

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Effectieve gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen

Monia Vereecken
Dr. Inge Neyens
Valérie Carrette

Prof. dr. Bea Maes
Prof. dr. Anja Declercq
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2016/11
SWVG-Rapport 54
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Effectieve gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Copromotor: Prof. dr. Bea Maes, prof. dr. Anja Declercq
Onderzoekers: Monia Vereecken, dr. Inge Neyens, Valérie Carrette
Met dank aan Bram Vermeulen voor de statistische verwerking van de gegevens.

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), LUCAS en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 54

Effectieve gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen

Onderzoeker: Monia Vereecken, dr. Inge Neyens, Valérie Carrette
Met dank aan Bram Vermeulen voor de statistische verwerking van de gegevens.

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Copromotor: Prof. dr. Bea Maes, prof. dr. Anja Declercq

Samenvatting

De vermaatschappelijking van de zorg is een belangrijke evolutie, ook in Vlaanderen. Hierbij wordt geprobeerd om mensen met beperkingen, chronische zieken, kwetsbare ouderen, mensen in armoede, etc. een eigen, zinvolle rol in de samenleving te laten opnemen. Deze beweging werd reeds op verschillende manieren gestimuleerd vanuit het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Echter, in de huidige organisatie en financiering van de gezondheids- en welzijnszorg, is dit erg gefragmenteerd op basis van doelgroep, sector, levensbeschouwing, bevoegdheidsniveau, type aanbieder en professionele discipline. In dit onderzoek gaan we op zoek naar de gemeenschappelijke, evidence-based aspecten binnen deze verschillende aftakkingen. We gaan na hoe de zorg in de thuisituatie voor kwetsbare groepen in Vlaanderen geoptimaliseerd kan worden.

Hiervoor gaan we, aan de hand van een literatuurstudie, op zoek naar de generieke sleutelementen van programma's van effectieve gemeenschapsgerichte zorg uit verschillende sectoren, i.c. de ouderenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor personen met een verstandelijke beperking. Deze zoekactie resulteerde in 1104 artikels, waarvan er 18 werden geïncludeerd in dit onderzoek. Hierin stonden 14 sleutelementen beschreven in 6 effectieve programma's. Van deze 14 sleutelementen werden er 7 generiek gevonden in de drie sectoren: hulpverlening in de omgeving van de cliënt, een team-based werking, het voorkomen van drop-outs, kiezen in overleg, het uitwerken van een medicatiebeleid, betrokkenheid van de sociale omgeving van de cliënt en vaardigheidstraining. Aangezien de doelgroepen personen met een verstandelijke beperking en ouderen met een dementie ondervraagd waren in de eerste fase van het literatuuronderzoek, deden we een aanvullende literatuurstudie. Hierin werd de selectie van de zeven generieke sleutelementen bevestigd.

Vervolgens gingen we bij 30 Vlaamse thuiszorginitiatieven na in hoeverre de zeven generieke sleutelementen in hun dagdagelijkse werking aanwezig zijn. Dit deden we aan de hand van een audit, die bestond uit een groepsinterview en observaties tijdens een huisbezoek en/of een teamvergadering, waar mogelijk. Uit deze resultaten kunnen we twee conclusies trekken. De eerste conclusie luidt dat alle deelnemende thuiszorginitiatieven een matige tot een zeer goede score behalen. Zij hebben reeds sleutelementen van effectieve gemeenschapsgerichte zorg geïmplementeerd in hun werking. De tweede conclusie gaat over de mate waarin de verschillende sleutelementen geïmplementeerd zijn. Drie sleutelementen zijn reeds goed geïmplementeerd, nl. 'drop-out beperken', 'het betrekken van de sociale

omgeving' en 'vaardigheidstraining'. Eén sleutelement is matig geïmplementeerd, nl. een werking die 'team-based' georganiseerd is. De overige drie sleutelementen, 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt', 'kiezen in overleg' en 'het uitwerken van een 'medicatiebeleid', zijn het zwakst geïmplementeerd. Zij worden weerhouden voor de volgende fase van dit onderzoek.

In die volgende fase wordt een interventie ontwikkeld en geëvalueerd op haalbaarheid, die de (verdere) implementatie van de drie zwakst geïmplementeerde sleutelementen stimuleert bij de thuiszorginitiatieven die hebben deelgenomen aan de audit. De interventie bestaat uit drie onderdelen: de studiedag, het uitwerken van een implementatieplan en de terugkomdag. Hierbij staan kennisoverdracht, reflectie over de implementatie binnen hun team en het faciliteren van onderlinge kennisuitwisseling tussen de deelnemers uit de verschillende sectoren centraal, en dit voor alle drie de sleutelementen 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt', 'kiezen in overleg' en 'medicatiebeleid'.

