Topaz op weg naar topzorg gerontopsychiatrie

Onderzoek naar zorg voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis

**Auteur: Loes Brokaar**

**Studentnummer: s1075622**

**Module: MZ-13 Afstudeeropdracht**

**Management in Zorg en Maatschappelijke dienstverlening**

**12-5-2015**

**Voorwoord**

Voor u ligt de scriptie ‘Topaz op weg naar topzorg gerontopsychiatrie’. Een onderzoek naar wat zorgmedewerkers nodig hebben op het gebied van kennis, vaardigheden, en ondersteuning vanuit de GGZ om cliënten met gerontopsychiatrische problematiek professionele zorg te bieden. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de opleiding ‘Management in Zorg en Maatschappelijke dienstverlening’ aan de Hogeschool Leiden.

Ik ben werkzaam bij stichting Topaz, locatie Overduin. Zorg- en behandelcentrum Overduin biedt zorg aan 190 bewoners verdeeld over twee wooneenheden; één voor mensen met dementie en één voor mensen met de ziekte van Huntington. Mijn functie binnen zorg- en behandelcentrum Overduin is teammanager van de afdeling Egelantier. Deze afdeling gaat zich specialiseren in de zorg en behandeling voor cliënten met gerontopsychiatrie. Dit heeft geleid tot de keuze van mijn onderzoeksvraag.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in opdracht van de gebiedsmanager van Topaz, locatie Overduin. De voorbereiding is gestart in september 2014, de uitvoering heeft plaatsgevonden in januari 2015 en het onderzoek is afgerond in mei 2015.

In de eerste plaats wil ik Louise Berkhout, docent en begeleider van de Hogeschool Leiden bedanken voor de fijne begeleiding. Louise was altijd bereikbaar voor vragen en het geven van feedback. Met haar optimisme en humor gaf ze mij na ieder gesprek weer het gevoel dat het goed zou komen. Annemieke de Vries, opdrachtgever van dit onderzoek, wil ik bedanken voor het vertrouwen in mij, de peptalk en de ruimte die ik heb gekregen om het onderzoek uit te voeren. Jesseke de Man, beleidsmedewerker van Topaz wil ik bedanken dat zij een sparringpartner wilde zijn. Vooral bij het formuleren van de onderzoeksvraag was dit voor mij van grote waarde. Als laatste wil ik de respondenten en de deelnemers van de focusgroepbijeenkomst bedanken. Zonder hen had ik dit onderzoek niet kunnen uitvoeren.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Loes Brokaar

Warmond, 12 mei 2015.

**Management samenvatting**

Gezien de externe ontwikkelingen en de ambitie op langer termijn breidt Topaz zijn expertise uit en gaat zich nog meer profileren als aanbieder van specialistische zorg voor complexe doelgroepen. Eén van de complexe doelgroepen waarop Topaz zich gaat richten is de Gerontopsychiatrie.

De zorg voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek vraagt om specifieke vaardigheden van de zorgmedewerkers in de begeleiding, benadering en bejegening. Zorgmedewerkers zullen meer of andere competenties moeten ontwikkelen die passen bij de behoeften en zorgvragen van deze cliëntengroep.

In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de vraag wat de huidige zorgmedewerkers nodig hebben op het gebied van kennis, vaardigheden, en ondersteuning vanuit de GGZ om cliënten met gerontopsychiatrische problematiek professionele zorg te bieden. Met de uitkomsten van dit onderzoek is het management in staat de zorgmedewerkers op zodanige wijze te faciliteren dat zij goed uitgerust zijn om deze benodigde zorg te kunnen bieden.

Voor dit onderzoek is gebruikt gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden. De onderzoeksmethoden die gebruikt zijn:

* Surveyonderzoek
* Literatuurstudie
* Focusgroep bijeenkomst
* Benchmarkonderzoek

Uit de resultaten blijkt dat het belangrijk is dat zorgmedewerkers kennis van psychiatrische ziektebeelden hebben om daaraan gerelateerd gedrag te kunnen herkennen en vaardig zijn in de aan het ziektebeeld gerelateerde benaderingswijzen. Uit de focusgroepbijeenkomst werd duidelijk dat naast de kennis van psychiatrische ziektebeelden ook specifieke kennis van verslavingsproblematiek, psychofarmaca en groepsdynamica van belang is.

De-escalerend op kunnen treden is één van de specifieke vaardigheden waar zorgmedewerkers over moeten kunnen beschikken. De zorgmedewerkers geven hiervan aan dat zij de behoefte hebben om dit te trainen. Op deze manier zijn zij in staat om agressie tijdig te signaleren en professioneel te handelen.

Een andere methode om de deskundigheid te vergroten en de kwaliteit van het zorgproces te verbeteren is intervisie. Deelname aan intervisiebijeenkomsten zal voor de zorgmedewerkers een passende methode zijn om hun competenties te versterken.

De ondersteuning vanuit de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is zeer gewenst. Dit kan bestaan uit deskundigheidsbevordering door middel van scholing en training. Daarnaast zal het geven van consultatie, het bieden van ‘training on the job’ en de medewerkers laten meelopen in de GGZ bijdragen in de persoonlijke ontwikkeling van de zorgmedewerkers.

Om het doel ‘Professionele zorg bieden aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek’ te bereiken is het belangrijk dat de organisatie het belang onderschrijft van deskundigheidsbevordering en hier de benodigde tijd en middelen voor beschikbaar stelt.

De kwaliteit van deze gespecialiseerde zorg kan alleen bereikt worden door het inzetten van de specifieke scholing ,trainingen, intervisiebijeenkomsten en door gebruik te maken van de expertise van de GGZ.

**Summary**

In view of external developments and the long term ambition to expand their expertise Topaz wants to profile the organization – even more – as a health care specialist for client groups in need of complex care. One of these complex care groups which Topaz is intending to focus their expertise on is the elderly with mental disorders. This specific group needs specialized nursing treatment, counselling and methods of approach, resulting in the need for the development, deepening and broadening of the skills of the health care workers involved in order to be able to meet the needs of this client group.

This study has provided an answer to the question what present-day health care workers need in terms of knowledge, skills, and support from a mental health organization to be able to meet the needs of the elderly with mental disorders. With the outcome of this report, management will be able to equip health care workers with the right tools and skills to be able to do their job properly.

In this study quantitative and qualitative research methodologies have been used. These are:

* Survey research
* Literature study
* Focus group meetings
* Benchmarking

The results have shown that it is important that health care workers have extensive knowledge of psychiatric disorders in order to be able to recognize associated behaviour and offer appropriate methods of care. The focus group meeting clearly showed that it is not just knowledge of psychiatric disorders that is required but also a specific knowledge of addiction problems, psychotropics and group dynamics.

The de-escalating approach is one of the specific skills that health care workers need and which the workers themselves have indicated they need training in. Once well-skilled they will be able to pick up any signs of aggression in time and they will then be able to act in a professional manner.

A different method of increasing their expertise and to ensure that the quality of the care-process improves is intervision. Participating in these peer intervision meetings is an important way to consolidate their professional standards, skills and knowledge.

Support from a mental health organization would be very helpful in health care workers’ personal development. Support could consist of providing training and/or education, of offering consultations, training-on-the-job and of allowing health care workers to gain experience by participating in the mental health organization’s contributions to their personal development.

To reach the target of ‘providing professional care to the elderly with mental disorders’ it is of vital importance that the organization endorse the importance of development of expertise by providing the necessary time and resources.

The necessary quality of this specialized care can only be achieved by organizing specific education, training and intervision meetings and the use of the GGZ’s expertise.

**Inhoudsopgave**

**1 Aanleiding 7**

**2 Probleemverkenning 8**

2.1 Probleemanalyse door middel van het DESTEP-model 8

2.2. Probleemanalyse door middel van het zeven-S model 11

**3 Theoretisch kader 16**

3.1 De doelgroep gerontopsychiatrie 16

3.2 De zorgvraag van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek 16

3.3 Gerontopsychiatrie in het verpleeghuis 17

3.4 Ondersteuning vanuit de GGZ 19

3.5 Hogere eisen aan verzorgenden 20

**4 Onderzoeksvraag 21**

4.1 Centrale vraagstelling 21

4.2 Deelvragen 21

4.3 Doelstelling 21

4.4 Randvoorwaarden 21

**5 Methode van onderzoek 22**

5.1 Type onderzoek en ontwerp 22

5.2 Onderzoeksdoelgroep 22

5.3 Dataverzameling 22

5.4 Dataverwerking en analyse 24

5.5 Betrouwbaarheid en validiteit 24

5.6 Praktische bruikbaarheid 24

5.7 Tijdsplanning 25

**6 Onderzoeksverantwoording 25**

**7 Onderzoeksresultaten 26**

7.1 Literatuuronderzoek 26

7.2 Enquête 27

7.2.1 Respons onderzoeksgroep 27

7.2.2 Resultaten enquête 28

7.3 Resultaten focusgroepbijeenkomst 31

7.4 Resultaten benchmarkonderzoek 32

**8 Conclusie en aanbevelingen 32**

8.1 Conclusie van de deelvragen 32

8.2 Conclusie van de centrale vraag 34

8.3 Aanbevelingen 35

**Reflectieverslag 36**

**Literatuurlijst 38**

**Bijlage 1 Literatuurstudie 40**

**Bijlage 2 Vragenlijst 44**

**Bijlage 3 Resultaten vragenlijsten 49**

**Bijlage 4 Resultaten open vragen en toelichting bij vragen 55**

**Bijlage 5 Verslag focusgroepbijeenkomst 58**

**Bijlage 6 Verslag werkbezoek ‘de Waalboog’ 62**

1. **Aanleiding**

In de strategienota 2013-2015 van Topaz (2012) is opgenomen dat de organisatie in de komende beleidsperiode een aanbod wil ontwikkelen voor doelgroepen die tussen de woonzorg en de gezondheidszorg vallen. Er blijkt dat een toenemende groep die basiszorg nodig heeft, maar meer intensieve (medische en psychologische) begeleiding vraagt dan in de basiszorg thuishoort. Daarbij wordt gedacht aan ouderen met Korsakov, psychiatrische stoornissen en gedragsproblematiek, niet aangeboren hersenletsel (CVA) en visuele beperkingen. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) worden er in toenemende mate cliënten met chronische psychiatrie verwezen naar Topaz. Vanwege deze ontwikkeling heeft de organisatie gekozen voor het versterken van haar deskundigheid op deze doelgroep om zodoende op topniveau zorg en behandeling te bieden. Op deze wijze wil Topaz haar maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen.

Rivierduinen, de aanbieder van de geestelijke gezondheidszorg in het noorden en midden van Zuid-Holland, wil om diverse redenen het aantal AWBZ bedden verminderen en cliënten met comorbiditeit (psychiatrie, somatiek, verzorgingsbehoefte) waarbij het mogelijk is een verpleeg- of verzorgingshuisindicatie te verkrijgen verwijzen naar Topaz. Topaz heeft het initiatief genomen om cliënten van Rivierduinen over te nemen. In eerste instantie gaat het hierbij om een geselecteerde groep cliënten die nu verblijft op twee afdelingen; Intensief Verblijf in Noordwijkerhout en Intensieve Zorg / Neuropsychiatrie in Oegstgeest. De locaties die Topaz heeft gekozen voor de doelgroep zijn verpleeg- en behandelcentrum Overduin in Katwijk, verpleeg- en behandelcentrum Zuydtwijck in Leiden en woonzorgcentrum Haagwijk in Leiden. Dit betekent dat er op de afdeling Egelantier, locatie Overduin voor 1 januari 2015 zes tot negen cliënten met psychiatrische problematiek komen wonen. Vanaf januari 2015 zal er toe gegroeid worden naar een aantal van 31 bewoners.

Het huidige zorgaanbod is echter gericht op cliënten met dementie en het is van belang om deze aan te passen aan de toekomstige doelgroep. Het doel is het bieden van een vertrouwde omgeving met professionele en liefdevolle zorg waarbij de vragen en behoeften van de cliënten leidend zijn (Topaz, 2012).

De gebiedsmanager van Overduin heeft opdracht gegeven om onderzoek te doen naar wat de zorgmedewerkers nodig hebben om cliënten met gerontopsychiatrische problematiek een waardevol leven met topzorg te bieden zodat er een grote mate van cliënttevredenheid kan ontstaan.

1. **Probleemverkenning**

In dit hoofdstuk wordt een pluriform beeld van de probleemsituatie geschetst aan de hand van het DESTEP-model (Mulders, 2010) en het 7-S model (Waterman Jr, Peters, & Phillips, 1980).

* 1. **Probleemanalyse door middel van het DESTEP-model**

Het DESTEP-model is een bedrijfskundig model dat gebruikt wordt bij het maken van een externe analyse van een bedrijf. Hierbij wordt gekeken naar omgevingsfactoren waar een bedrijf geen invloed op kan hebben maar die wel belangrijk kunnen zijn voor het bepalen van de strategie van de organisatie. DESTEP staat voor demografisch, economisch, sociaal-cultureel, technologisch, ecologisch en politiek.

*Demografische factoren*

Topaz biedt zijn diensten aan in de regio Zuid-Holland Noord. De afdeling Egelantier vervult een regionale functie voor de toekomstige doelgroep gerontopsychiatrie. In de regio Zuid-Holland Noord zal in de periode 2010 tot 2040 het aantal 75-plussers verdubbelen. De groep 55-plussers zal groeien naar bijna 40% van het aantal inwoners in 2040 (Topaz, 2013a).

Topaz heeft te maken met de volgende demografische en epidemiologische trends (Zorgkantoren Zuid-Holland Noord en Amstelland en de Meerlanden, 2012):

* De regio Zuid-Holland Noord is relatief gezond, de groei van levensverwachting is bovengemiddeld en de sociaal economische status is hoger (goede voorspeller van gezondheid).
* Het aantal ouderdomsgerelateerde ziekten, het aantal chronisch zieken en mensen met multimorbiditeit (diabetes, COPD, CVA) neemt toe.
* Ouderen leven langer, gezonder en er is goede behandeling waardoor men langer leeft met meerdere ziekten en beperkingen.
* Vergrijzing van de GGZ-populatie zorgt voor meer co-morbiditeit en een samenloop met somatische problematiek.
* Het aantal oudere gebruikers van alcohol en drugs neemt toe.

*Economische factoren*

Door de vergrijzing zullen steeds meer mensen een beroep op zorg gaan doen. Hervorming van de langdurige zorg is nodig om de zorg betaalbaar te houden. Landelijk wordt ingezet op ingrijpende maatregelen met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg en de hiermee gepaard gaande transities naar de Zorgverzekeringwet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (Rijksoverheid, 2014a). De veranderingen legt de overheid vast in wetten. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verdwijnt. Vanaf 1 januari 2015 wordt de langdurige zorg vergoedt door Wet langdurige zorg (Wlz). De overige vormen van ondersteuning die werden vergoed vanuit de AWBZ vallen vanaf 1 januari 2015 onder Wmo. De gemeenten gaan deze vormen van ondersteuning regelen. Onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen vanaf 1 januari 2015 de verpleging en verzorging, en de geestelijke gezondheidszorg die is gericht op behandeling en herstel.

*Sociaal-culturele factoren*

De vraag van cliënten, mantelzorgers en hun familie verandert. De babyboomgeneratie wordt ouder en zal langzaam instromen als zorgcliënt. Zij hebben andere leefstijlen, waarden en opvattingen dan de huidige generatie ouderen. Motivaction (2012) heeft onderzoek gedaan naar de behoeften van deze toekomstige ouderen. Uit dit onderzoek kwam het volgende naar voren.

De nieuwe ouderen stellen hogere eisen aan de kwaliteit van leven. Zij zijn mondiger en actiever, zij zijn meer gericht op zelfbeschikking, zijn meer maatschappelijk betrokken en willen dit ook blijven. Wat betreft de toekomst verwachten zij eigen keuzes te kunnen maken, veel contacten te behouden, zij willen zich blijven ontwikkelen en een actieve bijdrage leveren. Wanneer zij hulpbehoevend worden zullen hun verwachtingen en de vragen die zij stellen dan ook anders zijn dan die van de huidige cliënten. Zij zullen een aanbod en een bejegening verwachten die is afgestemd op hun individuele situatie, die zij zelf kunnen regisseren.

*Technologische factoren*

Technologie kan een belangrijk rol spelen in het omgaan met complexe vraagstukken in de zorg (Peeters, Wiegers, de Bie, & Friele, 2013). De komende jaren zal de behoefte aan zorg stijgen en het aantal zorgmedewerkers afnemen. De inzet van arbeidsbesparende technologie kan een mogelijke oplossing zijn voor het dreigende personeelstekort. Daarnaast wordt er door de overheid en de patiëntenorganisaties een steeds groter beroep gedaan op de zelfredzaamheid van de burgers en het vermogen om zelf de regie te blijven voeren. Ook hierbij zou technologie kunnen helpen.

Voorbeelden van technologie zijn telemedicine (het op afstand bewaken en begeleiden van patiënten met specifieke aandoeningen, bijvoorbeeld bij hartfalen), domotica (technische woningautomatiseringssystemen zoals personenalarmering), autonome monitoring (sensoren die bewegingen en handelen kunnen herkennen), eHealth (internettechnologie om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren), informatie en communicatietechnologie (social media), robotica (sociale robots), schermzorg (zorg op afstand) en technologische hulpmiddelen (specifieke hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld een traplift).

