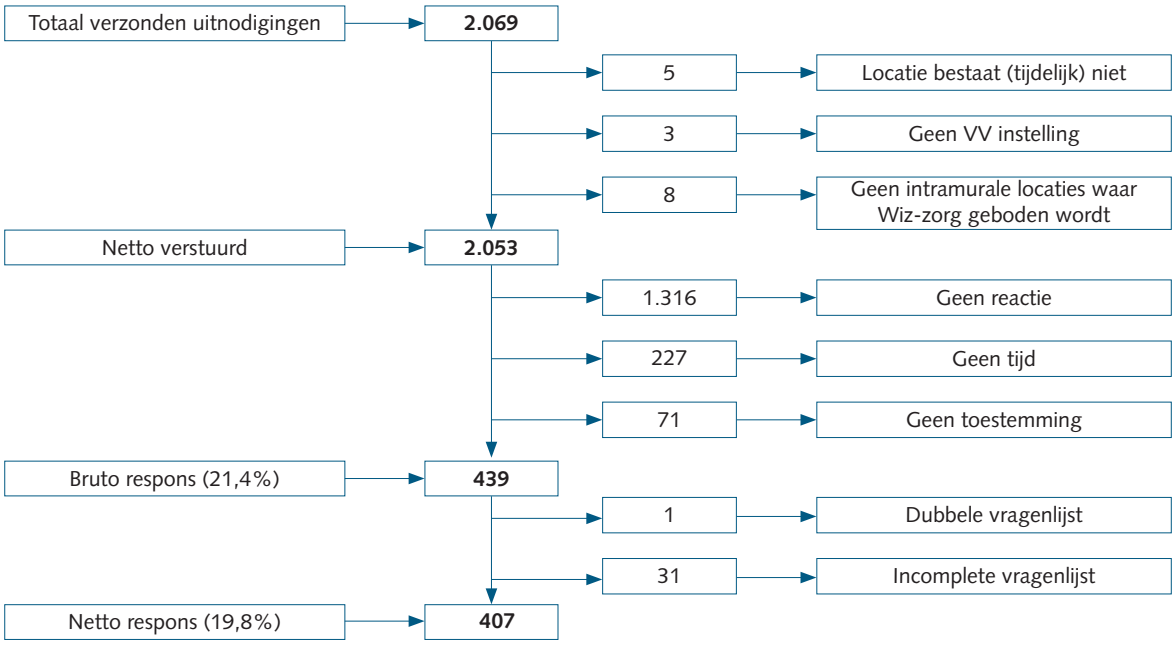
3 Gerontopsychiatrie in instellingen voor verpleging en verzorging

3.1 Respons

De uitnodiging voor deelname aan het vragenlijstonderzoek is uitgestuurd naar 2.069 e-mailadressen van V&V instellingen (waaronder 135 instellingen die tevens VG-zorg bieden). Dit aantal ligt lager dan het totaal aantal zorgaanbieders in de Vektis-lijst, gezien wij voor een aantal locaties van zorgaanbieders slechts één en hetzelfde e-mailadres tot onze beschikking hadden. Na verzending werden 126 e-mails door de ontvangende e-mailserver geweigerd, zogenaamde e-mail bounces. Voor deze bounces is handmatig een vervangend e-mailadres gezocht op de websites van de betreffende zorgaanbieders, zodat zij alsnog de uitnodiging hebben ontvangen.

In totaal zijn 2.069 uitnodigingen verstuurd. Van vijf respondenten ontvingen wij als reactie dat de locatie niet meer bestond dan wel tijdelijk buiten gebruik was in verband met verbouwing. Daarnaast bleken drie aangeschreven zorgaanbieders enkel VG-zorg te bieden en werd voor acht zorgaanbieders aangegeven dat men geen intramurale locaties had waar Wlz-zorg geboden werd. Dit brengt het aantal netto verstuurde uitnodigingen op 2.053. Het aantal ingevulde geretourneerde vragenlijsten was 439. Het aantal vragenlijsten wat na schoning overbleef, en waar de verdere analyses over gedaan zijn, was 407. Het bruto responspercentage komt hiermee op 21,4% (439 van 2.053), het netto responspercentage op 19,8% (407 van 2.053). In figuur 1 wordt de totstandkoming van de bruto en netto respons schematisch weergegeven.

Figuur 1. Overzicht respons GP enquête



In 153 van de 407 vragenlijsten die na schoning overbleven werd aangegeven dat er op de betreffende locatie nooit bewoners met GP problematiek, die aan de doelgroepbeschrijving voldoen, verbleven. Voor deze respondenten stopte hun deelname aan het onderzoek na deze vraag.

Onder de overgebleven 254 ingevulde vragenlijsten waarin respondenten aangaven (wel eens) bewoners in huis te hebben die aan de die aan de doelgroepbeschrijving voldoen, bevonden zich in totaal 80 'nested cases' (zie ook paragraaf 2.4.1). Voor aanvang van de analyses zijn deze 'nested cases' gesplitst in meerdere cases en als zodanig aan het databestand toegevoegd. Waar nodig zijn de antwoorden voor deze cases gewogen. De analyses zijn daarmee uitgevoerd op een totaal van 334 cases ofwel locaties.

3.2 Kenmerken deelnemende instellingen

De resultaten worden weergegeven opgesplitst naar het 'oordeel' dat door de onderzoekers aan de betrouwbaarheid van de data werd toegekend (zie ook paragraaf 2.4.1) en tevens als totaal van het alle locaties waarvoor een ingevulde vragenlijst werd ontvangen én waarvan werd aangegeven dat er (wel eens) bewoners met GP problematiek verbleven (n=334). Bij oordeel 1 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data betrekking hebben op de GP doelgroep, bij oordelen 2 en 3 bestaan hierover twijfels, en bij oordeel 4 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data (tevens) betrekking hebben op andere doelgroepen. De tekstuele toelichting heeft, tenzij anders vermeld, betrekking op de resultaten voor locaties met oordeel 1.

Bij de 114 locaties met oordeel 1 waarvoor een vragenlijst werd ingevuld, verblijven in totaal 8,723 bewoners. Dit komt neer op een gemiddelde van 77 bewoners per locatie, hoewel hierin grote variatie zichtbaar is (tabel 3.1). Bij ongeveer 7% van de bewoners gaat het om tijdelijk verblijf, zoals logeeropvang en tijdelijk verblijf i.v.m. behandeling.

Tabel 3.1 Totaal aantal bewoners op de locatie

	Oordeel 1 (n=114)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=101)	Totaal (n=334)
Totaal bewoners	**8.723**	4.486	3.953	6.622	23.784
Gemiddeld aantal bewoners	**76,5**	74,8	67,0	65,6	71,2
Range	**0-230**	3-663	7-347	0-185	0-663
Bewoners met tijdelijk verblijf (%)	**725 (8,3)**	382 (8,5)	125 (3,2)	488 (7,4)	1,720 (7,2)

De coronapandemie heeft bij 65% van de locaties invloed gehad op het totaal aantal bewoners dat op de locatie verblijft (tabel 3.2). Uit de open antwoorden bleek dat de grootste invloed zichtbaar was in twijfels bij cliënten of zelfs uitstel bij cliënten waar het hun opname betrof, met leegstand als gevolg. Ook rapporteerde ruim 40% van de locaties dat zij te maken hadden gehad met een corona-uitbraak en het overlijden van bewoners. Daarnaast gaf een kwart van de locaties aan dat het welbevinden van bewoners beïnvloedt was, vaak op een negatieve manier (eenzaamheid, depressie) maar soms ook op een positieve manier (meer rust). Daarnaast waren er minder opnames en/of een opnamestop.

Tabel 3.2 Invloed van de coronapandemie op het totaal aantal bewoners op de locatie

	Oordeel 1 (n=114)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=101)	Totaal (n=334)
Weinig tot geen invloed, n (%)	**40 (35)**	18 (30)	31 (53)	47 (47)	136 (41)
Wel invloed, n (%)	**74 (65)**	42 (70)	28 (48)	54 (54)	198 (59)

3.3 Omvang van de doelgroep

De resultaten worden weergegeven opgesplitst naar het 'oordeel' dat door de onderzoekers aan de betrouwbaarheid van de data werd toegekend (zie ook paragraaf 2.4.1) en tevens als totaal van het alle locaties waarvoor een ingevulde vragenlijst werd ontvangen én waarvan werd aangegeven dat er (wel eens) bewoners met GP problematiek verbleven (n=334). Bij oordeel 1 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data betrekking hebben op de GP doelgroep, bij oordelen 2 en 3 bestaan hierover twijfels, en bij oordeel 4 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data (tevens) betrekking hebben op andere doelgroepen. De tekstuele toelichting heeft, tenzij anders vermeld, betrekking op de resultaten voor locaties met oordeel 1.

De 114 locaties met oordeel 1 beschikken tezamen over 1.388 bedden voor bewoners met GP problematiek, waarbij er gemiddeld 12 bedden per locatie beschikbaar zijn (tabel 3.3). Er bevinden zich in totaal 1.454 bewoners met GP problematiek binnen de locaties, waarbij de huidige bewonersaantallen uiteenlopen van 0 tot 80 (tabel 3.4). Het gemiddeld aantal bewoners (12,8) ligt iets hoger dan het gemiddeld aantal bedden (12,2).

Tabel 3.3 Aantal bedden voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op de locatie

	Aantal bedden	Gemiddelde (SD)	Range
Oordeel 1 (n=114)	**1.388**	**12,2 (16,7)**	**0 - 83**
Oordeel 2 (n=60)	98	1,6 (3,7)	0 - 14
Oordeel 3 (n=59)	1.208	20,5 (26,5)	0 - 128
Oordeel 4 (n=101)	2.971	29,4 (27,4)	0 - 112
Totaal (n=334)	5.665	16,9 (23,3)	0 - 128

Tabel 3.4 Totaal aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op de locatie

	Aantal bewoners	Gemiddelde (SD)	Range
Oordeel 1 (n=114)	**1.454**	**12,8 (15,5)**	**0 - 80**
Oordeel 2 (n=60)	335	5,6 (5,5)	0 - 25
Oordeel 3 (n=59)	621	10,5 (16,0)	0 - 92
Oordeel 4 (n=101)	2.433	24,1 (20,4)	0 - 112
Totaal (n=334)	4.843	14,5 (17,4)	0 - 112

Een klein deel van de bewoners verblijft met Wmo-indicatie op de locatie, maar de overgrote meerderheid heeft een Wlz-indicatie. Wanneer we de bewoners met Wmo-indicatie uit de berekening laten, zien we dat de aantallen bewoners met GP problematiek op de locatie iets dalen (tabel 3.5).

Tabel 3.5 Aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek zonder Wmo-indicatie op de locatie

	Aantal bewoners	Gemiddelde (SD)	Range
Oordeel 1 (n=114)	**1.316**	**11,5 (14,9)**	**0 - 80**
Oordeel 2 (n=60)	302	5,0 (5,2)	0 - 25
Oordeel 3 (n=59)	537	9,1 (16,2)	0 - 92
Oordeel 4 (n=101)	2.324	23,1 (21,1)	0 - 112
Totaal (n=334)	4.479	13,4 (17,5)	0 - 112

Gevraagd om een schatting te geven van het aantal bewoners dat minimaal één vastgestelde psychiatrische diagnose heeft en van het aantal bewoners waarbij er een vermoeden van één (of meer) psychiatrische stoornis(sen) is (maar geen formele diagnose), gaf bijna een kwart van de respondenten aan dit niet te kunnen. Uit de antwoorden die ontvangen werden, blijkt dat het aantal bewoners met vastgestelde psychiatrische diagnose(s) (tabel 3.6) lager ligt dan het gerapporteerde aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op de locatie. Wanneer we de schattingen van het aantal bewoners waarbij er een vermoeden is van één (of meer) psychiatrische stoornis(sen) hierbij optellen (tabel 3.7), komen we echter op een hoger aantal uit.

Tabel 3.6 Schatting van aantal bewoners met één (of meer) vastgestelde psychiatrische diagnose(s)

	Oordeel 1 (n=88)	Oordeel 2 (n=41)	Oordeel 3 (n=43)	Oordeel 4 (n=72)	Totaal (n=244)
Totaal aantal	**1.073**	153	296	1.291	2.813
Gemiddelde (SD)	**12,2 (15,2)**	3,7 (3,9)	6,9 (9,6)	17,9 (18,9)	11,53 (15,2)
Range	**0 - 75**	0 - 23	0 - 39	1 - 112	0 - 112

Tabel 3.7 Schatting van aantal bewoners waarbij er een vermoeden van één (of meer) psychiatrische stoornis(sen) is, maar geen formele diagnose gesteld is

	Oordeel 1 (n=73)	Oordeel 2 (n=37)	Oordeel 3 (n=39)	Oordeel 4 (n=63)	Totaal (n=212)
Totaal aantal	**499**	192	155	671	1.517
Gemiddelde (SD)	**6,8 (11,7)**	5,2 (5,2)	4,0 (5,9)	10,7 (19,2)	7,2 (13,1)
Range	**0 - 60**	0 - 20	0 - 24	0 - 122	0 - 122

Het aantal bewoners met GP problematiek is bij bijna de helft van de locaties gegroeid in de afgelopen vijf jaar; in een derde van de gevallen was er geen verandering merkbaar. Een kwart van de locaties geeft aan dat de coronapandemie invloed heeft uitgeoefend op het aantal bewoners met GP problematiek. Zo waren er problemen rond de bezetting - zoals een stagnerende instroom, gefaseerde uitstroom en moeilijkheden rond overplaatsing - en groeide op sommige locaties de wachtlijst, zo blijkt uit de open antwoorden die zijn gegeven.

Tabel 3.8 Wijziging in de omvang van het aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op de locatie in de afgelopen vijf jaar

	Oordeel 1 (n=114)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=101)	Totaal (n=333)
Toename t.o.v. totaal aantal bewoners, n (%)	**54 (47)**	39 (66)	33 (56)	77 (76)	203 (61)
Daling t.o.v. totaal aantal bewoners, n (%)	**13 (11)**	1 (2)	0 (0)	4 (4)	18 (5)
Geen verandering, n (%)	**38 (33)**	8 (13)	21 (36)	12 (12)	78 (23)
Ik weet het niet, n (%)	**9 (8)**	12 (20)	5 (9)	8 (8)	34 (10)

Tabel 3.9 Invloed van de coronapandemie op het aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op de locatie

	Oordeel 1 (n=114)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=101)	Totaal (n=333)
Weinig tot geen invloed, n (%)	**85 (75)**	51 (86)	49 (83)	67 (66)	252 (76)
Wel invloed, n (%)	**29 (25)**	8 (14)	10 (17)	34 (34)	81 (24)

Gemiddeld worden per jaar twee bewoners met GP problematiek overgeplaatst (tabel 3.10), hoewel hier een grote variatie in zichtbaar is. Zo gaf een kwart van de locaties aan dat er nooit bewoners met GP problematiek worden overgeplaatst (tabel 3.11). Wanneer er bewoners worden overgeplaatst, gebeurde dit in de meeste gevallen intern (62%), hoewel externe overplaatsingen naar andere V&V organisaties (31%) en GGz organisaties (35%) ook regelmatig voor kwamen.

Tabel 3.10 Aantal overplaatsingen bewoners met gerontopsychiatrische problematiek vanuit de locatie per jaar

	Oordeel 1 (n=114)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=99)	Totaal (n=332)
Gemiddelde (SD)	1,9 (5,6)	0,7 (0,9)	1,6 (2,3)	1,5 (1,8)	1,5 (3,6)
Range	0-50	0-3	0-15	0-10	0-50

Tabel 3.11 Overplaatsing van bewoners met gerontopsychiatrische problematiek vanuit de locatie

	Oordeel 1 (n=114)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=101)	Totaal (n=333)
Er worden geen bewoners overgeplaatst, n (%)	28 (25)	18 (30)	14 (24)	30 (30)	90 (27)
Interne overplaatsing, n (%)	71 (62)	21 (36)	25 (42)	53 (53)	170 (51)
Externe overplaatsing naar andere VV organisatie, n (%)	35 (31)	25 (42)	25 (42)	32 (32)	117 (35)
Externe overplaatsing naar GGz organisatie, n (%)	40 (35)	17 (29)	17 (29)	13 (13)	87 (26)
Anders, n (%)	6 (5)	6 (10)	5 (9)	5 (5)	22 (7)
Weet ik niet, n (%)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	2 (2)	3 (1)

Tabel 3.12 geeft de veelvoorkomende redenen voor overplaatsing weer. Dit zijn onder meer opvlammende psychiatrische problematiek (52%), gedragsproblematiek (47%), het niet kunnen bieden van een passend zorgaanbod (38%) en verhuizing dichter naar familie / het sociale netwerk toe (35%). Daarnaast geeft ruim een kwart van de respondenten aan dat de kennis en expertise van medewerkers tekortschoot om de juiste zorg te kunnen bieden. In de vrije antwoordruimte geven respondenten regelmatig aan dat bewoners regelmatig worden overgeplaatst wanneer een andere diagnose, vaak dementie, dominanter wordt dan de grondslag psychiatrie.

Tabel 3.12 Redenen voor overplaatsing van bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

	Oordeel 1 (n=86)	Oordeel 2 (n=42)	Oordeel 3 (n=45)	Oordeel 4 (n=69)	Totaal (n=242)
Opvlammen psychiatrische problematiek, n (%)	**45 (52)**	30 (71)	15 (33)	38 (55)	128 (53)
Gedragsproblematiek, n (%)	**40 (47)**	30 (72)	22 (49)	38 (55)	130 (54)
Zorgaanbod niet passend, n (%)	**33 (38)**	32 (76)	27 (60)	38 (55)	130 (54)
Verhuizing dichterbij familie/sociaal netwerk, n (%)	**30 (35)**	12 (29)	6 (13)	36 (52)	84 (35)
Bewoner paste niet in bewonersgroep, n (%)	**25 (29)**	22 (52)	15 (33)	26 (38)	88 (36)
Anders, n (%)	**23 (27)**	2 (5)	8 (18)	10 (15)	43 (18)
Kennis en expertise van medewerkers onvoldoende, n (%)	**22 (26)**	27 (64)	16 (36)	19 (28)	84 (35)
Capaciteit personele bezetting niet voldoende, n (%)	**5 (6)**	5 (12)	2 (4)	9 (13)	21 (9)
Weet ik niet, n (%)	**1 (1)**	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)

3.3.1 Input klankbordgroep

De problemen rond het vaststellen van de omvang van de doelgroep bewoners met gerontopsychiatrie in V&V instellingen worden door de klankbordgroep van experts herkend. De uitkomsten uit de vragenlijst bevestigen dat de registratie te kort schiet, wat volgens de klankbordgroep samenhangt met de onduidelijke / onbekende definitie van de doelgroep in het veld. Alle klankbordgroep-leden zijn het erover eens dat er meer onderzoek nodig is en dat een van de belangrijkste conclusies van dit onderzoek moet zijn dat er niet met zekerheid uitspraken gedaan kunnen worden over de omvang van de GP doelgroep in de langdurige zorg.

3.4 Woon- en zorgsituatie van de doelgroep

De resultaten worden weergegeven opgesplitst naar het 'oordeel' dat door de onderzoekers aan de betrouwbaarheid van de data werd toegekend (zie ook paragraaf 2.4.1) en tevens als totaal van het alle locaties waarvoor een ingevulde vragenlijst werd ontvangen én waarvan werd aangegeven dat er (wel eens) bewoners met GP problematiek verbleven (n=334). Bij oordeel 1 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data betrekking hebben op de GP doelgroep, bij oordelen 2 en 3 bestaan hierover twijfels, en bij oordeel 4 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data (tevens) betrekking hebben op andere doelgroepen. De tekstuele toelichting heeft, tenzij anders vermeld, betrekking op de resultaten voor locaties met oordeel 1.

Op de meeste locaties (58%) met oordeel 1 wonen de bewoners met GP problematiek geclusterd (dus tezamen) op een speciale afdeling die specifiek voor de GP doelgroep is ingericht (tabel 3.13). Van alle bewoners met GP problematiek die geclusterd wonen, deelt circa de helft de geclusterde woonvorm met andere bewoners (tabel 3.14). In de meeste gevallen zijn dit bewoners met Korsakov en/of bewoners met Huntington. De andere helft die geclusterd woont, woont enkel samen met andere bewoners met GP problematiek.
In een vijfde van de locaties wonen bewoners met GP problematiek niet geclusterd maar verspreid over reguliere PG-afdelingen en in 13% van de locaties wonen zij verspreid over reguliere somatische afdelingen. Wanneer bewoners met GP problematiek verspreid wonen, is hierbij in de vragenlijst soms aangegeven dat de aantallen bewoners met GP problematiek dermate klein zijn dat clusteren niet mogelijk is.

Tabel 3.13 Woonvorm(en) voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

	Oordeel 1 (n=112)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=100)	Hele groep (n=331)
Geclusterd op een speciale afdeling voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek, n (%)	**65 (58)**	4 (7)	9 (15)	19 (19)	97 (29)
Verspreid op een reguliere PG-afdeling, n (%)	**22 (20)**	48 (78)	23 (39)	42 (42)	134 (41)
Verspreid op een reguliere somatische afdeling, n (%)	**14 (13)**	41 (68)	20 (34)	37 (37)	112 (34)

	Oordeel 1 (n=112)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=100)	Hele groep (n=331)
Geclusterd op een speciale unit binnen een reguliere PG-afdeling, n (%)	**8 (7)**	2 (3)	12 (20)	24 (24)	46 (14)
Geclusterd op een speciale unit binnen een reguliere somatische afdeling, n (%)	**2 (2)**	1 (2)	1 (2)	7 (7)	11 (3)
Anders	**15 (13)**	7 (12)	14 (24)	13 (13)	49 (15)

Tabel 3.14 Samenstelling bewonersgroep geclusterde woonvorm voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

	Oordeel 1 (n=71)	Oordeel 2 (n=7)	Oordeel 3 (n=20)	Oordeel 4 (n=44)	Totaal (n=142)
Geen bewoners met een andere diagnose dan gerontopsychiatrie, n (%)	**36 (51)**	0 (0)	4 (20)	18 (41)	58 (41)
Ook bewoners met dementie (zonder gerontopsychiatrie), n (%)	**9 (13)**	2 (29)	15 (75)	22 (50)	48 (34)
Ook bewoners met Korsakov (zonder gerontopsychiatrie), n (%)	**19 (27)**	4 (57)	6 (30)	5 (11)	34 (24)
Ook bewoners met Huntington (zonder gerontopsychiatrie), n (%)	**7 (10)**	0 (0)	2 (10)	2 (5)	11 (8)
Ook andere bewoners, n (%)	**10 (14)**	1 (14)	3(15)	4(9)	18 (13)

Van alle bewoners met GP problematiek verblijft ruim de helft in een open woonvorm en een kwart in zowel een open als gesloten woonvorm (tabel 3.15). Voor bewoners met GP problematiek die geclusterd wonen op een speciale afdeling specifiek voor de GP doelgroep, liggen deze percentages nog hoger; 57% van hen woont in een open woonvorm en een op de drie in zowel een open als gesloten woonvorm (resultaten niet weergegeven).

Tabel 3.15 Verblijfvorm bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

	Oordeel 1 (n=112)	Oordeel 2 (n=61)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=100)	Hele groep (n=331)
Open woonvorm, n (%)	**57 (51)**	20 (33)	24 (41)	34 (34)	135 (41)
Zowel open als gesloten, n (%)	**28 (25)**	32 (53)	15 (25)	42 (42)	117 (35)
Gesloten woonvorm, n (%)	**21 (19)**	8 (13)	19 (32)	24 (24)	72 (22)
Nvt, n (%)	**6 (5)**	0 (0)	1 (2)	0 (0)	7 (2)

Zorgprofielen

Veruit de meeste respondenten gaven aan dat er binnen hun locatie bewoners met GP problematiek verblijven die door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zijn geïndiceerd met de zorgprofielen VV07 (71%) en VV05 (60%). De overige zorgprofielen voor de sector Verpleging en Verzorging kwamen minder vaak voor binnen de bevraagde locaties (tabel 3.16). Ongeveer 17% van de respondenten gaf aan dat er binnen hun locatie bewoners met gerontopsychiatrische problematiek verblijven met een ander zorgprofiel; regelmatig betreft dit een zorgprofiel uit de sector Lichamelijk Gehandicapt (LG), zo blijkt uit de open antwoorden.

Tabel 3.16 Twee meest geïndiceerde zorgprofielen voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek binnen de locatie

Antwoord	Oordeel 1 (n=112)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=99)	Totaal (n=330)
VV 07, n (%)	**80 (71)**	28 (47)	37 (63)	61 (62)	206 (62)
VV 05, n (%)	**67 (60)**	43 (72)	41 (70)	72 (73)	223 (68)
VV 06, n (%)	**31 (28)**	14 (23)	11 (19)	18 (18)	74 (22)
VV 04, n (%)	**15 (13)**	14 (23)	13 (22)	17 (17)	59 (18)
Wmo-indicatie, n (%)	**7 (6)**	6 (10)	7 (12)	6 (6)	26 (8)

Antwoord	Oordeel 1 (n=112)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=99)	Totaal (n=330)
VV 08, n (%)	3 (3)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	6 (2)
VV 09B, n (%)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Weet ik niet, n (%)	4 (4)	6 (10)	0 (0)	6 (6)	16 (5)

Betrokken disciplines

Bij het overgrote deel van de locaties met oordeel 1 is een specialist ouderengeneeskunde aanwezig in de organisatie en betrokken bij de zorg voor bewoners met GP problematiek (tabel 3.17). In drie kwart van de gevallen is er ook een basisarts aanwezig. Deze percentages liggen hoger dan die voor de hele groep. Daarnaast wordt regelmatig op structurele basis een externe psychiater bij de zorg betrokken en op incidentele basis een geriater.