Deze sleutelementen werden in een vragenlijst vertaald naar 20 actiepunten. Op microniveau peilden we naar deze actiepunten op vier domeinen: het *belang* dat wordt toegekend per actiepunt, de mate waarin de respondent zich competent voelt om dit actiepunt uit te voeren (*eigen effectiviteit*), hoe vaak dit actiepunt werd uitgevoerd (*realisatie*), en hoe vaak de respondent dit actiepunt plant uit te voeren (*intentie*). Deze vragenlijst werd op drie verschillende meetmomenten ingevuld. Zo verkregen we een beeld van de evolutie van deze domeinen voor de verschillende actiepunten en werden er discrepanties berekend. We stelden vast dat personen die hebben deelgenomen aan het volledige traject (studiedag, het uitwerken van het implementatieplan en de terugkomdag) meer belang hechtten aan de actiepunten, en dat hun intentie tot het verwezenlijken van de actiepunten toenam. De respondenten vertonen nauwelijks discrepanties tussen de domeinen 'belang' en 'eigen effectiviteit', waaruit we kunnen afleiden dat er weinig tot geen behoefte is aan vorming en opleiding bij de deelnemers. De grootste discrepanties stelden we vast tussen de domeinen 'belang' en 'realisatie', en dan vooral bij de sleutelementen 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt' en 'medicatiebeleid'. Doorheen het traject neemt het totale aantal discrepanties tussen deze domeinen sterk af. Nader onderzoek van de resultaten leerde ons dat dit het gevolg is van een verbeterde realisatie. De discrepanties tussen de domeinen 'intentie' en 'realisatie' nemen toe aan het einde van de opleidingsdag t.o.v. ervoor, waaruit we kunnen concluderen dat het mogelijk is om respondenten te prikkelen om aan de slag te gaan rond de sleutelementen.

Daarnaast werd de audit opnieuw afgenomen bij 27 van de 30 thuiszorginitiatieven. De resultaten op deze tweede audit werden vergeleken met de resultaten op de eerste audit. Hieruit kunnen we afleiden dat het merendeel van de thuiszorginitiatieven een betere score behaalde op de tweede audit: de mediaan steeg met 14%, het gemiddelde met 9%. Thuiszorginitiatieven die vertegenwoordigd waren op de studiedag gaan er significant met een grotere sprong op vooruit dan initiatieven die niet vertegenwoordigd waren. Zij verbeterden hun score met gemiddeld 12%, waar dat bij initiatieven die niet vertegenwoordigd waren op de studiedag 5% is. Er werden significante verbeteringen vastgesteld voor de sleutelementen 'kiezen in overleg', 'medicatiebeleid', 'betrokkenheid van de sociale omgeving' en training van de 'praktische vaardigheden'. Enkel de eerste twee kwamen aan bod tijdens de interventie. De significante verbetering op deze laatste twee sleutelementen kan te wijten zijn aan het feit dat die initiatieven die hebben deelgenomen aan dit onderzoek gegroeid zijn doorheen de tijd enerzijds, en aan het feit dat deze sleutelementen onlosmakelijk verbonden zijn met sleutelementen die wel aan bod zijn gekomen op de studiedag anderzijds.

Naast de vaststellingen op basis van de resultaten op de vragenlijst en de audits, kwamen doorheen dit proces een aantal kwalitatieve bevindingen naar boven die eveneens van belang zijn. Een eerste hiervan

is dat er meer zal moeten worden ingezet op de samenwerking tussen organisaties en diensten. Een belangrijke spilfiguur in deze samenwerking is de huisarts, maar ook andere zelfstandigen zoals bv. een kinesist of een apotheker kunnen hierin bijdragen. Daarnaast dienen ook reguliere diensten (bv. OCMW, huisvestingsdiensten, VDAB, politie, ...) beter betrokken te worden, net als de mantelzorgers en vrijwilligers. Om gemeenschapsgerichte zorg waar te kunnen maken, moet ook de maatschappij klaargemaakt worden op het leven en functioneren van kwetsbare personen in de samenleving. Hierbij moet enerzijds aandacht geschonken worden aan de sociale aspecten, zodat alle burgers ervoor openstaan om onbevooroordeeld naast en met elkaar te leven. Anderzijds moeten ook fysieke aspecten ingevuld worden: zo moeten er maatregelen getroffen worden om de rol van een volwaardig burger uit te kunnen oefenen, ook als kwetsbare persoon. Zo moeten zij toegang hebben tot een betaalbare woning, en moet er extra aandacht uitgaan naar hun mobiliteit. Een regionale aanpak kan beter beantwoorden aan de noden die in een bepaalde regio heersen. Tenslotte dient de zelfsturing van de cliënt optimaal benut te worden, hoewel begeleiding op maat aangewezen is.