*Ecologische factoren*

Topaz gaat zorg verlenen aan de meest kwetsbare mensen met een psychische stoornis. Deze ouderen hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig. Patiëntveiligheid staat hoog op de agenda van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (Rijksoverheid, 2014b) ). Zorginstellingen en zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor patiëntgerichte, kwalitatief goede en veilige zorg. De veiligheid in de langdurige zorg richt zich onder andere op het invoeren van veiligheidssystemen, het verminderen van het aantal fouten met medicijnverstrekkingen en het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

*Politieke factoren*

Zoals genoemd bij de economische factoren wil het kabinet de ondersteuning en de langdurige zorg anders organiseren (Rijksoverheid, 2014a). De tweede kamer heeft ingestemd met het wetsvoorstel, de eerste kamer moet zijn goedkeuring nog geven. De eerste kamer heeft al wel ingestemd met de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. De veranderingen zijn nodig omdat de eisen die aan de organisatie van de langdurige zorg zijn gesteld veranderen. Mensen willen zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Er zal vaker een beroep worden gedaan op het eigen sociale netwerk van mensen. Daarnaast zijn de hervormingen nodig om de zorg betaalbaar te houden.

De veranderingen in de langdurige zorg hebben gevolgen voor ouderen, mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuigelijke beperking, mensen met een psychische stoornis, de jeugd, en het sociale netwerk en mantelzorgers van deze groepen.

De hervorming van de langdurige zorg brengt de volgende veranderingen met zich mee:

* De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verdwijnt.
* Er komt een Wet langdurige zorg (Wlz) voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben en voor de meest kwetsbare mensen met een psychische stoornis.
* Gemeenten gaan ondersteuning bieden zoals bijvoorbeeld begeleiding en dagbesteding, en beschermd wonen voor mensen met een psychische stoornis. Dit is opgenomen in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
* De gemeenten gaan jeugdhulp bieden wat is geregeld in de nieuwe Jeugdwet.

De beschreven ontwikkelingen zijn van invloed op de strategische keuze van Topaz (2012).

De ‘markt’ voor ouderenzorg en chronisch zieken zal groeien. Op de markt zijn echter vele zorgaanbieders. De expertise van Topaz is het leveren van zorg aan cliënten met een complex ziektebeeld. Topaz wil deze expertise uitbreiden en wil zich gaan onderscheiden door zich te richten op specifieke doelgroepen, waaronder de Gerontopsychiatrie. Rivierduinen heeft ervoor gekozen om het aantal AWBZ bedden te verminderen en cliënten met comorbiditeit (psychiatrie, somatiek, verzorgingsbehoefte) waarbij het mogelijk is een verzorgings- of verpleeghuisindicatie te verkrijgen te verwijzen naar Topaz. Dit sluit goed aan bij de strategie van Topaz om specialistische zorg te gaan bieden aan deze doelgroep.

De veranderingen in de financieringsstructuur, en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen, hebben een groot effect op zowel de intra- als extramurale zorg. De corebusiness van Topaz is de intramurale zorg en deze wordt alleen nog maar beschikbaar voor de zwaarste en blijvende zorg. Topaz (2014) profileert zich als aanbieder van specialistische zorg voor complexe doelgroepen. Topaz zal zich nog sterker gaan profileren op de complexe doelgroepen. (Huntington, CVA, Chronische Somatiek, Psychogeriatische zorg, Palliatieve zorg, Gerontopsychiatrie, Parkinson en Korsakov).

Bij het ontwikkelen van een zorg en behandelaanbod voor de nieuwe doelgroep Gerontopsychiatrie is het belangrijk om met de omgevingsfactoren rekening te houden.

* De toekomstige cliënten zullen een aanbod verwachten die is afgestemd op hun individuele situatie. Het aanbod van Topaz zal gericht moeten zijn op de wensen en behoeften van de cliënten. De regie over eigen leven dient zoveel als mogelijk bij de cliënt te blijven. De dagbesteding zal op maat georganiseerd en vooral vraaggericht moeten zijn.
* Om kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden aan cliënten met psychiatrische problematiek zal bij het inrichten van het zorg- en behandelaanbod de patiëntveiligheid als één van de uitgangspunten dienen te zijn.
* Bij de zorg voor cliënten met psychiatrische problematiek in het verpleeghuis biedt het gebruik van domotica mogelijkheden op het gebied van veiligheid. Daarnaast zal het aantal cliënten dat gebruikt maakt van social media groeien. Topaz zal de randvoorwaarden moeten bieden om gebruik te kunnen maken van social media.

**2.2 Probleemanalyse door middel van het zeven-S model**

Het 7S model ( (Waterman Jr, Peters, & Phillips, 1980) wordt gebruikt om de kwaliteit van de organisatie te beoordelen. Daarbij wordt zowel gekeken naar de harde kant van de organisatie, zoals strategie en organisatiestructuur, als naar de zachte elementen zoals managementstijl en personeel. Het model beschrijft zeven aspecten en fungeert als een diagnosechecklist voor de belangrijkste aspecten van de organisatie.

*Significante waarden*

De missie van Topaz (2012) luidt: **“Waarde-vol leven met Topzorg.** *Zorg en behandeling zijn op topniveau geregeld, maar op de achtergrond, zodat mensen zolang mogelijk hun eigen leven kunnen leiden, betekenisvol kunnen zijn voor hun omgeving en waardering vinden”*

De visie van Topaz is: *“een vertrouwde omgeving met kwalitatief hoogwaardige en liefdevolle zorg, persoonlijke ontmoetingen en betekenisvolle ervaringen, die kleur geven aan het leven met uw naasten”.*

De kernwaarden van de organisatie Topaz zijn welkom, vakmanschap en originaliteit. Deze kernwaarden moeten de medewerkers in staat stellen de missie en visie van de organisatie te realiseren. Met welkom gaat het om het bieden van een warm onthaal, uitnodigend zijn, ruimte voor eigen leefstijl, persoonlijk contact en openheid. Vakmanschap staat voor professionaliteit en passie voor je vak, het tonen van ambitie en het lef hebben om voorop te willen lopen. Bij originaliteit wordt bedoeld eigen en echt zijn, verfrissend zijn met ruimte voor ondernemerschap, creativiteit en lokale kleur.

De cultuur die de organisatie wenst is gebaseerd op het beantwoorden van vragen van cliënten en het professioneel en creatief oplossen van hun problemen. Dit vraag in de zorgverlening om een creatieve en ondernemende houding en een oriëntatie op de cliënten in plaats van op het systeem waarin men werkt. De organisatie stimuleert een probleemoplossende cultuur waarin elke professional een unieke oplossing of antwoord kan en mag bedenken samen met cliënten en familie.

*Strategie*

De missie en visie van Topaz geven aan waar de organisatie voor staat en vormen het vertrekpunt voor het strategisch beleid. In het document “Stralen met Topzorg” (Topaz, 2012) beschrijft Topaz de strategische keuzes voor de periode 2013-2015. De expertise van Topaz is het leveren van zorg aan cliënten met een complex ziektebeeld. Topaz wil deze expertise uitbreiden en zich gaan onderscheiden door zich te richten op specifieke doelgroepen. Daarnaast wil Topaz zich profileren als aanbieder van specialistische zorg voor complexe doelgroepen.

Topaz maakt onderscheidt in drie werksoorten.

1. Woonzorg: thuiszorgvolume uitbreiden, verankering in wijk door omvorming woonzorglocaties naar “open” wijklocaties en palliatieve zorg in de wijk.
2. Specialistische zorg: specifiek doelgroepen (ouderen met Korsakov, gerontopsychiatrie, niet aangeboren hersenletsel, visuele beperkingen), kwalitatief hoogwaardige dementiezorg en Topcare voor Huntington.
3. Revalidatie/herstelzorg: zorghotel, ketenzorg met ziekenhuizen en het Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC), keten van dagrevalidatie, poliklinische behandeling en thuisbehandeling/verzorging.

*Structuur*

In de zorg vinden vele, snelle veranderingen plaats. Er worden steeds hogere eisen gesteld aan de zorgorganisaties terwijl de budgetten soms krimpend zijn. Topaz wil flexibel zijn en in staat om veranderingen snel in de voeren. Dit vraagt om een ondernemende organisatiecultuur. Topaz heeft daarom in 2012 de besturing en organisatie aangepast.

Topaz (2013b) heeft de volgende besturingsprincipes opgesteld:

* Er is sprake van drie managementlagen: operationeel, tactisch en strategisch. Door de beperking tot drie managementlagen worden korte lijnen tussen bestuur, management en primair proces gehandhaafd om met de benodigde flexibiliteit en cultuurverandering snel in te kunnen spelen op veranderende vragen uit de markt en externe beleidswijzigingen
* Er is sprake van drie verschillende kolommen voor de uitvoering van het zorg- en dienstaanbod te weten woonzorg, specialistische zorg en revalidatie/herstelzorg
* De as in het primaire zorgproces wordt gevormd door samenwerking tussen de verpleegkundigen, de EVV-ers en de behandelaars. Zij zijn primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg
* De kwaliteit van de gastvrijheid is een tweede belangrijk kwaliteitsaspect in het aanbod van Topaz. Deze zal van professionele kwaliteit moeten zijn en zich moeten kunnen meten met gastvrijheidniveaus in andere dienstverlenende sectoren
* De structuur wordt opgebouwd rondom het primaire proces
* Diensten worden centraal georganiseerd als dit leidt tot een hogere kwaliteit of als deze te klein in omvang zijn om decentraal georganiseerd te worden
* De besturing op alle niveaus zal gericht zijn op de markt, ondernemerschap en resultaat.

*Systemen*

De bedrijfsvoeringprocessen binnen Topaz zijn voor alle organisatie eenheden hetzelfde. Dit betekent dat dezelfde procedures en systemen worden gebruikt ten aanzien van registratie, declaratie, facturatie en verantwoording (Topaz, 2013b).

Topaz (2010a) vindt duidelijk beleid en als een afgeleide hiervan procedures en evidence based protocollen en richtlijnen belangrijk om met elkaar dezelfde kwaliteit te leveren. Dit beleid wordt regelmatig volgens de plan-do-check-act-cirkel (PDA-cyclus) geëvalueerd. Dit betekent dat ontwikkelde plannen worden uitgevoerd, geëvalueerd en op basis van opgestelde verbeterplannen wordt de uitvoering verbeterd. Op enig moment vindt er weer een evaluatie plaats en zo is een structurele verbetercyclus een feit.

De documentatie die nodig is om het kwaliteitmanagementsysteem te borgen is opgeslagen in een digitaal kwaliteithandboek. Dit systeem heeft mede als doel het systematisch beheren en actueel houden van de documenten. Alle medewerkers hebben toegang tot het handboek. Het handboek zorgt ervoor dat medewerkers documenten op een eenvoudige en snelle wijze weten te vinden en daardoor de inhoud kunnen toepassen.

Topaz is HKZ gecertificeerd. HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Om dit te blijven is het belangrijk dat beleid en procedures actueel blijven en dat deze worden nageleefd. De toetsmomenten voor eenduidig beleid en het werken conform afgesproken procedures ligt in interne en externe audits. Voor het behouden van het HKZ certificaat vinden er externe audits plaats door het Keurmerkinstituut.

Het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) is nog in ontwikkeling. De verwachting is dat deze in januari 2015 operationeel zal zijn. Het doel van het ECD is een betere communicatie en verbetering van de kwaliteit van zorg door efficiënter te werken.

Topaz (2012) heeft in haar strategisch beleid opgenomen dat ze ketensamenwerking van groot belang acht. Er zullen samenwerkingsprotocollen op zowel inhoud als proces worden opgesteld om te zorgen voor kwaliteit in de samenwerking. Het is belangrijk dat de ketenzorg wordt ondersteund door een gekoppeld informatiesysteem. Er zal een inventarisatie plaatsvinden van de wensen en mogelijkheden voor het koppelen van Topaz systemen aan ziekenhuisinformatiesystemen en huisartsinformatiesystemen.

Er zal steeds meer gebruik worden gemaakt van technologische toepassingen. Cliënten, familie en medewerkers moeten in staat worden gesteld om via PC’s, laptops en andere technologische toepassingen te communiceren (Topaz, 2010a).

*Stijl van management*

Topaz (2012) verwacht van het management dat zij ondernemerschap en creativiteit bij de medewerkers stimuleren. “Dat vraagt om vertrouwen te stellen in medewerkers vanuit de gedachte ‘liever één keer sorry zeggen dan tien keer toestemming vragen’”. Hiermee wordt het nemen van verantwoordelijkheid gestimuleerd en daarmee ook de verantwoording voor het eigen handelen wat professioneel handelen stimuleert. Dit vraagt van de managers om los te laten terwijl zij wel verantwoordelijk zijn en verantwoording moeten afleggen.

De locaties van Topaz kennen integraal management dat is gebaseerd op coachend leiderschap. De verantwoordelijkheden zijn helder en ten aanzien van de directe zorg en dienstverlening worden deze laag in de organisatie neergelegd. Er is sprake van open communicatie zowel *bottom up en top down* en tussen de samenwerkende afdelingen. Er zijn drie managementniveaus: Raad van Bestuur, gebiedsmanagers/managers van ondersteunende diensten en teammanagers.

De leidinggevende is er op gericht de medewerkers te activeren om zelf invulling te geven aan de werkzaamheden. Door medewerkers verantwoordelijkheden en bevoegdheden te geven wordt meer gebruik gemaakt van de kwaliteiten en de aanwezige mogelijkheden.

Er wordt leiding gegeven vanuit betrokkenheid, vertrouwen, openheid en respect.

*Sleutelvaardigheden (Skills)*

Topaz (2013a) onderscheidt zich ten opzichte van meerdere concurrenten door de expertise die aanwezig is zoals de specialisaties, de samenwerkingen met o.a. het LUMC en de investeringen in onderzoek. Wat Topaz sterkt maakt is het complete aanbod, het in dienst hebben van eigen behandelaren en het beschikken over verpleeghuizen. Diverse concurrenten hebben alleen maar woonzorgcentra en thuiszorgorganisaties hebben überhaupt geen locaties. Als er iets verandert in de situatie van de cliënt en zijn zorgvraag wijzigt kan hij binnen de organisatie terugvallen op alle specialismen. De cliënt is verzekerd van een soepele overgang en overdracht naar een andere afdeling of verblijf binnen de organisatie.

Topaz focust zich exclusief op ouderen en chronisch zieken wat ook een onderscheidend voordeel is.

Topaz scoort goed op het bieden van ‘warmte’, huiselijkheid, betrokkenheid en dergelijke. Er zijn lokale concurrenten die hier ook goed in scoren maar zij missen de voordelen van een grote organisatie.

*Staff*

Topaz (2010b) ziet de medewerkers als het belangrijkste kapitaal van de organisatie. De ontwikkeling van deze medewerkers is daarom ook belangrijk voor de ontwikkeling van de organisatie. Medewerkers die de bereidheid hebben te leren en zich te ontwikkelen krijgen hier bij Topaz alle ruimte voor.

Doordat Topaz (2013c) zich meer gaat richten op specialistische zorg aan speciale doelgroepen worden er kwalitatief gezien andere eisen gesteld aan de medewerkers. Deze verandering in zorg vraagt andere competenties. Topaz heeft zich tot doel gesteld om op de korte en de lange termijn de juiste medewerker op de juiste plek te krijgen. Daarnaast heeft de organisatie het aantal verpleegkundigen uitgebreid om kwalitatief aan de zorgvraag te kunnen voldoen.

Topaz (2013c) heeft in 2013 een kenniscentrum opgericht. Het doel van dit centrum is het delen van kennis voor betere zorg, het bieden van cursussen of korte opleidingen aan medewerkers met ambitie, het (laten) uitvoeren van onderzoek, beleid implementeren, en projecten faciliteren op het gebied van kwaliteitsverbetering van de zorg en innovatie.

In 2015 zal veel scholing gericht zijn op kwaliteit, veiligheid, specialisatie en expertise (Topaz, 2014).

De beschreven aspecten laten zien dat Topaz beschikt over de voorwaarden om zorg te bieden aan de doelgroep gerontopsychiatrie. De missie en visie “Waarde-vol leven met topzorg” vormt het uitgangspunt voor het bieden van professionele, cliëntgerichte zorg en behandeling aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek in een veilige, vertrouwde omgeving. Door de platte organisatiestructuur liggen de verantwoordelijkheden laag in de organisatie. Hiermee wordt het professioneel handelen gestimuleerd en het geeft ruimte voor ondernemerschap en creativiteit. Om kwalitatief aan de veranderende zorgvragen te voldoen is er veel aandacht voor scholing op diverse gebieden.

1. **Theoretisch kader**

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van het literatuuronderzoek wat heeft plaatsgevonden. Er is gezocht naar relevante informatie over de toekomstige doelgroep gerontopsychiatrie. Het doel bij het zoeken naar informatie was inzicht te krijgen in de doelgroep gerontopsychiatrie en wat er bekend is over het verblijf van deze doelgroep in het verpleeghuis.

**3.1 De doelgroep gerontopsychiatrie**

Uit een inventariserend onderzoek, uitgevoerd door het Trimbos-instituut (2006), blijkt dat de Nederlandse verpleeghuiszorg wordt geconfronteerd met een groeiende groep ouderen met een combinatie van psychiatrische en somatische problematiek.