Tabel 3.17 Medische disciplines betrokken bij de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

Discipline	Aanwezig in organisatie		Niet aanwezig in organisatie		Structureel extern ingeschakeld		Incidenteel extern ingeschakeld	
	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)
SO, n (%)	258 (78)	103 (92)	10 (3)	2 (2)	53 (16)	5 (5)	23 (7)	5 (5)
Basisarts, n (%)	182 (55)	85 (76)	91 (28)	15 (13)	44 (13)	11 (10)	21 (6)	3 (3)
Psychiater, n (%)	17 (5)	5 (5)	92 (28)	27 (24)	85 (26)	41 (37)	162 (49)	48 (43)
Geriater, n (%)	9 (3)	3 (3)	148 (45)	47 (42)	40 (12)	25 (22)	153 (46)	45 (40)

Vanuit de verpleging en verzorging zijn helpenden, verzorgenden (IG) en MBO en/of HBO verpleegkundigen praktisch altijd aanwezig in de organisatie (tabel 3.18). Ook is in de helft van de locaties een verpleegkundig specialist aanwezig. Expertise die van buitenaf wordt ingeschakeld bij de zorg voor bewoners met GP problematiek betreft vooral de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de verpleegkundig specialist GGz, beide worden bij ongeveer een op de drie organisaties structureel dan wel incidenteel extern ingeschakeld.

Tabel 3.18 Verpleegkundige en verzorgende disciplines betrokken bij de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

Discipline	Aanwezig in organisatie		Niet aanwezig in organisatie		Structureel extern ingeschakeld		Incidenteel extern ingeschakeld	
	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)
Helpende zorg en welzijn, n (%)	329 (100)	112 (100)	1 (0)	0 (0)	5 (2)	2 (2)	0 (0)	0 (0)
Verzorgende (IG), n (%)	326 (99)	112 (100)	4 (1)	0 (0)	4 (1)	2 (2)	0 (0)	0 (0)
MBO verpleegkundige, n (%)	326 (99)	110 (98)	3 (1)	1 (1)	5 (2)	2 (2)	1 (0)	1 (1)
HBO verpleegkundige, n (%)	295 (89)	104 (93)	31 (9)	6 (5)	5 (2)	2 (2)	4 (1)	2 (2)
Verpleegkundig specialist, n (%)	171 (52)	60 (54)	119 (36)	46 (4)	21 (6)	4 (4)	26 (8)	5 (5)
Praktijk-verpleegkundige, n (%)	99 (30)	44 (39)	176 (53)	59 (53)	13 (4)	7 (6)	50 (15)	5 (5)
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, n (%)	42 (13)	20 (18)	181 (55)	62 (55)	30 (9)	8 (7)	91 (28)	30 (27)
Verpleegkundig specialist GGz, n (%)	36 (11)	19 (17)	201 (61)	63 (56)	32 (10)	12 (11)	74 (22)	26 (23)

Daarnaast is bij het overgrote deel van de locaties met oordeel 1 een activiteitenbegeleider, diëtist, fysiotherapeut, ergotherapeut, (GZ-)psycholoog, zorghulp en maatschappelijk werk aanwezig binnen de organisatie (tabel 3.19). Een arbeids-therapeutisch begeleider is slechts in 12% van de locaties aanwezig en wordt ook amper extern ingeschakeld.

Tabel 3.19 Overige disciplines betrokken bij de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

Discipline	Aanwezig in organisatie		Niet aanwezig in organisatie		Structureel extern ingeschakeld		Incidenteel extern ingeschakeld	
	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)	Totaal (n=330)	Oordeel 1 (n=112)
Activiteitenbegeleider, n (%)	314 (95)	107 (96)	14 (4)	5 (5)	5 (2)	2 (2)	1 (0)	0 (0)
Diëtist, n (%)	252 (76)	99 (88)	19 (6)	8 (7)	44 (13)	3 (3)	25 (8)	3 (3)
Fysiotherapeut, n (%)	255 (77)	99 (88)	8 (2)	4 (4)	62 (19)	9 (8)	15 (5)	2 (2)
Ergotherapeut, n (%)	257 (78)	99 (88)	9 (3)	4 (4)	58 (18)	9 (8)	18 (5)	3 (3)
Psycholoog, n (%)	254 (77)	94 (84)	25 (8)	10 (9)	40 (12)	5 (5)	21 (6)	5 (5)
Zorghulp/ huiskamer-medewerker, n (%)	299 (91)	93 (83)	32 (10)	19 (17)	2 (1)	1 (1)	1 (0)	0 (0)
GZ psycholoog, n (%)	195 (59)	91 (81)	63 (19)	11 (10)	39 (12)	6 (5)	42 (13)	8 (7)
Maatschappelijk werk, n (%)	198 (60)	84 (75)	91 (28)	17 (15)	12 (4)	4 (4)	38 (12)	9 (8)
Muziekagoog, n (%)	158 (48)	75 (67)	136 (41)	30 (27)	10 (3)	3 (3)	31 (9)	5 (5)
Beweegagoog, n (%)	151 (46)	70 (63)	144 (44)	34 (30)	9 (3)	1 (1)	32 (10)	9 (8)
Medisch maatschappelijke zorg, n (%)	111 (34)	55 (49)	199 (60)	52 (46)	1 (0)	0 (0)	20 (6)	5 (5)
Psychomotorisch therapeut, n (%)	87 (26)	50 (45)	204 (62)	58 (52)	5 (2)	1 (1)	44 (13)	10 (9)
Arbeids-therapeutisch begeleider, n (%)	26 (8)	13 (12)	273 (83)	93 (83)	2 (1)	1 (1)	31 (9)	6 (5)

Specifiek zorg-, ondersteuning- en activiteitenaanbod voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

Nagenoeg alle locaties met oordeel 1 bieden zorg aan hun bewoners volgens een specifieke benaderingswijze, zoals belevingsgerichte zorg (tabel 3.20). Daarnaast biedt (ruim) twee derde tevens specifieke/gestructureerde dagbesteding en specifieke groepsactiviteiten aan bewoners met GP problematiek. Ook wordt de mix van disciplines in het zorgteam afgestemd op de bewonersgroep en wordt extra zorg (bijv. extra tijd) aan bewoners geboden door verzorgenden.

Ongeveer 40% van de locaties heeft een op de doelgroep aangepaste fysieke inrichting van de afdeling, begeleidingsgroepen en specifieke vormen van therapie voor de bewoners met GP problematiek, terwijl een even hoog percentage aangeeft dat dit niet aanwezig maar wel wenselijk is. Tot slot wordt slechts in een kwart van de locaties arbeidsmatige dagbesteding aangeboden, terwijl 28% dit wel wenselijk lijkt.

Tabel 3.20 Specifiek zorg-, ondersteuning- en activiteitenaanbod voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

	Beschikbaar		Wenselijk		Nvt	
	Totaal (n=328)	Oordeel 1 (n=110)	Totaal (n=328)	Oordeel 1 (n=110)	Totaal (n=328)	Oordeel 1 (n=110)
Specifieke benaderingswijze (bijv. belevingsgerichte zorg), n (%)	286 (87)	102 (93)	29 (9)	2 (2)	13 (4)	6 (5)
Specifieke/gestructureerde dagbesteding, n (%)	218 (66)	84 (76)	84 (26)	19 (17)	26 (8)	7 (6)
Op bewonersgroep afgestemde mix van disciplines in team aanwezig, n (%)	226 (69)	77 (70)	75 (23)	23 (21)	27 (8)	10 (9)
Specifieke groepsactiviteiten, n (%)	230 (70)	74 (67)	69 (21)	24 (22)	29 (9)	12 (11)
Extra zorg van verzorgenden (bijv. door vaker of langer de tijd te nemen), n (%)	196 (60)	71 (65)	111 (34)	24 (22)	21 (6)	15 (14)
Specifiek in gerontopsychiatrie geschoold team, n (%)	98 (30)	56 (51)	168 (51)	35 (32)	62 (19)	19 (17)
Aangepaste fysieke inrichting van de afdeling, n (%)	139 (42)	45 (41)	99 (30)	42 (38)	90 (27)	23 (21)
Begeleidingsgroepen, n (%)	118 (36)	42 (38)	88 (27)	39 (36)	122 (37)	29 (26)

	Beschikbaar		Wenselijk		Nvt	
	Totaal (n=328)	Oordeel 1 (n=110)	Totaal (n=328)	Oordeel 1 (n=110)	Totaal (n=328)	Oordeel 1 (n=110)
Specifieke vorm van therapie, n (%)	112 (34)	40 (36)	117 (36)	43 (39)	99 (30)	27 (25)
Arbeidsmatige dagbesteding, n (%)	49 (15)	28 (26)	63 (19)	31 (28)	216 (66)	51 (46)
Geen specifiek aanbod, n (%)	35 (11)	18 (16)	15 (5)	5 (5)	278 (85)	87 (79)

3.5 Deskundigheid en kennis met betrekking tot de doelgroep

De resultaten worden weergegeven opgesplitst naar het 'oordeel' dat door de onderzoekers aan de betrouwbaarheid van de data werd toegekend (zie ook paragraaf 2.4.1) en tevens als totaal van het alle locaties waarvoor een ingevulde vragenlijst werd ontvangen én waarvan werd aangegeven dat er (wel eens) bewoners met GP problematiek verbleven (n=334). Bij oordeel 1 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data betrekking hebben op de GP doelgroep, bij oordelen 2 en 3 bestaan hierover twijfels, en bij oordeel 4 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data (tevens) betrekking hebben op andere doelgroepen. De tekstuele toelichting heeft, tenzij anders vermeld, betrekking op de resultaten voor locaties met oordeel 1.

Respondenten die de vragenlijst invulden voor de locaties met oordeel 1 zijn niet onverdeeld positief over de mate waarin er voldoende expertise aanwezig is op de locatie met betrekking tot bewoners met GP problematiek (tabel 3.21). Zo stelt 23% dat het aanwezige expertiseniveau (ruim) onvoldoende is, terwijl nog eens een kwart een neutraal standpunt inneemt. Slechts de helft van de respondenten beoordeelt het aanwezige expertiseniveau als (ruim) voldoende. De expertise kan voornamelijk vergroot worden op het gebied van de psychiatrie, zo blijkt uit de open antwoorden op de vraag "Op welke gebieden kan expertise met betrekking tot bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op uw locatie met name vergroot worden?". Zo wordt vaak aangegeven dat er meer kennis nodig is over psychiatrische ziektebeelden met daaraan gekoppeld een passende bejegening. Eén respondent antwoordde: *"Ik denk dat vooral de kant van de psychiatrie extra aandacht behoeft. Op de psychogeriatrische afdeling is er echt wel expertise van de verschillende omgangsvormen die passend zijn bij een dementieel beeld. Echter is een psychiatrisch ziektebeeld in combinatie met lichamelijke zorgbehoefte anders."*

De expertise en ervaring die vanuit de GGz ingezet kan worden, bijvoorbeeld om afdelingen te scholen, wordt enkele malen genoemd. Ook ernstige gedragsproblematiek, waaronder agressie, wordt meermaals genoemd als thema waarop meer expertise wenselijk zou zijn.

Tabel 3.21 Mate waarin voldoende expertise aanwezig is met betrekking tot bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

Antwoord	Oordeel 1 (n=112)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=99)	Totaal (n=328)
Voldoende, n (%)	**32 (29)**	10 (16)	30 (51)	42 (42)	114 (35)
Neutraal, n (%)	**29 (26)**	12 (20)	12 (20)	18 (18)	71 (22)
Ruim voldoende, n (%)	**24 (22)**	1 (2)	3 (5)	18 (18)	46 (14)
Onvoldoende, n (%)	**24 (22)**	35 (57)	14 (24)	19 (19)	92 (28)
Ruim onvoldoende, n (%)	**1 (1)**	2 (3)	0 (0)	2 (2)	5 (2)

Een kwart van de respondenten geeft aan dat medewerkers geen scholing en training over gerontopsychiatrie volgen die wordt gefaciliteerd door de organisatie (tabel 3.22). Dit percentage komt overeen met het kwart van de respondenten dat het aanwezige expertiseniveau op de locatie als (ruim) onvoldoende beoordeelde. Ongeveer drie kwart van de respondenten geeft aan dat (een deel van de) medewerkers die met bewoners met GP problematiek werken, scholing en training volgen over de doelgroep die wordt gefaciliteerd door de organisatie. Ruim drie kwart doet dit binnen de organisatie met eigen opleiders (tabel 3.23). Ruim een op de drie respondenten geeft aan dat scholing middels samenwerking met de GGz in de regio wordt georganiseerd en anderen volgen scholing via het MBO of HBO. Ook wordt regelmatig de mogelijkheid van e-learnings genoemd.

Tabel 3.22 Mate waarin scholing en training over gerontopsychiatrie gevolgd wordt, gefaciliteerd door de organisatie

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=99)	Totaal (n=328)
Alle medewerkers die met doelgroep werken volgen scholing, n (%)	**62 (56)**	3 (5)	16 (27)	42 (42)	123 (37)
Medewerkers volgen geen scholing, n (%)	**26 (24)**	41 (68)	26 (44)	21 (21)	114 (35)
Een deel van de medewerkers die met doelgroep werken volgen scholing, n (%)	**22 (20)**	16 (26)	17 (29)	36 (36)	91 (28)

Tabel 3.23 Organisatie scholing en training over gerontopsychiatrie

	Oordeel 1 (n=84)	Oordeel 2 (n=19)	Oordeel 3 (n=33)	Oordeel 4 (n=78)	Totaal (n=214)
Binnen de organisatie met eigen opleiders, n (%)	62 (74)	10 (53)	25 (76)	55 (71)	152 (71)
In samenwerking met de GGz in regio, n (%)	33 (39)	5 (26)	10 (30)	21 (27)	69 (32)
Via MBO of HBO, n (%)	29 (35)	2 (11)	5 (15)	26 (33)	62 (29)
GGz Ecademy of iets soortgelijks, n (%)	4 (5)	0 (0)	2 (6)	6 (8)	12 (6)
Via universiteit, n (%)	2 (2)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	3 (1)
Anders, n (%)	31 (37)	7 (37)	7 (21)	24 (31)	69 (32)

Binnen de meeste locaties komen de onderwerpen lichamelijke symptomen, bejegening, gedrag, ADL, cognitie en weerbaarheid van medewerkers aan bod in de scholing die wordt aangeboden (tabel 3.24). Psychiatrische stoornissen, het betrekken van het sociale netwerk en omgaan met crisis komen iets minder aan bod, maar staan nog altijd bij de helft van de locaties die scholing aanbieden op het programma. Dit zijn ook gelijk de onderwerpen waarop (aanvullende) scholing wenselijk wordt geacht door een aanzienlijk deel van de respondenten.

Tabel 3.24 Onderwerpen waarop scholing wordt aangeboden en waarop (aanvullende) scholing wenselijk is

	Aangeboden		Wenselijk		Nvt	
	Totaal (n=213)	Oordeel 1 (n=84)	Totaal (n=213)	Oordeel 1 (n=84)	Totaal (n=213)	Oordeel 1 (n=84)
Lichamelijke symptomen, n (%)	146 (69)	67 (80)	57 (27)	15 (18)	10 (5)	2 (2)
Bejegening, n (%)	172 (81)	65 (77)	40 (19)	10 (23)	1 (1)	0 (0)
Gedrag, n (%)	173 (81)	64 (76)	40 (19)	20 (24)	0 (0)	0 (0)
ADL, n (%)	163 (77)	61 (73)	20 (9)	7 (8)	30 (14)	16 (19)
Cognitie, n (%)	149 (70)	60 (71)	60 (28)	24 (29)	4 (2)	0 (0)

	Aangeboden		Wenselijk		Nvt	
	Totaal (n=213)	Oordeel 1 (n=84)	Totaal (n=213)	Oordeel 1 (n=84)	Totaal (n=213)	Oordeel 1 (n=84)
Weerbaarheid medewerkers, n (%)	123 (58)	55 (66)	87 (41)	28 (33)	3 (1)	1 (1)
Psychiatrische stoornissen, n (%)	130 (61)	50 (60)	77 (36)	34 (40)	6 (3)	0 (0)
Betrekken sociaal netwerk, n (%)	95 (45)	41 (49)	106 (50)	38 (45)	12 (6)	5 (6)
Omgaan met crisis, n (%)	80 (38)	40 (48)	124 (58)	44 (52)	9 (4)	0 (0)
IADL, n (%)	88 (41)	27 (32)	42 (20)	19 (23)	83 (39)	38 (45)

Naast scholing of training zijn er nog andere manieren waarop medewerkers kennis op kunnen doen over gerontopsychiatrie. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat de locatie medewerkers faciliteert om op symposium- of congresbezoek te gaan, intervisie binnen de organisatie te doen en deel uit te maken van een lerend netwerk (tabel 3.25). Daarnaast worden ook het bijwonen van platformbijeenkomsten en het bijhouden van de wetenschappelijke literatuur regelmatig genoemd. E-learnings worden eveneens weer regelmatig als alternatief genoemd in de open antwoordcategorie.

Tabel 3.25 Andere manieren waarop de organisatie medewerkers faciliteert om kennis over gerontopsychiatrie op te doen

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Symposium of congresbezoek, n (%)	**74 (67)**	29 (48)	29 (49)	68 (69)	200 (62)
Intervisie binnen organisatie, n (%)	**60 (55)**	30 (50)	33 (56)	63 (64)	186 (57)
Lerend netwerk, n (%)	**53 (48)**	18 (30)	26 (44)	52 (53)	149 (46)
Platformbijeenkomsten, n (%)	**39 (36)**	6 (10)	7 (12)	18 (18)	70 (21)
Wetenschappelijke literatuur, n (%)	**31 (28)**	13 (22)	6 (10)	13 (13)	63 (19)

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Geen van bovenstaande, n (%)	**10 (9)**	13 (22)	6 (10)	5 (5)	34 (10)
Intervisie buiten organisatie, n (%)	**5 (5)**	3 (5)	1 (2)	10 (10)	19 (6)
Anders, n (%)	**19 (17)**	7 (12)	14 (24)	15 (15)	55 (17)

Ongeveer driekwart van de respondenten is van mening dat de dagelijkse begeleiding en de omgang met gedragsproblemen binnen de organisatie goed gaan bij bewoners met GP problematiek (tabel 3.26). Circa de helft van de respondenten vindt dat behandeling en herkenning en vroegsignalering goed gaan. De respondenten zijn het meest negatief over de dagbesteding; slechts 21% vindt dat dit goed gaat. Wanneer we kijken naar de gerapporteerde ervaren knelpunten (tabel 3.27), zien we dan ook dat bijna 60% van de respondenten knelpunten binnen hun organisatie ervaart omtrent dagbesteding voor bewoners met GP problematiek. Ook herkenning en vroegsignalering en het omgaan met gedragsproblemen wordt door bijna de helft van de respondenten als een knelpunt gezien. In de open antwoorden kwamen nog een aantal andere zaken aan bod, zoals moeite met het vinden van geschikt en voldoende personeel, het vinden van de juiste plek voor iemand en de beschikbaarheid van passende dagbesteding.

Tabel 3.26 Dingen die goed gaan in de zorg en ondersteuning voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Dagelijkste begeleiding, n (%)	**88 (80)**	30 (50)	40 (68)	71 (72)	229 (70)
Omgaan met gedragsproblemen, n (%)	**79 (72)**	20 (33)	32 (54)	57 (58)	188 (58)
Behandeling, n (%)	**54 (49)**	11 (18)	23 (39)	34 (35)	122 (37)
Herkenning en vroegsignalering, n (%)	**52 (47)**	26 (43)	30 (51)	53 (54)	161 (49)
Dagbesteding, n (%)	**23 (21)**	13 (22)	20 (34)	49 (50)	105 (32)
Anders, n (%)	**15 (14)**	3 (5)	6 (10)	9 (9)	33 (10)
Geen van bovenstaande, n (%)	**3 (3)**	12 (20)	1 (2)	2 (2)	18 (6)

Tabel 3.27 Ervaren knelpunten in de zorg en ondersteuning voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Dagbesteding, n (%)	65 (59)	34 (57)	24 (41)	36 (37)	159 (49)
Herkenning en vroegsignalering, n (%)	54 (49)	36 (60)	24 (41)	39 (40)	153 (47)
Omgaan met gedragsproblemen, n (%)	50 (46)	44 (73)	33 (56)	53 (54)	180 (55)
Behandeling, n (%)	36 (33)	35 (58)	25 (42)	33 (34)	129 (39)
Dagelijkste begeleiding, n (%)	25 (23)	37 (62)	21 (36)	28 (29)	111 (34)
Op een ander gebied, n (%)	13 (12)	2 (3)	6 (10)	6 (6)	27 (8)
Er zijn geen knelpunten, n (%)	10 (9)	1 (2)	3 (5)	10 (10)	24 (7)

Als oplossing voor alle ervaren knelpunten wordt deskundigheidsbevordering door de respondenten als meest noodzakelijke middel voor verbetering gezien. Om de dagelijkse begeleiding en het omgaan met gedragsproblemen te verbeteren, zijn meer en/of geschiktere interventies nodig, als ook een verbeterde beschikbaarheid van uitvoerende disciplines. Daarnaast wordt een betere interdisciplinaire samenwerking, zowel binnen de organisatie als met andere organisaties, door ongeveer een derde deel van de respondenten bij alle knelpunten als noodzakelijke voorwaarde voor verbetering genoemd.

Tabel 3.28 Benodigdheden om het knelpunt rondom 'dagbesteding' te verbeteren

	Oordeel 1 (n=65)	Oordeel 2 (n=34)	Oordeel 3 (n=24)	Oordeel 4 (n=36)	Totaal (n=159)
Deskundigheidsbevordering, n (%)	40 (62)	27 (79)	16 (67)	21 (58)	104 (65)
Verbeterde beschikbaarheid van de uitvoerende disciplines, n (%)	27 (42)	13 (38)	12 (50)	13 (36)	65 (41)
Meer en/of geschiktere interventies, n (%)	26 (40)	29 (85)	12 (50)	21 (58)	88 (55)

	Oordeel 1 (n=65)	Oordeel 2 (n=34)	Oordeel 3 (n=24)	Oordeel 4 (n=36)	Totaal (n=159)
Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie, n (%)	**14 (22)**	17 (50)	5 (21)	8 (22)	44 (28)
Betere interdisciplinaire samenwerking met VV organisaties buiten de organisatie, n (%)	**1 (2)**	11 (32)	4 (17)	7 (19)	23 (15)
Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VV sector, n (%)	**8 (12)**	21 (62)	4 (17)	10 (28)	43 (27)
Anders, n (%)	**20 (31)**	1 (3)	4 (17)	5 (14)	30 (19)

Tabel 3.29 Benodigdheden om het knelpunt rondom 'herkenning en vroegsignalering' te verbeteren

	Oordeel 1 (n=54)	Oordeel 2 (n=36)	Oordeel 3 (n=24)	Oordeel 4 (n=39)	Totaal (n=153)
Deskundigheidsbevordering, n (%)	**49 (91)**	36 (100)	24 (100)	38 (97)	147 (96)
Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie, n (%)	**17 (47)**	8 (33)	12 (31)	57 (37)	20 (37)
Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VV sector, n (%)	**18 (33)**	17 (47)	7 (29)	10 (26)	52 (34)
Meer en/of geschiktere interventies, n (%)	**16 (30)**	22 (61)	6 (25)	13 (33)	57 (37)
Verbeterde beschikbaarheid van de uitvoerende disciplines, n (%)	**14 (26)**	18 (50)	9 (38)	16 (41)	57 (37)
Betere interdisciplinaire samenwerking met VV organisaties buiten de organisatie, n (%)	**12 (22)**	15 (42)	1 (4)	16 (41)	44 (29)
Anders, n (%)	**2 (4)**	1 (3)	1 (4)	4 (10)	8 (5)

Tabel 3.30 Benodigdheden om het knelpunt rondom 'omgaan met gedragsproblemen' te verbeteren

	Oordeel 1 (n=50)	Oordeel 2 (n=44)	Oordeel 3 (n=33)	Oordeel 4 (n=53)	Totaal (n=180)
Deskundigheidsbevordering, n (%)	**38 (76)**	43 (98)	32 (97)	49 (93)	162 (90)
Verbeterde beschikbaarheid van de uitvoerende disciplines, n (%)	**17 (34)**	20 (46)	10 (30)	23 (43)	70 (39)
Meer en/of geschiktere interventies, n (%)	**28 (56)**	15 (34)	13 (39)	37 (70)	93 (52)
Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie, n (%)	**21 (42)**	25 (57)	14 (42)	26 (49)	86 (48)
Betere interdisciplinaire samenwerking met VV organisaties buiten de organisatie, n (%)	**7 (14)**	7 (16)	8 (24)	13 (25)	35 (19)
Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VV sector, n (%)	**18 (36)**	20 (46)	7 (21)	16 (30)	61 (34)
Anders, n (%)	**3 (6)**	1 (2)	0 (0)	0 (0)	4 (2)

Tabel 3.31 Benodigdheden om het knelpunt rondom 'behandeling' te verbeteren

	Oordeel 1 (n=36)	Oordeel 2 (n=35)	Oordeel 3 (n=25)	Oordeel 4 (n=33)	Totaal (n=129)
Deskundigheidsbevordering, n (%)	**28 (78)**	24 (69)	16 (64)	22 (67)	90 (70)
Verbeterde beschikbaarheid van de uitvoerende disciplines, n (%)	**14 (39)**	17 (49)	17 (68)	19 (58)	67 (52)
Meer en/of geschiktere interventies, n (%)	**9 (25)**	11 (31)	10 (40)	16 (49)	46 (36)

	Oordeel 1 (n=36)	Oordeel 2 (n=35)	Oordeel 3 (n=25)	Oordeel 4 (n=33)	Totaal (n=129)
Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VV sector, n (%)	**9 (25)**	23 (66)	12 (48)	9 (27)	53 (41)
Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie, n (%)	**11 (31)**	6 (17)	7 (28)	16 (49)	40 (31)
Betere interdisciplinaire samenwerking met VV organisaties buiten de organisatie, n (%)	**8 (22)**	7 (20)	3 (12)	14 (42)	32 (35)
Anders, n (%)	**5 (14)**	1 (3)	1 (4)	2 (6)	9 (7)

Tabel 3.32 Benodigdheden om het knelpunt rondom 'dagelijkse begeleiding' te verbeteren

	Oordeel 1 (n=25)	Oordeel 2 (n=37)	Oordeel 3 (n=21)	Oordeel 4 (n=28)	Totaal (n=111)
Deskundigheidsbevordering, n (%)	**21 (84)**	34 (92)	21 (100)	26 (93)	102 (92)
Meer en/of geschiktere interventies, n (%)	**15 (60)**	22 (60)	6 (29)	11 (39)	54 (49)
Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie, n (%)	**9 (36)**	16 (43)	10 (48)	11 (39)	46 (41)
Verbeterde beschikbaarheid van de uitvoerende disciplines, n (%)	**8 (32)**	23 (62)	9 (43)	11 (39)	51 (46)
Betere interdisciplinaire samenwerking met VV organisaties buiten de organisatie, n (%)	**3 (12)**	17 (46)	2 (10)	3 (11)	25 (23)
Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VV sector, n (%)	**2 (8)**	22 (60)	7 (33)	10 (36)	41 (37)
Anders, n (%)	**7 (28)**	0 (0)	0 (0)	1 (4)	8 (7)

3.6 Samenwerking met de GGz

De resultaten worden weergegeven opgesplitst naar het 'oordeel' dat door de onderzoekers aan de betrouwbaarheid van de data werd toegekend (zie ook paragraaf 2.4.1) en tevens als totaal van het alle locaties waarvoor een ingevulde vragenlijst werd ontvangen én waarvan werd aangegeven dat er (wel eens) bewoners met GP problematiek verbleven (n=334). Bij oordeel 1 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data betrekking hebben op de GP doelgroep, bij oordelen 2 en 3 bestaan hierover twijfels, en bij oordeel 4 mag ervanuit worden gegaan dat de gerapporteerde data (tevens) betrekking hebben op andere doelgroepen. De tekstuele toelichting heeft, tenzij anders vermeld, betrekking op de resultaten voor locaties met oordeel 1.