Op basis van deze studie kwamen we tot de volgende aanbevelingen:

1. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën wat betreft het omgaan met doelgroepen met meerdere problematieken;
2. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën op het vlak van leren;
3. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën op het vlak van organiseren;
4. Naast de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners uit thuiszorgsectoren, is het faciliteren van de samenwerking met anderen binnen het gehele netwerk van de cliënt een meerwaarde;
5. Nood aan een sterke ondersteuning van samenwerkingen;
6. Implementatieonderzoek in een grotere steekproef.

Inhoud

Inleiding	11
1 De vermaatschappelijking van de zorg	11
2 Intersectorale samenwerking	11
3 Effectieve programma's van gemeenschapsgerichte zorg	12
4 Doel van dit onderzoek	12
Leeswijzer	13
Hoofdstuk 1 Literatuurstudie	15
1 Inleiding	15
2 Methode van de literatuurstudie	15
2.1 Zoeken naar relevante literatuur	15
2.2 Selectieprocedure	16
2.3 Data-analyse	18
3 Resultaten	19
3.1 Effectieve gemeenschapsgerichte programma's	19
3.2 Sleutelementen van de weerhouden effectieve gemeenschapsgerichte programma's	20
3.3 Niet-generieke, semi-generieke en generieke sleutelementen van de weerhouden effectieve gemeenschapsgerichte programma's	24
4 Aanvullende literatuurstudie	24
5 Conclusie	25
Hoofdstuk 2 Sterkte-zwakte analyse bij 30 Vlaamse thuiszorginitiatieven	27
1 Inleiding	27
2 Methode van de audit	27
2.1 Selectie en inclusie van thuiszorginitiatieven	27
2.2 De audit als instrument	30
2.3 Analyse	31
3 Resultaten van de audit	31
3.1 Per deelnemend thuiszorginitiatief	31
3.2 Per sector	33
3.3 Per sleutelement	33
3.4 Weerhouden sleutelementen	34
4 Conclusie	35

Hoofdstuk 3	Interventie: omschrijving van de methode	37
1	Inleiding	37
2	De onderdelen van de interventie	38
2.1	De studiedag	38
2.2	Het uitwerken van een implementatieplan	38
2.3	De terugkomdag	39
3	Beschrijving van de deelnemers	39
3.1	De studiedag	39
3.2	De terugkomdag	40
4	Metingen	40
4.1	Audit	40
4.2	Vragenlijst	40
Hoofdstuk 4	Interventie met betrekking tot kiezen in overleg	41
1	Inleiding	41
2	Doel van de interventie	41
3	Workshop ‘kiezen in overleg’ tijdens de studiedag	41
3.1	Opzet van de workshop	42
3.2	Interacties tijdens de workshop	45
4	Uitwerking implementatieplan	48
4.1	Evaluatieformulier	48
4.2	Implementatieformulier	48
5	Terugkomdag	49
6	Conclusie	50
Hoofdstuk 5	Interventie met betrekking tot het medicatiebeleid	51
1	Inleiding	51
2	Doel van de interventie	51
3	Workshop ‘medicatiebeleid’ tijdens de studiedag	51
3.1	Opzet van de workshop	52
3.2	Interacties tijdens de workshop	55
4	Uitwerking implementatieplan	58
4.1	Evaluatieformulier	58
4.2	Implementatieformulier	58
5	Terugkomdag	59
6	Conclusie	60

Hoofdstuk 6	Interventie met betrekking tot de hulpverlening in de omgeving van de cliënt	61
1	Inleiding	61
2	Doel van de interventie	61
3	Workshop ‘hulpverlening in de omgeving van de cliënt’ tijdens de studiedag	61
	3.1 Opzet van de workshop	61
	3.2 Interacties tijdens de workshop	64
4	Uitwerking implementatieplan	66
	4.1 Evaluatieformulier	66
	4.2 Implementatieformulier	67
5	Terugkomdag	68
6	Conclusie	70
Hoofdstuk 7	Resultaten van de audits en de vragenlijsten	71
1	Inleiding	71
2	De audit	71
	2.1 Beschrijving van de audit	71
	2.2 Meetmomenten van de audit	71
	2.3 Analyse van de data met betrekking tot de audit	71
	2.4 Resultaten op de audit	72
	2.5 Bespreking van de resultaten uit de audit	75
3	De vragenlijst	76
	3.1 Beschrijving van de vragenlijst	76
	3.2 Meetmomenten van de vragenlijst	77
	3.3 Analyse van de data met betrekking tot de vragenlijst	77
	3.4 Resultaten met betrekking tot de vragenlijst	78
	3.5 Bespreking van de resultaten op uit de vragenlijst	82
Hoofdstuk 8	Kwalitatieve bevindingen	85
1	Inleiding	85
2	Methode	85
3	Resultaten	85
	3.1 Bevindingen verbonden aan het proces van het onderzoek	85
	3.2 Bevindingen bij de afname van de tweede audit	87
Hoofdstuk 9	Conclusie	95
Hoofdstuk 10	Aanbevelingen	99
Referenties		103
Bijlagen		105