Deze doelgroep wordt ook wel cliënten met dubbele zorgvraag of cliënten met gerontopsychiatrische problematiek genoemd. In Nederland en de omringende landen wordt met de term gerontopsychiatrie de groep ouderen met psychiatrische problematiek aangeduid. Binnen de psychiatrie wordt meestal over ouderenpsychiatrie gesproken.

Er wordt binnen de gerontopsychiatrie onderscheid gemaakt tussen twee groepen (Salari, Plaisier, & Collet, 2008):

1. Mensen die op oudere leeftijd voor de eerste keer geconfronteerd worden met een psychiatrisch probleem, een stoornis of aandoening.
2. Mensen die al veel eerder in hun leven daarmee te maken hebben gekregen en die op oudere leeftijd nog steeds problemen hebben (chronisch beeld) of bij wie de problemen weer opleven.
	1. **De zorgvraag van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek**

Veel cliënten met gerontopsychiatrische problematiek hebben niet zelf een hulpvraag. Soms willen zij zelfs liever geen hulp of bemoeienis (Salari, Plaisier, & Collet, 2008). Er is vaak sprake van een verminderd ziektebesef, ziekte-inzicht of vermogen tot communicatie. Daarnaast is bij deze doelgroep regelmatig sprake van een al langer onder druk staande of verstoorde relatie met partner, familie en/of mantelzorgers. Hierdoor kunnen zorgverleners weinig beroep doen op deze ervaringsdeskundigheid bij het interpreteren van de behoeften van de cliënten. Dit betekent dat het bij deze doelgroep vaak gaat om een hulpvraag van de cliënt gezien door de ogen van de hulpverlener.

Verschillende experts uit verpleeghuizen en de GGZ concludeerde dat de zorg aan ouderen met gerontopsychiatrische problematiek structureel anders moet. Zij vinden dat de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven beter kan. Samen hebben zij de Stuurgroep Gerontopsychiatrie opgericht en het initiatief genomen om een zorgprogramma te ontwikkelen voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis. In een zorgprogramma wordt de relatie tussen hulpvraag en zorgaanbod voor een specifieke groep cliënten beschreven en wordt het benodigde aanbod evidence based weergegeven.

Het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) (2014) constateerde dat de sector verpleging en verzorging (V&V) in toenemende mate geconfronteerd wordt met ouderen met een psychiatrische achtergrond en dat dit vragen oproept voor zowel de organisatie van zorg als voor de ondersteuning van medewerkers. Het NKOP is daarom in 2012 een platform ‘gerontopsychiatrie in verpleeg- en verzorgingshuizen’ gestart met als doel kennis en ervaringen uit te wisselen om zodoende de kwaliteit van zorg voor deze doelgroep de verbeteren.

Tijdens een bijeenkomst van het platform op 30 november 2012 heeft Anne van den Brink (2012) een presentatie gegeven over het zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis. Anne van den Brink is specialist ouderengeneeskunde en onderzoeker. Zij omschrijft de doelgroep mensen met gerontopsychiatrische problematiek als ouderen met een chronisch psychiatrisch ziektebeeld in combinatie met levensfase-gerelateerde (meestal somatische en/of psychogeriatrische) problematiek. Door factoren zoals afhankelijkheid van zorg bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), regieverlies en het wegvallen van de sociale relaties is zelfstandig wonen niet meer mogelijk en is er behoefte aan een aangepaste woonomgeving.

Omdat de doelgroep zo divers is, wordt er een onderverdeling gemaakt in subgroepen. De ouderen kunnen ingedeeld worden op basis van de psychiatrische diagnose en op basis van de hulpvraag.

Indeling op basis van de psychiatrische diagnose:

1. schizofrenie en andere psychotische stoornissen
2. stemmingsstoornissen
3. somatoforme stoornissen
4. angststoornissen
5. persoonlijkheidsstoornissen.

Indeling op basis van de hulpvraag:

1. een groep met vreemd en bizar gedrag (weinig tot geen realiteitsbesef en weinig behoefte aan contact);
2. een groep met dramatisch, emotioneel en impulsief gedrag (wel realiteitsbesef en een overmatige behoeft aan contact);
3. een groep met somber, angstig gedrag (wel realiteitsbesef en weinig of juist een sterke behoefte aan contact).

Per diagnose groep is de kenmerkende problematiek beschreven. De hulpvraag is uitgewerkt per cluster. Het gewenste zorgaanbod is uitgewerkt in dertien zorgdimensies.

* 1. **Gerontopsychiatrie in het verpleeghuis**

In het kader van de ‘monitor geestelijke gezondheidszorg ouderen’ (Trimbos-instituut, 2006) werd er een vragenlijst ontwikkeld met specifieke vragen over verzorgings- en verpleeghuisbewoners met verschillende typen dubbele problematiek. Onder dubbele problematiek wordt verstaan dat er naast de indicatie voor verpleeg- of verzorgingshuiszorg sprake is van psychiatrie. De vragenlijst werd verstuurd naar alle bij Actiz (organisatie voor Verpleging en Verzorging instellingen) aangesloten verpleeghuizen.

Voor 44% van de bewoners met zowel somatische als psychiatrische problemen was een speciaal zorgaanbod voorhanden. Vrijwel alle verpleeghuizen hadden een psycholoog in dienst, gemiddeld 1 fte voor 160 patiënten. Van de verpleeghuizen werkte 90% samen met een GGZ-instelling. Meestal betrof dit individuele medicatieadviezen door psychiaters. In 32% van de verpleeghuizen werd scholing van het zorgteam geboden. Van de verpleeghuizen is 79% redelijk tevreden over de samenwerking met de GGZ maar 33% van hen had behoefte aan intensievere samenwerking. Van de ontevreden verpleeghuizen gaf 78% aan behoefte te hebben aan meer consultatie, scholing en mogelijkheden tot verwijzing.

De conclusie was dat in de meeste verpleeghuizen patiënten aanwezig zijn waarbij sprake is van dubbele problematiek maar dat aan hen vaak geen adequaat zorgaanbod wordt gedaan. Psychiatrische expertise vanuit GGZ-instellingen wordt onvoldoende ingezet en de formatie van psychologen is beperkt. Het bleek dat niet alle instellingen samenwerken met een GGZ-instelling. De vraag is of hierdoor de kwaliteit van de zorg voldoende gegarandeerd is omdat het aantal in de psychiatrie geschoolde experts en de aanstellingsomvang van deze experts in de V&V sector zeer beperkt is. Als er met een GGZ-instelling wordt samengewerkt bestaat deze vooral uit consultatie betreffende specifieke bewoners, verwijzing van bewoners en deskundigheidsbevordering.

Chronische psychiatrische patiënten die langdurige intramurale zorg nodig hebben vanwege bijkomende zorgbehoeften dreigen tussen wal en schip te vallen (Brink, Gerritsen, Oude Voshaar, & Koopmans, 2014). Deze patiënten zouden voorheen opgenomen worden op een verblijfsafdeling van een psychiatrische instelling. Er zijn momenteel echter minder bedden beschikbaar binnen de GGZ. De zorg voor ouderen cliënten met een combinatie van psychiatrische en lichamelijke aandoeningen vindt in toenemende mate plaats in verpleeghuizen welke zich ontwikkelen tot specialistische zorg- en behandelcentra.

De schrijvers vinden dit een goede ontwikkeling maar geven aan dat er wel voldaan moet worden aan een aantal randvoorwaarden:

* Er moet een gespecialiseerd multidisciplinair team zijn waar in ieder geval een specialist ouderengeneeskunde, een psycholoog en een gespecialiseerde verpleegkundige deel van uitmaken. Naast onderzoek, behandeling en begeleiding van de cliënten moeten zij de teamleden kunnen coachen. Om symptomen en gedrag goed te kunnen interpreteren en invloed te kunnen uitoefenen op de interactie tussen cliënt en zorgverleners en tussen cliënten onderling zijn specifieke vaardigheden nodig.
* Er dient samenwerking te zijn met collega’s uit de tweede lijn voor zowel somatische als voor psychiatrische interventies. Het is ook belangrijk dat medewerkers vanuit de GGZ regelmatig de afdeling bezoeken om zorg- en behandelplannen te evalueren en het team te coachen. Daarnaast kunnen zij adviezen geven met betrekking tot de woon-leefomgeving in het verpleeghuis.
* Binnen het verpleeghuis is vaak sprake van een op ondersteuning gericht klimaat. Dit kan het functioneren van de cliënten negatief beïnvloeden. Het is beter om een therapeutisch milieu te creëren. De zorgverlener dient vanuit een vriendelijke basishouding ondersteuning te bieden die gericht is op het bevorderen van een gevoel van eigenheid, eigenwaarde en controle. Belangrijk is om structuur te bieden en grenzen te stellen. Daarnaast moet er gewerkt worden aan het bevorderen van de betrokkenheid van de cliënt op zijn of haar sociale omgeving.
	1. **Ondersteuning vanuit de GGZ**

In opdracht van het Landelijk Platform Consultatie V&V is er een dienstverleningsaanbod van de GGZ ontwikkeld voor verpleeg- en verzorgingshuizen en voor de thuiszorg (Gijse, Meijer, Drost, & van Megen, 2006). In de dagelijkse praktijk krijgen verzorgenden in toenemende mate te maken met dementerende cliënten die gedragsproblemen of psychiatrische symptomen vertonen en er worden steeds meer chronische psychiatrische cliënten opgenomen, die om lichamelijke redenen verzorging- of verpleegbehoeftig zijn. Het doel van het aanbod is een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg, ondersteuning te bieden aan de medewerkers en het helpen voorkomen van intensieve individuele behandeling of (her)opname van cliënten in een psychiatrische setting.

Samengevat kan de GGZ kan het volgende bieden:

* Consultatie; het geven van advies aan medewerkers bij het omgaan met gedragsproblemen. Door tijdig extern advies te vragen kan de kwaliteit van zorg gehandhaafd worden en de eigen draaglast beperkt blijven.
* Ondersteuning bij zorginhoudelijke vernieuwingen; Doel is de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening te verbeteren.
* Deskundigheidsbevordering aangaande het omgaan met psychische en psychiatrische problematiek door middel van het geven van klinische lessen, voorlichtingsbijeenkomsten en/of scholing.
* Training on the job; een GGZ medewerker begeleidt een verzorgende of een groep verzorgenden door middel van meekijken, voordoen of het doen van een rollenspel in een situatie waar de verzorgenden problemen ervaren met als doel deskundigheidsbevordering van verzorgenden gericht op verandering van attitude.
* Detachering van een GGZ medewerker in een specifieke rol, bijvoorbeeld als consultatie verpleegkundige of projectmedewerker.
* Video interactie begeleiding waarbij gebruik gemaakt wordt van video opnames waarbij de interactie tussen cliënt en verzorgende centraal staat en als doel heeft deze te verbeteren.

Henriette Ettema, coördinator bij het CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) en verpleegkundig specialist vertelt in een interview geplaatst in het tijdschrift ‘De verpleegkundig specialist’ (Nelissen, 2013) dat een consultatieteam van een GGZ-instelling speciaal bedoeld is voor instellingen in de ouderenzorg die gebruik willen maken van specifieke kennis en ervaring van de ouderenpsychiatrie. Zo’n consultatieteam is multidisciplinair samengesteld. Het team analyseert de bestaande situatie, kan aanvullend onderzoek doen en de medewerkers in de praktijk begeleiden en coachen. Soms is er extra diagnostiek en behandeling nodig. Het kan voorkomen dat het consultatieteam het ook niet meer weet en dan kan het CCE ingeschakeld worden.

De inzet van het CCE is altijd tijdelijk. De cliënt kan aangemeld worden door hulpverleners en familie. Er worden externe deskundigen ingeschakeld die door hun frisse blik van buiten en specifieke kennis en ervaring vaak een oplossing weten te vinden. Voorop staat dat het zorgteam verantwoordelijk blijft voor de zorg en uiteindelijk weer zelf verder kan.

* 1. **Hogere eisen aan verzorgenden**

In het rapport ‘Beroepscompetentieprofiel Verzorgende’ (Liefhebber, Mast, Haterd, Luijkx, Dam, & Verhagen, 2007) is de kwalificatiestructuur verpleging en verzorging geactualiseerd met als doel dat het onderwijs beter aansluit bij de wensen uit het werkveld.

De complexiteit van de situatie van met name de oudere zorgvragers neemt toe. Zorgvragers hebben

steeds vaker een complexe lichamelijke, sociale en psychische of psychiatrische zorgvraag. Ook comorbiditeit, meerdere aandoeningen die elkaar beïnvloeden, komt met name bij ouderen vaker voor.

Daarnaast neemt het aantal chronische zorgvragers toe. Door deze ontwikkelingen worden hogere

eisen aan de zorgverlening van de verzorgende gesteld. Verzorgenden zullen meer of andere competenties moeten ontwikkelen die op deze andere zorgvragen gericht zijn.

In de zorg voor de cliënten met psychiatrische problematiek worden de volgende aanvullende competenties beschreven:

* De verzorgende kan bijdragen aan het realiseren van aantrekkelijke dagbesteding voor de

zorgvrager zodat de zorgvrager de dag op een voor hem zinvolle wijze door kan brengen.

* De verzorgende is in staat om diverse methoden en technieken van communicatie flexibel in te zetten en aan te sluiten bij de psychische gemoedstoestand van de zorgvrager, waardoor ook bij moeilijke communicatie de zorgvrager zijn behoefte kan verduidelijken en passende zorg wordt geboden.
* De verzorgende is in staat om professioneel te handelen bij grensoverschrijdend gedrag van de zorgvrager zodat de werkzaamheden ook dan adequaat worden uitgevoerd.
* De verzorgende is in staat om op basis van haar globale kennis over psychiatrie en

medicatie, psychische functiestoornissen en daaraan gerelateerd gedrag te herkennen, zodat zij passende zorg kan bieden.

* De verzorgende is in staat om op respectvolle en duidelijke wijze op te treden in lastige,

agressieve en/of crisissituaties, waardoor de zorgvrager en/of zijn omgeving geen gevaar loopt.

* De verzorgende is in staat te reflecteren op haar gedrag, emoties en gevoelens

(persoonlijke en professionele) normen en waarden en wat dit voor effect heeft op anderen, zodat zij haar eigen handelen tijdig kan bijstellen.

1. **Onderzoeksvraag**

Gezien de externe ontwikkelingen en de ambitie op langer termijn breidt Topaz zijn expertise uit en gaat zich nog meer profileren als aanbieder van specialistische zorg voor complexe doelgroepen. Eén van de complexe doelgroepen waarop Topaz zich gaat richten is de Gerontopsychiatrie. Deze cliëntengroep heeft een andere zorgvraag dan de huidige cliëntengroep, bestaande uit ouderen met dementie. Het zorgaanbod zal moeten worden afgestemd op deze nieuwe doelgroep.

Uit het theoretisch kader blijkt dat in de zorg voor cliënten met gerontopsychiatrie hogere eisen aan de zorgverlening van de verzorgenden worden gesteld. Verzorgenden zullen meer of andere competenties moeten ontwikkelen die op de zorgvragen van deze cliëntengroep zijn gericht. Ook blijkt dat samenwerking met de GGZ belangrijk is omdat dit een bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg en ondersteuning biedt aan de medewerkers.

* 1. **Centrale vraagstelling**

*Wat hebben de huidige zorgmedewerkers nodig op het gebied van kennis, vaardigheden, en ondersteuning vanuit de GGZ om cliënten met gerontopsychiatrische problematiek professionele zorg te bieden?*

* 1. **Deelvragen**
1. Wat is het gewenste zorgaanbod voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek?
2. Welke kennis en specifieke vaardigheden hebben de huidige zorgmedewerkers nodig om professionele zorg te kunnen bieden aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek?
3. In welke vorm willen de huidige medewerkers scholing en training in de benodigde kennis en specifieke vaardigheden aangeboden krijgen?
4. Aan welke ondersteuning vanuit de GGZ hebben de huidige medewerkers behoefte zodat zij professionele zorg aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek kunnen bieden?
	1. **Doelstelling**

Met dit onderzoek wil het management van locatie Overduin inzicht krijgen in wat de huidige zorgmedewerkers nodig hebben om cliënten met gerontopsychiatrische problematiek een waardevol leven met topzorg te bieden zodat er een grote mate van cliënttevredenheid kan ontstaan. Met de uitkomsten kan het management de zorgmedewerkers op zodanige wijze faciliteren dat zij in staat zijn om deze benodigde zorg te bieden

**4.4 Randvoorwaarden**

Voor het uitvoeren van dit onderzoek zijn de volgende randvoorwaarden van belang:

* De opdrachtgever (gebiedsmanager Katwijk) ondersteunt in het leggen van contacten en draagt er zorg voor dat relevante informatie van de organisatie beschikbaar is. Er is om de drie weken overleg waarin de voortgang van het onderzoek besproken wordt en de onderzoeker feedback krijgt.
* De interne begeleider (kwaliteitsmedewerker Overduin) is iedere twee weken beschikbaar om de onderzoeker inhoudelijk feedback en advies te geven.
* De externe begeleider (docent Hogeschool Leiden) geeft tijdens de bijeenkomsten van de schrijversgroep ondersteuning op diverse onderdelen. Daarnaast beoordeelt de begeleider de verschillende tussenrapporten en geeft hierop feedback.
1. **Methode van onderzoek**
	1. **Type onderzoek en ontwerp**

Er zal diagnostisch gericht onderzoek plaatsvinden. Het doel is inzicht krijgen in wat de huidige zorgmedewerkers nodig hebben om cliënten met gerontopsychiatrische problematiek een waardevol leven met topzorg te bieden. Er zal gebruikt gemaakt worden van kwantitatieve en kwalitatieve technieken om zodoende de geldigheid van de resultaten te vergroten. Als kwantitatieve onderzoeksmethode zal er een survey onderzoek plaats vinden. Hiervoor is gekozen omdat hierbij gegevens worden verzameld bij een groot aantal onderzoekseenheden waardoor er overzicht wordt verkregen over een bepaald thema. De kwalitatieve onderzoeksmethoden die gebruikt worden zijn een focusgroepbijeenkomst en literatuuronderzoek. Het onderzoek is een praktijkgericht onderzoek, er zal antwoord worden gegeven op een vraag uit de dagelijkse praktijk.