Een groot deel van de respondenten dat de vragenlijst invulde voor de locaties met oordeel 1 is niet op de hoogte of hun organisatie een kwaliteitsstatuut GGz heeft (41%) of een convenant / samenwerkingsovereenkomst met een GGz instelling (40%), zo blijkt uit tabellen 3.33 en 3.34. Uit de antwoorden van respondenten die hier wel van op hoogte zijn, blijkt dat slechts een klein percentage V&V organisaties een kwaliteitsstatuut GGz heeft (6%) terwijl 40% een convenant / samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten met een GGz instelling.

Tabel 3.33 De organisatie heeft een kwaliteitsstatuut GGz

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=60)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Ja, n (%)	**6 (6)**	6 (10)	5 (9)	7 (7)	24 (7)
Nee, n (%)	**59 (54)**	26 (44)	18 (31)	42 (43)	145 (45)
Weet ik niet, n (%)	**45 (41)**	27 (45)	36 (61)	49 (50)	157 (48)

Tabel 3.34 De organisatie heeft een convenant / samenwerkingsovereenkomst gesloten met een GGz instelling

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Ja, n (%)	**44 (40)**	10 (17)	18 (31)	21 (21)	93 (28)
Nee, n (%)	**22 (20)**	26 (44)	16 (27)	31 (32)	95 (29)
Weet ik niet, n (%)	**44 (40)**	23 (38)	25 (42)	46 (47)	138 (42)

Waar het gaat om concrete samenwerking met de GGz, blijkt dat een derde van de V&V organisaties niet samenwerkt met een GGz instelling en 70% niet met een zelfstandig gevestigde GGz professional (tabel 3.35). V&V organisaties die niet samenwerken met GGz professionals- en organisaties geven als redenen hiervoor dat ze zelf de benodigde kennis en expertise in huis hebben, dat ze geen geschikte samenwerkingspartner kunnen vinden of

dat men nog bezig is een samenwerking op te zetten (tabel 3.36). V&V organisaties die wel samenwerken met de GGz doen dit het vaakst op structurele basis. Samenwerking met een zelfstandig gevestigde GGz professional komt minder vaak en bijna uitsluitend incidenteel voor.

Tabel 3.35 Samenwerking met GGz professionals of organisaties van buiten de eigen organisatie omtrent bewoners met gerontopsychiatrische problematiek

	Structureel		Incidenteel		Niet	
	Totaal (n=326)	Oordeel 1 (n=110)	Totaal (n=326)	Oordeel 1 (n=110)	Totaal (n=326)	Oordeel 1 (n=110)
GGz instelling, n (%)	87 (27)	45 (41)	137 (42)	32 (29)	102 (31)	33 (30)
Een zelfstandig gevestigde GGz professional, n (%)	26 (8)	5 (5)	79 (24)	28 (26)	221 (68)	77 (70)
Anders, n (%)	8 (38)	0 (0)	11 (52)	3 (75)	2 (10)	1 (25)

Tabel 3.36 Reden(en) om niet samen te werken met GGz professionals of organisaties van buiten de eigen organisatie

	Oordeel 1 (n=20)	Oordeel 2 (n=6)	Oordeel 3 (n=12)	Oordeel 4 (n=17)	Totaal (n=55)
De benodigde kennis en expertise in huis, n (%)	**5 (25)**	1 (17)	5 (42)	4 (24)	15 (27)
Geen geschikte samenwerkingspartner bekend, n (%)	**3 (15)**	1 (17)	5 (42)	4 (24)	13 (24)
Anders, n (%)	**15 (75)**	4 (67)	2 (17)	10 (59)	31 (56)

De samenwerking tussen V&V organisaties en externe GGz professionals of organisaties is verschillend vormgegeven (tabel 3.37). Zo vindt in meer dan 80% van de samenwerkingen consultatie met de GGz plaats en maakt scholing in een derde van de gevallen onderdeel uit van de samenwerking. Daarnaast worden in bijna de helft van de samenwerkingen bewoners verwezen. Deze (gedeeltelijke) verwijzing van bewoners naar de GGz vindt vooral plaats omtrent crisisopvang (75%), behandeling (57%) en screening/diagnostiek (47%), zoals uit tabel 3.38 blijkt.

Tabel 3.37 Vormen van samenwerking met externe GGz professionals of organisaties

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Consultatie, n (%)	90 (82)	55 (93)	39 (66)	72 (74)	256 (79)
Algemeen overleg, n (%)	51 (46)	18 (30)	22 (37)	34 (35)	125 (38)
Verwijzing bewoners, n (%)	51 (46)	31 (52)	25 (42)	39 (40)	146 (45)
Scholing, n (%)	34 (31)	17 (28)	17 (29)	26 (27)	94 (29)
Geen van bovenstaande, n (%)	13 (12)	1 (2)	6 (10)	15 (15)	35 (11)
Anders, n (%)	11 (10)	2 (3)	8 (14)	6 (6)	27 (8)

Tabel 3.38 Onderdelen waarop (gedeeltelijke) verwijzing van bewoners naar de GGz plaatsvindt

	Oordeel 1 (n=51)	Oordeel 2 (n=31)	Oordeel 3 (n=25)	Oordeel 4 (n=39)	Totaal (n=146)
Crisisopvang, n (%)	38 (75)	7 (23)	16 (64)	23 (59)	84 (58)
Behandeling, n (%)	29 (57)	26 (84)	17 (68)	26 (67)	98 (67)
Screening/diagnostiek, n (%)	24 (47)	27 (87)	18 (72)	23 (59)	92 (63)
Nazorg, n (%)	7 (14)	8 (26)	2 (8)	4 (10)	21 (14)
Preventie, n (%)	4 (8)	5 (16)	2 (8)	6 (15)	17 (12)
Weet ik niet, n (%)	1 (2)	1 (3)	1 (4)	3 (8)	6 (4)

De frequentie van samenwerking met de GGz verschilt tussen de V&V instellingen (tabel 3.39). De meeste respondenten geven aan dat samenwerking met de GGz enkele malen per jaar plaatsvindt. Een op de vijf V&V locaties werkt echter wekelijks samen met de GGz.

Tabel 3.39 Frequentie van samenwerking met externe GGz professionals of organisaties

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Enkele malen per jaar, n (%)	41 (37)	29 (48)	6 (10)	33 (34)	109 (33)
Wekelijks, n (%)	21 (19)	3 (5)	11 (19)	4 (4)	39 (12)

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Maandelijks, n (%)	**15 (14)**	12 (20)	9 (15)	16 (16)	52 (16)
Eens per jaar of minder, n (%)	**11 (10)**	7 (12)	15 (25)	21 (21)	54 (17)
Dagelijks, n (%)	**4 (4)**	0 (0)	4 (7)	4 (4)	12 (4)
Weet ik niet, n (%)	**18 (16)**	8 (13)	14 (24)	20 (20)	60 (18)

Bijna 40% van de respondenten omschrijft de samenwerking met de GGz als goed, 22% als voldoende en 22% als matig (tabel 3.40). Op de vraag wat er goed gaat in de samenwerking met de GGz geeft een groot deel van de respondenten in de open antwoorden aan dat de 'korte lijntjes' en 'laagdrempeligheid' erg prettig werken. De communicatie, bereikbaarheid en betrokkenheid worden door veel respondenten als positief benoemd; men weet elkaar wederzijds te vinden. Ook wordt de kennis en expertise die vanuit de GGz met de eigen medewerkers gedeeld wordt als prettig ervaren. Eén respondent omschreef de GGz professional als "vraagbaak voor medewerkers".

Tabel 3.40 Omschrijving samenwerking van organisatie met de GGz

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Goed, n (%)	**42 (38)**	15 (25)	16 (27)	21 (21)	94 (29)
Voldoende, n (%)	**24 (22)**	23 (38)	15 (25)	32 (33)	94 (29)
Matig, n (%)	**24 (22)**	15 (25)	12 (20)	19 (19)	70 (21)
Die is er niet, n (%)	**19 (17)**	4 (7)	16 (27)	25 (26)	64 (20)
Slecht, n (%)	**1 (1)**	2 (3)	0 (0)	1 (1)	4 (1)

Een kwart van de respondenten is van mening dat de samenwerking met de GGz geen verdere verbetering behoeft, een kwart weet het niet en bijna de helft van de respondenten ziet nog ruimte voor verbetering (tabel 3.41). In de open antwoorden benadrukken respondenten sterk dat zij graag zouden zien dat de samenwerking met de GGz een meer structureel karakter krijgt. Het gaat dan zowel om een meer structurele of formele samenwerking, maar ook om meer structurele contactmomenten op verschillende lagen in de organisatie. Daarnaast zijn respondenten van mening dat er nog veel meer aan wederzijdse kennisdeling en kruisbestuiving gedaan zou kunnen worden. Eén respondent somde de mogelijkheden als volgt op: "*uitwisselen kennis en kunde, geven van scholingen in elkaars vakgebied, meelopen voor inhoudelijk adviezen en instructie*". Hieruit voortvloeiend worden ook meer formatie, meer beschikbare middelen en ontschotting van de financiering genoemd als mogelijkheden om de samenwerking verder te verbeteren.

Tabel 3.41 Mogelijkheid tot verbetering van de samenwerking met de GGz

	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Er zijn mogelijkheden tot verbetering, n (%)	52 (47)	41 (68)	21 (36)	39 (40)	153 (47)
Dit is niet nodig, n (%)	28 (26)	7 (12)	16 (27)	25 (26)	76 (23)
Weet ik niet, n (%)	30 (27)	11 (19)	22 (37)	34 (35)	97 (30)

De coronapandemie heeft geen nieuwe samenwerking(en) met GGz professionals of zorgorganisaties tot stand gebracht (tabel 3.42). Voor het overgrote deel van de V&V locaties is de frequentie van contact met GGz professionals of zorgorganisaties ook niet veranderd; 11% geeft aan iets minder contact te hebben gehad. Wel geeft een aantal respondenten aan dat de vorm van contact veranderd is, bijvoorbeeld door overleg via Teams of Zoom te doen in plaats van op de locatie (tabel 3.43).

Tabel 3.42 Totstandkoming nieuwe samenwerking(en) met GGz professionals of zorgorganisaties onder invloed van de coronapandemie

Antwoord	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Nee, n (%)	109 (99)	59 (100)	58 (98)	92 (94)	318 (98)
Ja, n (%)	1 (1)	0 (0)	1 (2)	6 (6)	8 (2)

Tabel 3.43 Veranderingen in frequentie van contact met GGz professionals of zorgorganisaties onder invloed van de coronapandemie

Antwoord	Oordeel 1 (n=110)	Oordeel 2 (n=59)	Oordeel 3 (n=59)	Oordeel 4 (n=98)	Totaal (n=326)
Nee, n (%)	94 (86)	47 (80)	47 (80)	82 (84)	270 (83)
Ja minder contact, (n (%)	12 (11)	8 (13)	7 (12)	10 (10)	37 (11)
Ja vaker contact, n (%)	2 (2)	2 (3)	5 (9)	3 (3)	12 (4)
Ja anders, n (%)	2 (2)	2 (3)	0 (0)	3 (3)	7 (2)

3.7 Conclusie en reflectie

Een eerste belangrijke conclusie die we uit de enquête onder V&V organisaties kunnen trekken, is dat de doelgroepdefinitie gerontopsychiatrie in het verpleeghuis, nog niet (volledig) geïmplementeerd is in het veld en mede als gevolg daarvan op verschillende manieren wordt geïnterpreteerd. Dit zien we terug in de respons die we ontvingen. Een deel van de respondenten heeft gerontopsychiatrie (GP) foutief opgevat als psychogeriatrie (PG). Zo blijken de ingevulde GP aantallen voor deze groep vaak betrekking te hebben op het in de locatie verblijvende aantal bewoners met PG. Daarnaast is het zeer waarschijnlijk dat een deel van de respondenten de definitie van gerontopsychiatrie ruimer heeft opgevat dan zoals die in het onderzoek gehanteerd wordt, onder meer door alle (PG-)bewoners met psychische problematiek mee te tellen, door geen rekening te houden met een stapeling van problematiek naast de chronische psychiatrische problematiek of door bewoners mee te rekenen met relatief korte ('new onset') psychiatrische problematiek.
Ondanks deze tekortkomingen, kunnen we met behulp van de verificaties die gedaan zijn op de betrouwbaarheid van de gerapporteerde data en de resulterende indeling door de onderzoekers in 'oordelen', een aantal conclusies trekken over het aantal bewoners met gerontopsychiatrie dat in V&V instellingen verblijft (met Wlz-indicatie).

In Nederland waren tot dusver enkel de schattingen van KPMG uit 2019 (KPMG, 2019) en een extrapolatie van een inventarisatie onder zorgaanbieders in Noord Nederland die specialistische zorg bieden voor de doelgroep (Van Dijk, 2016) bekend, wanneer het de omvang van de doelgroep bewoners met gerontopsychiatrie in V&V instellingen betreft. Deze schattingen bevonden zich in de range van 1000-1500 bewoners. Onderliggende studie vormt de eerste systematische verkenning waarin geprobeerd is meer zicht te krijgen op de omvang van de doelgroep op landelijk niveau. Op basis van de resultaten van deze studie kan echter ook niet met zekerheid aangegeven worden wat de exacte omvang van de doelgroep gerontospychiatrie in het verpleeghuis is. Wanneer we enkel kijken naar de data die als zeer betrouwbaar geverifieerd zijn ('oordeel 1'), zien we dat de schatting van het totaal aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek (zonder Wmo-indicatie) in V&V instellingen met 1.316 bewoners binnen de range van de tot dusver bekende schattingen valt. Uiteraard moet hierbij opgemerkt worden dat de respons op de vragenlijst verre van volledig was, mede vanwege de coronapandemie. Tegelijkertijd schatten we op basis van onze eigen kennis van het veld in dat een groot deel van de organisaties die GP zorg bieden wel aan het onderzoek deelgenomen heeft. Om deze reden is besloten de omvangsdata niet te extrapoleren. Daarnaast weten we van in ieder geval negen V&V afdelingen/locaties die niet gereageerd hebben op de uitnodiging voor het vragenlijstnderzoek hebben dat de GP doelgroep (n=111) daar wel verblijft. Tellen we dit aantal bij de 1.316 op, komen we op een schatting van 1.427 bewoners met GP problematiek (zonder Wmo-indicatie) in V&V instellingen uit. Mogelijk is dit een onderschatting van het totaal aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in de verpleeghuissetting in Nederland. De gerapporteerde bedden en aantallen bewoners met GP problematiek waarover twijfels bestaan (oordelen 2 en 3) zijn hierin niet meegenomen, dit betreft grofweg een derde van onze sample. Hoewel geen indicatie gegeven kan worden van het juiste aantal bewoners met GP problematiek op deze locaties, is het vermoeden dat een klein aantal en/of incidenteel ook bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op deze locaties verblijven.

De problematiek om de omvang van de doelgroep in de verpleeghuissetting in kaart te brengen wordt eveneens duidelijk uit de internationale literatuur. In een internationale review naar de prevalentie van psychiatrische problematiek en co-morbiditeit onder verpleeghuisbewoners, werd een brede range gevonden (Van den Brink, 2019). In deze studie werd geschat dat 0,5% tot 84,9% van de verpleeghuisbewoners te maken hadden met psychiatrische problematiek en co-morbiditeit. Hoewel de doelgroep in deze review breder omschreven was dan de recent opgestelde en in het onderzoek gehanteerde definitie van de doelgroep, is ook hier de gevonden prevalentie range zeer breed. Het feit dat gerontopsychiatrische problematiek niet te vatten is in één diagnose, maar een combinatie vormt van langdurige psychiatrische problematiek en een stapeling van ouderdomsproblematiek, maakt dat de doelgroep zeer heterogeen is. Daarnaast is de psychiatrische problematiek niet altijd gediagnostiseerd. De doelgroep zou baat hebben bij een systematische klinische beoordeling van de problematiek, om te bezien welke zorgsetting het meest passend is voor kwalitatief hoogwaardige zorg.

Uit onze enquête blijkt dat in bijna de helft van de V&V locaties de omvang van de GP doelgroep de afgelopen vijf jaar is gegroeid. Dit is een belangrijk gegeven, zeker gezien de zorg voor cliënten met langdurige psychiatrische problematiek sinds 1 januari jl. tevens gefinancierd kan worden uit Wlz gelden. Hoewel GGz organisaties Wlz bedden kunnen realiseren, lijkt er een grotere instroom te zijn van cliënten met GP problematiek naar V&V instellingen dan vice versa. Exacte gegevens ontbreken nog, maar dit gegeven, in combinatie met de groei van de GP doelgroep die de laatste jaren al zichtbaar was op veel locaties, doet vermoeden dat de omvang van de GP doelgroep in V&V instellingen de komende jaren zal toenemen. De vraag is of bewoners in deze nieuwe instroom allen de gepaste cliënten voor de V&V setting zijn. Middels een systematische beoordeling van de individuele problematiek en behoeften kan hierin mogelijk een beter plaatsingsbeleid worden gehanteerd. Uit de resultaten van onze studie blijkt dat er op dit moment regelmatig overplaatsingen van bewoners plaatsvinden, in 35% van de gevallen naar een externe GGz organisatie. Hieraan liggen verschillende redenen ten grondslag, waaronder opvlammende psychiatrische problematiek en gedragsproblematiek, maar ook het tekort aan kennis en expertise bij medewerkers in de V&V instelling wordt in een kwart van de gevallen genoemd.

Van alle bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in V&V instellingen blijkt ruim de helft in een open woonvorm te verblijven en een kwart in zowel een open als gesloten woonvorm. De woonvorm hangt vermoedelijk nauw samen met of de instelling in (relatieve) nieuwbouw gehuisvest is of dat het een ouder gebouw betreft. De trend is duidelijk om bewoners met GP-problematiek zoveel mogelijk in open woonvormen te laten verblijven.

Bij de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek is in het merendeel van de gevallen een specialist ouderengeneeskunde en/of basisarts vanuit de eigen V&V organisatie betrokken, evenals helpenden, verzorgenden (IG) en MBO en/of HBO verpleegkundigen. De meeste V&V instellingen beschikken daarnaast over een eigen (GZ-) psycholoog, paramedici en overige zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de doelgroep. Opvallend is dat een arbeids-therapeutisch begeleider weinig aanwezig is in de instellingen. Voor de psychiatrische kant van de zorg wordt in de meeste gevallen expertise van buitenaf ingeschakeld, structureel dan wel incidenteel, zoals een psychiater, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of een verpleegkundig specialist GGz.

Op het gebied van het zorg-, ondersteuning- en activiteitenaanbod bestaat er bij een ruim deel van de respondenten de wens om dit beter af te kunnen stemmen op de specifieke wensen van de doelgroep. Zo is er behoefte aan specifieke vormen van therapie, een op de doelgroep aangepaste fysieke inrichting van de afdeling en arbeidsmatige dagbesteding. Dit zijn ook elementen die benoemd worden in het Zorgprogramma Gerontopsychiatrie (Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie in de V&V , 2012). Ook wordt het wenselijk geacht dat er een specifiek in gerontopsychiatrie geschoold team aanwezig is.

Slechts de helft van de respondenten beoordeelt het aanwezige expertiseniveau binnen het team als (ruim) voldoende. De expertise kan voornamelijk vergroot worden op het gebied van de psychiatrie. Op dit moment wordt voornamelijk binnen de eigen organisatie geprobeerd de kennis te verhogen, waarbij wel samenwerking met de GGz regio gezocht wordt, maar dit is nog niet afdoende. Men heeft bijvoorbeeld veel behoefte aan kennis over het omgaan met crises en psychiatrische stoornissen. Waar op dit moment in trainingen al wel redelijk wat aandacht aan besteed wordt is de weerbaarheid van medewerkers, maar het omgaan met gedragsproblemen blijft desondanks een knelpunt. Een ander groot knelpunt is de dagbesteding. Slechts een op de vijf respondenten vindt dat dit goed gaat. Als belangrijkste oplossing om dit te verbeteren wordt wederom het bevorderen van de deskundigheid van medewerkers genoemd.
Als mogelijkheid om ervaren knelpunten te verbeteren wordt ook regelmatig het verbeteren van de interdisciplinaire samenwerking binnen en buiten de organisatie genoemd. Daarnaast heeft men behoefte aan meer en/of geschiktere interventies om in te zetten bij deze doelgroep. Tot nu toe is er weinig wetenschappelijk bewijs voor effectieve interventies voor de doelgroep (Collet, 2019) en is meer (praktijkgericht) onderzoek nodig op dit gebied.

Samenwerking tussen V&V organisaties en GGz instellingen vindt bij ruim een derde van de respondenten nog niet plaats. V&V organisaties die wel samenwerken met de GGz doen dit vaak op structurele basis met een instelling uit de buurt. De samenwerking is niet intensief, aangezien minder dan de helft van de organisaties maandelijks contact heeft. De samenwerking bestaat vooral uit consultaties, algemeen overleg of verwijzing van bewoners. Van kennisdeling is nog relatief weinig sprake. Respondenten benadrukken echter dat zij graag zouden zien dat de samenwerking met de GGz een meer structureel karakter krijgt, en dat er meer aan wederzijdse kennisdeling en kruisbestuiving gedaan zou worden. In 2018 is er door het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) een inventarisatie uitgevoerd over de samenwerking tussen VV en GGz organisaties, waarbij drie typen samenwerking zijn geïdentificeerd. Integrale samenwerking, met kennisuitwisseling, en het hebben van een gezamenlijke of gedeelde afdeling of een consultatiemodel, lijken op dit moment het meest wenselijk. De domein overstijgende financiering van de zorg lijkt hierbij het voornaamste knelpunt.

Reflecterend kan gesteld worden dat gerontopsychiatrie geen diagnose is, maar een combinatie van problematiek, waarvan de psychiatrie structureel van aard is en de overige problemen worden veroorzaakt door ouderdom en veelal progressief zijn. Wanneer de ouderdomsproblematiek meer naar de voorgrond treedt, wordt ook de inzet van specialistische ouderengeneeskunde nodig, náást de inzet van psychiatrische expertise, die tot dusver tekort lijkt te schieten. De symptomen zijn echter zeer verschillend, wat de doelgroep zeer heterogeen- en daarmee tot dusver ook moeilijk herkenbaar maakt. Deze moeilijkheid wordt versterkt doordat er

binnen GGz instellingen een soortgelijke groep (oudere) mensen verblijft, waarvoor soms ook specialistische ouderenzorg nodig is. Vandaar dat structurele wederzijdse consultatie tussen beide sectoren noodzakelijk is om beide doelgroepen van goede zorg te kunnen voorzien.

Een formele afbakening voor de doelgroep gerontopsychiatrie in het verpleeghuis, gereguleerd via systeempartijen, zal eraan bijdragen dat mensen met chronische psychiatrische problematiek de juiste zorg ontvangen. Wanneer zich een stapeling van ouderdomsproblematiek bovenop chronische psychiatrische problematiek voordoet, is de Wlz de meest aangewezen plek. Echter, wanneer oudere cliënten met chronische psychiatrische problematiek op geen enkel- of slechts op één ouderdomsdomein problemen ervaren, dan blijft de GGz de meest aangewezen plek.