Lijst Tabellen

Tabel 1	Overzicht van de programma's en hun sleutelementen	21
Tabel 2	Resultaten	32
Tabel 3	Resultaten per sector	33
Tabel 4	Frequenties score 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt'	34
Tabel 5	Frequentietabel scores 'SDM: betrokkenheid'	34
Tabel 6	Frequentietabel scores 'SDM: kopie behandelplan'	35
Tabel 7	Frequentietabel scores 'medicatiebeleid'	35
Tabel 8	Resultaten op de audit in 2013 en in 2015	73
Tabel 9	Gepaarde T-toets per sleutelement	75
Tabel 10	Gemiddelde scores op T0 voor overkoepelende maat van belang, eigen-effectiviteit, realisatie en intentie	78
Tabel 11	Significantietesten voor verschillen binnen respondenten tussen gemiddelde scores op T0, T1 en T2 voor overkoepelende maat van belang, eigen-effectiviteit, realisatie en intentie	79
Tabel 12	Discrepancies per item, in aantal en aandeel, op T0 (volledige steekproef)	80
Tabel 13	Discrepancies per item, in aantal en aandeel, op T0, T1 en T2 (enkel complete cases)	82

Lijst Figuren

Figuur 1	Selectieprocedure literatuur	18
Figuur 2	Evolutie van de scores	74
Figuur 3	Overzicht van de evolutie van het aantal discrepanties op de verschillende domeinen.	81

Inleiding

1 De vermaatschappelijking van de zorg

De vermaatschappelijking van de zorg is een begrip dat naar Vlaanderen is overgewaaid vanuit Nederland. Daar werd het gebruikt in het kader van de evolutie naar een geestelijke gezondheidszorg in de samenleving. Vandaag in Vlaanderen, omvat het begrip meer dan dat: vermaatschappelijking staat voor de hele evolutie die welzijn en zorg inspireert (Decruynaere, 2013).

De strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, omschrijft vermaatschappelijking van de zorg als volgt:

“Verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen (van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard), chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer deïstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg.” (SAR WGG, 2015)

Het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin geeft aan de voorbije jaren vanuit het beleid sterk ingezet te hebben op die beweging. De vermaatschappelijking van de zorg is niet beperkt tot enkel de welzijns- en gezondheidssectoren. Ook andere domeinen zoals economie, wonen, onderwijs, justitie, ruimtelijke ordening enz. zijn betrokken in de maatschappelijke veranderingen. Het draait allemaal rond inclusie. Zo moeten kwetsbare mensen de kans krijgen optimaal te kunnen participeren in de maatschappij. Hierbij staan een goede huisvesting en werk centraal. Daarnaast moet ook worden stilgestaan bij de partner, de familieleden en de mantelzorgers. Ook zij hebben nood aan ondersteuning en het gevoel dat ze gewaardeerd worden (Decruynaere, 2013).

2 Intersectorale samenwerking

Het aantal personen dat in de toekomst nood zal hebben aan langdurige zorg en ondersteuning, neemt toe. Het is een grote uitdaging voor het beleid en voor de samenleving om hierop een antwoord te bieden. Hierbij zullen kleine veranderingen ontoereikend zijn, een fundamentele hervorming is noodzakelijk (Zorgnet Vlaanderen, 2014).

De huidige organisatie en de financiering van de gezondheids- en welzijnszorg is zeer gefragmenteerd. De indeling gebeurt op basis van doelgroep, sector, levensbeschouwing, bevoegdheidsniveau, type aanbieder en professionele disciplines. Dit heeft als gevolg dat er een zeer complex aanbod bestaat (SAR WGG, 2015).

De zesde staatshervorming biedt Vlaanderen heel wat kansen om een omslag te realiseren in de organisatie van gezondheid en welzijn. Eén van de aspecten binnen deze omslag is de transformatie van een aanbodgestuurde en gefragmenteerde zorg naar een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg. Om dit

te kunnen realiseren zal een intensieve samenwerking tussen de zorg- en welzijnsactoren tot stand moeten komen. Alleen op die manier zal er ingespeeld kunnen worden op de toenemende complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvragen (bron zorgnetwerk).

3 Effectieve programma's van gemeenschapsgerichte zorg

Naar aanleiding van de vermaatschappelijking van de zorg wordt wereldwijd steeds meer onderzoek gedaan naar effectieve gemeenschapsgerichte zorgbenaderingen. De meest beschreven benadering in de literatuur is Assertive Community Treatment (ACT). ACT biedt een multidisciplinaire behandeling aan de meest problematische personen met ernstige psychiatrische stoornissen, in de eigen leefomgeving van de persoon. Een Cochrane review besluit dat ACT een klinisch effectieve benadering is bij het bieden van een dergelijke zorg bij personen met een ernstige psychiatrische aandoening. Bij toepassing van ACT bij de juiste doelgroep, kunnen de kosten fundamenteel teruggeschoefd worden, terwijl de outcomes en de patiëntentevredenheid verbeteren (Marshall & Lockwood, 2000).