* 1. **Onderzoeksdoelgroep**

De cliënten met gerontopsychiatrische problematiek zullen worden opgenomen op drie locaties van Topaz. Het onderzoek richt zich op de huidige zorgmedewerkers van deze locaties die zorg verlenen of gaan verlenen aan deze cliënten. In verpleeg- en behandelcentrum Overduin betreft dit een team met 28 zorgmedewerkers. Het team van verpleeg- en behandelcentrum Zuydtwijck bestaat uit 36 zorgmedewerkers en in woonzorgcentrum Haagwijk betreft het vier medewerkers. Dit betekent dat de onderzoeksgroep bestaat uit 68 zorgmedewerkers van Topaz.

* 1. **Dataverzameling**

Om de centrale vraag te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van verschillende methoden om data te verzamelen. Per deelvraag zal de onderzoeksmethode worden beschreven.

1. *Wat is het gewenste zorgaanbod voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek?*

Deze vraag zal worden beantwoord door middel van literatuurstudie. In het theoretisch kader kwam naar voren dat er een zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis is geschreven. Er zal gebruik worden gemaakt van dit zorgprogramma om het gewenste zorgaanbod in kaart te brengen. In dit zorgprogramma is het gewenste zorgaanbod voor deze cliënten uitgewerkt in dertien zorgdimensies. De onderzoekseenheid is de medewerkers van de huidige zorgteams en er zal daarom alleen gekeken worden naar de zorgdimensies waar deze medewerkers in hun dagelijkse werkzaamheden vooral mee te maken hebben. Dit zijn de zorgdimensies ‘begeleiding van de cliënt’, ‘verzorgen en verplegen’ en ‘tijdbesteding en structuur’. Per zorgdimensies zal geanalyseerd worden wat de hulpvraag en het noodzakelijk zorgaanbod is.

1. *Welke kennis en specifieke vaardigheden hebben de huidige zorgmedewerkers nodig om professionele zorg te kunnen bieden aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek?*

Deze vraag zal worden beantwoord door middel van kwantitatieve dataverzameling. Er zal een vragenlijst worden verspreid onder de huidige zorgmedewerkers van de drie locaties van Topaz die zorg bieden of gaan bieden aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek. Hiervoor is gekozen omdat op deze wijze de hele onderzoeksgroep kan worden benaderd. De reden dat de vragenlijst niet digitaal wordt aangeboden is omdat er medewerkers zijn die geen gebruik maken van hun mailaccount. De kans op een maximale respons wordt hiermee verhoogd. In het theoretisch kader is de zorgvraag van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek in kaart gebracht en zijn de aanvullende competenties voor verzorgenden die zorg bieden aan cliënten met psychiatrische problematiek beschreven. Deze gegevens zullen samen met het in kaart gebrachte zorgaanbod vanuit de literatuurstudie als uitgangspunt dienen voor het samenstellen van de vragenlijst.

Daarnaast zal er een focusgroepgesprek worden georganiseerd. De onderwerpen van de vragenlijst zullen de items zijn die in deze bijeenkomst worden besproken. Door het houden van een groepsgesprek kan er dieper op de vragen worden ingegaan. De grote meerwaarde is de interactie tussen de deelnemers, er kan ter plekke een discussie ontstaan. Voor dit gesprek zullen medewerkers vanuit de GGZ en vanuit de drie locaties van Topaz worden uitgenodigd. Er zullen medewerkers worden gevraagd met verschillende functies. De meerwaarde hiervan is dat er input wordt gegeven vanuit diverse deskundigheden. Er zal gezocht gaan worden naar een gespreksleider die ervaring heeft in het leiden van groepsgesprekken. De managementsecretaresse zal gevraagd worden om een verslag te maken van het gesprek.

1. *In welke vorm willen de huidige medewerkers scholing en training in de benodigde kennis en specifieke vaardigheden aangeboden krijgen?*

Scholing en training kan in diverse vormen worden aangeboden, bijvoorbeeld door middel van

E-learning, klinische lessen, het bespreken van een casus en/of training on the job. Belangrijk is dat deze aansluiten bij de behoeften van de medewerkers. In de vragenlijst zal deze vraag worden opgenomen. Aan de deelnemers van de focusgroep zal deze vraag eveneens worden voorgelegd.

1. *Aan welke ondersteuning vanuit de GGZ hebben de huidige medewerkers behoefte zodat zij professionele zorg aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek kunnen bieden?*

Uit het theoretisch kader kwam naar voren dat er een goede samenwerking dient te zijn met de GGZ maar dat in de praktijk blijkt dat psychiatrische expertise vanuit GGZ-instellingen onvoldoende wordt ingezet. Deze vraag zal worden opgenomen in de vragenlijst voor de huidige zorgmedewerkers en worden voorgelegd aan de focusgroep. Voor het samenstellen van de vragen over dit onderwerp zal gebruik worden gemaakt van het dienstverleningsaanbod van de GGZ uit het theoretisch kader.

* 1. **Dataverwerking en analyse**

De vragenlijsten zullen worden verwerkt in een Excel document. De uitkomsten zullen in grafieken worden uitgezet. De resultaten zullen worden geanalyseerd per locatie, functie, leeftijdsgroep en werkervaring.

Het verslag van de focusgroepbijeenkomst zal vanuit de verschillende thema’s worden gestructureerd en uitgewerkt. De uitkomsten van deze bijeenkomst zullen naast de uitkomsten van de vragenlijsten worden gelegd en geanalyseerd.

* 1. **Betrouwbaarheid en validiteit**

De betrouwbaarheid geeft aan in hoeverre het onderzoek vrij is van toevallige fouten (Baarda, 2014). Om de betrouwbaarheid te verhogen wordt de enquête uitgezet bij alle huidige zorgmedewerkers die werken of gaan werken met cliënten met gerontopsychiatrische problematiek. Er wordt gebruikt gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve dataverzamelingsmethoden, ook wel triangulatie genoemd. De betrouwbaarheid wordt hiermee verhoogd.

Met de validiteit wordt bepaald in welke mate het onderzoek vrij is van systematische fouten.

De enquête zal worden opgesteld op basis van de literatuur uit het theoretisch kader en het in kaart gebrachte zorgaanbod. Deze enquête zal voornamelijk bestaan uit gesloten vragen en een enkele open vraag. Bij de gesloten vragen zal gebruik worden gemaakt van rangschikkingsvragen waarbij een rangorde kan worden gegeven aan de voorgelegde items. Hierbij zal consequent gebruik worden gemaakt van dezelfde beoordelingsschaal. De enquête zal ter beoordeling worden voorgelegd aan drie deskundige medewerkers. De focusgroep zal niet geleid worden door de onderzoeker zelf maar door een onafhankelijk ervaren gespreksleider. Hiermee wordt de kans op mogelijke sociaal wenselijke antwoorden en sturing aan het gesprek zoveel mogelijk verkleind.

* 1. **Praktische bruikbaarheid**

Door het laten invullen van een vragenlijst wordt inzicht verkregen waar de behoefte ligt aan scholing en training bij de huidige medewerkers zodat zij kwalitatief goede zorg kunnen verlenen aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek. De verkregen onderzoeksresultaten kunnen door de organisatie gebruikt worden om het scholings- en trainingsprogramma voor de zorgmedewerkers samen te stellen. Het scholings- en trainingsaanbod kan hiermee worden afgestemd op de behoeften van de medewerkers.

De resultaten en de uitkomsten van de enquête en de focusgroep zullen een antwoord geven op de vraag aan welke ondersteuning vanuit de GGZ de huidige medewerkers behoefte hebben.

Deze kunnen als basis dienen voor samenwerkingsafspraken met de GGZ en bij de samenstelling van de gewenste vraag aan ondersteuning.

Het praktijkonderzoek vindt plaats op drie locaties van Topaz, binnen drie teams. De resultaten van het onderzoek zijn niet generaliseerbaar; zij zijn niet geldig voor een grotere groep of voor de hele organisatie. De uitkomsten zijn echter wel geldig voor de betreffende teams en mogelijk ook voor andere soortgelijke instellingen.

* 1. **Tijdsplanning**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Week | [4](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [5](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [6](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [7](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [8](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [9](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [10](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [11](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [12](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [13](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [14](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [15](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |
| [**Literatuurstudie**](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | x | x | x |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [**Enquête**](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [opstellen vragen](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [maken](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) vragenlijst |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [uitzetten](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) vragenlijst |  |  |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |
| [verwerken gegevens](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |
| [analyseren gegevens](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  | x | x |  |  |
| [**focusgroep**](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [werven gesprekleider](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [selecteren deelnemers](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [uitnodigen deelnemers](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| [focusgroepgesprek](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |
| [uitwerken gesprek](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |
| [verwerken gegevens](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |
| [analyseren gegevens](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |
| [**conclusie**](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |
| [**aanbevelingen**](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) | [x](file:///D%3A%5CMijn%20documenten%5CJaar%203%5COnderzoek%5COnderzoek%20%28Automatisch%20opgeslagen%29.docx) |

 *Tabel 1: tijdsplanning uitvoeren en rapportage onderzoek.*

1. **Onderzoeksverantwoording**

Er heeft zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. Als kwantitatieve onderzoeksmethode survey onderzoek en als kwalitatieve onderzoeksmethode literatuurstudie, een focusgroepbijeenkomst en benchmarkonderzoek. Het benchmarkonderzoek was niet meegenomen in de planning. Tijdens het onderzoek vond echter een werkbezoek plaats aan een organisatie die gespecialiseerd is in zorg en behandeling aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek. Van deze gelegenheid is gebruikt gemaakt om door middel van benchmark gegevens te verzamelen over het scholings- en trainingsaanbod van de zorgmedewerkers in deze organisatie..

Op basis van het theoretisch kader en de literatuurstudie is de vragenlijst opgesteld. Deze is voorgelegd aan drie medewerkers ter beoordeling. Na verwerking van hun feedback is de vragenlijst in week vier, drie weken eerder dan gepland, verspreid onder 68 zorgmedewerkers van Topaz.

Deelvraag 4; *aan welke ondersteuning vanuit de GGZ hebben de huidige medewerkers behoefte zodat zij professionele zorg aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek kunnen bieden?*, is niet meegenomen in de enquête. Hiertoe is besloten omdat de organisatie deze ondersteuning al had afgesproken en ingezet voordat de enquête werd uitgezet. De methoden van ondersteuning vanuit de GGZ zijn wel verwerkt in de vragen om zodoende inzicht te krijgen of deze zijn afgestemd op de behoefte aan ondersteuning van de medewerkers.

De resultaten van de vragenlijsten zijn verwerkt in een Excel document. De uitkomsten die zich daarvoor leenden zijn in grafieken uitgezet. Om de antwoorden op de open vragen te interpreteren zijn de terugkerende onderwerpen van een code voorzien en gegroepeerd. Het plan was om de resultaten te analyseren per locatie, functie, leeftijdsgroep en werkervaring. Daar is achteraf van afgezien omdat deze gegevens geen toegevoegde waarden hebben voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Er is voor gekozen de focusgroepbijeenkomst in dezelfde periode te laten plaatsvinden als de enquête. De onderwerpen van de vragenlijst waren de items die in de bijeenkomst werden besproken. De uitkomsten van beide onderzoeken konden hierdoor met elkaar vergeleken en geanalyseerd worden.

Het organiseren van de bijeenkomst liep zoals gepland. Alle genodigden reageerden dat zij aanwezig zouden zijn. Op het laatste moment kon de arts door andere werkzaamheden niet komen. Voorafgaand aan de bijeenkomst is met de voorzitter en de notulist besproken wat het doel was van het gesprek.

1. **Onderzoeksresultaten**

**7.1 Literatuuronderzoek** (bijlage 1)

Om het gewenste zorgaanbod in kaart te brengen is gebruik gemaakt van het zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis (Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie, 2012). Het zorgaanbod is uitgewerkt aan de hand van dertien zorgdimensies. Het literatuuronderzoek richt zich op de zorgdimensies ‘begeleiden van de cliënt’, ‘verzorgen en verplegen’ en ‘tijdbesteding en structuur’ omdat binnen deze dimensies de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de zorgmedewerkers vallen.

*Begeleiden van de cliënt*

Voor de begeleiding van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek zijn specifieke vaardigheden nodig. Bij cliënten met vreemd en bizar gedrag is het belangrijk om individuele begeleiding te bieden door het stellen en bewaken van grenzen aan de cliënt. Cliënten met dramatisch, emotioneel en impulsief gedrag dienen te worden aangesproken op dit gedrag om te voorkomen dat ze worden buitengesloten. Cliënten met somber, angstig gedrag zijn gebaat bij een uitnodigende tot stimulerende benadering. Soms is er een directieve benadering nodig. De directieve benaderingswijze kenmerkt zich door de consequente manier van omgaan met cliënten, in de communicatie worden korte en concrete boodschappen afgegeven. En zeer belangrijk: er wordt een duidelijke strakke structuur geboden.

*Verzorgen en verplegen*

Bij het verzorgen van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek is het belangrijk om de-escalerend op te kunnen treden. Er moet goed worden gelet op het zorgen voor een veilige situatie en het creëren van rust bij bijvoorbeeld het eten en drinken. Dit vraagt om een aantal vaardigheden op het gebied van communicatie, de benadering en de bejegening naar de cliënt: een juiste dosering van afstand (distantie) en nabijheid (betrokkenheid), ook wel professionele betrokkenheid genoemd, het geven van duidelijke uitleg, het respectvol structureren (een sturende, directieve benadering waarbij rekening wordt gehouden met de autonomie van de cliënt) en het houden van de regie bij het verlenen van de zorg.

*Tijdsbesteding en structuur*

De beperkingen die cliënten met gerontopsychiatrie ervaren ten gevolge van lichamelijke en/of psychische stoornissen kunnen leiden tot een dagbesteding en/of dagstructuur die een negatieve invloed heeft op hun gedrag en welbevinden. Voor hen is het belangrijk om regelmaat en structuur te ervaren in hun dagbesteding. De problemen liggen minder in de uitvoering van activiteiten, er is vooral behoefte aan ondersteuning bij de planning en structurering.

**7.2 Enquête**

De vragenlijst (bijlage 2) bestond uit meerkeuzenvragen, rangschikkingsvragen en open vragen. De totale resultaten zijn weergegeven in bijlage 3.

**7.2.1 Respons onderzoeksdoelgroep**

Van de 68 vragenlijsten zijn er 40 ingevuld en teruggestuurd, dit is een respons van 59%. Tabel 2 laat een overzicht zien van de respons per locatie en de gegevens van de respondenten.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatie | **Haagwijk** | **Zuydtwijck** | **Overduin** | **Totaal** |
| Vragenlijsten |   |   |   |  |
| Aantal verspreid | 4 | 36 | 28 | **68** |
| Respons | 3 | 15 | 22 | **40** |
| Functie |   |   |   |  |
| AB(assistent) |   |   | 3 | **3** |
| Verpleegkundige | 2 | 2 |   | **4** |
| EVV |   | 2 | 3 | **5** |
| Verzorgende |   | 4 | 10 | **14** |
| Helpende |   | 4 | 2 | **6** |
| Gastvrouw |   | 3 | 2 | **5** |
| Werkbegeleider |   |   | 1 | **1** |
| LL-verzorgende | 1 |   | 1 | **2** |
| Leeftijd |   |   |   |  |
| Jonger dan 25 jaar | 1 |   | 1 | **2** |
| 25 - 35 jaar | 1 | 1 | 2 | **4** |
| 36 - 45 jaar |   | 1 | 8 | **9** |
| 46 - 55 jaar |   | 6 | 8 | **14** |
| Ouder dan 55 jaar | 1 | 7 | 3 | **11** |
| Aantal jaren werkzaam in de zorg |   |   |   |  |
| Korter dan 5 jaar | 2 | 3 | 1 | **6** |
| 5 - 10 jaar |   |   | 3 | **3** |
| 11 - 25 jaar |   | 12 | 3 | **15** |
| 26 - 40 jaar | 1 | 6 | 8 | **15** |
| Langer dan 40 jaar |   | 1 |   | **1** |

.

*Tabel 2: overzicht algemene gegevens per locatie.*

Een zorgteam bestaat uit medewerkers met verschillende functies. Vanuit alle functies zijn er vragenlijsten ingevuld. De leeftijd van de medewerkers ligt hoog; 63% is 46 jaar of ouder. Driekwart van de medewerkers werkt langdurig in de zorg; 37% werkt 11 tot 25 jaar in de zorg en 38% 26 tot 40 jaar.