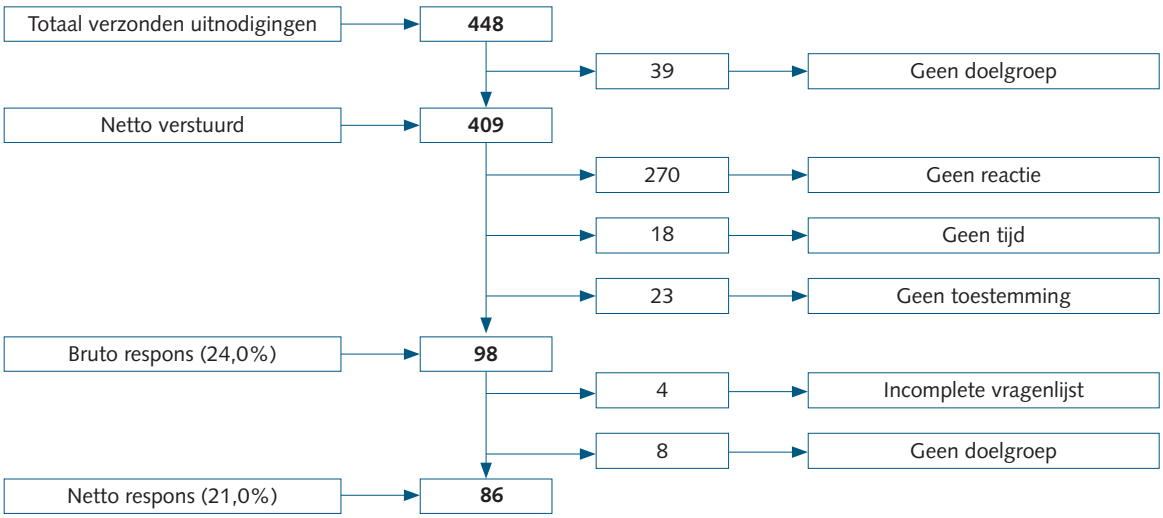
4 Psychiatrische problematiek in wooninstellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg

4.1 Respons

De uitnodiging voor deelname aan het vragenlijstonderzoek is uitgestuurd naar in totaal 448 e-mailadressen. Dit betroffen (woon)instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (193 adressen), instellingen die zowel VG- als V&V-zorg bieden (137 adressen) en Thomashuizen (118 adressen). Voor bounces[9] is handmatig een vervangend e-mailadres gezocht op de websites van de betreffende zorgaanbieders, zodat zij alsnog de uitnodiging hebben ontvangen.

39 respondenten bleken niet tot de doelgroep van het onderzoek te behoren[10]. De meesten lieten dit weten per e-mail en bij enkelen bleek dit naar aanleiding van een bounce. Dit brengt het aantal netto verstuurde uitnodigingen op 409. Het aantal ingevulde geretourneerde vragenlijsten was 98. Enkele respondenten vulden de vragenlijst niet volledig in. Daarnaast bleek uit nadere inspectie dat een aantal instellingen buiten de scope van het onderzoek viel. Na schoning resteerden 86 vragenlijsten. Het bruto responspercentage komt hiermee op 24% (98 van 409), het netto responspercentage op 21% (86 van 409). In figuur 2 wordt de totstandkoming van de bruto en netto respons schematisch weergegeven.

Figuur 2. Overzicht respons VG-enquête



9 Wanneer een e-mailbericht door een ontvangende mailserver wordt geweigerd, spreekt men van e-mail bounce

10 Mogelijk hebben niet alle respondenten die niet tot de doelgroep van het onderzoek behoren dit laten weten. In werkelijkheid is dit aantal respondenten wellicht hoger.

35 Thomashuizen vulden de vragenlijst in, waarmee het netto responspercentage voor Thomashuizen op 29,7% komt (35 van 118). Het bruto responspercentage voor VG-instellingen komt uit op 20,2% (59 van 291), en het netto responspercentage op 18,0%[11] (51 van 283).

Aantal organisaties

In totaal hebben 118 Thomashuizen en 184 unieke VG-instellingen de vragenlijst ontvangen. Dit varieerde van kleinschalige woonvoorzieningen tot landelijke VG-instellingen met vestigingen verspreid over een (groot) deel van het land. Een deel van de VG-instellingen ontving meerdere uitnodigingen, bijvoorbeeld per regio. In totaal werden vragenlijsten vanuit 37 unieke VG-instellingen ingevuld, wat neerkomt op een netto responspercentage van 20,1% (37 van 184). Een deel van de respondenten vulde de vragenlijst niet voor de gehele instelling in, maar voor een deel daarvan.

Grootte organisaties

De Thomashuizen komen qua grootte overeen: in elk huis wonen gemiddeld 8 à 9 bewoners. Naast 35 Thomashuizen, vulden zeven VG-instellingen bestaande uit één woonvoorziening, oftewel een (relatief) kleinschalige woonvorm, de vragenlijst in. Bij deze groep van kleinschalige woonvormen (zowel Thomashuizen als VG-instellingen) varieert het aantal volwassen bewoners met een Wlz-indicatie van 6 tot en met 30 (gemiddelde = 9,5; mediaan = 8; zie tabel 4.3).

Verder vulden dertien respondenten - werkzaam bij een grotere organisatie - een vragenlijst in. Het gaat hierbij om VG-instellingen die bestaan uit meerdere vestigingen, maar niet tot de grootste VG-instellingen behoren. Het gemiddelde volwassen bewoners met een Wlz-indicatie in deze groep is 43,0 en de mediaan is 25.

Zeven grote VG-instellingen (Vektis-indeling: 75-100% grootsten) vulden de vragenlijst in voor (bijna) de gehele organisatie. Het aantal bewoners met een Wlz-indicatie varieert hierbij van bijna 400 tot ruim 2000 (gemiddelde = 1087,6 ; mediaan = 650). Daarnaast vulden 24 respondenten de vragenlijst in voor een deel van een dergelijke grote organisatie[12]. Sommigen voor meerdere regio's of woonvoorzieningen, anderen voor een enkele woonvoorziening.

Representativiteit

In hoeverre correspondeert de verdeling naar omvang van de instellingen, met de werkelijke omvang verdeling binnen de sector? Op basis van de Vektis-indeling is dit niet vast te stellen, omdat dezelfde instellingen meermalen in de Vektis-lijst kunnen voorkomen, in verschillende grootteklassen.

Op basis van onze indeling naar 'klein', 'midden' en 'groot', blijkt dat de kleine instellingen bijna de helft van de respons vormen (tabel 4.1). Ruim een derde deel is 'groot'.

11 Hierbij zijn de 8 ingevulde vragenlijsten waarvan bleek dat zij niet tot de doelgroep van het onderzoek behoren niet meegenomen in de berekening van het responspercentage.

12 Binnen vier organisaties vulden meerdere respondenten een vragenlijst in voor elk een deel van de organisatie. Dit betreft in totaal 18 (van de 24) vragenlijsten.

Tabel 4.1 Aantal bewoners met een Wlz-indicatie in kleinschalige, middelgrote en grote instellingen

Aantal bewoners met Wlz-indicatie	Kleinschalige instellingen (N=42) (bestaat uit 1 vestiging)	Middelgrote instellingen (N=13) (bestaat uit 2 of meer vestigingen en valt in de VEKTIS klasse < 75%)	Grote instellingen (N=31) (Bestaat uit 2 of meer vestigingen en valt in de VEKTIS klasse >75%)
Verdeling respons (%)	49	15	36

De VGN hanteert eveneens een verdeling in klein, midden en groot. In de enquête werd ook respons verkregen van niet-VGN leden, dus de vergelijking met de respons is niet sluitend. Niettemin valt op dat de verdeling naar kleine instellingen redelijk overeenstemt. De respons in de enquête telt naar verhouding meer grote instellingen dan de verhouding die binnen het VGN-ledenbestand voorkomt en relatief minder instellingen in de midden categorie (tabel 4.2).

Tabel 4.2 Verdeling respons naar locatiegrootte

	Klein	Midden	Groot
Verdeling respons enquête, (%)	48	15	36
Verdeling VGN leden, (%)	54	24	22

Aandeel van de doelgroep bewoners van intramurale VG-instellingen

Als we kijken naar het aantal bewoners waarover de 86 respondenten gezamenlijk rapporteren, dan gaat dit om 10.230 mensen. Dit is tussen de 15 en 16%[13] van de populatie mensen met een verstandelijke beperking die op Wlz-indicatie verblijven in VG-instellingen.

4.2 Kenmerken deelnemende instellingen

Binnen de respons van 86 ingevulde vragenlijsten is er een grote variatie in omvang. De Vektis-klassenindeling komt niet volledig overeen met het werkelijke aantal bewoners van een instelling[14], waardoor het niet mogelijk is de omvang van de instellingen hiervan af te leiden.

13 Vektis geeft aan dat 63.000 mensen met een verstandelijk beperking intramuraal verblijven in VG-instellingen. De Nederlandse zorgautoriteit gaat uit van een aantal van circa 70.000 (bronnen: Wlz-instellingszorg gehandicapten in beeld | Vektis.nl), Bronnen en methoden monitor ghz 2020 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl))

14 Sommige instellingen staan meermalen in de lijst, onder verschillende omvangsklassen. Dit kan verklaard worden doordat sommige organisatie in diverse BV's zijn onderverdeeld. De VEKTIS indeling maakt van elke BV dan een aparte instelling, ook waar het eigenlijk om vestigingen van dezelfde organisatie gaat. Een instelling valt dan bijvoorbeeld in de 0-25% kleinste klasse, terwijl deze onderdeel kan uitmaken van een organisatie die eveneens in de lijst voorkomt in de grootste klasse.

Voor het bepalen van de omvang van de instellingen die hebben gerespondeerd, gaan we daarom uit van de opgaaf van de instelling zelf: hoeveel bewoners en hoeveel vestigingen tellen zij? De kleinste responderende organisatie telt 6 inwoners met een Wlz indicatie, de grootste telt er 2.191. De helft van de responderende vestigingen is relatief klein en telt maximaal 12 inwoners met een Wlz indicatie[15]. Een kwart telt meer dan 50 inwoners.

Tabel 4.3 Aantal bewoners met een Wlz-indicatie in kleinschalige, middelgrote en grote instellingen

Aantal bewoners met Wlz-indicatie	Kleinschalige instellingen (N=42) (bestaat uit 1 vestiging)	Middelgrote instellingen (N=13) (bestaat uit 2 of meer vestigingen en valt in de VEKTIS klasse < 75%)	Grote instellingen (N=31) (Bestaat uit 2 of meer vestigingen en valt in de VEKTIS klasse >75%)
Bijzonderheden	35 Thomashuizen		Behorend bij 17 organisaties[16]
Totaal	399	560	9284
Minimum	6	9	10
Maximum	30	169	2191
Gemiddelde	9,5	43,1	299,5
Mediaan	8	25	54

Achtergrond respondenten

Wie vulden de vragenlijsten in? De vragenlijsten zijn het vaakst ingevuld door gedragsdeskundigen en door directeuren van instellingen. Verder gaat het vaak om 'eigenaar / zorgondernemers', zorgmanagers en zorgcoördinatoren. In sommige gevallen is de vragenlijst door meer dan één professional ingevuld (tabel 4.4).

15 Hierbij zijn ook de vestigingen van grotere instellingen meegerekend. In de indeling die wij voor dit onderzoek maakten, zijn die vestigingen meegeteld bij de 'midden' of 'grote' instellingen.

16 Zeven grote organisaties vulden de vragenlijst in voor de gehele organisatie. 24 respondenten vulden de vragenlijst in voor een deel van de organisatie. Daarom is er een grote variatie in het aantal bewoners per ingevulde vragenlijst.

Tabel 4.4 Achtergrond respondenten

	Respondenten, n (%)
Directeur	23 (27)
Behandelverantwoordelijke	3 (3)
Locatiemanager	11 (13)
Begeleider	8 (9)
Psychiater	0 (0)
Gedragsdeskundige (psycholoog, orthopedagoog)	24 (28)
Teammanager	5 (6)
Arts verstandelijk gehandicapten	0 (0)
Anders	34 (40)

4.3 Omvang van de doelgroep

Bij de 86 vestigingen die een vragenlijst invulden, verblijven in totaal 10.230 mensen met een Wlz-indicatie[17]. Nog eens 298 bewoners verblijven er met financiering volgens de Wmo.
We vroegen de instellingen welk deel van de bewoners met een Wlz-indicatie kampt met psychiatrische problematiek. Bij 9 instellingen verblijven geen cliënten met een Wlz indicatie met psychiatrische problematiek. In totaal kampen ruim 3.000 van de ruim 10.000 bewoners (Wlz) met psychiatrische problematiek. Dit is dertig procent van de bewoners (tabel 4.5).

Tabel 4.5 Aantal bewoners (Wlz) dat kampt met psychiatrische problematiek

Totaal aantal bewoners, n	10.230
Aantal bewoners met psychiatrische problematiek, n	3.069
Percentage doelgroep, %	30

In hoeverre gaat het om bewoners met een vastgestelde diagnose en in welke gevallen betreft het een 'een vermoeden van psychiatrische aandoening'? In 45% van de gevallen is er sprake van een psychiatrische diagnose en in 55% van de gevallen betreft het een vermoeden van psychiatrische aandoening (tabel 4.6).

17 Dit antwoord wijkt licht af van het totale aantal bewoners met een Wlz-indicatie dat in paragraaf 4.2 is benoemd. Eén van de vragenlijsten is niet meegenomen in de omvang-berekening vanwege een rekenfout.

Tabel 4.6 Aandeel bewoners met een psychiatrische diagnose versus vermoeden van psychiatrische aandoening

	Bewoners, n (%)
Psychiatrische diagnose	1.151 (45)
Vermoeden van psychiatrische aandoening, maar geen diagnose	1.415 (55)
Totaal aantal bewoners met psychiatrische problematiek	2.566[18] (100)

Schatting

Een aantal instellingen geeft in de toelichting aan dat hun opgaaf van het aantal bewoners met psychiatrische problematiek een schatting betreft. Uit telefonische reacties weten we dat sommige instellingen - mede vanwege de coronacrisis - geen tijd vonden om het aantal mensen met psychiatrische problematiek in de dossiers / registratie na te zoeken en dat zij er daarom voor kozen om een schatting te doen. Andere toelichtingen maken duidelijk dat de definitie van (kampen met) 'psychiatrische problematiek' verschillend wordt geïnterpreteerd. Een aantal instellingen geeft daarbij aan dat psychiatrische problematiek überhaupt niet bij alle bewoners is vast te stellen, vooral bij bewoners met een ernstiger verstandelijke beperking is dat lastiger. Het opgegeven aantal zou daarmee een onderschatting zijn. Andere instellingen geven aan dat een deel van de cliënten weliswaar ooit een diagnose heeft gekregen, maar dat deze niet meer altijd up to date of correct is. In die gevallen is het percentage een overschatting. De volgende citaten illustreren de complexiteit rondom het vaststellen van psychische aandoeningen bij mensen met een verstandelijke beperking.

"Dit is een schatting (..) Soms is het proces om een diagnose te stellen te zwaar of te onoverzichtelijk voor een cliënt, waardoor we in de begeleiding met elkaar een waarschijnlijkheidsdiagnose stellen om wel de meest passende begeleiding proberen te bieden."

"Bovenstaande getallen zijn grove schattingen. Veel van de formeel vastgestelde diagnoses dateren van (tientallen) jaren geleden, het is de vraag in hoeverre deze (..) gesteld zouden worden met de huidige kennis over mensen met een verstandelijke beperking."

"Bij onze doelgroep waarbij onze bewoners zeer ernstig verstandelijk beperkt zijn is een bijkomende psychiatrische stoornis bijna inherent. Gezien het lage begrip niveau valt een diagnose niet of nauwelijks vast te stellen en is het vaak bij benadering."

18 Dit aantal is lager dan het totaal aantal inwoners met psychiatrische problematiek dat de instellingen invulden, omdat niet alle vragenlijsten in deze analyse zijn meegenomen. Bij 22 vragenlijsten bleek de optelsom van het aantal bewoners met-, en zonder diagnose kleiner of juist groter dan 100% te zijn. Deze vragenlijsten zijn daarom buiten deze analyse gelaten.

"We hebben een hele grove schatting gemaakt van het aantal bewoners met psychiatrische problematiek, omdat het niet haalbaar is om op clientniveau deze informatie op te halen. Ernstig verstandelijk gehandicapte cliënten hebben we uit de selectie gehouden omdat het daar (ondanks vermoedens) niet vast te stellen valt. Voor matig en licht verstandelijk gehandicapte cliënten hebben we de volgende beelden meegenomen: autisme, hechtingsstoornissen, angststoornissen, psychoses, verslaving, stemmingsstoornis, schizofrenie"

"De vraag is of er sprake is van een psychiatrische stoornis, of van overvraging (in combinatie met verstandelijke beperking). Dus welke problematiek ligt er daadwerkelijk op de voorgrond.."

Wanneer we het percentage bewoners (Wlz) met psychiatrische problematiek uitsplitsen naar de deelgroepen, zien we dat het percentage bewoners relatief het grootst is binnen de instellingen met slechts 1 vestiging, dus veelal in de kleine instellingen. De verschillen zijn evenwel niet erg groot (36% vs. 30% in grotere instellingen). Wat opvalt is dat *binnen* de doelgroep van bewoners met psychiatrische problematiek het percentage *met* een diagnose hoger is bij de kleine instellingen (79%) dan bij de grotere instellingen.

Ontwikkelingen in aandeel bewoners met psychiatrische problematiek

We informeerden naar de stabiliteit van het aandeel bewoners met psychiatrische problematiek binnen de instellingen. Daarbij vroegen we ook naar de invloed van de Corona-pandemie. Bij 13 van de 77[19] respondenten is de Corona-pandemie van invloed op het aantal bewoners met psychiatrische aandoeningen. Enkele instellingen geven aan dat het aandeel bewoners wat is toegenomen, ten gevolge van het stokken van de doorstroom. Andere instellingen geven aan dat er sprake is van een afname vanwege tijdelijk stopzetten van nieuwe intakes. In de toelichtingen geeft een aantal instellingen aan dat de Corona-pandemie niet zozeer van invloed is op de omvang, als wel op de intensiteit van de problematiek (tabel 4.7).

Tabel 4.7 Invloed van de coronapandemie op het aantal bewoners met psychiatrische problematiek

	Invloed Covid-19 pandemie op aantal bewoners (n = 77)
Wel van invloed, n (%)	13 (17)
Niet van invloed, n (%)	64 (83)

In de afgelopen vijf jaar is het aandeel bewoners met psychiatrische problematiek bij ruim de helft (52%) van de instellingen toegenomen. Bij 38% van de instellingen bleef het aandeel ongewijzigd, bij 3% van de instellingen nam het aandeel af (tabel 4.8). Vooral de grotere instellingen verwachten dat het aandeel zal toenemen (71% tegenover 27%).

19 Voor de omvangberekening zijn alle ingevulde vragenlijsten meegenomen in de analyse. De 9 instellingen die geen bewoners met psychiatrische problematiek hebben, zijn niet meegenomen in de verdere analyse.

Tabel 4.8 Wijzingen in aandeel bewoners met psychiatrische problematiek in de afgelopen vijf jaar

	Wijziging aandeel bewoners met psychiatrische problematiek n = 77)
Nee, niet gewijzigd, n (%)	29 (38)
Ja, toename, n (%)	40 (52)
Ja, afname, n (%)	2 (3)
Weet niet, n (%)	6 (8)

Per 1 januari 2021 is de toegang tot de Wlz gewijzigd, waardoor ook mensen met chronische psychiatrische problematiek onder voorwaarden een Wlz-indicatie kunnen krijgen. Een meerderheid van de instellingen verwacht dat dit zal leiden tot een toename van het aantal bewoners met psychiatrische problematiek (tabel 4.9). Deze verwachting leeft iets meer bij instellingen met meer vestigingen dan bij instellingen met maar één vestiging. De kleinere vestigingen geven vaker aan het niet te weten.

Tabel 4.9 Verwachte invloed van de wet GGz in de Wlz op de omvang van bewoners met psychiatrische problematiek

	Invloed van de wetswijziging (n = 77)
Kleine afname, n (%)	2 (3)
Gelijk, n (%)	23 (30)
Kleine toename, n (%)	30 (39)
Grote toename, n (%)	9 (12)
Weet niet, n (%)	13 (17)

4.4 Woon- en zorgsituatie van de doelgroep

In hoeverre is er sprake van clustering in de woonsituatie van bewoners met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek? De bewoners met psychiatrische problematiek verblijven in de meerderheid van de instellingen niet geclusterd, maar wonen verspreid samen met de bewoners zonder psychiatrisch problematiek (tabel 4.10). Bij instellingen met één vestiging waar mensen met en mensen zonder psychiatrische problematiek wonen, is vanzelfsprekend altijd sprake van 'verspreid' wonen. Dit geldt voor alle Thomashuizen. Bij de instellingen met meer vestigingen is er vaak al sprake van geclusterd wonen op basis van

verstandelijke beperking: LVB, MEVB/EVB of EMB. Tweemaal is aangegeven dat bewoners met psychiatrische problematiek op een speciale afdeling voor deze doelgroep verblijven.
Veel instellingen gaven aan dat er bij hen (ook nog) sprake is van een andere dan de voorgelegde woonsituatie. Veelal herkennen de instellingen zich dan niet in termen als afdelingen of units, en gaat het alsnog om verspreid wonen ("verspreid op woonlocaties zonder afdelingen", of "in een gezamenlijke setting passend bij een groot huishouden") of zij misten de antwoordmogelijkheid 'verspreid in een gemixte setting met LVB, EMB en EVB'.

Tabel 4.10 Woonsituatie van de doelgroep binnen de vestiging

	Woonsituatie binnen vestigingen* (n = 77)
Verspreid op een reguliere LVB afdeling (licht verstandelijke beperking), n (%)	40 (52)
Verspreid op een reguliere afdeling voor MEVB/EVB (matige tot ernstige verstandelijke beperking), n (%)	24 (31)
Verspreid op een reguliere afdeling voor EMB (ernstige meervoudige beperkingen), n (%)	8 (10)
Geclusterd op een speciale unit binnen een reguliere LVB afdeling (licht verstandelijke beperking), n (%)	4 (5)
Geclusterd op een speciale unit binnen een reguliere afdeling voor MEVB/EVB (matige tot ernstige verstandelijke beperking), n (%)	5 (6)
Geclusterd op een speciale afdeling voor bewoners met psychiatrische problematiek, n (%)	2 (2)
Anders namelijk, n (%)	27 (35)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

De meerderheid van de bewoners met psychiatrische problematiek valt in de categorieën VG6 en VG7, gevolgd door de categorieën VG4, VG3 en VG5 (tabel 4.11).

De top vijf van zorgprofielen van bewoners met psychiatrische problematiek is:
1. VG6 (78%)
2. VG7 (57%)
3. VG4 (43%)
4. VG3 (40%)
5. VG5 (32%)

VG6 is zowel bij grote als bij kleine instellingen de meest geïndiceerde categorie. VG7 wordt bij de instellingen met maar één vestiging minder vaak geïndiceerd voor mensen met psychiatrische

problematiek (39% vs. 70%). Bij de kleine instellingen gaat het dan vaker om VG4 als tweede belangrijkste zorgprofiel. Het meest intensieve zorgprofiel - VG8 - komt minder voor en bij kleine instellingen nog minder vaak dan bij grote instellingen.

Tabel 4.11 Met welke zorgprofielen zijn bewoners met psychiatrische problematiek op uw vestiging(en) geïndiceerd door het CIZ?

	Zorgprofielen op vestigingen* (n=77)
VG3 Wonen met begeleiding en verzorging, n (%)	31 (40)
VG4 Wonen met begeleiding en intensieve verzorging, n (%)	33 (43)
VG5 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging, n (%)	25 (32)
VG6 Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering, n (%)	60 (78)
VG7 (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering, n (%)	44 (57)
VG8 Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging, n (%)	11 (14)
LVG1 Wonen met enige behandeling en begeleiding, n (%)	1 (1)
LVG2 Wonen met behandeling en begeleiding, n (%)	5 (6)
LVG3 Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep, n (%)	7 (9)
LVG4 Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding, n (%)	2 (3)
LVG5 Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding, n (%)	1 (1)
SGLVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum, n (%)	0 (0)
Weet ik niet, n (%)	0 (0)
Anders, namelijk:, n (%)	6 (8)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

4.5 Deskundigheid en kennis met betrekking tot de doelgroep

Hoe is het gesteld met de kennis en expertise om goede zorg te kunnen bieden aan bewoners met een psychiatrische aandoening? We kijken daarvoor achtereenvolgens naar de betrokken disciplines, het zorgaanbod, beoordeling van de eigen expertise en aanvullende behoeften en scholing.

Disciplines

Welke disciplines zijn betrokken bij de zorg voor deze specifieke bewoners? Er werden zes disciplines voorgelegd: de arts verstandelijk gehandicapten (AVG), orthopedagoog, agogisch medewerker, psycholoog, psychiater en verpleegkundig specialist (tabel 4.12).

De top 3 van meest bij de zorg betrokken disciplines:
1. Orthopedagoog
2. AVG
3. Agogisch medewerker

De orthopedagoog en agogisch medewerker zijn het vaakst binnen de organisatie aanwezig. Een AVG en een psychiater worden het vaakst betrokken van buiten de vestiging. Als aanvullende disciplines worden genoemd: fysiotherapeut, SPV, social worker, verpleegkundige (Z, B en psychiatrisch), vaktherapeut en huisarts.

Bij de kleine instellingen zijn alle voorgelegde disciplines minder vaak bij de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek betrokken. En als zij betrokken zijn bij de zorg, is dit vaker van buitenaf.