Inmiddels wordt deze benadering ook succesvol toegepast bij personen met een verstandelijke beperking (Martin et al., 2005; Prakash, Andrews, & Porter, 2007; Prakash et al., 2007; Hemmings, 2008; McKenzie & Paterson, 2010). In België werd deze ACT- of een andere effectieve benadering in brede zin nog niet geïmplementeerd, noch binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), noch bij andere potentiële populaties.

4 Doel van dit onderzoek

Dit onderzoek heeft als doel na te gaan hoe de kwaliteit van de zorg in de thuissituatie voor kwetsbare groepen in Vlaanderen geoptimaliseerd kan worden. Hiertoe worden 3 subdoelen opgesteld: (1) Welke generieke sleutelementen van evidence-based praktijken in de gemeenschapsgerichte zorg zijn al geïmplementeerd door teams die zorg leveren aan huis in Vlaanderen en welke zijn nog niet geïmplementeerd? (2) Is het haalbaar om bepaalde generieke sleutelementen van effectieve praktijken sterker te implementeren in Vlaamse teams die zorg leveren aan huis aan personen met een psychische stoornis, met een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen¹? (3) Wat is het resultaat van de implementatie van bepaalde generieke sleutelementen in die sectoren op individueel (hulpverleners/projectleiders) en organisationeel (thuiszorginitiatief) niveau?

¹ De kwetsbare groepen die in dit onderzoek betrokken worden, behoren tot de groep van personen met een psychiatrische aandoening, een verstandelijke beperking en ouderen met dementie. In analogie hiermee spreken we in dit rapport over resp. de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg.

Leeswijzer

In deze pilootstudie gaan we op zoek naar de generieke sleutelementen van effectieve gemeenschapsgerichte zorg. Hiertoe doorlopen we verschillende fases.

In de eerste fase, die in juni 2012 van start ging, gaan we via een literatuuronderzoek na wat de generieke sleutelementen zijn van effectieve gemeenschapsgerichte zorg bij personen met een psychische stoornis, met een verstandelijke beperking en ouderen met een dementie. Hoe dit werd uitgevoerd en wat de resultaten hiervan waren, vindt u terug in hoofdstuk 1.

De sleutelementen die werden geïdentificeerd in de literatuurstudie, werden verwerkt in een auditinstrument. Met behulp van dit instrument gingen we in de zomer van 2013 van start met de tweede fase van dit onderzoek: het afnemen van de eerste audit. Deze audit had een dubbele functie: enerzijds werden de resultaten gebruikt als basis voor de ontwikkeling van de interventie, anderzijds als nulmeting voor de evaluatie van de interventie. In deze fase is enkel de eerste functie relevant. De resultaten van deze dataverzameling vindt u in hoofdstuk 2.

In de derde fase wordt een interventie ontwikkeld op basis van de resultaten van de eerste audit. Deze interventie ging van start in februari 2015. De methode van de interventie wordt beschreven in hoofdstuk 3 van dit rapport, en de verdere uitwerking ervan in de hoofdstukken 4, 5 en 6.

Deze interventie wordt op 2 manieren geëvalueerd in de vierde fase van het onderzoek, zoals we beschrijven in hoofdstuk 7: (1) op het individuele niveau (hulpverlener/projectleider) aan de hand van een vragenlijst, die op 3 verschillende meetmomenten werd voorgelegd aan de deelnemers van de interventie (net voor de studiedag, vlak erna en een follow up meting na één maand); en (2) op het organisationele niveau (thuiszorginitiatief) door de afname van de audit vóór de interventie (cf. fase 2) en opnieuw erna in de zomer van 2015.

Naast de resultaten die voortkwamen uit deze metingen zijn er ook een aantal andere, kwalitatieve bevindingen naar voren gekomen. Deze worden voorgesteld in hoofdstuk 8 van dit rapport. Tenslotte worden een conclusie en aanbevelingen geformuleerd in hoofdstuk 9.

Hoofdstuk 1

Literatuurstudie

1 Inleiding

Deze literatuurstudie biedt een overzicht van evidence-based praktijken (ACT, FACT, Quarts, etc...) binnen de zorg in de thuissituatie. Vaak worden deze praktijken toegepast in de sector van de geestelijke gezondheid. Vermoedelijk zijn ze echter ook toepasbaar bij andere doelgroepen dan personen met een psychiatrische aandoening, zoals personen met een verstandelijke beperking en ouderen met dementie. Het doel van deze literatuurstudie is om gemeenschappelijke sleutelementen van de verschillende benaderingen ten aanzien van verschillende doelgroepen te identificeren en dit aan de hand van een systematische aanpak.