**7.2.2 Resultaten enquête**

Om de benodigde kennis van psychiatrische ziektebeelden in kaart te brengen is aan de medewerkers gevraagd om deze te rangschikken in volgorde van hun behoefte aan scholing op dit onderwerp. Waaraan het meest behoefte was op nummer één en het minst behoefte op nummer vijf. Om deze te interpreteren werden de toegekende waarden per ziektebeeld opgeteld. Het ziektebeeld met de minste punten werd als belangrijkste onderwerp gezien om in geschoold te worden. De uitkomsten zien er als volgt uit met op nummer één het onderwerp waaraan het meest behoefte is om in geschoold te worden en op nummer vijf het onderwerp waaraan het minst behoefte is:

1. Schizofrenie en andere psychotische Stoornissen
2. Persoonlijksheidsstoornissen
3. Stemmingsstoornissen
4. Angststoornissen
5. Somatoforme stoornissen

Aansluitend werd gevraagd waar de voorkeur lag voor kennisoverdracht over deze ziektebeelden. Hierbij konden er maximaal twee worden aangekruist zodat er een keuze gemaakt moest worden en voorkomen werd dat alle vier de mogelijkheden werden aangegeven. In grafiek 1 worden de scores weergegeven.

*Grafiek 1: voorkeur voor kennisoverdracht.*

Om inzicht te krijgen in de behoefte aan training en/of ondersteuning van vaardigheden op het gebied van begeleiding aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek werd gevraagd deze te rangschikken. Waaraan het meest behoefte was op nummer één en het minst behoefte op nummer vier. Om deze te interpreteren werden de toegekende waarden per vaardigheid opgeteld. De vaardigheid met de minste punten werd als belangrijkste gezien om in getraind en/of ondersteund te worden. De uitkomsten zien er als volgt uit met op nummer één de vaardigheid waaraan het meest behoefte is om in getraind en/of ondersteund te worden en op nummer vier de vaardigheid waaraan het minst behoefte is aan training en/of ondersteuning:

1. Het bepalen en bewaken van grenzen
2. Cliënten aanspreken op gedrag zoals claimend gedrag of een theatrale presentatie
3. Uitnodigende tot stimulerende benadering
4. Directieve benadering

Op dezelfde wijze werd gevraagd naar de behoefte aan vaardigheden op het gebied van

communicatie, benadering en bejegening naar de cliënt met gerontopsychiatrische problematiek.

De uitkomsten zien er als volgt uit met op nummer één de vaardigheid waaraan het meest behoefte is om in getraind en/of ondersteund te worden en op nummer vier de vaardigheid waaraan het minst behoefte is aan training en/of ondersteuning:

1. Het respectvol structureren (een sturende, directieve benadering waarbij rekening wordt gehouden met de autonomie van de cliënt)
2. Een juiste dosering van afstand (distantie) en nabijheid (betrokkenheid), ook wel professionele betrokkenheid genoemd)
3. Het geven van duidelijke uitleg
4. Het houden van de regie bij het verlenen van zorg

Op het gebied van tijdsbesteding en structuur werd gevraagd in welke mate zij zichzelf in staat vinden

om cliënten met gerontopsychiatrie ondersteuning te bieden bij de planning en structurering van de dag. In grafiek 2 worden de resultaten weergegeven.

*Grafiek 2: het bieden van ondersteuning bij de planning en structurering van de dag.*

Bij deze vraag was het mogelijk om een toelichting te geven. De gegeven antwoorden zijn opgenomen in bijlage 4. Door 21 van de 40 medewerkers werd het antwoord toegelicht.

Vijf medewerkers geven aan behoefte te hebben aan scholing en/of training op dit onderwerp. Twee medewerkers zeggen dat zij dit beter kunnen als er meer tijd en/of personeel zou zijn. Drie medewerkers benadrukken het belang om je te houden aan afspraken/adviezen/benaderingen.

In een open vraag werd gevraagd waar de behoefte ligt aan training, scholing en/of ondersteuning om goed te kunnen handelen in lastige, agressieve en/of crisissituaties. Door 32 van de 40 medewerkers werd de vraag beantwoord. De gegeven antwoorden zijn opgenomen in bijlage 4.

De Radar training, een agressie de-escalatie training welke binnen Topaz wordt gegeven, wordt door elf medewerkers genoemd. Zes medewerkers geven aan deze gevolgd te hebben, één medewerker gaat deze volgen en vier medewerkers vragen om de training te herhalen. Vier medewerkers zijn positief over de training.

Zeven medewerkers vragen om training en/of scholing. Vier medewerkers willen leren tijdig een crisissituatie te kunnen signaleren en acht medewerkers willen leren hoe zij moeten handelen/reageren in een crisissituatie.

Als laatste werd gevraagd naar welke methode voor het trainen van vaardigheden de voorkeur

uitgaat. Hierbij waren meerdere antwoorden mogelijk daar het gebruik van verschillende methoden

mogelijk is. In grafiek 3 zijn de resultaten weergegeven.

*Grafiek 3: voorkeur methode van het trainen van vaardigheden.*

Op de vraag of de medewerker zelf nog suggesties heeft werden twee mogelijkheden genoemd die niet in de vragenlijst voorkomen; een maandelijks bewonersoverleg en meelopen op een afdeling waar dit gedrag veel voor komt.

**7.3 Resultaten focusgroepbijeenkomst**

Bij de bijeenkomst waren vier medewerkers uit de GGZ Rivierduinen aanwezig en vijf medewerkers van Topaz uit verschillende locaties. Bijlage 5 bevat de verslaglegging van de notulist.

Uit het gesprek over de kennis die zorgmedewerkers nodig hebben in de zorg voor cliënten met gerontopsychiatrie kwam naar voren dat naast de ziektebeelden scholing op de volgende onderwerpen ook van belang is:

* Verslavingsproblematiek
* Psychofarmaca: effecten, bijwerkingen en het weigeren van medicatie
* Groepsdynamica

Bij het gesprek over de benodigde vaardigheden die belangrijk zijn in de zorg, begeleiding en benadering van de cliënt kwamen een aantal aanvullende vaardigheden naar voren. Deze werden als volgt geformuleerd:

* Leren van belang van eenduidige uitvoering van benaderingsadvies
* Maken van signaleringsplan (zo concreet mogelijk) en uitvoering hiervan
* Herkennen van je eigen gedrag/houding en mogelijke uitwerking daarvan op de ander
* Kijken naar de cliënt vanuit hun mogelijkheden / duidelijkheid geven / grenzen stellen en hoe doe je dat op een ‘leuke’ manier
* Bewustzijn wanneer je in tegenoverdracht gaat/schiet
* Hoe schakel je in omgang tussen cliënten
* Met cliënt overleggen (in tegenstelling tot PG)

Op de vraag welke vorm van scholing, training, begeleiding en ondersteuning er wordt geadviseerd kwamen de volgende mogelijkheden aan de orde die niet zijn meegenomen in de vragenlijst:

* Meelopen in/bij de GGZ
* Structureel bewonersoverleg
* Intervisie

**7.4 Resultaten benchmarkonderzoek**

Tijdens het werkbezoek aan ‘de Waalboog’ is er gevraagd naar het scholings- en trainingsaanbod voor de zorgmedewerkers van de afdelingen die zorg bieden aan cliënten met gerontopsychiatrie. Hieruit kwam het volgende naar voren:

* Scholing over psychiatrische ziektebeelden en benaderingswijzen vindt cyclisch plaats.
* Er worden diverse scholingen georganiseerd zoals de basiscursus ‘Omgang met grensoverschrijdend gedrag’. In deze verplichte training leren de medewerkers vaardigheden om fysieke agressie te kunnen hanteren.
* Om de opgedane kennis en vaardigheden te borgen vindt er structureel omgangsoverleg plaats door de psycholoog, naar behoefte klinische lessen en vindt er ‘coaching in the job’ plaats door de verpleegkundige.
* Het plaatsvinden van intervisie wordt als belangrijk gezien maar dit moet nog worden opgezet.
1. **Conclusie en aanbevelingen**

**8.1 Conclusie van de deelvragen**

*Wat is het gewenste zorgaanbod voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek?*

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat cliënten met gerontopsychiatrische problematiek behoefte hebben aan een zorgaanbod op het gebied van behandeling, begeleiding en zorg, dagbesteding en welzijn. Bij cliënten met gerontopsychiatrische problematiek is er sprake van een complexe zorgvraag doordat de psychiatrische en de somatische zorgvragen elkaar beïnvloeden. De begeleiding, het verplegen en verzorgen en het bieden van dagbesteding vraagt hierdoor een specialistische benadering.

Cliënten met gerontopsychiatrische problematiek hebben een specifieke begeleiding nodig. Zij zijn gebaat bij individuele begeleiding door het stellen en bewaken van grenzen, door het aanspreken op gedrag om te voorkomen dat ze worden buitengesloten, een uitnodigende tot stimulerende benadering of een directieve benadering. Ook het bieden van een duidelijke strakke structuur is belangrijk.

Bij het verplegen en verzorgen van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek is het belangrijk om de-escalerend op te kunnen treden. Er moet goed worden gelet op het zorgen voor een veilige situatie en het creëren van rust bij bijvoorbeeld het eten en drinken.

De beperkingen die cliënten met gerontopsychiatrische problematiek ervaren ten gevolge van lichamelijke en/of psychische stoornissen kunnen leiden tot een dagbesteding en/of dagstructuur die een negatieve invloed heeft op hun gedrag en welbevinden. Voor hen is het belangrijk dat zij ondersteuning krijgen bij de planning en structurering van hun dagbesteding en/of dagstructuur.

*Welke kennis en specifieke vaardigheden hebben de huidige zorgmedewerkers nodig om professionele zorg te kunnen bieden aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek?*

Uit het theoretisch kader kwam naar voren dat het belangrijk is dat zorgmedewerkers kennis van psychiatrische ziektebeelden hebben om daaraan gerelateerd gedrag te kunnen herkennen en zodoende passende zorg kunnen bieden. Een scholingsprogramma neemt enige tijd in beslag en om de volgorde te bepalen van de onderwerpen die aan bod komen is aan de medewerkers gevraagd om een volgorde aan te brengen in hun behoefte aan kennis van ziektebeelden. Elk ziektebeeld vraagt om specifieke begeleiding. Ook is gevraagd om deze begeleidende vaardigheden naar behoefte te rangschikken.
Er is meest behoefte aan kennis over schizofrenie en andere psychotische stoornissen. De vaardigheid ‘het bepalen en bewaken van grenzen’ is daarbij belangrijk. Aan het trainen van deze vaardigheid blijkt ook het meest behoefte te zijn. Kennis over persoonlijkheidsstoornissen volgde als tweede en de daarbij behorende vaardigheid ‘cliënten aanspreken op gedrag’ kwam eveneens op de tweede plaats. De geldigheid van de resultaten wordt hiermee versterkt.

Vanuit de focusgroepbijeenkomst kwam naar voren dat kennis van verslavingsproblematiek, psychofarmaca en groepsdynamica ook van belang is. Daarnaast werd benadrukt dat er aandacht moet worden besteed aan het belang van eenduidige uitvoering van benaderingsadviezen en het gebruik van signaleringsplannen. Dit werd ook aangegeven door drie medewerkers.

Bij organisatie ‘de Waalboog’ vindt scholing over psychiatrische ziektebeelden en benaderingswijzen cyclisch plaats.

De medewerkers hebben behoefte aan een agressie de-escalatie training. Degenen die deze hebben gevolgd zijn positief over de training en hebben behoefte om deze te herhalen. In organisatie ‘de Waalboog’ worden de medewerkers verplicht de training te volgen waarin zij vaardigheden leren om fysieke agressie te kunnen hanteren.

Geconcludeerd kan worden dat scholing over ziektebeelden belangrijk is om daaraan gerelateerd gedrag te kunnen herkennen. Elk ziektebeeld vraagt om specifieke vaardigheden in de begeleiding, communicatie, benadering en bejegening. Training van deze vaardigheden is een vereiste om deskundige en professionele zorg te kunnen bieden. Hiernaast is kennis van verslaving, medicatie en groepsdynamica van belang.

Medewerkers hebben in de zorg voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek te maken met grensoverschrijdend gedrag. Er is behoefte aan het trainen van vaardigheden om hier goed mee om te kunnen gaan.

*In welke vorm willen de huidige medewerkers scholing en training in de benodigde kennis en specifieke vaardigheden aangeboden krijgen?*

Voor kennisoverdracht kiezen de medewerkers voor zowel scholing, het bespreken van casuïstiek en het volgen van klinische lessen.

Voor het trainen van vaardigheden lag de voorkeur van de medewerkers in de eerste plaats bij het volgen van een training en het bespreken van casuïstiek en in de tweede plaats bij ‘training on the job”. Video interactie begeleiding scoorde in verhouding laag. Mogelijk heeft dit te maken met het onbekend zijn met deze methodiek en/of de weerstand tegen het gefilmd worden.

In organisatie ‘de Waalboog vindt naast scholing structureel omgangsoverleg (bespreken van casuïstiek), klinische lessen en ‘coaching (training) on the job’ plaats om de opgedane kennis en vaardigheden te borgen. De voorkeur voor scholing en training van kennis en vaardigheden van de medewerkers komen hiermee overeen.

Vanuit de focusgroepbijeenkomst kwam naar voren dat intervisie belangrijk is. Ook ‘de Waalboog’ geeft dit aan.

*Aan welke ondersteuning vanuit de GGZ hebben de huidige medewerkers behoefte zodat zij professionele zorg aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek kunnen bieden?*

Uit het theoretisch kader kwam naar voren dat de GGZ ondersteuning kan bieden door het geven van consultatie, bij zorginhoudelijke vernieuwingen, door deskundigheidsbevordering, ‘training on the job’ door een GGZ medewerker en video interactie begeleiding.

Consultatie door de GGZ vindt momenteel al plaats. Door middel van casuïstiek bespreking krijgen de medewerkers advies in het omgaan met psychiatrische problematiek.

De medewerkers geven daarnaast aan behoefte te hebben aan scholing, klinische lessen en ‘training on the job’. Om dit te realiseren kan hiervoor gebruik worden gemaakt van het aanbod van de GGZ.

In de focusgroepbijeenkomst werd daarnaast het meelopen in de GGZ als mogelijkheid genoemd. Naast het opdoen van kennis en vaardigheden kan de medewerker kennis maken met de doelgroep. Dit helpt om een keuze te maken om wel of niet met deze doelgroep te gaan werken.

**8.2 Conclusie van de centrale vraag**

*Wat hebben de huidige zorgmedewerkers nodig op het gebied van kennis, vaardigheden, en ondersteuning vanuit de GGZ om cliënten met gerontopsychiatrische problematiek professionele zorg te bieden?*

Het begeleiden, het verplegen en verzorgen, en het bieden van dagstructuur aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek vraagt om een specialistische benadering. Om professionele zorg te bieden is het belangrijk dat zorgmedewerkers kennis van psychiatrische ziektebeelden hebben om daaraan gerelateerd gedrag te kunnen herkennen en vaardig zijn in de aan het ziektebeeld gerelateerde benaderingswijzen. Daarnaast is het belangrijk dat zij kennis hebben van verslavingsproblematiek, psychofarmaca en groepsdynamica. Om de-escalerend op te kunnen treden dienen zij getraind te worden in vaardigheden om agressie te kunnen hanteren. Door deelname aan intervisiebijeenkomsten kan de deskundigheid van de zorgmedewerkers vergroot en de kwaliteit van het werk verbeterd worden.

De ondersteuning vanuit de GGZ kan bestaan uit deskundigheidsbevordering door het geven van scholing en training, het geven van consultatie, het bieden van ‘training on the job’ en door de medewerker te laten meelopen in de GGZ.

**8.3 Aanbevelingen**

Topaz heeft de strategische keuze gemaakt om de bestaande expertise uit te breiden met de zorg aan cliënten met gerontopsychiatrie. Eén van de kernwaarden van de organisatie is ‘vakmanschap’. Topaz vindt de ontwikkeling van medewerkers dan ook belangrijk voor de ontwikkeling van de organisatie. Om professionele zorg te kunnen bieden aan cliënten met gerontopsychiatrie worden de volgende aanbevelingen gedaan:

* Medewerkers scholen in psychiatrische ziektebeelden en benaderingswijzen.

Bij het samenstellen van het scholingsprogramma voorrang geven aan kennis over ziektebeelden waarvan de medewerkers hebben aangegeven dat zij daar het meest behoefte aan hebben namelijk: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, persoonlijksheidsstoornissen en stemmingsstoornissen. Hierdoor zal het scholingsaanbod afgestemd zijn op de scholingsbehoefte van de medewerkers. Daarnaast zullen zij zich hierdoor gehoord en serieus genomen voelen.