Tabel 4.12 Aanwezige disciplines binnen de organisatie

	AVG (n = 77)	Ortho-pedagoog (n = 77)	Agogisch medewerker (n = 77)	Psycholoog (n = 77)	Psychiater (n = 77)	Verpleeg-kundig specialist (n = 77)
Ja, binnen de organisatie, n (%)	26 (34)	45 (58)	44 (57)	24 (31)	8 (10)	13 (17)
Ja, van buiten de organisatie, n (%)	38 (49)	22 (29)	8 (10)	27 (35)	44 (57)	25 (33)
Nee, niet betrokken, n (%)	13 (17)	10 (13)	25 (33)	26 (34)	25 (33)	39 (51)

Bij een verpleegkundig specialist, psycholoog, psychiater en agogisch medewerker geeft steeds ongeveer een derde van de instellingen aan dat zij *niet* betrokken zijn bij de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek (tabel 4.13).

Tabel 4.13 Aanwezige disciplines bij de zorg voor bewoners met psychogeriatrische problematiek

	AVG (n = 77)	Ortho-pedagoog (n = 77)	Agogisch medewerker (n = 77)	Psycholoog (n = 77)	Psychiater (n = 77)	Verpleeg kundig specialist (n = 77)
Wel bij de zorg betrokken,n (%)	64 (83)	67 (87)	52 (68)	51 (66)	52 (68)	38 (49)
Niet bij de zorg betrokken,n (%)	13 (17)	10 (13)	25 (32)	26 (34)	25 (32)	39 (51)

De inzet van deze deskundigen is voor de meeste disciplines incidenteel. Alleen bij de agogisch medewerker is vaker wel dan niet sprake van structurele inzet. Bij kleine instellingen valt op dat de inzet van een psychiater vaker structureel is (bij 46% van de kleine instellingen tegen 16% van de grotere instellingen). Dit is vooral bij (een aantal van) de Thomashuizen te zien, mogelijk doordat bij een aantal van deze gezinshuizen een psychiater deel uitmaakt van het begeleidende koppel.

Beschikbaar zorgaanbod

Welk specifiek zorgaanbod is beschikbaar voor de bewoners met psychiatrische problematiek? Er werden elf aanbodtypen voorgelegd, variërend van specifieke dagbesteding en therapieën tot een specifieke aanpassing van de fysieke omgeving (tabel 4.14).

Veertien respondenten (18%) gaven aan dat zij geen speciaal aanbod voor de doelgroep met psychiatrische problematiek aanbieden. Enkele toelichtingen hierbij:

> "Voor deze Wlz-cliënten is er geen specifiek aanbod, omdat hun dominante grondslag verstandelijke beperking is."
>
> Een andere instelling geeft aan: "Alle bewoners krijgen zorg en begeleiding op maat. Er is geen onderscheid in de begeleiding van bewoners met psychiatrische problematiek."

Het vaakst gaven instellingen aan dat zij cliënten met psychiatrische problematiek op een andere wijze benaderen, zoals bijvoorbeeld met belevingsgerichte zorg. Ook wordt er in veel instellingen extra tijd voor deze cliënten uitgetrokken en er is een aangepast aanbod aan dag invulling. Achttien instellingen (23%) geven aan de beschikking te hebben over een speciaal in psychiatrische problematiek geschoold team.

Bij 'ander aanbod' worden uiteenlopende antwoorden gegeven. Een instelling geeft aan dat zij de teams ondersteunen en coachen. Een andere instelling geeft aan dat het vooral om individueel maatwerk gaat:

"Cliënten wonen bij ons individueel en er wordt zorg op maat geboden. Dus als er bepaalde dag invulling nodig is of aangepaste fysieke inrichting, dan wordt er gekeken hoe dit geboden kan worden."

Een aantal instellingen wijst erop dat de zorg aan bewoners 'autismeproof' is gemaakt, door het bieden van een heldere structuur voor alle bewoners. Een andere instelling geeft aan dat de dagbesteding bij een deel van de bewoners intern wordt verzorgd, omdat zij 'moeilijk of niet extern plaatsbaar' zijn.

Top 3 specifiek zorgaanbod:
1. Specifieke benaderingswijze
2. Extra zorg / meer tijd
3. Speciale daginvulling

Tabel 4.14 Beschikbaarheid specifiek aanbod voor bewoners met psychiatrische problematiek

	Aanbod* (n = 77)
Specifieke benaderingswijze, zoals belevingsgerichte zorg, n (%)	40 (52)
Extra zorg van verzorgenden, bijvoorbeeld door vaker of langer de tijd te nemen voor bewoners, n (%)	34 (44)
Speciale daginvulling, n (%)	32 (42)
Specifieke vorm van therapie, n (%)	21 (27)
Specifiek in psychiatrische problematiek geschoold team, n (%)	18 (23)
Specifieke groepsactiviteiten, n (%)	17 (22)
Andere samenstelling team, n (%)	15 (19)
Aangepaste fysieke inrichting van de afdeling, n (%)	11 (14)
Specifieke begeleidingsgroepen, n (%)	7 (9)
Specifieke ondersteuningsgroep voor familie of andere naasten, n (%)	5 (6)
Anders, n (%)	10 (13)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Er zijn enkele verschillen tussen de kleine instellingen en de grotere instellingen. De instellingen met meerdere vestigingen bieden vaker een specifieke vorm van therapie aan (43% vs. 6%). Meer kleine dan grote instellingen geven daarentegen aan dat zij extra tijd van verzorgenden bieden aan bewoners met psychiatrische problematiek (61% vs. 32%). Thomashuizen geven vaker aan een specifieke benaderingswijze toe te passen.

Wenselijk zorgaanbod

Welk zorgaanbod is bij de instellingen niet of niet voldoende beschikbaar en zouden zij wel graag (meer) willen aanbieden? Ruim een derde deel van de respondenten (N=26, 34%) geeft aan dat zij geen aanbod voor de doelgroep met psychiatrische problematiek missen (tabel 4.15). Meer kleine dan grote instellingen geven aan dat zij geen zorgaanbod missen (48% vs. 23%).

Het meest gemist wordt een specifieke vorm van therapie (29%). Ook een speciale dag invulling ontbreekt volgens bijna een kwart van de instellingen. Dat geldt ook voor een speciaal in de psychiatrische problematiek geschoold team. 22% van de respondenten zou graag extra zorg willen bieden (vaker of langer) aan de bewoners met psychiatrische problematiek. De instellingen met meerdere vestigingen geven vaker dan instellingen met één vestiging aan dat zij specifieke therapie (34% vs. 21%), een specifiek in psychiatrische problematiek geschoold team (41% vs. 0%) en een andere samenstelling van het team missen (30% vs. 6%).

Top 3 van specifiek aanbod dat wordt gemist:
1. Specifieke vorm van therapie
2. Specifiek in psychiatrische problematiek geschoold team en Speciale daginvulling
3. Extra zorg (vaker/langer tijd)

Tabel 4.15 Wenselijkheid van specifiek aanbod voor bewoners met psychiatrische problematiek

	Wenselijk aanbod* (n =77)
Specifieke vorm van therapie, n (%)	22 (29)
Specifiek in psychiatrische problematiek geschoold team, n (%)	18 (23)
Speciale daginvulling, n (%)	18 (23)
Extra zorg van verzorgenden, bijvoorbeeld door vaker of langer de tijd te nemen voor bewoners, n (%)	17 (22)
Andere samenstelling team, n (%)	15 (19)
Specifieke benaderingswijze, zoals belevingsgerichte zorg, n (%)	14 (18)
Specifieke groepsactiviteiten, n (%)	8 (10)
Specifieke ondersteuningsgroep voor familie of andere naasten, n (%)	8 (10)
Specifieke begeleidingsgroepen, n (%)	4 (5)
Aangepaste fysieke inrichting van de afdeling, n (%)	3 (4)
Anders, n (%)	6 (8)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Beoordeling van eigen expertise

In hoeverre zijn de instellingen tevreden over hun eigen expertise met betrekking tot de zorg voor bewoners met psychiatrische problematiek? De meerderheid van de instellingen oordeelt dat de eigen expertise 'voldoende' (51%) tot 'ruim voldoende' (15%) is. Zeventien respondenten (22%) oordelen 'neutraal' en 12% vindt deze expertise onvoldoende aanwezig. Instellingen met één vestiging oordelen vaker positief over het eigen expertise, dan instellingen met meerdere vestigingen (voldoende-ruim voldoende opgeteld: 85% vs. 51%).

Waar zitten vooral de verbeterpunten? Het gaat dan met name om kennisvergroting die nodig wordt geacht, veelal op de gebieden van algemene psychopathologie. Meer specifiek wordt meer kennis op het gebied van autisme, psychose, hechtingsproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek genoemd. Ook omgaan met suïcidaliteit en depressiviteit wordt genoemd, en specifiek omgaan met ontsporingen en crisissituaties. Ook wordt kennis van triple problematiek gemist (problematisch middelengebruik). De kennisvergroting is zowel nodig op casus- als op teamniveau, blijkt uit de antwoorden. Vaak ook wordt kennistekort genoemd specifiek op de combinatie van de psychiatrische problematiek en de verstandelijke beperking. Er is dan behoefte aan meer kennis om beter te kunnen handelen en een betere begeleiding te kunnen bieden. Sommige respondenten geven aan dat zij graag een psychiater aan het team zouden willen toevoegen om deze kennis te vergroten. Ook wordt gewezen op het belang van scholing. Naast kennis in psychopathologie wordt ook farmacologische kennis gemist. Verder wordt een betere bejegening en aandacht voor zelfzorg genoemd. Sommige instellingen geven aan dat zij meer reflectie op het eigen handelen nodig achten. Ook wordt gezegd dat meer inzicht en meer vertrouwen in het eigen kunnen nodig zijn.

> "Het snijvlak tussen psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking is onderbelicht in de huidige expertise voor zover wij het kunnen vinden. Medicatie ivm de psyschiatrische problematiek en verstandelijke beperking is weinig over bekend. Gedragingen vanuit de problematiek zijn voor de begeleiders vaak moeilijk te doorgronden omdat het anders is dan alleen met een verstandelijke beperking."
>
> "Specifieke begeleiding op het gebied van omgaan met gedragsproblematiek (agressie, verslaving, grensoverschrijdend gedrag) zodat men handelingsbekwamer en vaardiger wordt. Lezen van het gedrag van cliënten beter wordt zodat men zich beter kan inleven."
>
> "Het vergroten van het vertrouwen van medewerkers in hun eigen expertise. Als een psychiatrische diagnose gesteld is zie ik soms de reactie 'ohw maar dat kunnen wij niet, dat weten wij niet'. Terwijl als je de situatie gaat ''afpellen", wat heeft iemand nodig? Dan kunnen medewerkers dat goed bieden."

Een deel van de respondenten geeft ook al aan hoe zij de kennis en het handelen zouden willen vergroten. Hiervoor is in het algemeen meer scholing nodig, en meer specifiek worden genoemd:

- Scholing breed
- Specifieke trainingen
- Raadpleging op casuïstiek niveau
- Intervisie tussen teams
- Binnenhalen van psychiater en/of SPV'ers in het team

(Bij-)scholing

In hoeverre volgen medewerkers van de instellingen scholing en training over de combinatie van verstandelijke beperking en psychische problematiek? Ruim een derde deel van de respondenten (29 respondenten, 38%) geeft aan dat een deel van het personeel specifieke scholing volgt, en ongeveer evenveel respondenten (37%) geven aan dat dit geldt voor al het personeel dat met de doelgroep werkt. Bij 15% gebeurt dit niet.

De instellingen met één vestiging geven vaker aan dat het voltallige bij de zorg betrokken personeel deze scholingen volgt, dan de instellingen met meerdere vestigingen (55% vs. 23%).

De scholing wordt in de meeste gevallen binnen de eigen organisatie gegeven, met eigen opleiders (44 respondenten, 68%). Ook gebeurt dit via mbo- of hbo-opleidingen. Twaalf respondenten (18%) geven aan dat zij een training of scholing in samenwerking met de GGz aanbieden. Dit kan gaan om een opleiding door of bij een GGz instelling, maar ook via een vrijgevestigde GGz professional of via de academische psychiatrie. Een groot deel van de instellingen geeft aan dat het om trainingen van buitenaf gaat die zij extern inkopen, zoals aangeboden via het RINO of workshops van particuliere gastdocenten.

Waar is de scholing op gericht? Er werden zeven onderwerpen en vaardigheden voorgelegd. De trainingen zijn het vaakst gericht op (zie ook tabel 4.16):

1. Gedrag en Bejegening
2. Diagnostiek
3. Weerbaarheid van de medewerkers

Tabel 4.16 Onderwerpen en vaardigheden waar scholing en training op gericht zijn

	Scholings- en training onderwerpen* (n=66)
Gedrag, n (%)	52 (79)
Bejegening, n (%)	52 (79)
Psychiatrische stoornissen (inclusief diagnostiek), n (%)	46 (70)
Weerbaarheid medewerkers, n (%)	36 (55)
Middelengebruik, n (%)	25 (38)
Omgaan met crisis, n (%)	20 (30)
Betrekken sociaal netwerk, n (%)	18 (27)
Anders, n (%)	10 (15)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Als aanvullende onderwerpen worden genoemd: seksualiteit, LVG, agressie regulatie, leren kijken naar gedrag, sensorische integratie en communicatie.

Bij de instellingen met meerdere vestigingen is scholing relatief vaak gericht op het vergroten van de weerbaarheid van de medewerkers (64% vs. 24%), bejegening (75% vs. 58%) en op kennis van psychiatrische stoornissen (66% vs. 52%). De instellingen met één vestiging richten hun scholing vaker op gedrag (76% vs. 61%).

De aanvullende scholingsbehoefte

Zeventien respondenten (26%) geven aan geen behoefte te hebben aan aanvullende scholing. De rest van de instellingen, 74%, heeft dat dus wel. Meer grote dan kleine instellingen wensen aanvullende scholing (86% vs. 67%).

De aanvullende scholingsbehoefte betreft bijna alle voorgelegde kennisgebieden (tabel 4.17). Kennis over psychiatrische stoornissen, gedrag en weerbaarheid zijn het vaaks gewenst, maar ook 'omgaan met crises' wordt vaak genoemd.

Top 3 Aanvullende scholingsbehoefte:
1. Psychiatrische stoornissen (inclusief diagnostiek)
2. Gedrag
3. Weerbaarheid

Tabel 4.17 Gewenste onderwerpen en vaardigheden voor scholing en training

	Aanvullende scholingsbehoeften* (n=66)
Psychiatrische stoornissen (inclusief diagnostiek), n (%)	33 (50)
Gedrag, n (%)	30 (45)
Weerbaarheid medewerkers, n (%)	28 (42)
Omgaan met crisis, n (%)	27 (41)
Bejegening, n (%)	25 (38)
Betrekken sociaal netwerk, n (%)	22 (33)
Middelengebruik, n (%)	18 (27)
Anders, n (%)	12 (18)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Andere genoemde scholingswensen zijn: werken met ontwikkelingsleeftijden, hechting/trauma en systeemdenken, interventies plegen, intimiteit/seksualiteit, suïcide, psychosociale begeleiding familienetwerk, psychofarmaca, Syndroom van Down en depressie, triple problematiek.

Instellingen met meerdere vestigingen hebben overall een grotere (aanvullende) scholingsbehoefte en deze geldt op bijna alle voorgelegde onderwerpen. De verschillen in aanvullende scholingsbehoefte zijn het grootst op de onderwerpen psychiatrische stoornissen (55% vs. 27%), middelengebruik (39% vs. 3%), betrekken van het sociaal netwerk (43% vs. 9%) en omgaan met crisis (50%vs. 15%).

Sterke en zwakke punten expertise

Wat gaat vooral goed?

De respondenten geven bijna unaniem aan dat zij wat betreft de zorg en ondersteuning vooral goed scoren in de dagelijkse begeleiding van bewoners met psychiatrische problematiek (tabel 4.18). Het omgaan met gedragsproblemen scoort ook hoog.

Tabel 4.18 Wat gaat goed in de zorg en ondersteuning van bewoners met psychiatrische problematiek

	Sterke punten* (n = 77)
Dagelijkse begeleiding, n (%)	70 (91)
Omgaan met gedragsproblemen, n (%)	53 (69)
Dagbesteding, n (%)	40 (52)
Herkenning en vroeg signalering van psychische problematiek, n (%)	30 (39)
Behandeling, n (%)	16 (21)
Anders, namelijk:, n (%)	6 (8)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Het expertiseterrein 'behandeling' scoort het laagst. Ook vindt ruim een derde van de respondenten dat 'herkenning en vroegsignalering van psychische problematiek' niet tot hun sterkste punten behoren.

De volgorde van de top drie verschilt niet tussen de grote en kleine instellingen, maar de instellingen met één vestiging beoordelen de eigen expertise voor de doelgroep met psychiatrische problematiek op bijna alle onderwerpen positiever. Vooral op het gebied van herkenning en vroegsignalering van psychische problematiek vinden veel meer kleine dan grote instellingen zichzelf goed presteren (55% vs. 27%).

Waarop is de instelling vooral trots? De respondenten konden dit in een open vraag invullen. De antwoorden zijn samen te vatten in de volgende hoofdcategorieën, geplaatst in volgorde van voorkomen:

1. Relatie
2. Samenwerking
3. Maatwerk

4. Structuur
5. Expertise

Minder vaak werden punten genoemd die samenhangen met een aanbod aan dagbesteding, steun en signaleren. We bespreken de top 3 van meest gegeven onderwerpen waarop de respondenten - volgens eigen opgaaf - vooral goede zorg bieden.

Relatie

> "Medewerkers zijn zich steeds meer bewust van het belang van een open en nieuwsgierige houding zonder oordeel en het steeds weer opnieuw beginnen, verbinding maken. Ze weten waar hun grenzen liggen en kunnen goed signaleren en rapporteren. Er wordt samenwerking gezocht met de GZ-behandeling zowel intern als extern. Gedragsproblemen worden niet (meer) als incidenten gezien maar als deel van de cliënt en zijn verleden, heden en toekomst."

Veel respondenten noemen de vertrouwensband die zij met hun bewoners weten op te bouwen. Soms gaat dit ook over de relatie met familieleden van de bewoners. De toelichtingen beschrijven een vorm van zorg waarin warmte, veiligheid, acceptatie en verbinding een belangrijke rol spelen.

Samenwerking

> "De dagelijkse begeleiding en ondersteuning van de bewoners, multidisciplinair samenwerken met gedragsdeskundige en AVG en op consult het inzetten van een psychiater. Op zoek gaan naar de behoefte van de bewoners en hierbij aansluiten, niet medicaliseren."

Het gaat bij een aantal instellingen heel goed op het gebied van samenwerking en daarbij doelt men meestal op samenwerking met GGz instellingen en/of individuele GGz professionals. Korte lijnen en een goede aansluiting, zijn daarbij de sleutelwoorden.

Maatwerk

> "Er wordt goed gekeken naar de cliënt en niet alleen de diagnose. Er wordt gekeken naar de behoeften van de cliënt en hierop ingespeeld."

Een aantal instellingen vindt dat zij goed presteren in het bieden van maatwerk aan de bewoners met psychiatrische problematiek. Zij hebben oog voor de individuele zorgbehoefte van bewoners. Hiervoor is het belangrijk dat instellingen de zorgbehoefte en zorgvraag van de cliënt goed 'verstaan' en goed weten om te zetten in een ondersteuningsplan.

Thomashuizen
Er is apart gekeken naar de sterke punten die de Thomashuizen aangeven. Hierbij vallen vooral het bieden van structuur en stabiliteit op. Ook geven de Thomashuizen aan sterk te zijn in het bieden van maatwerk, wat - zo geven zij aan - met name goed mogelijk is door de kleinschalige opzet van deze huizen.

> "Kleinschalige en daardoor individuele aanpak met veel nabijheid (personele inzet is continu)"

Wat kan er beter?

Vijftien respondenten (19%) gaven aan dat zij geen knelpunten ervaren op het gebied van de zorg en ondersteuning aan hun bewoners met psychiatrische problematiek (tabel 4.20). De meerderheid ziet wel verbeterpunten. Het zijn in meerderheid de vestigingen met één vestiging die geen knelpunten ervaren (36% vs. 7%)

De knelpunten zijn vooral gelegen in het omgaan met 'gedragsproblemen', in behandeling en in vroegsignalering van psychiatrische problematiek. De instellingen met meerdere vestigingen ervaren op alle voorgelegde gebieden meer problemen dan de kleinere instellingen. De verschillen zijn het grootst bij knelpunten in herkenning en vroegsignalering van psychiatrische problematiek (57% vs. 0%) en op het gebied van behandeling (50% vs. 9%). De instellingen met één vestiging ervaren nog het vaakst knelpunten bij het omgaan met gedragsproblematiek, maar nog steeds in mindere mate dan de grote instellingen hier tegenaan lopen (43% vs. 27%).

Tabel 4.19 Knelpunten in de zorg en ondersteuning van bewoners met psychiatrische problematiek

	Knelpunten* (n = 77)
Op het gebied van omgaan met gedragsproblemen, n (%)	28 (36)
Op het gebied van herkenning en vroegsignalering van psychische problematiek, n (%)	25 (32)
Op het gebied van de behandeling, n (%)	25 (32)
Op het gebied van dagbesteding, n (%)	19 (25)
Op het gebied van dagelijkse begeleiding, n (%)	6 (8)
Anders, n (%)	16 (21)
Er zijn geen knelpunten, n (%)	15 (19)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Respondenten noemen ook andere dan de voorgelegde knelpunten: de nieuwe Wvggz, crisisinterventies, ouderproblematiek, invloed van wettelijk vertegenwoordigers, diagnostiek bij laag IQ en psychiatrische problematiek, onvoldoende aansluiting tussen indicatie en benodigde behandel- en begeleidingsinzet, moeizame toegang tot AVG of psychiater, moeizame toegang tot 'bed op recept' en andere uitdagingen op het gebied van samenwerking met respectievelijk externe deskundigen, de GGz, dagbestedingscentra en de huisarts. Bij de instellingen met meerdere vestigingen komen daar de knelpunten van (vast) personeelskrapte en vitaliteit van het personeel bij.

Oplossingen

Welke oplossingen zien de instellingen zelf voor de aangegeven knelpunten?
Om herkenning en vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren (N=25) worden de volgende oplossingen als het meest kansrijk gezien:

1. Deskundigheidsbevordering (84%)
2. Beter interdisciplinaire samenwerking met VG-organisaties buiten de VG-sector (52%). Hierbij wordt dan bijna altijd de GGz bedoeld.
3. Verbeterde beschikbaarheid van de hiervoor toegeruste disciplines (40%)

Om betere behandeling te kunnen aanbieden (N=25), is vooral interdisciplinaire samenwerking buiten de VG-sector gewenst, waarbij vooral de GGz en een enkele keer ook de verslavingszorg worden genoemd. Voor de knelpunten op het gebied van dagelijkste begeleiding wordt vooral deskundigheidsbevordering aangedragen. Dit zien de meeste respondenten ook als de belangrijkste oplossing bij omgang met vermeende gedragsproblematiek.

> "Op een andere wijze [leren] kijken naar moeilijk verstaanbaar gedrag, gedrag als betekenis, reflectieve vaardigheden van medewerker zelf, nabijheid en afstand balans."

De helft van de respondenten die dit knelpunt noemde, denkt dat ook (de ontwikkeling of toepassing van) meer of geschiktere interventies een oplossing zou kunnen bieden.

Knelpunten op het gebied van dagbesteding vragen eveneens om deskundigheidsbevordering, zo menen de respondenten. Daarnaast speelt de beschikbaarheid van personeel hierbij een grote rol en de beschikbaarheid van passende plaatsen.

> "Dat de maatschappij er nog meer voor openstaat: werkplekken creëren zodat deze mensen ook mee mogen doen."

Overplaatsingen

Als blijkt dat er geen passend aanbod kan worden geboden voor een cliënt met psychiatrische problematiek in een VG-wooninstelling, wat gebeurt er dan? We vroegen de instellingen hoe vaak het in een gemiddeld jaar voorkomt dat bewoners met psychiatrische problematiek worden overgeplaatst. Dit kwam bij minder dan de helft van de respondenten in het afgelopen jaar voor (44%) (tabel 4.20). Bij de instellingen met één vestiging komt het veel minder vaak voor dan bij instellingen met meerdere vestigingen (6% vs. 73%).

In de meeste gevallen blijft de voormalige bewoner dan binnen de VG-sector: meestal betreft het een interne overplaatsing binnen de eigen organisatie en iets minder vaak gaat de cliënt naar een andere VG-instelling.

Bij 9 respondenten was een overplaatsing naar een GGz instelling aan de orde. Het gaat dan vaak om een crisisuitplaatsing, zo blijkt uit de toelichtingen. Getalsmatig gaat het om een zeer klein aandeel van de bewoners dat in een jaar tijd naar een GGz instelling wordt overgeplaatst: 1-7% van het aantal bewoners.

> "Dit komt zelden voor, op moment van crisis, door bijvoorbeeld psychotische problematiek wat onveilig wordt binnen onze setting. Dan kan de lijn zijn om client over te dragen aan de GGz (psychiatrie wordt dan voorliggend)."

Tabel 4.20 Overplaatsing van bewoners met psychiatrische problematiek

	Overplaatsingen* (n = 77)
Nee, n (%)	43 (56)
Ja, interne overplaatsing (binnen deze organisatie) , n (%)	25 (32)
Ja, externe overplaatsing (naar een andere VG-organisatie), n (%)	20 (26)
Ja, externe overplaatsing (naar een GGz organisatie) , n (%)	9 (12)
Anders, namelijk: , n (%)	7 (9)
Weet ik niet, n (%)	2 (3)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

Als meest genoemde reden voor overplaatsing wordt de mismatch tussen de zorgbehoefte en het zorgaanbod genoemd. Ook het 'opvlammen van psychiatrische problematiek' en gedragsproblematiek worden door meer dan de helft van de instellingen (die wel eens cliënten overplaatsen) als reden genoemd. Ruim een kwart van de respondenten noemt een tekortschieten van kennis en expertise als reden voor de overplaatsing.