Dit literatuuronderzoek gaat met andere woorden na welke de generieke sleutelementen zijn uit de programma's van effectieve gemeenschapsgerichte zorg uit verschillende sectoren. Hiertoe werden volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- Welke gemeenschapsgerichte programma's zijn effectief?
- Wat zijn de sleutelementen van deze programma's:
 - o bij personen met dementie?
 - o bij personen met een psychische stoornis?
 - o bij personen met een verstandelijke beperking?
- Welke sleutelementen zijn generiek?

Om de onderzoeksvragen van deze literatuurstudie af te bakenen werd gebruik gemaakt van de PICO-methode. De **populatie** (P) die we wensen te betrekken in dit onderzoek zijn personen met een chronische problematiek, meer bepaald personen met een psychische stoornis, met een verstandelijke beperking en ouderen met dementie. De **interventies** (I) die we wensen te onderzoeken zijn duidelijk omschreven gemeenschapsgerichte, multidisciplinaire interventies. Deze moeten worden vergeleken (**comparison**, C) met andere gemeenschapsgerichte interventies of de standaardzorg. **Outcomes** (O) die van belang zijn, zijn het effect van de interventie, de kwaliteit van leven en de duur van de hospitalisatie.

2 Methode van de literatuurstudie

In dit gedeelte omschrijven we de manier waarop we zochten naar relevante literatuur, de selectieprocedure met inclusie- en exclusiecriteria en de analyse van de gevonden literatuur.

2.1 Zoeken naar relevante literatuur

Er werd een zoekactie uitgevoerd in vier databanken: MEDLINE, Embase, The Cochrane Library en ISI Web of Knowledge. Er werden een aantal zoektermen geselecteerd, bij voorkeur MeSH-termen², die

² MeSH: Medical Subject Headings. Volgens een gestructureerd trefwoordensysteem worden trefwoorden toegekend aan referenties. Hierdoor kunnen ook artikels worden teruggevonden waarbij de letterlijke zoekterm(en)

verband houden met 'gemeenschapsgerichte zorg'. De MeSH termen zijn te herkennen aan de asterisk (*): 'outreach', 'community health centers', 'community health services', 'home care services', 'community health nursing', 'community team', 'community center', 'community centre', 'community treatment', 'community-based care' en 'community-based treatment'. Deze termen werden telkens gecombineerd met een term die verwijst naar één van de drie populaties die we wensen te betrekken in dit onderzoek: 'mental disorders', 'dementia' en 'intellectual disability'.

2.2 Selectieprocedure

De zoekacties werden beperkt tot randomised controlled trials gepubliceerd in het Engels, Nederlands, Frans of Duits tussen 1 januari 1997 en 31 december 2013.

Nadat de studies werden ingevoerd in Reference Manager 12 werden de dubbele artikels verwijderd.

2.2.1 Selectiecriteria

De onderzoeker stelde in samenspraak met de promotor en 3 copromotoren van dit onderzoek inclusie- en exclusiecriteria op.

Criteria om een artikel te **includeren** zijn dat het gaat om een *multidisciplinaire interventie* waarbij de *outcomes gericht zijn op zorg in de gemeenschap*, aansluitend bij het topic van dit onderzoek. Het dient te gaan over *volwassenen* met een *chronische problematiek* die in *aanmerking komen voor institutionalisering*, gezien dit onderzoek kadert binnen de vermaatschappelijking van de zorg. Omdat programma's die werden beschreven in een *ontwikkeld land* een hogere relevantie hebben voor Vlaanderen, werden enkel deze weerhouden.

Artikels werden **geëxcludeerd** wanneer ze focussen op *verslavingsproblematieken*, zoals verslavingen aan tabak, alcohol, medicatie, soft en hard drugs. De programma's die hiervoor worden gebruikt zijn te specifiek van aard om te kunnen spreken van gemeenschapsgerichte, multidisciplinaire interventies. Omwille van diezelfde reden werden ook programma's met enkel *preventieve doelen* en programma's die een *specifieke therapie* wensen te implementeren (bv. cognitieve gedragstherapie, gestalt therapie, etc.) achterwege gelaten. Aangezien het in dit onderzoek draait om de personen met een psychische stoornis, een verstandelijke beperking en ouderen met dementie, werden ook de programma's die zich louter richten op *hulpverleners* niet meegenomen in dit onderzoek.

Tenslotte selecteren we op basis van deze criteria de artikels die geïncludeerd worden in dit literatuuronderzoek.

Op basis van bovenstaande inclusie- en exclusiecriteria werden de eerste artikels geselecteerd na het doornemen van de titel en het abstract. Bij twijfel werd het betreffende artikel meegenomen naar de volgende fase, de full-text screening.

Tijdens de full-text screening werd het volledige artikel gelezen waarna het al dan niet werd geïncludeerd, eveneens op basis van bovenstaande inclusie- en exclusiecriteria. Indien het niet meteen duidelijk was of een artikel al dan niet behoort tot de beoogde selectie, werd in overleg met een tweede beoordelaar (i.e. de promotor van het onderzoek) beslist of het al dan niet werd meegenomen.