* Scholing bieden over verslavingsproblematiek, psychofarmaca en groepsdynamica.
* Gebruik maken van de mogelijkheid deze scholing in te kopen bij de GGZ Rivierduinen. Zodoende wordt gebruikt gemaakt van de expertise van Rivierduinen en wordt de samenwerking versterkt.
* Scholing organisatie breed en meerdere keren per jaar aanbieden. De groepen samenstellen uit zorgmedewerkers van verschillende locaties. De scholingskosten worden hierdoor verspreid en er kan goed gekeken worden welke zorgmedewerkers als eerste geschoold gaan worden. Hierdoor wordt voorkomen dat er medewerkers geschoold gaan worden die ter zijne tijd kiezen om niet te blijven werken met de doelgroep gerontopsychiatrie.
* Verplichte Radar-training en jaarlijks een herhalingstraining laten volgen.
* Het borgen van kennis en vaardigheden door het bespreken van casuïstiek, klinische lessen en ‘training on the job’.
* Organiseren van intervisiebijeenkomsten. Voorwaarden hierbij zijn dat deze structureel plaatsvinden, begeleid worden door een onafhankelijke begeleider en de deelnemers ongeveer hetzelfde kennis- of ervaringsniveau hebben.
* Medewerkers de mogelijkheid bieden om mee te lopen in de GGZ. Door de overname van de cliënten van Rivierduinen is er een nauwe samenwerking waardoor dit goed te realiseren is.

**Reflectieverslag**

Het onderzoek is afgerond. Ik ben vol trots op het eindresultaat. Een moment om te reflecteren op het proces en de inhoud van het onderzoek.

Bij aanvang van de opdracht heb ik mij voorgenomen om planmatig te werken. Mijn streven was om mij te houden aan de beschreven activiteiten in de achtereenvolgende fasen en de data van het inleveren van de conceptrapporten. Dit heeft allemaal volgens planning plaatsgevonden waardoor er voor iedere fase voldoende tijd en aandacht was.

Bij het formuleren van de probleemstelling heb ik gestoeid met de vraag of ik mij zou richten op de deskundigheid van alleen de zorgmedewerkers of ook de behandelaren erbij zou betrekken. Tenslotte werk je samen in een multidisciplinair team. Het onderzoek zou hierdoor echter een te groot gebied bevatten waardoor ik de keuze heb gemaakt om mij alleen te richten op de zorgmedewerkers.

Het tot stand komen van het theoretisch kader heeft veel tijd in beslag genomen. Bij het zoeken naar relevante informatie over de doelgroep Gerontopsychiatrie kwam ik iedere keer weer uit op het onderzoek van Anne van den Brink en het zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek. Het heeft mij veel moeite gekost om in het bezit te komen van dit zorgprogramma. Wat erg leuk was is dat ik haar heb ontmoet tijdens het werkbezoek aan ‘de Waalboog’.

Het theoretisch kader heeft uiteindelijk voldoende informatie opgeleverd over de doelgroep Gerontopsychiatrie en de zorg die deze cliënten nodig hebben. Door middel van literatuuronderzoek heb ik dit verder kunnen uitpluizen. Waardevol was tevens de informatie over de mogelijke ondersteuning vanuit de GGZ en de benodigde aanvullende competenties van verzorgenden. Ik heb voldoende informatie opgedoken om het onderzoek goed te kunnen uitvoeren en de centrale vraag te kunnen beantwoorden.

Voorop stond dat ik gebruik zou maken van een enquête. Dit omdat ik het belangrijk vind om de behoefte aan deskundigheidsbevordering van de zorgmedewerkers in kaart te brengen. Zodoende kan het scholing- en trainingsaanbod op deze behoefte worden afgestemd. De respons was voldoende en heeft waardevolle resultaten opgeleverd..

Uit de focusgroepbijeenkomst kwam aanvullende nuttige informatie die ik vooraf niet verwacht had. Vooral de deelnemers vanuit de GGZ hebben een belangrijke inbreng gehad.

Het benchmarkonderzoek was vooraf niet gepland. Een werkbezoek aan een andere organisatie die al gedurende lange tijd zorg verleend aan cliënten met gerontopsychiatrische problematiek gaf mij de gelegenheid om dit te doen. De informatie die ik daar heb gekregen bevestigde de gevonden resultaten.

Er heeft recent overleg plaatsgevonden met de GGZ over een scholingsprogramma voor de zorgmedewerkers. De resultaten uit dit onderzoek zijn gebruikt voor de samenstelling van de onderwerpen die aan bod gaan komen. De scholing gaat in juni 2015 plaatsvinden en de zorgmedewerkers zijn gemotiveerd om deze te gaan volgen. Daarnaast hebben de behandelaren aangegeven enthousiast te zijn en graag te willen aansluiten. Voor mij is dit de ‘kroon op het werk’.

**Literatuurlijst**

Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek. Handboek voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Brink, A. van den. (2012). *Zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis.* Gouda: Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie.

Brink, A. van den, Gerritsen, D., Oude Voshaar, R., & Koopmans, R. (2014). Patients with mental-physical multimorbidity: do not let them fall by the wayside. *International Psychogeriatrics, 26*(10), 1585-1589.

Gijse, R., Meijer, M., Drost, S., & van Megen, F. (2006). *Dienstverleningsaanbod van de GGZ aan de V & V sector.* Utrecht: Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie.

Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie. (2012). *Zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis.* Gouda: Buro Salari.

Liefhebber, S., Mast, J., Haterd, J. v., Luijkx, J., Dam, C. v., & Verhagen, R. (2007). *Beroepscompetentieprofiel verzorgende.* Utrecht: Movisie.

Motivaction. (2012). *Het Nieuwe Ouder Worden*. Amsterdam: Motivaction.

Mulders, M. (2010). *101 Management Modellen* (2e ed.). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. (2014). *Platform Gerontopsychiatrie V&V.* Geraadpleegd op 19 september 2014, van http://www.nkop.nl/praktijk/platforms/gerontopsychiatrie-v-v

Nelissen, M. (2013). Frisse blik kan de vicieuze cirkel doorbreken. *De verpleegkundig specialist, 8*(2), 28-30.

Peeters, J., Wiegers, T., de Bie, J., & Friele, R. (2013). *Technologie in de zorg thuis.* Utrecht: NIVEL.

Rijksoverheid. (2014a). *Hervorming langdurige zorg.* Geraadpleegd op 11 oktober 2014, van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/vraag-en-antwoord>

Rijksoverheid. (2014b). K*waliteit van de zorg/veiligheid in de zorg.* Geraadpleegd op 11 oktober 2014, van http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/veiligheid-in-de-zorg

Salari, M., Plaisier, A., & Collet, J. (2008). Naar een zorgprogramma Gerontopsychiatrie voor verpleeghuizen. *Tijdschrift voor verpleeghuiskunde, 33*(6), 216-217.

Topaz. (2010a,). K*waliteitsbeleid 2010-2014.* Leiden: Topaz.

Topaz. (2010b). *Strategisch opleidings- en ontwikkelingsbeleid.* Leiden: Topaz.

Topaz. (2012). *Stralen met Topzorg. Strategie 2013-2015*. Leiden: Topaz.

Topaz. (2013a). *Stralend bekend Marketingplan Topaz 2012-2013.* Leiden: Topaz.

Topaz. (2013b). *Stralen met Topzorg. Besturing en organisatie.* Leiden: Topaz.

Topaz. (2013c). *Jaarverlag Topaz.* Leiden: Topaz.

Topaz. (2014). *Kaderbrief 2015.* Leiden: Topaz.

Trimbos-instituut. (2006). *Monitor geestelijke gezondheidszorg ouderen.* Utrecht: Trimbos-instituus.

Waterman Jr, R., Peters, T., & Phillips, J. (1980). Structure is Not Organization. *Business Horizons,* 23(3), 14-26

Zorgkantoren Zuid-Holland Noord en Amstelland en de Meerlanden. (2012). *Beleidsdocument 2012-2013.* Geraadpleegd op 26 september 2014, van http://www.zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl/index.cfm?act=files.download&ui=57AD83C9-EC48-E4F4-0B485345479BD53B

**Bijlage 1 Literatuurstudie**

*Wat is het gewenste zorgaanbod voor cliënten met gerontopsychiatrische problematiek?*

Voor het beantwoorden van deze vraag wordt gebruik gemaakt van het zorgprogramma voor mensen met gerontopsychiatrische problematiek in het verpleeghuis (Landelijke Stuurgroep Gerontopsychiatrie, 2012).

De conclusie van verschillende inhoudelijke experts uit verpleeghuizen en GGZ was dat ouderen met gerontopsychiatrische problematiek structureel andere zorg nodig hebben. Zij hebben de Stuurgroep Gerontopsychiatrie opgericht en het initiatief genomen om een landelijk zorgprogramma te ontwikkelen voor deze doelgroep.

Om de hulpvragen/zorgvragen duidelijk te krijgen is er een indeling gemaakt in drie clusters:

Cluster 1: een groep met vreemd en bizar gedrag (weinig tot geen realiteitsbesef en weinig behoefte
 aan contact);

Cluster 2: een groep met dramatisch, emotioneel, impulsief gedrag (wel realiteitsbesef en een
 overmatige behoefte aan contact);

Cluster 3: een groep met somber, angstig gedrag (wel realiteitsbesef en weinig of juist een sterke
 behoefte aan contact).

Het noodzakelijk zorgaanbod is uitgewerkt aan de hand van dertien zorgdimensies: geregelde beoordeling en motivering; toezicht en bescherming; behandeling van de cliënt; begeleiding van de cliënt; begeleiding en ondersteuning van het cliëntsysteem; voorlichting, advisering en consultatie aan professionals en vrijwilligers; regie, bemiddeling en coördinatie; verzorgen en verplegen; huishouden; tijdbesteding en structuur; faciliteiten; woon/leefmilieu; sociaal maatschappelijke dienstverlening.

Het literatuuronderzoek richt zich op de zorgdimensies ‘begeleiden van de cliënt’, ‘verzorgen en verplegen’ en ‘tijdbesteding en structuur’ omdat binnen deze dimensies de werkzaamheden en verantwoordelijkheden van de zorgmedewerkers vallen.

Per cluster zal beschreven worden wat de hulpvraag is en het noodzakelijk zorgaanbod ten aanzien van de drie geselecteerde zorgdimensie.

**Cluster 1 Vreemd en bizar gedrag**

Cliënten met lichte beperkingen: omdat de symptomen wisselend zijn, zal ook de hulpvraag wisselen. Hulpverleners moeten hier heel flexibel mee om kunnen gaan. Symptomen worden veelal uitgelokt door stress. Het is van belang de stressfactoren te kennen en de cliënt zodanig te begeleiden dat deze stressfactoren worden vermeden. Cliënten kunnen zelf weinig tot geen invloed uitoefenen op de chaos in hun denken en handelen. Zij hebben behoefte aan externe structuur: zorgverleners die orde scheppen in de chaos door het bepalen en bewaken van grenzen.

Voortijdige herkenning van symptomen is van groot belang om tijdig te kunnen ingrijpen. Het in stand houden van een zinvolle dagbesteding en een goed dag-nachtritme is van groot belang ter preventie van een psychose. De zorg is gericht op optimalisering van de kwaliteit van leven.

Cliënten met matige beperkingen zijn voor alle ADL handelingen (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) zoals eten, zich wassen en naar het toilet gaan en BDL handelingen (Bijzonder Dagelijkse Levensverrichtingen) zoals koken, winkelen en het gebruik van openbaar vervoer, afhankelijk van zorgverleners. Zij zullen proberen de cliënt te begeleiden tot het zelfstandig uitvoeren van handelingen en taken, alleen wanneer dit niet lukt, zullen handelingen worden overgenomen. In het sociale verkeer op de afdeling heeft cliënt begeleiding nodig: het vreemde gedrag van de cliënt roept negatieve reacties op van medecliënten. Initiatief moet worden gestimuleerd, begeleid en gestructureerd.

Cliënten met ernstige beperkingen zijn voor alle ADL- en BDL handelingen afhankelijk van zorgverleners: zonder hulp zullen cliënt en zijn omgeving ernstig vervuild en verwaarloosd raken. Vrijwel alle handelingen zullen moeten worden overgenomen. Er is sprake van initiatiefloosheid; de cliënt neemt niet deel aan groepsactiviteiten. Contactbehoefte is meestal wel aanwezig, maar niet invoelbaar en hanteerbaar. Ook hiervoor is de cliënt aangewezen op de begeleiding van hulpverleners.

Bij deze cliënten is er met name noodzaak tot *begeleiding* indien de cliënt door zijn psychotische beleving de werkelijkheid anders ervaart. Hulpverleners zullen vooral individuele begeleiding bieden door *het stellen en bewaken van grenzen*.

Bij het *verzorgen en benaderen* van deze cliënten is het belangrijk om *de-escalerend te kunnen optreden*. Er moet goed worden gelet op het zorgen voor een veilige situatie, het creëren van rust bij eten en drinken. In de bejegening is het bieden van veiligheid, een juiste dosering van afstand/nabijheid, duidelijke uitleg, zoveel mogelijk aanbieden van vaste verzorgende van belang.

De cliënten krijgen dagbesteding individueel aangeboden omdat zij minder in staat zijn om in een groep te functioneren.

**Cluster 2 Dramatisch, emotioneel en impulsief gedrag**

Omdat de symptomen bij cliënten met lichte beperkingen wisselend zijn zal ook de hulpvraag wisselen. De zorgverleners moeten hier heel flexibel mee om kunnen gaan. Symptomen worden veelal uitgelokt door stress of door een toenemende afhankelijkheid. Het is van belang de stressfactoren te kennen en cliënt zodanig te begeleiden dat deze stressfactoren worden vermeden. De begeleiding van de cliënt zal vooral bestaan uit het begeleiden van het contact van cliënt met zijn/haar omgeving. Client zal zelf weinig vragen hebben doordat hij zich niet bewust is van de impact die zijn gedrag heeft op de omgeving; zal het vooral buiten zichzelf leggen.

Cliënten met matige beperkingen zijn voor alle ADL- en BDL handelingen afhankelijk van zorgverleners: zij zullen proberen de cliënt te begeleiden tot het zelfstandig uitvoeren van handelingen en taken, alleen wanneer dit niet lukt zullen handelingen worden overgenomen. In het sociale verkeer op de afdeling heeft cliënt begeleiding nodig: het gedrag van cliënt roept negatieve reacties op van medecliënten. Initiatief moet worden gestimuleerd, begeleid en gestructureerd. Structuur, ook in de wijze waarop contact tot stand komt, is van belang. Daarbij is het tevens van belang om gedrag te begrenzen. Cliënt heeft behoefte aan begrip en erkenning van zijn beleving.

De cliënten met ernstige beperkingen zijn voor alle ADL- en BDL handelingen afhankelijk van zorgverleners: zonder hulp zullen cliënt en zijn omgeving ernstig vervuild raken. Vrijwel alle handelingen zullen moeten worden overgenomen. Contactbehoefte is meestal nog sterk aanwezig, maar niet invoelbaar en hanteerbaar. Ook hiervoor is de cliënt aangewezen op de begeleiding van hulpverleners.

Begeleiding is vooral nodig ten aanzien van de interacties tussen cliënten. Gedragsuitingen, zoals claimen of een theatrale presentatie, kunnen als uitermate storend worden ervaren door medecliënten. Cliënten *moeten aangesproken worden op dit gedrag* om te voorkomen dat ze worden buitengesloten. De manier waarop cliënten aangesproken moeten worden kan erg variëren. Per cliënt dient de benadering te worden beschreven in het individuele zorgplan.

Bij het verzorgen en verplegen is het belangrijk om de-escalerend te kunnen optreden. Het gaat vooral om het beheersen en afremmen, rust bij eten en drinken, niet schrokken; regie ligt vooral bij de verzorgende. In de bejegening is rekening houden met de wensen van de cliënt belangrijk. Er is een meer *sturende, directieve benadering nodig,* waarbij rekening gehouden wordt met de autonomie van de cliënt (respectvol structureren).

Wat betreft tijdbesteding en structuur is het belangrijk om activiteiten aan te bieden in een bepaalde rol die passend is bij hun individueel gedrag, zoals koekjes ronddelen of een modeshow lopen.

**Cluster 3 Somber en angstig gedrag**

Cliënten met lichte beperkingen willen met rust gelaten worden of erkenning van hun gedachten, maar begrijpt en ervaart dat het zo niet gaat. De stimulans tot initiatief en de geboden structuur worden wel geaccepteerd. De cliënt heeft behoefte aan kaders, maar ook aan aandacht en erkenning.

De cliënt met matige beperkingen vindt het irritant dat hij bij de ADL gestimuleerd wordt of als hij vrij directief wordt benaderd. Dat geldt ook voor deelname aan activiteiten op recreatief en ander gebied. Maar zonder (zachte) dwang gebeurt er niets. Er is een duidelijke structuur nodig en de cliënt moet tegen zichzelf in bescherming worden genomen (eten, drinken, gezondheid). Achteraf kan de cliënt hier vaak toch in meegaan. De cliënt vraagt dus vaak niets, maar laat zich toch vaak leiden.

De cliënt met ernstige beperkingen wil niets meer maar is voor alle ADL- en BDL handelingen volledig afhankelijk van zorgverleners: zonder hulp zullen cliënt en zijn omgeving ernstig vervuild en verwaarloosd raken. Vrijwel alle handelingen zullen moeten worden overgenomen. Er is geen sprake van initiatief; de cliënt is niet meer te stimuleren tot groepsactiviteiten.