Tabel 4.21 Redenen van overplaatsing

	Redenen overplaatsing* (n = 34)
Zorgaanbod niet passend	20 (63)
Opvlammen psychiatrische problematiek	17 (53)
Gedragsproblematiek	17 (53)
Bewoner paste niet in bewonersgroep	13 (41)
Kennis en expertise van medewerkers onvoldoende	9 (28)
Verhuizing dichterbij familie/sociaal netwerk	6 (19)
Capaciteit personele bezetting is niet voldoende	5 (16)
Anders, namelijk	5 (16)
Weet ik niet	1 (3)

**Meerdere antwoorden mogelijk*

4.6 Samenwerking met de GGz

In hoeverre wordt door de VG-instellingen samengewerkt met de GGz? Drie instellingen hebben een kwaliteitsstatuut GGz en veel andere respondenten geven aan het niet te weten. Een samenwerkingsverband of convenant met de GGz komt wat vaker voor: bij een kwart van de respondenten heeft de instelling enige formele vorm van samenwerking afgesloten. Maar ook dit is niet altijd bekend bij de respondenten (tabel 4.22).

Tabel 4.22 Formele relaties met GGz

	Kwaliteitsstatuut GGz (n=77)	Convenant of samenwerkingsovereenkomst met de GGz (n=77)
Ja, n (%)	3 (4)	19 (25)
Nee, n (%)	49 (64)	45 (58)
Weet niet, n (%)	25 (33)	13 (17)

Instellingen met één vestiging hebben vaker geen kwaliteitsstatuut of convenant. Vijftien procent van de dergelijke instellingen geeft aan enige overeenkomst met de GGz te hebben.

91% van de respondenten geeft aan dat de instelling samenwerkt op het gebied van geestelijke gezondheidszorg met één of meer professionals of een zorgaanbieder buiten de eigen organisatie. Waarom is er bij enkelingen geen samenwerking? De helft van de instellingen die niet samenwerken zegt de benodigde kennis en expertise zelf in huis te hebben. Eén instelling geeft als reden aan slechte ervaringen te hebben met de GGz.

Er wordt het meest samengewerkt met een AVG-kliniek, gevolgd door samenwerking met een GGz instelling, met de PAAZ en/of met de academische psychiatrie. Bijna een derde deel van de instellingen werkt (ook) samen met zelfstandig gevestigde GGz professionals. Instellingen met één vestiging werken ongeveer even vaak samen met vrijgevestigden en een AVG-polikliniek, maar veel minder vaak met een GGz instelling, PAAZ of academische psychiatrie (30 vs. 84%). Vanuit Thomashuizen-Nederland kan er consultatie plaatsvinden met een freelance expert.

Bij alle genoemde samenwerkingen, gaat het vaker om incidentele dan om structurele samenwerking (tabel 4.23).

Tabel 4.23 Samenwerking met GGz

	Samenwerking (n=77)
Zelfstandig gevestigde GGz professional, n (%)	30 (29)
GGz organisatie (waaronder ook PAAZ en academische psychiatrie) , n (%)	47 (61)
AVG-polikliniek, n (%)	50 (65)
Anders, n (%)	2 (3)

Werkt uw vestiging(en) samen met één of meerdere professionals van buiten uw organisatie of met andere zorgorganisaties op het gebied van geestelijke gezondheidszorg (tabel 4.24)?

Tabel 4.24 Karakter aanwezige samenwerking met GGz[20]

	AVG-polikliniek (n = 77)	GGz organisatie (waaronder ook PAAZ en academische psychiatrie) (n= 77)	Zelfstandig gevestigde GGz professional (n = 77)
Ja, structureel, n (%)	18 (23)	18 (23)	8 (10)
Ja, incidenteel, n (%)	32 (42)	29 (38)	22 (29)
Nee, geen samenwerking, n (%)	29 (38)	30 (39)	48 (62)

20 Bij deze vraag konden respondenten per abuis meer dan één antwoord invullen. Dit is enkele malen gebeurd, waardoor het totaal boven de 77 uitkomt.

Tabel 4.25 Tevredenheid over samenwerking met GGz

	Tevredenheid (n = 71)
Goed, n (%)	17 (24)
Voldoende, n (%)	33 (47)
Matig, n (%)	19 (27)
Slecht, n (%)	2 (3)

Hoe tevreden zijn de instellingen over de samenwerking met de GGz? Ongeveer een kwart van de instellingen vindt de samenwerking 'goed' en nog eens 47% beoordeelt deze als 'voldoende' (tabel 4.25). Ruim een kwart (27%) vindt de samenwerking 'matig' een minderheid (3%) vindt deze 'slecht'. De instellingen met één vestiging beoordelen de samenwerking vaker als goed dan de grotere instellingen (40 vs. 12%). Meer grote dan kleine instellingen vinden de samenwerking dan ook niet meer dan 'matig' (42 vs. 7%).
Veel instellingen geven aan dat de ervaringen met samenwerking wisselend zijn en per persoon en instelling verschillen.

Wat gaat er vooral goed in samenwerking?

"Korte lijnen, we werken niet samen met 'grote' GGz organisaties, maar juist zelfstandig gevestigden. Kennen onze bewoners, kennen ons. Scheelt heel veel!"

"Als er aangeklopt wordt bij de GGz, is er een luisterend oor. Over en weer zien we de voordelen van samenwerking. Uitwisseling expertise."

Genoemd worden:
- Goede kennis over en begrip van de doelgroep met psychiatrische problematiek. De behandeling van individuele bewoners verloopt goed.
- Korte lijnen. Dit gaat om een goede bereikbaarheid, toegankelijkheid, snel contact en beschikbaarheid bij vragen.
- Betrokkenheid en meedenken.

De positieve aspecten van goede samenwerking hebben vaak betrekking op contacten tussen individuele professionals rondom individuele cliënten.

Wat kan er beter in de samenwerking?

Tabel 4.26 Verbeterpunten in de samenwerking met GGz

	Verbeterpunten (n = 77)
Dit is niet nodig, n (%)	18 (23)
De samenwerking kan verbeterd worden door…, n (%)	43 (56)
Weet ik niet, n (%)	16 (21)

Ruim de helft van de respondenten (N=43, 56%) ziet mogelijkheid tot verbetering in de samenwerking en afstemming met de GGz (tabel 4.26). Dit geldt vaker voor grotere dan voor kleinere instellingen (73% vs. 33%). Soms is het belangrijkste verbeterpunt het überhaupt (nader) opstarten van de samenwerking die er nu nog niet of onvoldoende is.

> "Onze contacten met de GGz zijn nihil en moeilijk op te starten."
>
> "We komen niet tot een goede samenwerking met [..] verbonden aan onze regio. Positief is dat er recent een start is gemaakt met multidisciplinair overleg, structureel 2x per jaar is de planning. Zodat we elkaar zowel op gebied van crisisinterventies als op gebied van regulier overleg en behandeling beter kunnen gaan vinden. Helaas is dit weer met mensen die in een andere regio werken dan waar wij [..] onder vallen…"

De belangrijkste verbeterpunten:
1. Gelijkwaardiger samenwerken
2. Structureler samenwerken
3. Beter samenwerken in crisissituaties
4. Verbeteren capaciteit/ wachttijden

Gelijkwaardiger samenwerken

Veel instellingen geven aan dat de samenwerking met de GGz zou verbeteren als deze meer op basis van gelijkwaardigheid zou plaatsvinden. Er is meer begrip en erkenning vanuit de GGz nodig voor de expertise van de VG, zo klinkt uit de toelichtingen. Hierbij wordt de noodzaak van een gedeelde visie en 'out of the box' denken genoemd. Om te kunnen komen tot een werkelijke samenwerking tussen de twee domeinen, met gedeelde verantwoordelijkheid en waarin ook een gezamenlijk behandelplan tot de mogelijkheden behoort. Om hiertoe te komen is vooral veel uitwisseling nodig, in personeel, kennis en casuïstiek. Het vormen van gezamenlijke teams wordt ook genoemd.

> "In alle bescheidenheid: de GGz zou gebruik kunnen maken van kennis/ervaring van de zorgondernemers. Het is nu eenrichtingsverkeer."
>
> "Meer verbinding aan te gaan met elkaar en de VG-sector te zien en aanvaarden in hun expertise"
>
> "Mijn ervaring is dat de GGz geen noodzaak ziet om de samenwerking met de VG te intensiveren."
>
> "GGz sluit niet altijd goed aan bij de VG doelgroep. Als de kennis binnen de GGz op het gebied van LVB kan worden uitgebreid, dan zou dat meerwaarde zijn."
>
> "Echte integrale samenwerking waarbij de doelgroep als een gezamenlijke doelgroep omarmd kan worden. Daarnaast schotten in financiering weghalen, zodat integrale samenwerking domein overstijgend ook mogelijk is."
>
> "Meer met elkaar samen te werken in een open communicatie in plaats van naar elkaar te wijzen in stresssituaties."

Verder is het volgens een aantal instellingen nodig om de samenwerking structureler vorm te geven. Het gaat dan om vaker, maar vooral op vaste basis, met elkaar overleggen en samenwerken. Zodat de verwachtingen naar elkaar duidelijk zijn. Nu is de samenwerking vaak incidenteel en afhankelijk van personen, zo blijkt uit de toelichtingen. De sector heeft met veel personele wisselingen te maken, waardoor een eenmaal opgebouwde samenwerkingslijn snel weer verloren kan gaan. Vaste afspraken maken, vaste contactpersonen en vaste contactmomenten aanwijzen, kan daarin verbetering brengen. Ook is het nodig afspraken te maken over terugkoppeling.

Verder is een vaker genoemd verbeterpunt de samenwerking in geval van crisis. Dit is in het bijzonder nodig vanwege de wijzigingen in de wetgeving (Wet verplichte GGz en Wet zorg en dwang). Hierbij spelen twee randvoorwaardelijke aspecten een rol: de financieringsschotten en de tekorten aan opname en behandelcapaciteit. Deze staan een goede samenwerking vaak in de weg, zo blijkt uit de toelichtingen.

Behalve een verbetering van de samenwerking, zien de instellingen nog andere belangrijke aandachtspunten om de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking te verbeteren. Veel respondenten geven aan dat kennisvergroting en scholing hierin van groot belang zijn, waarbij er ook weer op de wederzijdsheid hiervan wordt gewezen. Uitwisselen van teams en gezamenlijke scholing is wenselijk. Verder wordt verbetering van de samenwerking met het bredere netwerk rondom een cliënt en rondom een instelling genoemd. Ook een verbetering in samenwerking met de verslavingszorg en deskundigheidsbevordering bij dagbestedingscentra is gewenst.

Een aantal respondenten benoemt voorts de noodzaak van het creëren van meer maatwerk mogelijkheden voor wonen voor mensen met psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking, waarbij kleinschaligheid voorop staat en waarbij gewerkt wordt met een gemengd team - met kennis van zowel de GGz als de VG. Een ander aandachtspunt is gelegen in uren en budgetruimte. Voor instellingen die vanuit de PGB worden gefinancierd, is het inkopen van expertise erg duur, zo geven sommigen aan. Ook wijzen sommigen op het gebrek aan (financiële) mogelijkheden om op- en af te schalen qua begeleidingsinzet.

4.7 Conclusie en reflectie

Conclusie

Onder bewoners van VG-instellingen is het voorkomen van psychiatrische problematiek geen uitzondering. Uit de enquête onder 86 respondenten vanuit VG-wooninstellingen blijkt dat - naar schatting - dertig procent van de bewoners kampt met psychiatrische problematiek. Dit gaat in 45% van de gevallen om bewoners met een vastgestelde psychiatrische diagnose en in 55% om ‘een vermoeden van psychiatrische problematiek’. Dit is in lijn met wat bekend is uit eerder onderzoek.

Wat weten we uit de literatuur over de omvang van de doelgroep?

Psychische stoornissen komen veel voor bij kinderen en volwassenen met zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking. Er zijn echter geen betrouwbare cijfers over de exacte omvang van de groep met deze combinatie van problematiek. Studies verschillen in hun definities van verstandelijke beperking of psychische stoornissen en ook spelen problemen met het diagnosticeren van een psychische stoornis in deze groep een rol (Kwaliteitsstandaard Akwa GGz, 2018). Internationaal onderzoek laat een prevalentie van psychische problematiek bij volwassenen met een verstandelijke beperking zien die ligt tussen de 16-41% (Cooper e.a., 2017). Consensus onder verschillende GGz instellingen in Nederland lijkt te zijn dat bij ongeveer 30% van de patiënten in zorg mogelijk sprake is van zwakbegaafdheid of een verstandelijke beperking (Wieland & Ten Doesschate, 2017). Screenend onderzoek bij opgenomen patiënten in de GGz laat zien dat 44 % van de acuut opgenomen psychiatrische patiënten vermoedelijk functioneert op ZB/LVB niveau (Nieuwenhuis e.a., 2017). De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland geeft aan dat het percentage mensen met een dubbele dan wel driedubbele diagnose in de verstandelijk gehandicaptenzorg is gegroeid van 32,5% in 2011 naar 44,5% in 2017 (Van den Poel, 2019). Gekeken naar voorgeschreven psychofarmaca, blijkt dat 32 procent van de mensen die verblijven in een VB-instelling psychofarmaca gebruikt. In 58 procent van die gevallen worden deze voorgeschreven voor 'probleemgedrag' (De Kuijper & Vrijmouth, 2014).

Veel instellingen geven aan dat het om een schatting gaat. Er kan daarbij zowel sprake zijn van een onderschatting als van een overschatting. Een deel van de psychiatrische problematiek wordt niet onderkend. Vooral bij mensen met een matige tot ernstige verstandelijke beperking is een psychiatrische aandoening soms lastig vast te stellen. Daarnaast geldt dat in het verleden vastgestelde psychiatrische diagnoses lang niet altijd (meer) correct zijn en/of dat de verstandelijke beperking pas later is (h)erkend.

Bij de meeste instellingen wonen bewoners met en bewoners zonder psychiatrische problematiek door elkaar heen.
Tweederde van de respondenten van de VG-instellingen geeft aan dat de eigen expertise met betrekking tot de doelgroep met psychiatrische problematiek voldoende tot goed is. Zij zijn met name tevreden over de dagelijkse begeleiding, de goede relatie tussen medewerkers en bewoners (vertrouwen, veiligheid), de samenwerking met externe partijen en het maatwerk dat zij bieden. Tegelijkertijd leeft bij veel instellingen ook de behoefte om de kennis en expertise in de zorg voor deze doelgroep te vergroten, met name ten aanzien van herkenning en vroeg signalering van psychiatrische problematiek, behandeling daarvan en crisishantering. Ook aan vergroten van de weerbaarheid van medewerkers is behoefte, vooral bij de instellingen met meer vestigingen.
De meeste instellingen bieden enige vorm van specifieke zorg aan bewoners met psychiatrische problematiek. Een derde deel van de responderende instellingen geeft echter aan bepaald aanbod voor de doelgroep te missen, zoals een specifieke therapie, een specifiek in psychiatrische problematiek getraind team en passende dag invulling.

Duidelijk is dat er overall veel wordt samengewerkt tussen de VG-sector en de GGz maar dat hier nog ruimte voor verbetering is. Tweederde deel van de respondenten vindt dat de samenwerking beter kan. De instellingen met meer vestigingen zijn minder tevreden over de samenwerking dan de instellingen met één vestiging. De belangrijkste verbeterpunten in de samenwerking zijn: 1) er is meer gelijkwaardigheid nodig in de relatie, en 2) de samenwerking moet structureler en beter geborgd.

Reflectie

Psychiatrische problematiek is veelvoorkomend onder bewoners van VG-instellingen, al blijft het percentage gebaseerd op schattingen. Er is - naar eigen oordeel van de instellingen - al veel kennis en expertise aanwezig in de zorg rondom bewoners met psychiatrische problematiek en er wordt deze bewoners verschillende vormen van specifieke zorg geboden. Tegelijkertijd missen veel instellingen ook nog kennis, expertise en maatwerkaanbod en uiten zij de behoefte aan verbetering.
Meer uitwisseling en een betere samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg is hierbij zowel de wens als het antwoord. De beweging in deze richting is volop ingezet, maar daarbij is (bij)sturing gewenst. Het is zorgelijk dat financiële schotten tussen de domeinen, personeelskrapte en beperkte budgetruimte hierin belemmerend werken. De huidige samenwerking tussen de sectoren is overall nog onvoldoende structureel en er lijkt daarbij bovendien sprake van eenrichtingsverkeer. Om het verschil te kunnen maken is een meer gelijkwaardige samenwerkingsrelatie nodig. Hierbij kan gedacht worden aan gemengde teams en uitwisseling van kennis en ervaring op alle niveaus. Dit zal vereist niet alleen aanpassing van de structuur van beide sectoren, maar ook een aanpassing in visie en cultuur.

Wat verder opvalt in de resultaten, is het verschil in ervaren expertise en aanbod tussen de instellingen met één en de instellingen met meer vestigingen. Instellingen met één vestiging zijn vaker tevreden over de eigen expertise, hebben minder (bij)scholingsbehoeften en oordelen vaker positief over samenwerking met de GGz dan (meestal grotere) instellingen met meer vestigingen. Ook beoordelen deze kleine instellingen de eigen expertise in herkennen en vroeg signaleren beter en bieden zij vaker extra zorg (tijd en aandacht) aan bewoners met psychiatrische problematiek. Dit roept een aantal vragen op. Kunnen zij wellicht door hun kleinschaligheid beter tegemoetkomen aan de behoeften van bewoners met psychiatrische problematiek? Wordt dit ook zo ervaren door de bewoners en hun naasten zelf? In hoeverre zijn de bewoners van kleine en grote instellingen vergelijkbaar? Psychiatrische problematiek komt in elk geval niet minder vaak voor onder de bewoners van kleine instellingen. Wel valt een groter deel van de bewoners van grote instellingen in de hogere zorgklassen. Tegelijkertijd zijn er juist ook instellingen met één vestiging en een bewonersgroep met juist een zeer complexe zorgvraag. Dit punt vereist nadere verdieping.

Dankwoord

Dank aan alle instellingen die ondanks de roerige tijden van de Corona-pandemie de tijd namen voor het invullen van de vragenlijst. Dank ook aan de leden van de klankbordgroepen GP en VG voor hun input op de voorlopige resultaten en - aan enkele leden van de klankbordgroep - voor hun antwoorden op enkele verdiepende vragen vanuit het onderzoeksteam.

Bijlage 1 Vragenlijst instellingen voor verpleging en verzorging

Vragenlijst bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in instellingen voor verpleging en verzorging

Welkom

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer een half uur. U kunt tijdens het invullen van de vragenlijst altijd besluiten op een later moment verder te gaan, door de link in de uitnodiging opnieuw te gebruiken. De antwoorden die u tot dan toe hebt gegeven worden bewaard, zodat u verder kunt gaan waar u was gebleven.

Wanneer de vragenlijst onjuist geadresseerd is of wanneer u vragen heeft over de vragenlijst, kunt u contact opnemen met de onderzoekers van het Trimbos-instituut via kennisinfrastructuren@trimbos.nl of telefonisch door Freeke Perdok te bellen op 030-2959228.

Toestemming

Voor u de vragenlijst in kunt vullen, dient u toestemming voor uw deelname te geven. Bij de uitnodigingsmail die u hebt ontvangen, zat een informatiebrief. Lees deze informatiebrief goed door. Daarin staat informatie over het doel van het onderzoek en de wijze waarop het Trimbos-instituut omgaat met uw persoonsgegevens. Kies daarna één van onderstaande opties:

☐ Ik geef toestemming aan het Trimbos-instituut om de gegevens, die ik bij het invullen van de digitale vragenlijst aan het Trimbos-instituut verstrek, te verwerken voor het onderzoek naar de omvang van de doelgroep bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in instellingen voor verpleging en verzorging.

☐ Ik geef geen toestemming. Hierbij eindigt mijn deelname aan het onderzoek.

Organisatie en doelgroep

1. Wat is de naam van uw organisatie?

2. Wat is uw functie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Directeur
- ☐ Locatiemanager
- ☐ Teammanager
- ☐ Klantcoördinator
- ☐ Specialist ouderengeneeskunde
- ☐ (GZ-)psycholoog
- ☐ EVV-er
- ☐ Anders, namelijk .....

3. Heeft uw organisatie intramurale locaties (bijv. verpleeg- of verzorgingshuis of gelijkwaardige woonvormen) waar bewoners Wlz zorg ontvangen (al dan niet met behandeling)?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → *Hiermee eindigt uw deelname aan het onderzoek*

Dit onderzoek gaat over de doelgroep gerontopsychiatrie in instellingen voor verpleging en verzorging. Voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in instellingen voor verpleging en verzorging gebruiken wij de volgende beschrijving:

- De bewoner heeft chronische psychiatrische problematiek, met of zonder formele diagnose (wel met sterk vermoeden);
- De psychiatrische problematiek was al aanwezig vóór opname;
- Naast de psychiatrische problematiek ervaart de bewoner problemen op minstens twee van de volgende gebieden: gedrag, cognitie, lichamelijke gezondheid, iADL, ADL of sociale betrokkenheid;
- Met name gedragsproblemen veroorzaakt door psychiatrische problemen, zijn onderscheidend voor mensen met gerontopsychiatrie ten opzichte van andere bewoners;
- De bewoner kan neurocognitieve problemen hebben, maar deze waren niet aanwezig voordat de psychiatrische problematiek begon.

4. Verblijven er op uw locatie bewoners met gerontopsychiatrische problematiek, die aan de doelgroepbeschrijving voldoen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee op dit moment niet, maar wij hebben wel eens bewoners (gehad) die aan de doelgroepbeschrijving voldoen
- ☐ Nee nooit → *Hiermee eindigt uw deelname aan het onderzoek*
- ☐ Weet ik niet → *Weet u niet of er op uw locatie bewoners met gerontopsychiatrische problematiek verblijven? Stuur de weblink van deze vragenlijst dan door naar een collega die deze vraag wel kan beantwoorden. Hij/zij kan de vragenlijst dan met dezelfde link verder invullen.*

5. Heeft uw organisatie één of meerdere intramurale locaties waar bewoners Wlz zorg ontvangen (al dan niet met behandeling)?

□ Eén intramurale locatie, namelijk ..... → *ga door naar vraag 7*

□ Meerdere intramurale locaties, namelijk ..... intramurale locaties *(noteer aantal)*

Waar mogelijk, verzoeken wij u de vragenlijst in te vullen voor alle intramurale locaties binnen uw organisatie. Als dit niet mogelijk is, vragen wij u aan te geven voor welke locatie(s) u de vragenlijst invult.

6. Voor welke locatie(s) zult u de vragen beantwoorden?

□ Ik beantwoord de vragen voor één intramurale locatie, namelijk ..... *(noteer naam locatie)*

□ Ik beantwoord de vragen voor meerdere intramurale locaties binnen mijn organisatie, namelijk ..... *(noteer namen locaties)*

□ Ik beantwoord de vragen voor alle intramurale locaties binnen mijn organisatie → *ga door naar vraag 7*

6.b Wanneer u de vragenlijst niet voor alle locaties binnen uw organisatie invult, wilt u ons dan de contactgegevens van andere locatie(s) doorsturen zodat wij hen ook een vragenlijst toe kunnen sturen? U kunt een e-mail sturen naar kennisinfrastructuren@trimbos.nl

□ Ik zal de contactgegevens van andere locatie(s) naar kennisinfrastructuren@trimbos.nl e-mailen zodat zij de vragenlijst voor overige locaties binnen de organisatie kunnen invullen.

NB: Wanneer u de vragenlijst invult voor meerdere locaties, leest u dan in de rest van de vragenlijst voor 'locatie' telkens 'meerdere locaties'.

7. Hoeveel woningen of afdelingen heeft de locatie?

□ ..... woningen of afdelingen *(noteer aantal)*

8. Hoeveel bedden heeft de locatie in totaal?

□ ..... bedden *(noteer aantal)*

9. Hoeveel bewoners verblijven op dit moment op de locatie (eventueel bij benadering)?

□ ..... bewoners *(noteer aantal)*

10. Bij hoeveel van deze bewoners gaat het bij benadering om tijdelijk verblijf (zoals logeeropvang en tijdelijk verblijf i.v.m. behandeling)?

□ ..... bewoners *(noteer aantal)*

11. In hoeverre heeft de coronapandemie de afgelopen maanden invloed uitgeoefend op het totaal aantal bewoners dat op uw locatie verblijft?

□ Weinig tot geen invloed

□ Wel invloed, namelijk:

Omvang van de doelgroep

Dit onderzoek gaat over bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in instellingen voor verpleging en verzorging. Er volgen nu enkele vragen over de omvang van de doelgroep.

12. Hoeveel bedden heeft de locatie in totaal voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek?

□ ..... bedden *(noteer aantal)*

13. Hoeveel bewoners met gerontopsychiatrische problematiek verblijven op dit moment op de locatie?

□ ..... bewoners *(noteer aantal)*

□ Op dit moment geen bewoners met gerontopsychiatrische problematiek → *ga door naar vraag 16*

14. Hoeveel van deze bewoners hebben naar schatting één (of meer) vastgestelde psychiatrische diagnose(s)?

□ ..... bewoners *(noteer aantal)*

□ Weet ik niet

15. Bij hoeveel van deze bewoners is er naar schatting een vermoeden van één (of meer) psychiatrische stoornis(sen), maar is geen formele diagnose gesteld?