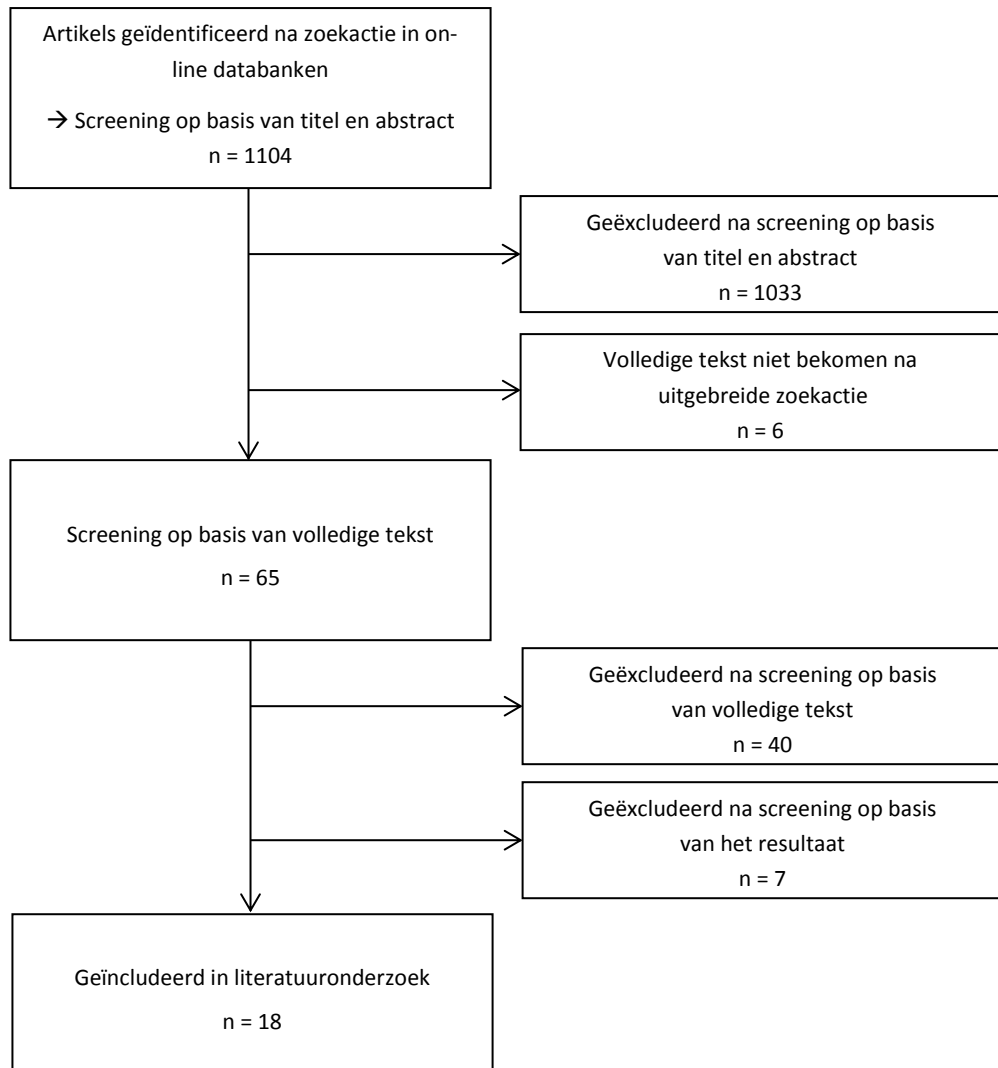
niet in de titel of het abstract worden gebruikt, hoewel het artikel er wel over gaat. Dit is enkel van toepassing in MEDLINE.

2.2.2 Resultaten van de selectie

De zoektocht in de verschillende databases leverde 1 104 verschillende artikels op (zie Figuur 1). Na de eerste screening, op basis van de titel en het abstract, werden 1 033 artikels geëxcludeerd. Redenen hiervoor waren dat het (1) een andere doelgroep betrof, bv. personen met AIDS of een vorm van kanker, (2) dat het geen RCT's waren, (3) dat het in een land uitgevoerd werd dat niet of nog in ontwikkeling was of (4) dat de interventie te specifiek bleek. Zes bijkomende artikels werden geëxcludeerd omdat de full text niet te vinden of te verkrijgen is, ondanks pogingen om de auteurs te contacteren.

Er bleven nog 65 artikels over die gescreend werden op de volledige tekst. Daar werden er nog eens 39 van geëxcludeerd, voornamelijk omdat de interventie te specifiek was, omdat het geen RCT's waren of omdat een andere doelgroep betrof.