Bij cliënten met somber en angstig gedrag is een *uitnodigende tot stimulerende benadering* nodig omdat de cliënt de neiging heeft zich terug te trekken. Deze begeleiding kan individueel maar ook in groepsverband worden geboden. Wanneer de beperkingen ernstig zijn is zelfs *een directieve* *benadering* aangewezen omdat de cliënt anders handelingen mijdt en daardoor zichzelf en zijn omgeving verwaarloost.

Bij het verzorgen en verplegen is het belangrijk om de-escalerend op te treden. Met name het stimuleren en het controleren staat op de voorgrond (vocht en voedingslijst). In de bejegening zijn stimuleren, activeren en duidelijke afspraken maken belangrijk.

Wat betreft de tijdbesteding en structuur voelen cliënten zich veiliger in een toeschouwersrol in kleine groepen.

**Tijdbesteding en structuur algemeen**

De beperkingen die cliënten ervaren ten gevolge van lichamelijke en/of psychische stoornissen kunnen leiden tot een dagbesteding en/of dagstructuur die een negatieve invloed heeft op hun gedrag en welbevinden. Voorbeelden zijn: omkeren dag- en nachtritme ,onvoldoende eten, zelfverwaarlozing. Cliënten zijn vaak onvoldoende in staat om van de aanwezige mogelijkheden gebruik te maken of de mogelijkheden zijn beperkt ten gevolge van bijvoorbeeld verschraling van het netwerk of door mobiliteitstekorten. Voor hen is het belangrijk om regelmaat en structuur te ervaren in hun dagbesteding. Herkenbaarheid, veiligheid en regelmaat staan op de voorgrond. De problemen liggen minder in de uitvoering van activiteiten, *er is vooral behoefte aan ondersteuning bij de planning en structurering.*

**Bijlage 2 Vragenlijst scholing/training Gerontopsychiatrie**

**Algemeen**

***Vraag 1:***

**Op welke locatie van Topaz werkt u?**

Haagwijk O

Zuydtwijck O

Overduin O

***Vraag 2:***

**Wat is uw functie?**

Gastvrouw O

Verzorgende O

EVV O

Verpleegkundige O

Activiteitenbegeleider O

Assistent activiteitenbegeleider O

Anders nl…………………………..

***Vraag 3:***

**Wat is uw leeftijd?**

Jonger dan 25 jaar O

25 – 35 jaar O

36 – 45 jaar O

46 – 55 jaar O

Ouder dan 55 jaar O

***Vraag 4:***

**Hoeveel jaar werkt u in de zorg?**

Korter dan 5 jaar O

5 – 10 jaar O

11 – 25 jaar O

26 – 40 jaar O

Langer dan 40 jaar O

**Kennis**

Het is belangrijk om globale kennis te hebben over psychische functiestoornissen om gerelateerd gedrag te herkennen en passende zorg te kunnen bieden.

Cliënten met gerontopsychiatrische problematiek kunnen worden ingedeeld op basis van de psychiatrische diagnose:

* Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
* Stemmingsstoornissen
* Somatoforme stoornissen (een psychische aandoening waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft waarvoor geen lichamelijke ziekte gevonden is)
* Angststoornissen
* Persoonlijkheidsstoornissen.

***Vraag 5:***

**Zet deze psychiatrische diagnoses in volgorde van uw behoeften aan scholing over deze ziektebeelden. Nummer 1: het meest behoefte – nummer 5 het minst behoefte.**

1……………………………………………………………………………………………………….

2……………………………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………………………………

4……………………………………………………………………………………………………..

5……………………………………………………………………………………………………..

***Vraag 6:***

**Wat is uw voorkeur voor kennisoverdracht over deze ziektebeelden?**

**U mag er maximaal twee aankruisen**

1. E-learning O
2. Klinische les O
3. Scholing O
4. Casus bespreking O
5. Anders, nl. ………………………………………………

**Begeleiding**

Voor de begeleiding van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek zijn specifieke vaardigheden nodig. Bij cliënten met vreemd en bizar gedrag is het belangrijk om individuele begeleiding te bieden door het stellen en bewaken van grenzen aan de cliënt. Cliënten met dramatisch, emotioneel en impulsief gedrag dienen de worden aangesproken op dit gedrag om te voorkomen dat ze worden buitengesloten. Cliënten met somber, angstig gedrag zijn gebaat bij een uitnodigende tot stimulerende benadering. Soms is er een directieve benadering nodig. De directieve benaderingswijze kenmerkt zich door de consequente manier van omgaan met cliënten, in de communicatie worden korte en concrete boodschappen afgegeven. En zeer belangrijk: er wordt een duidelijke strakke structuur geboden.

***Vraag 7***

**Zet de volgende vaardigheden in volgorde van uw behoeften aan training en/of ondersteuning.**

**Nummer 1: het meeste behoefte – nummer 4: het minst behoefte**

* Het bepalen en bewaken van grenzen
* Cliënten aanspreken op gedrag zoals claimend gedrag of een theatrale presentatie
* Uitnodigende tot stimulerende benadering
* Directieve benadering

1……………………………………………………………………………………………………….

2……………………………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………………………………

4……………………………………………………………………………………………………..

**Benadering en bejegening bij de verzorging**

Bij het verzorgen van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek is het belangrijk om de-escalerend op te kunnen treden. Er moet goed worden gelet op het zorgen voor een veilige situatie en het creëren van rust bij bijvoorbeeld het eten en drinken. Dit vraagt om een aantal vaardigheden op het gebied van communicatie, de benadering en de bejegening naar de cliënt.

***Vraag 8***

**Zet de volgende vaardigheden op het gebied van communicatie, benadering en bejegening in volgorde van uw behoeften aan training en/of ondersteuning.**

**Nummer 1: het meeste behoefte – nummer 4: het minst behoefte.**

* Een juiste dosering van afstand (distantie) en nabijheid (betrokkenheid), ook wel professionele betrokkenheid genoemd.
* Het geven van duidelijke uitleg
* Het respectvol structureren (een sturende, directieve benadering waarbij rekening wordt gehouden met de autonomie van de cliënt)
* Het houden van de regie bij het verlenen van de zorg

1……………………………………………………………………………………………………….

2……………………………………………………………………………………………………….

3………………………………………………………………………………………………………

4……………………………………………………………………………………………………..

**Tijdsbesteding en structuur**

De beperkingen die cliënten met gerontopsychiatrie ervaren ten gevolge van lichamelijke en/of psychische stoornissen kunnen leiden tot een dagbesteding en/of dagstructuur die een negatieve invloed heeft op hun gedrag en welbevinden. Voor hen is het belangrijk om regelmaat en structuur te ervaren in hun dagbesteding. De problemen liggen minder in de uitvoering van activiteiten, er is vooral behoefte aan ondersteuning bij de planning en structurering.

***Vraag 9***

**Vindt u dat u voldoende in staat bent om cliënten met gerontopsychiatrie ondersteuning te bieden bij de planning en structurering van hun dag?**

Ja O

Redelijk O

Matig O

Slecht O

Toelichting:…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Lastige, agressieve en/of crisissituaties**

Als verzorgende moet je in staat zij om op respectvolle en duidelijke wijze op te treden in lastige, agressieve en/of crisissituaties, waardoor de cliënt en/of zijn omgeving geen gevaar loopt.

***Vraag 10***

**Kunt u aangeven waar uw behoefte ligt aan training, scholing en/of ondersteuning om goed te kunnen handelen in lastige, agressieve en/of crisissituaties?**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

***Vraag 11***

***Naar welke methode van het trainen van vaardigheden gaat uw voorkeur uit?***

***Meerdere antwoorden zijn mogelijk.***

Het volgen van een training O

Training on the job O

Casus bespreking O

Video interactie begeleiding O

Anders, nl. ……………………………………………………………………………

***Heeft u zelf nog opmerkingen of suggesties?***

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

**Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst !**

**Bijlage 3: Resultaten vragenlijst**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Locatie | **Haagwijk** | **Zuydtwijck** | **Overduin** | **Totaal** |
| Vragenlijsten |   |   |   |  |
| Aantal verspreid | 4 | 36 | 28 | **68** |
| Respons | 3 | 15 | 22 | **40** |
| Functie |   |   |   |  |
| AB(assistent) |   |   | 3 | **3** |
| Verpleegkundige | 2 | 2 |   | **4** |
| EVV |   | 2 | 3 | **5** |
| Verzorgende |   | 4 | 10 | **14** |
| Helpende |   | 4 | 2 | **6** |
| Gastvrouw |   | 3 | 2 | **5** |
| Werkbegeleider |   |   | 1 | **1** |
| LL-verzorgende | 1 |   | 1 | **2** |
| Leeftijd |   |   |   |  |
| Jonger dan 25 jaar | 1 |   | 1 | **2** |
| 25 - 35 jaar | 1 | 1 | 2 | **4** |
| 36 - 45 jaar |   | 1 | 8 | **9** |
| 46 - 55 jaar |   | 6 | 8 | **14** |
| Ouder dan 55 jaar | 1 | 7 | 3 | **11** |
| Ervaring in de zorg |   |   |   |  |
| Korter dan 5 jaar | 2 | 3 | 1 | **6** |
| 5 - 10 jaar |   |   | 3 | **3** |
| 11 - 25 jaar |   | 12 | 3 | **15** |
| 26 - 40 jaar | 1 | 6 | 8 | **15** |
| Langer dan 40 jaar |   | 1 |   | **1** |

 *Tabel 1: overzicht algemene gegevens per locatie.*

 *Grafiek 1: leeftijd zorgmedewerkers in percentage.*

 *Grafiek 2: werkervaring van de zorgmedewerkers in percentage.*

**Kennis**

**Zet de psychiatrische diagnoses in volgorde van uw behoefte aan scholing over deze ziektebeelden. Nummer 1: het meest behoefte – nummer 5 het minst behoefte. (Vraag 5)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Schizofrenie/psychoti-sche stoornissen | Stemmings-stoornissen | Somatoforme stoornissen | Angststoor-nissen | Persoonlijksheids-stoornissen |
| 1 | 3 | 5 | 2 | 4 |
| 1 | 3 | 5 | 2 | 4 |
| 1 | 2 | 4 | 3 | 5 |
| 2 | 1 | 5 | 3 | 4 |
| 1 | 3 | 5 | 4 | 2 |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 2 |
| 5 | 3 | 1 | 4 | 2 |
| 1 | 3 | 2 | 5 | 4 |
|   |   |   |   |   |
| 3 | 1 | 5 | 2 | 4 |
| 5 | 2 | 4 | 3 | 1 |
| 2 | 1 | 5 | 3 | 4 |
| 3 | 5 | 1 | 4 | 2 |
| 1 | 2 | 4 | 3 | 5 |
| 4 | 2 | 5 | 1 | 3 |
| 4 | 2 | 1 | 5 | 3 |
| 1 | 3 | 2 | 5 | 4 |
| 1 | 5 | 2 | 4 | 3 |
|   5 | 1 | 2 | 4 | 3 |
| 3 | 4 | 1 | 5 | 2 |
|   |   |   |   |   |
| 5 | 2 | 3 | 4 | 1 |
| 1 | 3 | 5 | 4 | 2 |
| 1 | 3 | 5 | 4 | 2 |
| 4 | 1 | 5 | 2 | 3 |
| 4 | 1 | 5 | 2 | 3 |
| 1 | 5 | 3 | 4 | 2 |
| 3 | 2 | 5 | 4 | 1 |
| 2 | 5 | 1 | 3 | 4 |
| 2 | 4 | 3 | 5 | 1 |
| 4 | 2 | 5 | 1 | 3 |
| 1 | 3 | 5 | 4 | 2 |
| 5 | 2 | 3 | 4 | 1 |
|   |   |   |   |   |
| 1 | 5 | 2 | 4 | 3 |
| 3 | 4 | 5 | 1 | 2 |
| 3 | 2 | 4 | 1 | 5 |
| 1 | 5 | 4 | 2 | 3 |
| 2 | 4 | 5 | 3 | 1 |
| Totaal |   |   |   |   |
| 88 | **102** | **131** | **119** | **100** |

*Tabel 2: behoefte aan kennis psychiatrische diagnoses.*

**Wat is uw voorkeur voor kennisoverdracht over deze ziektebeelden? U mag er maximaal twee aankruisen. (Vraag 6)**

*Grafiek 3: voorkeur voor kennisoverdracht.*

**Begeleiding**

**Zet de vaardigheden in volgorde van uw behoeften aan training en/of ondersteuning.**

**Nummer 1: het meest behoefte – nummer 4: het minst behoefte. (Vraag 7)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Het bepalen en bewaken van grenzen | Cliënten aanspreken op gedrag | Uitnodigende tot stimulerende benadering | Directieve benadering |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 3 | 1 | 2 | 4 |
| 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | 1 | 3 | 2 |
| 2 | 1 | 3 | 4 |
| 2 | 1 | 3 | 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | 1 | 3 | 4 |
|   |   |   |   |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 3 | 1 | 2 | 4 |
| 3 | 1 | 2 | 4 |
| 4 | 1 | 2 | 3 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 1 | 3 | 2 |
| 3 | 1 | 4 | 2 |
| 3 | 1 | 4 | 2 |
|   |  |  |   |
| 2 | 3 | 1 | 4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 3 | 2 | 4 |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 1 | 3 | 4 | 2 |
| 4 | 3 | 1 | 2 |
| 2 | 4 | 1 | 3 |
| 2 | 3 | 4 | 1 |
| 3 | 2 | 4 | 1 |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 3 | 2 | 1 | 4 |
|   |   |   |   |
| 4 | 2 | 3 | 1 |
| 3 | 2 | 4 | 1 |
| 1 | 3 | 2 | 4 |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 3 | 2 | 4 |
| Totaal |   |   |   |
|  37 |  **64** |  **110** |  **110** |

*Tabel 3: behoefte aan training en/of ondersteuning vaardigheden begeleiding*

**Benadering en bejegening bij verzorging**

**Zet de volgende vaardigheden in volgorde van uw behoeften aan training en/of ondersteuning.**

**Nummer 1: het meest behoefte – nummer 4: het minst behoefte. (Vraag 8)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Juiste dosering van afstand en nabijheid | Geven van duidelijke uitleg | Respectvol structuren | Het houden van de regie |
| 1 | 3 | 2 | 4 |
| 1 | 4 | 2 | 3 |
| 1 | 4 | 2 | 3 |
| 3 | 1 | 2 | 4 |
| 4 | 1 | 3 | 2 |
| 3 | 1 | 2 | 4 |
| 3 | 4 | 2 | 1 |
| 3 | 4 | 1 | 2 |
|   |   |   |   |
| 2 | 3 | 1 | 4 |
| 2 | 3 | 1 | 4 |
| 3 | 2 | 1 | 4 |
| 2 | 1 | 4 | 3 |
| 4 | 3 | 1 | 2 |
| 2 | 3 | 1 | 4 |
| 3 | 1 | 2 | 4 |
| 3 | 2 | 1 | 4 |
| 1 | 3 | 2 | 4 |
| 3 | 4 | 1 | 2 |
| 1 | 4 | 2 | 3 |
| 1 | 2 | 1 | 2 |
| 2 | 4 | 1 | 3 |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | 4 | 2 | 3 |
| 2 | 3 | 1 | 4 |
| 2 | 3 | 1 | 4 |
| 3 | 1 | 4 | 2 |
| 4 | 3 | 1 | 2 |
| 4 | 3 | 1 | 2 |
| 1 | 3 | 2 | 4 |
| 3 | 4 | 1 | 2 |
| 1 | 4 | 2 | 3 |
| 4 | 1 | 2 | 3 |
|   |   |   |   |
| 4 | 3 | 1 | 2 |
| 3 | 1 | 4 | 2 |
| 4 | 1 | 3 | 2 |
| 3 | 4 | 2 | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 3 |
| 1 | 4 | 2 | 3 |
| Totaal |   |   |   |
| 93 | **103** | **68** | **112** |

*Tabel 4: behoefte aan training en/of vaardigheden benadering en bejegening bij de verzorging.*

**Vindt u dat u voldoende in staat bent om cliënten met gerontopsychiatrie ondersteuning te bieden bij de planning en structurering van hun dag? (Vraag 9)**

*Grafiek 4: het bieden van ondersteuning bij de planning en structurering van de dag.*

**Naar welke methode van het trainen van vaardigheden gaat uw voorkeur uit?**

**Meerdere antwoorden zijn mogelijk. (Vraag 11)**

*Grafiek 5: voorkeur methode van het trainen van vaardigheden.*

**Bijlage 4 Resultaten open vragen en toelichting bij vragen**

*Vraag 9: vindt u dat u voldoende in staat bent om cliënten met gerontopsychiatrie ondersteuning te
 bieden bij de planning en structurering van hun dag?*

* Ben te weinig op de werkvloer om van alle afspraken af te weten.
* Ik denk/weet dat ik dit redelijk kan, maar sturing en/of ondersteuning/herhaling is altijd goed vind ik.
* Werk alleen ’s avonds.
* Ik begin om 16.30 uur, als de cliënten iets willen doen kan dat niet altijd in verband met tijd, bijvoorbeeld wandelen, even naar buiten als dat je gevraagd wordt en je moet steeds nee verkopen, is soms lastig.
* Ik ben niet bekend met deze doelgroep. Het is mogelijk om een planning en structuur te maken voor deze doelgroep maar door mijn geringe kennis zou ik hier in geschoold moeten worden.
* Ik ben niet bekend met deze doelgroep. Maar ben wel bereid om er meer van te leren en in te verdiepen.
* Ik vind het nog lastig om een goed gestructureerde dagbesteding op te stellen.
* Je zou graag meer tijd/personeel willen hebben om met de bewoners activiteiten te doen.
* Heb al enige jaren ervaring bij deze doelgroep.
* Ja, probeer volgens de benadering, advies en afspraken te werken wat in de zorgmap beschreven staat van de desbetreffende cliënten.
* Ik ben al gauw te soft. Bijvoorbeeld afgesproken met cliënt om te gaan lopen. Client wil niet op afgesproken tijd en dan geef ik toe, dus gaan we maar niet terwijl we het hadden afgesproken.
* Ik weet geen antwoord in te vullen. Gezien mijn ervaring en persoonlijkheid neig ik naar ‘ja’, wat betreft ervaring met deze cliënten naar ‘matig’.
* Waarom redelijk: ik vind het moeilijk als een cliënt agressief tegen mij wordt. Hoe daar dan op te reageren. Weet het altijd op te lossen maar het blijft een moeilijk puntje voor mij.
* Ik denk dat ik daar zeer goed mee zou kunnen omgaan mits ik daar de juiste informatie en eventuele trainingen voor zou krijgen en ook meer mogelijkheden.
* Houd me aan de gemaakte afspraken met cliënt.
* Ik heb niet het gevoel dat ik ze niet kan verzorgen maar de juiste wijze vind ik moeilijk daar ik snel geneigd ben alles te doen (zorgen).
* Ik denk dat ervaring mee speelt, wanneer ik regelmatig met deze cliënten omga/verzorg dat ik dan wel in staat ben om ondersteuning te bieden bij de planning en structurering van hun dag.
* Als iedereen (personeel) zich ook aan de afspraken houd.
* Het is redelijk lang geleden dat ik met deze doelgroep heb gewerkt. Opfrissen en herhaling is heel zinvol.
* Zit in de nachtdienst.
* Ik blijf nog iedere dag leren maar over het algemeen gaat het heel goed. Zou me wel graag meer willen verdiepen in ziektebeelden en benadering.