□ ..... bewoners *(noteer aantal)*

□ Weet ik niet

16. In hoeverre is de omvang van het aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op uw locatie gewijzigd in de afgelopen vijf jaar?
Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.

□ Er is sprake van een toename ten opzichte van het totaal aantal bewoners

□ Er is sprake van een daling ten opzichte van het totaal aantal bewoners

□ Geen verandering

□ Weet ik niet

17. In hoeverre heeft de coronapandemie de afgelopen maanden invloed uitgeoefend op de omvang van het aantal bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op uw locatie?

□ Weinig tot geen invloed

□ Wel invloed, namelijk:

18. Worden er wel eens bewoners met gerontopsychiatrische problematiek vanuit deze locatie overgeplaatst? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.

- ☐ Nee → *ga door naar vraag 21*
- ☐ Ja, interne overplaatsing (binnen de eigen organisatie)
- ☐ Ja, externe overplaatsing (naar een andere VV organisatie)
- ☐ Ja, externe overplaatsing (naar een GGz organisatie)
- ☐ Anders, namelijk .....
- ☐ Weet ik niet → *ga door naar vraag 21*

19. Hoeveel bewoners met gerontopsychiatrische problematiek worden <u>gemiddeld per jaar</u> overgeplaatst?
Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.

- ☐ ..... bewoners *(noteer aantal)*

20. Wat zijn redenen voor overplaatsing van bewoners met gerontopsychiatrische problematiek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Opvlammen psychiatrische problematiek
- ☐ Zorgaanbod niet passend
- ☐ Bewoner paste niet in bewonersgroep
- ☐ Kennis en expertise van medewerkers onvoldoende
- ☐ Capaciteit personele bezetting is niet voldoende
- ☐ Gedragsproblematiek
- ☐ Verhuizing dichterbij familie/sociaal netwerk
- ☐ Anders, namelijk .....
- ☐ Weet ik niet

Woon- en zorgsituatie van de doelgroep

Dit onderzoek gaat over bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in instellingen voor verpleging en verzorging. Er volgen nu enkele vragen over de woon- en zorgsituatie van de doelgroep.

21. Wonen bewoners met gerontopsychiatrische problematiek geclusterd (gezamenlijk in een woning of op een afdeling) of verspreid (op een afdeling of woning met bewoners zonder deze problematiek) door de locatie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Geclusterd op een speciale unit binnen een reguliere somatische afdeling
- ☐ Geclusterd op een speciale unit binnen een reguliere PG-afdeling
- ☐ Geclusterd op een speciale afdeling voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek
- ☐ Verspreid op een reguliere somatische afdeling → ga door naar vraag 23
- ☐ Verspreid op een reguliere PG-afdeling → ga door naar vraag 23
- ☐ Anders, namelijk: ..... → ga door naar vraag 23

22. Wonen er in de geclusterde woonvorm ook bewoners met een andere diagnose dan gerontopsychiatrie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Nee
- ☐ Ja, ook bewoners met dementie (zonder gerontopsychiatrie)
- ☐ Ja, ook bewoners met Korsakov (zonder gerontopsychiatrie)
- ☐ Ja, ook bewoners met Huntington (zonder gerontopsychiatrie)
- ☐ Ja, anders, namelijk: .....

23. Verblijven bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op de locatie in een open of gesloten woonvorm?

- ☐ Open woning of afdeling
- ☐ Gesloten woning of afdeling
- ☐ Zowel open als gesloten afdeling
- ☐ Niet van toepassing

24. Met welke zorgprofielen zijn bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op de locatie geïndiceerd door het CIZ? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ VV 04 - Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
- ☐ VV 05 - Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
- ☐ VV 06 - Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
- ☐ VV 07 - Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
- ☐ VV 08 - Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
- ☐ VV 09B - Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
- ☐ Weet ik niet
- ☐ Anders, namelijk: .....

25. Verblijven er op de locatie bewoners met gerontopsychiatrische problematiek met een Wmo indicatie?

- ☐ Ja, namelijk: ..... *(aantal bewoners)*
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

26. Indien mogelijk, geef aan welke <u>twee</u> zorgprofielen het meest worden geïndiceerd voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek? *(kies maximaal twee antwoorden)*

- ☐ VV 04 - Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
- ☐ VV 05 - Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
- ☐ VV 06 - Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
- ☐ VV 07 - Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
- ☐ VV 08 - Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
- ☐ VV 09B - Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
- ☐ Wmo-indicatie
- ☐ Weet ik niet

27. Welke medische disciplines zijn betrokken bij de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek? Zowel vanuit de eigen organisatie en/of externe organisaties. *(meerdere antwoorden mogelijk)*

	In de organisatie aanwezig	Niet in de organisatie aanwezig	Structureel extern ingeschakeld	Incidenteel extern ingeschakeld
Specialist ouderengeneeskunde	☐	☐	☐	☐
(Klinisch) geriater	☐	☐	☐	☐
Basisarts	☐	☐	☐	☐
Psychiater	☐	☐	☐	☐
Anders, licht hieronder toe	☐	☐	☐	☐

27b. Licht eventueel uw antwoord bij vraag 27 toe:

28. Welke disciplines vanuit de verpleging en verzorging zijn betrokken bij de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek? Zowel vanuit de eigen organisatie en/of externe organisaties. *(meerdere antwoorden mogelijk)*

	In de organisatie aanwezig	Niet in de organisatie aanwezig	Structureel extern ingeschakeld	Incidenteel extern ingeschakeld
Verpleegkundig specialist	☐	☐	☐	☐
Verpleegkundig specialist GGz	☐	☐	☐	☐
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	☐	☐	☐	☐
Praktijkverpleegkundige	☐	☐	☐	☐
HBO-verpleegkundige	☐	☐	☐	☐
MBO-verpleegkundige	☐	☐	☐	☐
Verzorgende (IG)	☐	☐	☐	☐
Helpende Zorg & Welzijn	☐	☐	☐	☐
Anders, licht hieronder toe	☐	☐	☐	☐

28b. Licht eventueel uw antwoord bij vraag 28 toe:

29. Welke overige disciplines zijn betrokken bij de zorg voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek? Zowel vanuit de eigen organisatie en/of externe organisaties. *(meerdere antwoorden mogelijk)*

	In de organisatie aanwezig	Niet in de organisatie aanwezig	Structureel extern ingeschakeld	Incidenteel extern ingeschakeld
Psycholoog	☐	☐	☐	☐
GZ-psycholoog	☐	☐	☐	☐
Fysiotherapeut	☐	☐	☐	☐
Ergotherapeut	☐	☐	☐	☐
Psychomotorisch therapeut	☐	☐	☐	☐
Beweegagoog	☐	☐	☐	☐
Muziekagoog	☐	☐	☐	☐
Maatschappelijk werk	☐	☐	☐	☐
Medisch maatschappelijke zorg (niveau 3, 4, 5)	☐	☐	☐	☐
Arbeidstherapeutisch begeleider	☐	☐	☐	☐
Activiteitenbegeleider	☐	☐	☐	☐
Diëtist	☐	☐	☐	☐
Zorghulp/Huiskamermedewerker	☐	☐	☐	☐
Anders, licht hieronder toe	☐	☐	☐	☐

29b. Licht eventueel uw antwoord bij vraag 29 toe:

30. Welk specifiek zorg-, ondersteuning- en activiteitenaanbod voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek is beschikbaar op de locatie? En welk aanbod is niet beschikbaar, maar wel wenselijk?

Zorg-, ondersteuning- en activiteitenaanbod	Beschikbaar	Wenselijk	N.v.t.
Specifieke/gestructureerde dagbesteding	☐	☐	☐
Arbeidsmatige dagbesteding	☐	☐	☐
Specifieke benaderingswijze (bijv. belevingsgerichte zorg)	☐	☐	☐
Specifieke groepsactiviteiten	☐	☐	☐
Begeleidingsgroepen	☐	☐	☐
Specifieke vorm van therapie	☐	☐	☐
Extra zorg van verzorgenden (bijv. door vaker of langer de tijd te nemen)	☐	☐	☐
Op bewonersgroep afgestemde mix van disciplines in team aanwezig	☐	☐	☐
Specifiek in gerontopsychiatrie geschoold team	☐	☐	☐
Aangepaste fysieke inrichting van de afdeling	☐	☐	☐
Geen specifiek aanbod	☐	☐	☐
Anders, licht hieronder toe	☐	☐	☐

30b. Licht eventueel uw antwoord bij vraag 30 toe:

Deskundigheid en kennis met betrekking tot de doelgroe

Dit onderzoek gaat over bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in instellingen voor verpleging en verzorging. Er volgen nu enkele vragen over de deskundigheid en kennis met betrekking tot de doelgroep.

31. In hoeverre is er op de locatie voldoende expertise aanwezig met betrekking tot bewoners met gerontopsychiatrische problematiek?

☐ Ruim voldoende → *ga door naar vraag 33*
☐ Voldoende → *ga door naar vraag 33*
☐ Neutraal
☐ Onvoldoende
☐ Ruim onvoldoende

32. Op welke gebieden kan expertise met betrekking tot bewoners met gerontopsychiatrische problematiek op uw locatie met name vergroot worden?

33. Volgen medewerkers scholing en training over gerontopsychiatrie gefaciliteerd door de organisatie?

- ☐ Nee → *ga door naar vraag 36*
- ☐ Ja, alle zorgmedewerkers die met deze doelgroep werken
- ☐ Ja, een deel van de zorgmedewerkers die met deze doelgroep werkt, namelijk: .....

34. Hoe is de scholing of training georganiseerd? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Binnen de organisatie, met eigen opleider(s)
- ☐ GGz Ecademy of soortgelijke online aanbieder voor deskundigheidsbevordering, namelijk: .....
- ☐ In samenwerking met de GGz in onze regio (inclusief vrijgevestigde psychiaters/psychologen, PAAZ of academische psychiatrie)
- ☐ Via MBO of HBO
- ☐ Via universiteit
- ☐ Anders, namelijk: .....

35. Op welk(e) onderwerp(en) wordt scholing aangeboden en op welke onderwerpen is (aanvullende) scholing wenselijk?
Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.

Scholing	Aangeboden	Wenselijk	N.v.t
Psychiatrische stoornissen (inclusief diagnostiek)	☐	☐	☐
Lichamelijke symptomen	☐	☐	☐
Cognitie	☐	☐	☐
Gedrag	☐	☐	☐
Bejegening	☐	☐	☐
ADL	☐	☐	☐
IADL	☐	☐	☐
Betrekken sociaal netwerk	☐	☐	☐
Weerbaarheid medewerkers	☐	☐	☐
Omgaan met crisis	☐	☐	☐
Anders, licht hieronder toe	☐	☐	☐

35b. Licht eventueel uw antwoord bij vraag 36 toe:

36. Op welke manieren, anders dan scholing of training, faciliteert de organisatie medewerkers om kennis op te doen over gerontopsychiatrie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Symposium- of congresbezoek
- ☐ Intervisie georganiseerd binnen de eigen organisatie
- ☐ Intervisie georganiseerd buiten de eigen organisatie
- ☐ Lerend netwerk
- ☐ Platformbijeenkomsten (bijvoorbeeld van Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP), andere kennis en expertisecentra)
- ☐ Toegang tot wetenschappelijke literatuur
- ☐ Geen van bovenstaande manieren
- ☐ Anders, namelijk .....

37. Wat gaat er binnen uw organisatie goed in de zorg en ondersteuning voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek?*(meerdere antwoorden mogelijk)*
Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.

- ☐ Herkenning en vroegsignalering van psychische problematiek
- ☐ Dagelijkse begeleiding
- ☐ Behandeling
- ☐ Omgaan met gedragsproblemen
- ☐ Dagbesteding
- ☐ Anders, namelijk: .....

37b. Licht uw antwoord toe:

38. Op welke gebieden ervaart uw organisatie knelpunten in de zorg en ondersteuning voor bewoners met gerontopsychiatrische problematiek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.

- ☐ Op het gebied van herkenning en vroegsignalering van psychische problematiek
- ☐ Op het gebied van dagelijkse begeleiding
- ☐ Op het gebied van de behandeling
- ☐ Op het gebied van omgaan met gedragsproblemen
- ☐ Op het gebied van dagbesteding
- ☐ Op een ander gebied, namelijk: .....
- ☐ Er zijn geen knelpunten → *ga door naar vraag 40*

38b. Licht uw antwoord toe:

39. Wat is nodig om de specifieke knelpunten die de locatie ervaart op het gebied van bewoners met gerontopsychiatrische problematiek te verbeteren? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

	Herkenning en vroeg-signalering	Dagelijkse begeleiding	Behandeling	Omgaan met gedrags-problemen	Dag-besteding	N.v.t.
Deskundigheids-bevordering	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verbeterde beschikbaarheid van de uitvoerende discipline(s)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meer en/of geschiktere interventies	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Betere interdisciplinaire samenwerking met VV organisaties buiten de organisatie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VV-sector	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anders, licht hieronder toe	☐	☐	☐	☐	☐	☐

39b. Licht eventueel uw antwoord bij vraag 39 toe:

Samenwerking met de GGz

Dit onderzoek gaat over bewoners met gerontopsychiatrische problematiek in instellingen voor verpleging en verzorging. Er volgen nu enkele vragen over samenwerking met betrekking tot de doelgroep met de GGz.

40. Heeft uw organisatie een kwaliteitsstatuut GGz?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

41. Heeft uw organisatie een convenant / samenwerkingsovereenkomst gesloten met een GGz instelling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

42. Werkt de locatie samen met GGz professionals of organisaties van buiten de eigen organisatie op het gebied van zorg en ondersteuning aan bewoners met gerontopsychiatrische problematiek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

	Structureel	Incidenteel
Een zelfstandig gevestigde GGz professional → ga door naar vraag *44*	☐	☐
GGz instelling (waaronder PAAZ en academische psychiatrie) → ga door naar vraag *44*	☐	☐
Anders, licht hieronder toe	☐	☐
Nee	☐	☐

42b. Licht eventueel uw antwoord bij vraag 42 toe:

43. Waarom werkt de locatie niet samen met GGz professionals of organisaties van buiten de eigen organisatie?

- ☐ De benodigde kennis en expertise is in huis
- ☐ Er is geen geschikte samenwerkingspartner bekend / in de buurt van onze organisatie
- ☐ Anders, namelijk: .....

44. Waaruit bestaat de samenwerking met externe GGz professionals of organisaties? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ (Gedeeltelijke) verwijzing van bewoners (bijv. voor screening/diagnostiek/crisisopvang)
- ☐ Consultatie wat betreft specifieke bewoners → *ga door naar vraag 46*
- ☐ Scholing → *ga door naar vraag 46*
- ☐ Algemeen (multidisciplinair) overleg → *ga door naar vraag 46*
- ☐ Anders, namelijk ..... → *ga door naar vraag 46*
- ☐ Geen van bovenstaande → *ga door naar vraag 46*

45. Op welke onderdelen vindt (gedeeltelijke) verwijzing van bewoners naar de GGz plaats? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Preventie
- ☐ Screening / Diagnostiek
- ☐ Behandeling
- ☐ Crisisopvang
- ☐ Nazorg
- ☐ Niet van toepassing
- ☐ Weet ik niet

46. Hoe vaak vindt samenwerking met externe GGz professionals of organisaties plaats in een gemiddeld jaar? *Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.*

- ☐ (Bijna) dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Enkele malen per jaar
- ☐ Eens per jaar of minder
- ☐ Weet ik niet

47. Hoe zou u over het algemeen de samenwerking van uw organisatie met de GGz omschrijven? *Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.*

- ☐ Die is er niet
- ☐ Goed
- ☐ Voldoende
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

48. Wat gaat goed in de samenwerking met de GGz?

☐ Niet van toepassing

49. Hoe zou de samenwerking met de GGz (verder) verbeterd kunnen worden?

☐ Dit is niet nodig
☐ Dit kan door .....
☐ Weet ik niet

50. Zijn er onder invloed van de coronapandemie nieuwe samenwerking(en) ontstaan met GGz professionals of zorgorganisaties?

☐ Nee
☐ Ja, namelijk .....

51. Is onder invloed van de coronapandemie de frequentie van het contact met GGz professionals of zorgorganisaties veranderd?

☐ Nee
☐ Ja, minder contact
☐ Ja, vaker contact
☐ Ja, anders, namelijk .....

Einde vragenlijst

Hiermee bent u aan het einde van de vragenlijst gekomen.

52. Als u nog opmerkingen heeft, wilt u deze dan hier noteren?

53. Wilt u de resultaten van dit onderzoek ontvangen en op de hoogte worden gehouden van ontwikkelingen rond het onderzoek?

☐ Nee
☐ Ja, ik wil de resultaten ontvangen *(noteer uw emailadres hieronder)*
☐ Ja, ik wil de resultaten ontvangen en op de hoogte worden gehouden *(noteer uw emailadres hieronder)*

54. Wat is het emailadres waarop wij u kunnen contacteren?

Heel hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 2 Vragenlijst VG-woonvoorzieningen

Vragenlijst bewoners met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een VG-woonvoorziening

Intro
Hartelijk dank dat u mee wilt werken aan dit onderzoek.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer een half uur. U kunt tijdens het invullen van de vragenlijst altijd besluiten op een later moment verder te gaan, door de link in de uitnodiging opnieuw te gebruiken. De antwoorden die u tot dan toe hebt gegeven worden bewaard, zodat u verder kunt gaan waar u was gebleven.

Wanneer de vragenlijst onjuist geadresseerd is of wanneer u vragen heeft over de vragenlijst, kunt u contact opnemen met de onderzoekers van het Trimbos-instituut via kennisinfrastructuren@trimbos.nl

Toestemming
Voor u de vragenlijst in kunt vullen, dient u toestemming voor uw deelname te geven. Bij de uitnodigingsmail die u hebt ontvangen, zat een informatiebrief. Lees deze informatiebrief goed door. Daarin staat informatie over het doel van het onderzoek en de wijze waarop het Trimbos-instituut omgaat met uw persoonsgegevens. Kies daarna één van onderstaande opties:

☐ Ik geef toestemming aan het Trimbos-instituut om de gegevens, die ik bij het invullen van de digitale vragenlijst aan het Trimbos-instituut verstrek, te verwerken voor het onderzoek naar de omvang van de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek in een woonvoorziening in de verstandelijk gehandicaptenzorg.

☐ Ik geef geen toestemming. Hierbij eindigt mijn deelname aan het onderzoek. [> ga naar einde van de vragenlijst]

1. Wat is de naam van uw organisatie?

2. Verblijven er binnen de VG-woonvoorziening(en) in uw organisatie volwassenen (18+) met een Wlz-indicatie?
Weet u niet of er binnen de VG-woonvoorziening(en) in uw organisatie volwassenen (18+) met een Wlz-indicatie verblijven? Stuur de weblink van deze vragenlijst dan door naar een collega die deze vraag wel kan beantwoorden. Hij/zij kan de vragenlijst dan met dezelfde link verder invullen.

☐ Ja

☐ Nee, toelichting: ..... [> ga naar einde van de vragenlijst]

5.1 Organisatie en locatie

3. Heeft uw organisatie meerdere vestigingen met VG-woonvoorzieningen voor volwassenen (18+) met een Wlz-indicatie?

□ Nee, er is één vestiging, namelijk (*noteer naam vestiging*): ..... [> ga naar vraag 8a]

□ Ja, er zijn meerdere vestigingen

4. Hoeveel vestigingen met VG-woonvoorzieningen voor mensen met een Wlz-indicatie telt uw organisatie?

□ ..... (aantal vestigingen)

5. We verzoeken u de vragenlijst voor alle vestigingen met VG-woonvoorzieningen in uw organisatie in te vullen. Is dat voor u echt niet mogelijk? Dan kunt u hier aangeven voor welke vestiging(en) met VG-woonvoorzieningen voor mensen met een Wlz-indicatie u de vragenlijst invult.

□ Ik beantwoord voor **alle vestigingen** met VG-woonvoorzieningen binnen mijn organisatie voor mensen met een Wlz-indicatie [> ga naar vraag 7a]

□ Ik beantwoord voor **meerdere, maar niet alle vestigingen** met VG-woonvoorzieningen binnen mijn organisatie voor mensen met een Wlz-indicatie, namelijk (*noteer naam vestigingen woonvoorzieningen waarvoor u de vragenlijst gaat beantwoorden*): .....

□ Ik beantwoord voor **één specifieke vestiging** met VG-woonvoorziening(en) voor mensen met een Wlz-indicatie, namelijk (*noteer naam vestiging woonvoorziening*): .....

6. Wanneer u de vragenlijst niet voor alle vestigingen binnen uw organisatie invult, wilt u ons dan de contactgegevens van andere vestiging(en) doorsturen zodat wij hen ook een vragenlijst toe kunnen sturen? U kunt een e-mail sturen naar kennisinfrastructuren@trimbos.nl Daarna gaat u verder met het invullen van deze vragenlijst voor de vestiging(en) waarover u de lijst wel kunt invullen.

□ Ik zal de contactgegevens van andere vestiging(en) naar kennisinfrastructuren@trimbos.nl e-mailen zodat zij de vragenlijst voor overige vestigingen binnen de organisatie kunnen invullen

[Indien V5 = meerdere, maar niet alle vestigingen > ga naar vraag 7a]
[Indien V5 = één specifieke vestiging > ga naar vraag 8a]

7a. Hoeveel bedden hebben de VG-woonvoorzieningen van deze vestigingen in totaal voor volwassenen (18 jaar en ouder) met een Wlz-indicatie?
Let op: het gaat hier om het totale aantal bedden van de vestigingen waarover u de vragenlijst invult.

□ ..... bedden

7b. Hoeveel bewoners (18 jaar en ouder) met een Wlz-indicatie verblijven er momenteel in totaal in de VG-woonvoorziening(en) van deze vestigingen?
Let op: het gaat hier om het totale aantal bewoners van de vestigingen waarover u de vragenlijst invult.

□ ..... bewoners

7c. Bij hoeveel van deze bewoners gaat het bij benadering om tijdelijk verblijf (zoals logeeropvang en tijdelijk verblijf i.v.m. behandeling)?

□ ..... bewoners (noteer aantal)

7d. Verblijven er op de vestigingen ook bewoners met een Wmo indicatie?

□ Ja namelijk (*noteer aantal* bewoners): .....
□ Nee
□ Weet ik niet

[> ga naar vraag 9]

8a. Hoeveel bedden hebben de VG-woonvoorziening(en) van deze vestiging in totaal voor volwassenen (18 jaar en ouder) met een Wlz-indicatie?
Let op: het gaat hier om het totale aantal bedden van de vestiging waarover u de vragenlijst invult.

□ ..... bedden

8b. Hoeveel bewoners (18 jaar en ouder) met een Wlz-indicatie verblijven er momenteel in totaal in de VG-woonvoorziening(en) van deze vestiging?
Let op: het gaat hier om het totale aantal bewoners van de vestiging waarover u de vragenlijst invult.

□ ..... bewoners

8c. Bij hoeveel van deze bewoners gaat het bij benadering om tijdelijk verblijf (zoals logeeropvang en tijdelijk verblijf i.v.m. behandeling)?

□ ..... bewoners (noteer aantal)

8d. Verblijven er op de vestiging ook bewoners met een Wmo indicatie?

□ Ja, namelijk (*noteer aantal bewoners*): .....
□ Nee
□ Weet ik niet

9. In hoeverre is de coronapandemie van de afgelopen maanden van invloed op de huidige omvang van het aantal bewoners (18 jaar en ouder) met een Wlz-indicatie in uw vestiging(en)?

□ Weinig tot geen invloed
□ Wel invloed, namelijk:

10. Wat is uw functie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Directeur
- ☐ Behandelverantwoordelijke
- ☐ Locatiemanager
- ☐ Begeleider
- ☐ Psychiater
- ☐ Gedragsdeskundige (psycholoog, orthopedagoog)
- ☐ Teammanager
- ☐ Arts verstandelijk gehandicapten
- ☐ Anders, namelijk: .....

5.2 Omvang van de doelgroep met psychiatrische problematiek

U vult de vragenlijst in voor de vestiging of vestigingen die u zojuist heeft genoemd. Waar we spreken over 'uw vestiging(en)' wordt dit bedoeld.

We stellen nu enkele vragen over de omvang van de doelgroep van dit onderzoek. Het onderzoek gaat over de volwassen (18+) bewoners met een Wlz-indicatie die verblijven in uw vestiging(en) en die **kampen met psychiatrische problematiek**.

11a. Hoeveel van de volwassen bewoners van uw vestiging(en) kampen (naar schatting) met psychiatrische problematiek?
U kunt bij alle vragen ''0" (nul) invullen als geen enkele volwassen bewoner kampt met psychiatrische problematiek.

☐ ..... bewoners

11b. Hoeveel van deze bewoners hebben een Wmo-indicatie?

- ☐ ..... bewoners
- ☐ Weet ik niet

11c. Hoeveel van de bewoners met psychiatrische problematiek hebben naar schatting een (of meer) formeel vastgestelde psychiatrische diagnose(s)?

☐ ..... bewoners

11d. Bij hoeveel van de bewoners met psychiatrische problematiek is er naar schatting een vermoeden van een of meer psychiatrische stoornis(sen), maar is geen formele diagnose gesteld?

☐ …….bewoners

11e. In hoeverre heeft uw vestiging(en) een aantal bedden voor de doelgroep met psychiatrische problematiek vastgesteld?

- ☐ Geen aantal voor vastgesteld
- ☐ Ja, wel een aantal voor vastgesteld, namelijk (*noteer aantal bedden*): .....