*Vraag 10: kunt u aangeven waar uw behoefte ligt aan training, scholing en/of ondersteuning om goed
 te handelen in lastige, agressieve en/of crisissituaties?*

* Heb agressiecursus gehad, denk dat dit wel voldoende is.
* Ik denk door vele situaties op de afdeling en jaren ervaring in agressie/crisissituaties is mijn behoefte niet per direct noodzakelijk. Door middel van training, scholing, bijscholing en klinische lessen denk ik al aardig veel te weten om goed en professioneel te handelen. Wel sta ik open en vind ik het leuk om cursussen, opleiding en dergelijke te volgen en/of verdere verdieping in lastige, agressieve en/of crisissituaties.
* Heb al Radartraining gevolgd. Training en scholing ziektebeelden zodat je meer inzicht krijgt.
* Hoe je zou moeten reageren als iemand verbaal agressief is naar mij toe, wat moet je doen? Zeggen?
* Ik heb erg veel training nodig!!
* Ik heb hier erg veel training in nodig. Ik ben totaal niet bekend in deze doelgroep.
* Een agressietraining. Ophalen van handelingen die ik moet verrichten tijdens een situatie.
* Bespreken van casus. Voorbeelden uit de praktijk. Achtergrond van ziektebeelden.
* Hoe je om moet gaan met (agressieve) crisissituaties.
* Ik vind het meest lastig als er verschillende vormen agressie in een groep plaatsvinden. Bijvoorbeeld verbale agressie lokt fysieke agressie uit. Waardoor andere cliënten angstig worden.
* Rollenspel d.m.v. casus over deze onderwerpen. Hoe mee om te gaan? Wat kan je doen in zo’n situatie? Waar moet/kan je op letten als een cliënt dit gedrag vertoont?
* Hoe moet je reageren? Moet je iets zeggen of juist niet? Moet je weglopen of blijven staan? Hoe kun je deze situaties voorkomen? Hoe zie je het aankomen?
* Met name tijdig kunnen zien dat een situatie uit de hand kan gaan lopen. Ga volgende week starten met Radar.
* Training of scholing agressieve situaties.
* Radar-training gehad. Veel geleerd maar veel dingen raak je toch snel weer kwijt. Regelmatig herhalen zou wel handig zijn.
* Training on the job.
* Wat mag ik wettelijk wel/niet doen? Ik heb behoefte aan duidelijke afspraken/kaders die door iedereen gehandhaafd worden. Opfrissing Radar en dan met name grepen om los te komen als ik vastgehouden zou worden.
* Ondersteuning – training.
* Vervolg radar-training en jaarlijks herhalen.
* Toezicht hebben en op tijd signaleren.
* Op tijd signaleren van opbouw crisissituatie.
* Vooral als cliënten agressief naar mij toe worden.
* Scholing in de omgang met agressie. (Wat kun je wel doen en wat beter niet)
* Voldoende informatie krijgen zodat ik meer van de situatie afweet, richtlijnen om ze daarin te begeleiden.
* Het verbaal trainen/scholing om gevaarlijke lastige situaties andere wending te geven indien mogelijk.
* Agressie.
* Agressietraining gevolgd.
* De Radartraining vond ik ook een goede en leerzame training m.b.t. agressie. Ik denk dat mijn behoefte meer ligt naar de kennis van psychiatrische diagnose van cliënten met gerontopsychiatrische problematiek.
* Vaardigheden in het de-escaleren van een moeilijke situatie. Training omgaan met agressie.
* Agressietraining nogmaals (herhaling).
* Vind het soms wel moeilijk omdat je ’s nachts alleen bent op de afdeling maar heb er geen moeite mee om hulp te vragen. Heb daar in tegen nog bijna geen van de drie situaties meegemaakt en hoop dit voorlopig ook zo te houden.
* Die behoefte heb ik nog wel! Ik heb pas Radar-training gehad waar ik veel aan had. Maar extra training over agressie specifiek in psychiatrie lijkt me ook fijn.

*Heeft u zelf nog opmerkingen of suggesties?*

* Maandelijkse teambespreking bewoners van je team. Soort bewonersoverleg waar alle ins en outs besproken worden.
* Ik vind het een uitdaging om met deze groep aan het werk te gaan.
* Stage/meelopen op een afdeling waar dit gedrag veel voor komt.
* Ik heb nog nooit video interactie begeleiding gehad. Het lijkt me wel goed omdat er dan persoonlijk op je gelet word. Iedereen is toch anders.
* Scholing tot meer inzicht in ziektebeelden.
* Het is belangrijk dat je een team voor een bepaalde doelgroep kiest. SG, PG+. Je kan niet goed werken met mensen die niet gemotiveerd zijn. Samenwerken is belangrijk en elkaar aanspreken!!
* Inspelen op wat er op de betreffende afdeling aan cliënten woont.

**Bijlage 5 Verslag Focusgroepbijeenkomst**

26 januari 2015

**Aanwezig:**

Deelnemers:

Coördinerend verpleegkundige GGZ Rivierduinen

Verpleegkundige GGZ Rivierduinen

Verpleegkundig specialist GGZ Rivierduinen

Coördinerend verpleegkundige neuropsychiatrie GGZ Rivierduinen

Teammanager Topaz Haagwijk

Teammanager Topaz Zuydtwijck

Verpleegkundige Topaz Overduin

Verpleegkundige Topaz Overduin

Psycholoog Topaz Overduin

Voorzitter:

Manager behandelteam Topaz Overduin

Notuliste:

Managementsecretaresse Topaz Overduin

Toehoorder/initiator:

Teammanager Topaz Overduin

**Inleiding**

De teammanager Topaz Overduin heet alle aanwezigen van harte welkom. In het kort geeft zij het doel van deze bijeenkomst weer, te weten:

|  |
| --- |
| Wat vinden de aanwezigen vanuit hun deskundigheid nodig als scholings-/trainingsaanbod aan zorgmedewerkers binnen Topaz op het gebied van Gerontopsychiatrie? |

Aan de zorgmedewerkers zelf wordt via een vragenlijst gevraagd naar hun behoefte aan kennis en vaardigheden.

Vervolgens geeft de teammanager het woord aan de voorzitter.

**Kennismaking**

De voorzitter stelt zich voor. Daarna volgt een kennismakingsronde.

**Inventarisatie kennis- en vaardigheidstoerusting**

Allereerst wordt gevraagd welk kennisaanbod de aanwezigen wenselijk vinden.

Hierbij komt het volgende naar voren:

* Belangrijk is dat zorgmedewerkers, die vaak alleen bekend zijn met de ouderenzorg, informatie krijgen over psychiatrische ziektebeelden. Naast de problematiek van gerontopsychiatrische stoornissen, zou het goed zijn om in te gaan op specifieke ziektebeelden als verslavingszorg en borderline.
* Even belangrijk als kennis over de ziektebeelden, is uitleg over gedragsstoornissen die de ziekte met zich meebrengt.
De medewerker moet zich gedrag niet persoonlijk aantrekken, voor hen moet duidelijk zijn dat het gedrag behoort bij de ziekte.
* Ook wordt het belang benoemd om uitleg te geven over medicatie bij psychiatrische stoornissen, en dan met name de effecten hiervan. Daarbij hoort ook de omgang met cliënten die hun medicatie weigeren in verband met de bijverschijnselen.
* De verschillen tussen psychogeriatrie en psychiatrie benoemen. Cliënten met psychiatrie kunnen bijv. aangesproken worden op hun gedrag, ook is er vaak overleg mogelijk.

Vervolgens wordt aan de aanwezigen gevraagd welke (individuele) begeleiding zij aanraden en hoe die gegeven kan worden.

Hierbij werd benoemd:

* Het is belangrijk dat men leert om eenduidig uitvoering te geven aan het benaderingsplan.
* Het zo concreet mogelijk opstellen van een signaleringsplan, gekoppeld aan de stroomlijn en medicatie (en het signaleringsplan daadwerkelijk uitvoeren).
* Het herkennen van de eigen houding ten opzichte van het gedrag van de cliënt en wat deze houding voor effect heeft op de cliënt.
* Op welke (creatieve) manier kan je grenzen aangeven. Het waarom is belangrijk, maar ook het hoe. Het accent moet hierbij liggen op de mogelijkheden van de cliënt.
Ook hierbij is de eigen houding belangrijk.
* Bewaking integer gedrag. Medewerkers moeten zich ervan bewust zijn wanneer er sprake is van tegenoverdracht.
* Gekeken moet worden naar de groepsdynamica.
* Leg de focus op wat goed gaat en niet alleen op moeilijkheden.
* Casusbesprekingen houden.
* Structureel bewonersoverleg voeren onder leiding van verpleegkundige of psycholoog over het gedrag van de cliënt en elementen van intervisie.
* Inzetten van ondersteuning door consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV) van de GGZ.
* Met name ook de medewerkers in de avonduren in het begin extra ondersteuning bieden, bijvoorbeeld om informatie te geven over de medicatie.
* Video interventie in de ouderenzorg (VIO) kan ingezet worden om zorgmomenten vast te leggen en daarvan te leren, met name van wat goed ging.

**Medewerkers en de doelgroep gerontopsychiatie**

Tijdens het overleg wordt er diverse malen gesproken over de medewerkers die met de nieuwe doelgroep gerontopsychiatrie werken/gaan werken. Het meest belangrijk is dat de medewerker affiniteit met de doelgroep moet hebben. Verder komt het volgende naar voren:

In het algemeen wordt gesteld dat de persoonlijkheid van de medewerker belangrijker is dan de opleiding. Ondanks dat de huidige medewerkers van Topaz Overduin er bewust voor hebben gekozen om in de ouderenzorg te werken, kunnen sommigen van hen zonder problemen omgaan met psychiatrische cliënten. Scholing is natuurlijk wel nodig.

Onwetendheid over de nieuwe doelgroep gerontopsychiatrie zorgt voor angst voor deze cliënten en weerzin om op een afdeling met deze doelgroep te werken.

Wat kan de organisatie bieden om deze angst weg te nemen?

Genoemd worden:

* het ‘meelopen’ bij de GGZ, want zonder kennis over de nieuwe doelgroep kan een medewerker geen goede keus maken.
* het voor opname al kennismaken met de nieuwe cliënten;
* duidelijke overdracht (Bijvoorbeeld: in de overdracht staat dat een cliënt ‘geen aansteker in bezit mag hebben’. Zonder nadere uitleg kan de lezer suggereren dat de cliënt van plan is het gebouw in brand te steken.);
* goede informatie door de organisatie aan medewerkers over de nieuwe doelgroep. Dit kan de beeldvorming in goede zin beïnvloeden.

**Rondvraag**

Hiervan wordt geen gebruik gemaakt.

**Sluiting en Samenvatting**

De aanwezigen vonden het erg prettig om met elkaar te brainstormen. Zij worden bedankt voor aanwezigheid en inbreng.

In het kort worden de opmerkingen op een rijtje gezet:

|  |
| --- |
| Kennis: |
| * Verslavingsproblematiek
* Ziektebeelden (borderline)
* Gedragsproblemen die de ziekte met zich meebrengt
* Comorbiditeit
* Psychofarmaca: effecten en bijwerkingen & weigeren ervan
* Groepsdynamica
 |

|  |
| --- |
| Hoe: |
| * Meelopen in/bij GGZ (zodat medewerker ook kan kiezen of hij/zij dat wil
* Voor opname al kennismaken
* Focus op wat goed gaat en niet alleen op moeilijkheden
* Casusbesprekingen
* Scholing – informatie brengen
* Structureel bewonersoverleg (met psycholoog of verpleegkundige): gedrag cliënt & elementen van intervisie
* Inzet/ondersteuning aanwezigen in avond.
* VIO
 |

|  |
| --- |
| Vaardigheden: |
| * Leren van belang van eenduidige uitvoering van benaderingsadvies
* Maken van signaleringsplan (zo concreet mogelijk) & uitvoering hiervan
* Herkennen van je eigen gedrag/houding & mogelijke uitwerking daarvan op de ander
* Kijken naar de cliënt vanuit hun mogelijkheden / duidelijkheid geven / grenzen stellen & hoe doe je dat op een ‘leuke’ manier
* Bewustzijn wanneer je in tegenoverdracht gaat/schiet
* Hoe schakel je in omgang tussen cliënten
* Met cliënt overleggen (in tegenstelling tot PG)
 |

|  |
| --- |
| Medewerkers: |
| * Belangrijkst: affiniteit
* Competenties medewerkers
* Meeste medewerkers gekozen voor ouderenzorg
 |

**Bijlage 6 Verslag werkbezoek zorgorganisatie ‘de Waalboog’**

Op 20 januari zijn een aantal medewerkers van Topaz op werkbezoek geweest bij zorgorganisatie de Waalboog. De Waalboog is één van de grote Nijmeegse zorgorganisaties. Zij bieden zorg-, woon- en welzijnsfaciliteiten aan ouderen bij wie de lichamelijke of geestelijke mogelijkheden achteruit gaan en aan jonge mensen met dementie. De Waalboog kent in Nijmegen zes locaties. Eén van de locaties is Specialistisch Zorg- en Behandelcentrum Joachim en Anna. Deze locatie heeft twee afdelingen die zorg en behandeling bieden aan 36 ouderen met psychische stoornissen (gerontopsychiatrie).

Er vond eerst een uitwisseling plaats met het expertteam Gerontopsychiatrie. Vanuit dit team waren aanwezig de specialist ouderenzorg/promotieonderzoeker gerontopsychiatrie, een GZ-psycholoog, twee EVV’ers (Eerste Verantwoordelijke Verzorgende) en de programmaleider Specialistische zorg en behandelcentrum.

Daarna volgde een rondleiding op de afdelingen gerontopsychiatrie onder leiding van de zorgmanager.

Als laatste vond er een uitwisseling plaats met de manager Bestuursbureau en de manager PO&O vanuit het kenniscentrum/opleiding.

Vanuit Topaz waren aanwezig een psycholoog, een specialist ouderenzorg, drie EVV’ers, twee verpleegkundigen, een teammanager, een gebiedsmanager, de manager kenniscentrum en een kwaliteitsmedewerker.

Er heeft uitwisseling plaats gevonden van vele onderwerpen. Hieronder volgen de belangrijkste bevindingen op het gebied van scholing aan zorgmedewerkers die werkzaam zijn op de afdelingen waar cliënten wonen met gerontopsychiatrie.

* Scholing over psychiatrische ziektebeelden en benaderingswijzen vindt cyclisch plaats. Deze training van twee dagdelen wordt ingekocht bij het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP).
* Vanuit de Waalboogacademie worden diverse scholingen georganiseerd zoals de basiscursus ‘Omgang met grensoverschrijdend gedrag’. In deze verplichte training leren de medewerkers vaardigheden om fysieke agressie te kunnen hanteren.
* Om de opgedane kennis en vaardigheden te borgen vindt er structureel omgangsoverleg plaats door de psycholoog, naar behoefte klinische lessen en vindt er ‘coaching on the job’ plaats door de verpleegkundige.
* Het plaatsvinden van intervisie wordt als belangrijk gezien maar dit moet nog worden opgezet.
* Pro Persona (GGZ) / Maria Mackenzie, Ouderenpsychiatrie is een belangrijke samenwerkingspartner. Op dit moment ondergaat Pro Persona allerlei veranderingen. Dit heeft tot gevolg dat er nieuwe samenwerkingsafspraken moeten worden gemaakt.