Eventuele toelichting bij bovenstaande vragen:

[Indien V11a = 0 > ga naar vraag 12]
[Indien V11a groter dan 0 > ga naar vraag 13]

12. U geeft aan dat er momenteel geen bewoners met psychiatrische problematiek zijn binnen uw vestiging(en). Vul aan: Binnen mijn vestiging(en) wonen…

- ☐ nooit mensen met psychiatrische problematiek, omdat ..... [> ga naar vraag 15. Vraag 16 t/m 21 + 28 t/m 33 overslaan]
- ☐ soms wel mensen met psychiatrische problematiek [> Vraag 16 t/m 18 overslaan]

13. In hoeverre is de coronapandemie van de afgelopen maanden van invloed op de huidige omvang van het aantal bewoners met psychiatrische problematiek met een Wlz-indicatie in uw vestiging(en)?

- ☐ Weinig tot geen invloed
- ☐ Wel invloed, namelijk:

14. Is het aandeel bewoners met psychiatrische problematiek in uw vestiging(en) gewijzigd in de afgelopen 5 jaar?
Let op: We doelen hier niet op de eventuele invloed op het aandeel door de coronapandemie.

- ☐ Nee, geen verandering
- ☐ Ja, er is sprake van een toename ten opzichte van het totaal aantal bewoners
- ☐ Ja, er is sprake van een daling ten opzichte van het totaal aantal bewoners
- ☐ Weet ik niet

15. Op 1 januari 2021 wordt de nieuwe wet GGz in de Wlz van kracht. Cliënten die hun leven lang geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, voldoen dan ook aan de toelatingscriteria voor de Wlz. Verwacht u dat deze wetswijziging invloed heeft op het aantal mensen met psychiatrische problematiek dat in de toekomst in VG-woonvoorzieningen verblijft?

- ☐ Grote afname
- ☐ Kleine afname
- ☐ Gelijk
- ☐ Kleine toename
- ☐ Grote toename
- ☐ Weet ik niet

Eventuele toelichting:

5.3 Woon- en zorgsituatie

De volgende vragen gaan over de woon- en zorgsituatie van de volwassen (18 +) bewoners met een Wlz-indicatie die verblijven in uw vestiging(en) en die kampen met psychiatrische problematiek.

16. Wonen de bewoners met psychiatrische problematiek geclusterd of verspreid door de vestiging(en)? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Geclusterd = gezamenlijk in een woning of op afdeling
Verspreid = op een afdeling of woning met bewoners zonder psychiatrische problematiek

- ☐ Verspreid op een reguliere LVB afdeling (licht verstandelijke beperking)
- ☐ Verspreid op een reguliere afdeling voor MEVB/EVB (matige tot ernstige verstandelijke beperking)
- ☐ Verspreid op een reguliere afdeling voor EMB (ernstige meervoudige beperkingen)
- ☐ Geclusterd op een speciale unit binnen een reguliere LVB afdeling (licht verstandelijke beperking)
- ☐ Geclusterd op een speciale unit binnen een reguliere afdeling voor MEVB/EVB (matige tot ernstige verstandelijke beperking)
- ☐ Geclusterd op een speciale afdeling voor bewoners met psychiatrische problematiek
- ☐ Anders, namelijk: .....

17. Met welke zorgprofielen zijn bewoners met psychiatrische problematiek op uw vestiging(en) geïndiceerd door het CIZ? (*meerdere antwoorden mogelijk***)**

- ☐ VG3 Wonen met begeleiding en verzorging
- ☐ VG4 Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
- ☐ VG5 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
- ☐ VG6 Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering
- ☐ VG7 (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering
- ☐ VG8 Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging
- ☐ LVG1 Wonen met enige behandeling en begeleiding
- ☐ LVG2 Wonen met behandeling en begeleiding
- ☐ LVG3 Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep
- ☐ LVG4 Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
- ☐ LVG5 Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
- ☐ SGLVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum
- ☐ Weet ik niet
- ☐ Anders, namelijk: .....

18. Geef aan welke twee zorgprofielen het meest voorkomen binnen uw vestiging(en) voor bewoners met psychiatrische problematiek. [max. 2 opties mogelijk]

- ☐ VG3 Wonen met begeleiding en verzorging
- ☐ VG4 Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
- ☐ VG5 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
- ☐ VG6 Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering

- ☐ VG7 (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering
- ☐ VG8 Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging
- ☐ LVG1 Wonen met enige behandeling en begeleiding
- ☐ LVG2 Wonen met behandeling en begeleiding
- ☐ LVG3 Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep
- ☐ LVG4 Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
- ☐ LVG5 Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
- ☐ SGLVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum
- ☐ Weet ik niet
- ☐ Anders, namelijk: .....

19a. Welke disciplines zijn binnen uw organisatie betrokken bij de zorg voor bewoners met psychiatrische problematiek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

	Ja, bij de zorg voor de doelgroep betrokken en in de organisatie aanwezig	Ja, bij de zorg voor de doelgroep betrokken, maar niet in de organisatie aanwezig	Nee, niet bij de zorg voor de doelgroep betrokken
AVG	☐	☐	☐
Orthopedagoog	☐	☐	☐
Psychiater	☐	☐	☐
Psycholoog	☐	☐	☐
Verpleegkundig Specialist	☐	☐	☐
Agogisch medewerker	☐	☐	☐
Andere specialist, namelijk…	☐	☐	☐

[Indien V19a = Ja, maar niet in de organisatie aanwezig]

19b. Hoe wordt deze externe professional(s) ingezet:

	Structureel	Incidenteel
[professional vraag 19a]	☐	☐
[professional vraag 19a]	☐	☐

Eventuele toelichting:

20. Welk specifiek zorg-, ondersteuning- en activiteitenaanbod is op uw vestiging(en) *beschikbaar* **- aanvullend op het reguliere aanbod - voor bewoners met psychiatrische problematiek?** *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Speciale daginvulling
- ☐ Specifieke benaderingswijze, zoals belevingsgerichte zorg
- ☐ Specifieke groepsactiviteiten
- ☐ Specifieke begeleidingsgroepen
- ☐ Specifieke vorm van therapie
- ☐ Extra zorg van verzorgenden, bijvoorbeeld door vaker of langer de tijd te nemen voor bewoners
- ☐ Specifieke ondersteuningsgroep voor familie of andere naasten
- ☐ Andere samenstelling team
- ☐ Specifiek in psychiatrische problematiek geschoold team
- ☐ Aangepaste fysieke inrichting van de afdeling
- ☐ O Er is geen specifiek aanbod beschikbaar voor bewoners met psychiatrische problematiek
- ☐ O Anders, namelijk: .....

21. Welk specifiek zorg-, ondersteuning- en activiteitenaanbod is wenselijk voor bewoners met psychiatrische problematiek op uw vestiging(en), maar niet beschikbaar?

- ☐ Speciale daginvulling
- ☐ Specifieke benaderingswijze, zoals belevingsgerichte zorg
- ☐ Specifieke groepsactiviteiten
- ☐ Specifieke begeleidingsgroepen
- ☐ Specifieke vorm van therapie
- ☐ Extra zorg van verzorgenden, bijvoorbeeld door vaker of langer de tijd te nemen voor bewoners
- ☐ Specifieke ondersteuningsgroep voor familie of andere naasten
- ☐ Andere samenstelling team
- ☐ Specifiek in psychiatrische problematiek geschoold team
- ☐ Aangepaste fysieke inrichting van de afdeling
- ☐ Anders, namelijk: .....
- ☐ Er wordt geen specifiek aanbod gemist voor bewoners die met psychiatrische problematiek

5.4 Deskundigheid, kennisdeling en samenwerking

22. In hoeverre is er binnen uw vestiging(en) voldoende expertise aanwezig met betrekking tot bewoners met psychiatrische problematiek?

- ☐ Ruim voldoende
- ☐ Voldoende
- ☐ Neutraal
- ☐ Onvoldoende
- ☐ Ruim onvoldoende

23. Op welke gebieden kan expertise met betrekking tot bewoners met psychiatrische problematiek in uw vestiging(en) met name vergroot worden?

24. Volgen medewerkers scholing en training over de combinatie verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek gefaciliteerd door de organisatie?

- ☐ Nee [> ga naar vraag 26b]
- ☐ Ja, een deel van de medewerkers die met deze doelgroep werken
- ☐ Ja, alle medewerkers die met deze doelgroep werken
- ☐ Anders, namelijk: .....

Eventuele toelichting:

25. Hoe is de scholing of training georganiseerd? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Binnen de organisatie, met eigen opleider(s)
- ☐ GGz Ecademy of soortgelijke online aanbieder voor deskundigheidsbevordering, namelijk: .....
- ☐ VGN Academie
- ☐ In samenwerking met de GGz in onze regio (inclusief vrijgevestigde psychiaters/psychologen, PAAZ of academische psychiatrie)
- ☐ Via MBO of HBO
- ☐ Via universiteit
- ☐ Anders, namelijk: .....

26a. Op welk onderwerp, of onderwerpen is de scholing gericht? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Psychiatrische stoornissen (inclusief diagnostiek)
- ☐ Middelengebruik
- ☐ Gedrag
- ☐ Bejegening
- ☐ Betrekken sociaal netwerk
- ☐ Weerbaarheid medewerkers
- ☐ Omgaan met crisis
- ☐ Anders, namelijk: .....

26b. Op welk onderwerp, of onderwerpen is (aanvullende) scholing wenselijk? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Psychiatrische stoornissen (inclusief diagnostiek)
- ☐ Middelengebruik
- ☐ Gedrag
- ☐ Bejegening
- ☐ Betrekken sociaal netwerk
- ☐ Weerbaarheid medewerkers
- ☐ Omgaan met crisis
- ☐ Anders, namelijk: .....
- ☐ (Aanvullende) scholing is niet wenselijk/noodzakelijk

27. Op welke manieren, anders dan scholing of training, faciliteert de organisatie medewerkers om kennis op te doen over (de combinatie van verstandelijke beperking met) psychiatrische problematiek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Symposium- of congresbezoek
- ☐ Intervisie georganiseerd binnen de eigen organisatie
- ☐ Intervisie georganiseerd buiten de eigen organisatie
- ☐ Lerend netwerk
- ☐ Via tools van het Kennisplein gehandicaptensector
- ☐ Platformbijeenkomsten (bijvoorbeeld van VGN, andere kennis en expertisecentra)
- ☐ Toegang tot wetenschappelijke literatuur
- ☐ Geen van bovenstaande manieren
- ☐ Anders, namelijk: .....

28. Wat gaat er binnen uw organisatie goed in de zorg en ondersteuning voor bewoners met psychiatrische problematiek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Laat de eventuele invloed van de coronapandemie buiten beschouwing bij het beantwoorden van deze vraag.

- ☐ Herkenning en vroegsignalering van psychische problematiek
- ☐ Dagelijkse begeleiding
- ☐ Behandeling
- ☐ Omgaan met gedragsproblemen
- ☐ Dagbesteding
- ☐ Anders, namelijk: .....

29. Beschrijf kort wat er in uw organisatie dan vooral goed gaat in de zorg en ondersteuning van bewoners met psychiatrische problematiek.

30. Op welke gebieden ervaart uw organisatie knelpunten in de zorg en ondersteuning voor bewoners met psychiatrische problematiek? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Let op: hierbij wordt niet gedoeld op knelpunten die door de coronapandemie zijn veroorzaakt, maar die los daarvan bestaan.

- ☐ Op het gebied van herkenning en vroegsignalering van psychische problematiek [>ga naar 30a]
- ☐ Op het gebied van dagelijkse begeleiding [> ga naar vraag 30b]
- ☐ Op het gebied van de behandeling [> ga naar vraag 30c]
- ☐ O Op het gebied van omgaan met gedragsproblemen [> ga naar vraag 30d]
- ☐ Op het gebied van dagbesteding [> ga naar vraag 30e]
- ☐ Op een ander gebied, namelijk: ..... [> ga naar vraag 31]
- ☐ Er zijn geen knelpunten [> ga naar vraag 31]

30a. Wat is nodig om de specifieke knelpunten die uw vestiging(en) ervaart op het gebied van herkenning en vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Let op: hierbij wordt niet gedoeld op knelpunten die door de coronapandemie zijn veroorzaakt, maar die los daarvan bestaan.

- ☐ Deskundigheidsbevordering
- ☐ Verbeterde beschikbaarheid van hiervoor toegeruste discipline(s)
- ☐ Meer en/of geschiktere middelen c.q. instrumenten voor herkenning en vroegsignalering
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking met VG organisaties buiten de organisatie
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VG-sector, namelijk: .....
- ☐ Anders, namelijk: .....

30b. Wat is nodig om de specifieke knelpunten die uw vestiging(en) ervaart op het gebied van dagelijkse begeleiding van psychiatrische problematiek te verbeteren? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Let op: hierbij wordt niet gedoeld op knelpunten die door de coronapandemie zijn veroorzaakt, maar die los daarvan bestaan.

- ☐ Deskundigheidsbevordering
- ☐ Beschikbaarheid personeel
- ☐ Meer en/of geschiktere handvatten en richtlijnen voor de omgang met de doelgroep
- ☐ Het bieden van daginvulling en dagstructuur aan de doelgroep
- ☐ Het trainen van praktische en sociale vaardigheden van de doelgroep
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie
- ☐ Anders, namelijk: .....

30c. Wat is nodig om de specifieke knelpunten die uw vestiging(en) ervaart op het gebied van de behandeling te verbeteren? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Let op: hierbij wordt niet gedoeld op knelpunten die door de coronapandemie zijn veroorzaakt, maar die los daarvan bestaan.

- ☐ Deskundigheidsbevordering
- ☐ Verbeterde beschikbaarheid van de uitvoerende discipline(s)
- ☐ Meer en/of geschiktere middelen voor de uitvoering van de behandeling
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking met VG organisaties buiten de organisatie
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VG-sector, namelijk: .....
- ☐ Anders, namelijk: .....

30d. Wat is nodig om de specifieke knelpunten die uw vestiging(en) ervaart op het gebied van omgaan met gedragsproblemen te verbeteren? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Let op: hierbij wordt niet gedoeld op knelpunten die door de coronapandemie zijn veroorzaakt, maar die los daarvan bestaan.

- ☐ Deskundigheidsbevordering
- ☐ Verbeterde beschikbaarheid van de uitvoerende discipline(s)
- ☐ Meer en/of geschiktere interventies
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking met VG organisaties buiten de organisatie
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VG-sector, namelijk: .....
- ☐ Anders, namelijk: .....

30e. Wat is nodig om de specifieke knelpunten die uw vestiging(en) ervaart op het gebied van dagbesteding te verbeteren? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Deskundigheidsbevordering
- ☐ Beschikbaarheid personeel
- ☐ Meer en/of geschiktere middelen voor de uitvoering van de behandeling
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking binnen de organisatie
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking met VG organisaties buiten de organisatie
- ☐ Betere interdisciplinaire samenwerking met organisaties buiten de VG-sector, namelijk: ……..
- ☐ O Anders, namelijk: .....

31. Komt het in een gemiddeld jaar voor dat bewoners met psychiatrische problematiek vanuit uw vestiging(en) worden overgeplaatst naar een andere vestiging of andere organisatie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
Let op: het gaat niet om overplaatsingen samenhangend met de coronapandemie.

- ☐ Nee [> ga naar vraag 34]
- ☐ Ja, interne overplaatsing (binnen deze organisatie)
- ☐ Ja, externe overplaatsing (naar een andere VG-organisatie)
- ☐ Ja, externe overplaatsing (naar een GGz organisatie)
- ☐ Anders, namelijk: .....
- ☐ Weet ik niet [> ga naar vraag 34]

32. Om hoeveel bewoners met psychiatrische problematiek gaat dit (ongeveer) <u>in een gemiddeld jaar</u>?
Let op: het gaat <u>niet</u> om overplaatsingen samenhangend met de coronapandemie.

- ☐ Ja, interne overplaatsing (binnen deze organisatie) > ..... bewoners
- ☐ Ja, externe overplaatsing (naar een andere VG-organisatie) ..... bewoners
- ☐ Ja, externe overplaatsing (naar een GGz organisatie) ..... bewoners

33. Wat was de reden voor overplaatsing? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Opvlammen psychiatrische problematiek
- ☐ Zorgaanbod niet passend
- ☐ Bewoner paste niet in bewonersgroep
- ☐ Kennis en expertise van medewerkers onvoldoende
- ☐ Capaciteit personele bezetting is niet voldoende
- ☐ Gedragsproblematiek
- ☐ Verhuizing dichterbij familie/sociaal netwerk
- ☐ Anders, namelijk: .....
- ☐ Weet ik niet

Samenwerking

34. Heeft uw organisatie een kwaliteitsstatuut GGz?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

35. Heeft uw organisatie een convenant / samenwerkingsovereenkomst gesloten met een GGz instelling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

36. Werkt uw vestiging(en) samen met één of meerdere professionals van buiten uw organisatie of met andere zorgorganisaties op het gebied van geestelijke gezondheidszorg?
(meerdere antwoorden mogelijk per organisatie)

	Ja, structureel	Ja, incidenteel	Nee, geen samenwerking
Zelfstandig gevestigde GGz professional [> ga naar vraag 38]	☐	☐	☐
GGz organisatie (waaronder PAAZ en academische psychiatrie) [> ga naar vraag 38]	☐	☐	☐
AVG-polikliniek [> ga naar vraag 38]	☐	☐	☐
Anders, namelijk (noteer soort organisatie) … [> ga naar vraag 38]	☐	☐	☐

Indien alle antwoordcategorieën = Nee, geen samenwerking > ga naar vraag 37

37. Waarom werkt uw vestiging(en) niet samen met één of meerdere professionals van buiten uw organisatie of met andere zorgorganisaties op het gebied van geestelijke gezondheidszorg? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ De benodigde kennis en expertise is in huis
- ☐ Er is geen geschikte samenwerkingspartner bekend / in de buurt van onze organisatie
- ☐ Anders, namelijk: .....

38. Waaruit bestaat in een gemiddeld jaar deze samenwerking met externe GGz professionals of organisaties? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ (Gedeeltelijke) verwijzing van bewoners (denk hierbij aan preventie, screening/diagnostiek, behandeling, nazorg)
- ☐ Consultatie met betrekking tot individuele bewoners
- ☐ Scholing
- ☐ Algemeen (multidisciplinair) overleg
- ☐ Anders, namelijk: .....
- ☐ Geen van bovenstaande > [vraag 39, 41 t/m 43 kunnen worden overgeslagen]

39. Hoe vaak is contact met externe GGz professionals of organisaties in een gemiddeld jaar aan de orde?

- ☐ (Bijna) dagelijks
- ☐ Wekelijks
- ☐ Maandelijks
- ☐ Enkele malen per jaar
- ☐ Eens per jaar of minder
- ☐ Weet ik niet

40. Zijn er onder invloed van de coronapandemie nieuwe samenwerking(en) ontstaan met professionals of zorgorganisaties op het gebied van geestelijke gezondheidszorg?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, namelijk…

41. Is door de coronapandemie de frequentie van het contact met externe GGz professionals of organisaties veranderd?

- ☐ Ja, sinds de coronapandemie is er <u>vaker</u> contact
- ☐ Ja, sinds de coronapandemie is er <u>minder</u> vaak contact
- ☐ Nee, sinds de coronapandemie is er <u>even vaak</u> contact
- ☐ Anders, namelijk…

42. Hoe zou u over het algemeen de samenwerking van uw organisatie met de GGz omschrijven?

- ☐ Goed
- ☐ Voldoende
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

43. Wat gaat goed in de samenwerking met de GGz?

44. Hoe zou de samenwerking met de GGz (verder) verbeterd kunnen worden?

- ☐ Dit is niet nodig
- ☐ De samenwerking kan verbeterd worden door …….
- ☐ Weet ik niet

45. Wat is er verder nodig om de zorg en ondersteuning voor <u>bewoners met psychiatrische problematiek</u> te verbeteren?

Einde vragenlijst

Hiermee bent u aan het einde van de vragenlijst gekomen.

Als u nog opmerkingen heeft, wilt u die dan hier noteren?

46. Wilt u de resultaten van dit onderzoek ontvangen en op de hoogte gehouden worden?

- ☐ Nee [> ga naar einde vragenlijst]
- ☐ Ja, ik wil de resultaten ontvangen
- ☐ Ja, ik wil de resultaten ontvangen en op de hoogte gehouden worden over ontwikkelingen van het onderzoek

47. Op welk e-mailadres wilt u de resultaten ontvangen?

Wij willen u nogmaals heel hartelijk bedanken voor uw medewerking!

Bijlage 3 Literatuur

Van den Brink, J. M. A. (2019). *Nursing home residents with mental and physical multimorbidity. Characteristics, neuropsychiatric symptoms and needs* (Doctoral dissertation). Nijmegen: De Waalboog & Radboud university medical center.

Collet, A. J. (2019). *Specific Care on the Interface of Mental health and Nursing home "SpeCIMeN"* (Doctoral dissertation). Maastricht: Maastricht UMC+.

Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British journal of psychiatry*, *190*(1), 27-35.

Van Dijk G. (2016). *De schakels in de keten in Noord Nederland*. Noorderbreedte en GGZ Friesland.

Janssen, C. G. C. (2007). Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. *Onderzoek en praktijk. Tijdschrift voor de LVG-zorg*, *5*(2), 34-38.

KPMG (2019). *Expertisecentra langdurige zorg (Wlz). Rapportage voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Online: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/05/21/expertisecentra-langdurige-zorg-wlz

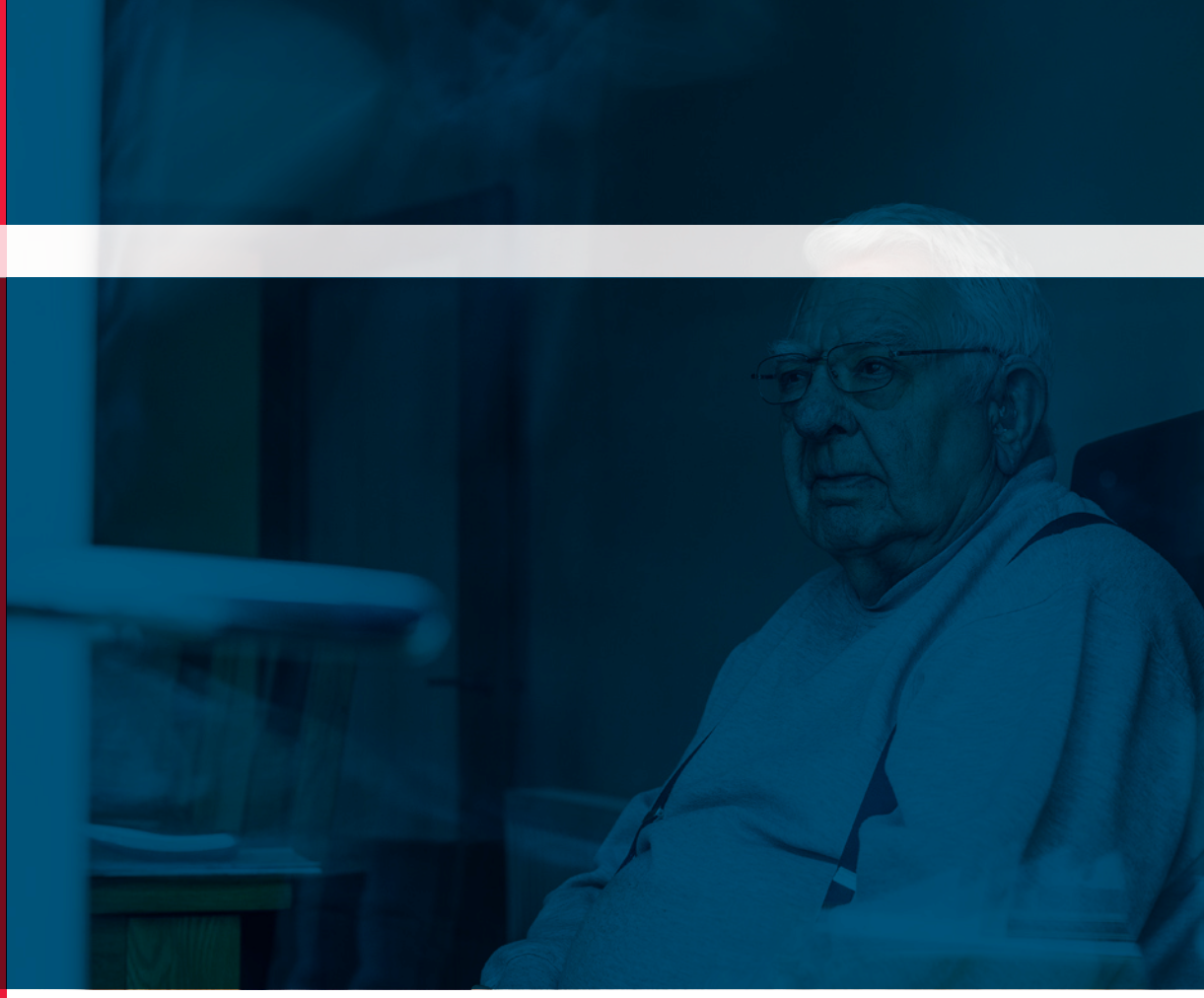
Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie in de V&V (2012). *Zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis*. Gouda: Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie in de V&V.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2018). *Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB)*.

Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *PloS one*, *12*(2), e0168847.

Van den Poel, P. (2019). Gehandicaptenzorg geconfronteerd met toestroom uit ggz. Skipr 2019. https://www.skipr.nl/actueel/ id37479-gehandicaptenzorg-geconfronteerd-met-toestroom-uit-ggz.html

Veerbeek, M., Lempens A., Bransen E., van Belzen E., van Erp J., Kroon H., van der Roest H. (2020). Doelgroepdefinitie 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.

Wieland, J., Ten Doesschate, M. (2018). Awareness and accessibility of the Dutch mental health care system for people with borderline intellectual functioning or mild intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 12*(3/4).

Trimbos instituut