Tenslotte bleven er 25 artikels over. Hiervan bleken 18 artikels evidentie te bieden voor de effectiviteit van de programma's: uit de resultaten van de RCT (gerandomiseerd onderzoek met controlegroep) blijkt dat het programma dat werd toegepast bij de interventiegroep effectiever is dan het programma dat er tegenover werd gesteld in de controlegroep. Enkel deze artikels werden geïncludeerd in dit onderzoek.



Figuur 1 Selectieprocedure literatuur

2.3 Data-analyse

Van elk gemeenschapsgericht programma dat effectiever bleek te zijn dan een ander, werden de sleutelementen opgelijst. Een sleutelement wordt als niet-generiek, semi-generiek en generiek beschouwd als het aanwezig is bij respectievelijk 0% tot 33%, 34 tot 66% en 67% tot 100% van de programma's.

Op basis van de geselecteerde artikels werd een overzicht bijgehouden van welke doelgroep betrokken was in het programma, het type van interventie en de soort van controlegroep, het soort outcome measures die gebruikt werden, de karakteristieken van de steekproef en de steekproefgrootte, en hoe lang de personen gevolgd werden.

Voorbeelden van vaak voorkomende uitkomstmaten zijn het aantal hospitalisatiedagen, de aanwezige symptomen, de frequentie van het gebruik van diensten uitgedrukt in uren of aantal contacten, en de mate van functioneren. Dit laatste wordt gemeten door observeerbare gegevens zoals bv. aantal dagen in een stabiele woonomgeving, aan de hand van de Global Assessment Functioning Scale, het Life Skills Program, de Modified Vocational Status Index, de Modified Location Code Index of een zelfbeoordelingsschaal.

3 Resultaten

Eerst omschrijven we de effectieve gemeenschapsgerichte programma's die uit onze zoekprocedure in de literatuur naar voren komen. Daarna bespreken we de sleutelementen van deze effectieve programma's en tot slot gaan we dieper in op de mate waarin we deze sleutelementen al dan niet als generiek kunnen beschouwen.

3.1 Effectieve gemeenschapsgerichte programma's

Er is 1 interventie die in de literatuur opvallend vaak besproken en onderzocht werd, nl. Assertive Community Treatment of ACT. Dit programma richt zich zowel op personen met een psychische stoornis als op personen met een verstandelijke beperking.

Andere geëvalueerde interventies werken volgens een bepaald idee of model, maar kennen in de praktijk verschillende toepassingsvormen. Bij personen met een psychische stoornis betreffen het community teams, self-help agencies in combinatie met een community team, integrated care en case management. Bij personen met een verstandelijke beperking wordt gemeenschapsgerichte zorg geëvalueerd ten opzichte van de zorg die gegeven wordt bij hospitalisatie. Bij personen met dementie wordt een methode met guidelines vergeleken met de standaardzorg.

3.1.1 Assertive Community Treatment

In 1973 ontstond het Assertive Community Treatment (ACT) model als alternatief voor hospitalisatie van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in een acute fase (Marx, Test, & Stein, 1973). In verschillende onderzoeken werd dit model effectief bevonden (Bond, McGrew, & Fekete, 1995; Burns & Santos, 1995; Drake & Burns, 1995; Olfson, 1990; Frisman et al., 2009; Kenny et al., 2004; Mowbray, Collins, Plum, Masterton, & Mulder, 1997; Esock, Frisman, & Kontos, 1998; Chandler & Spicer, 2002; Killaspy et al., 2006; McCrone et al., 2009; Ito et al., 2011). Het model werd verschillende keren gerepliceerd, waarvan niet alle vormen even getrouw waren aan het oorspronkelijke model. Zo werd het model bv. onderzocht bij cliënten waarbij de aandoening minder ernstig was dan oorspronkelijk beschreven (Weisbrod, Test, & Stein, 1980). Dit leidt tot verschillende resultaten in de literatuur, zowel op het vlak van effectiviteit, als op het vlak van efficiëntie van het programma.

3.1.2 Self-help agencies

Self-help agencies (SHA) zijn georganiseerd voor en door mensen met een psychiatrische aandoening. Deze organisaties worden geleid en uitgewerkt door de gebruikers zelf. Een SHA gaat uit van het principe dat individuen die organisatorisch betrokken en empowered worden ook meer controle zullen krijgen in hun eigen leven, wat hun herstel bevordert (Segal, Silverman, & Temkin, 2010).

3.1.3 Integrated care

Integrated care (IC) bestaat uit het op elkaar afstemmen van de verschillende diensten en organisaties die betrokken zijn in de hulp- en zorgverlening rondom de cliënt. Het is ontstaan als antwoord op de gefragmenteerde hulp- en zorgverlening, een erkend probleem in verschillende zorgsystemen (Malm, Ivarsson, Allebeck, & Falloon, 2003).

Integrated care kan op verschillende manieren uitgewerkt worden in de praktijk. De ene toepassing kan andere sleutelementen bevatten dan een andere toepassing. Hierdoor kan er een verschil zijn in de

aanwezigheid van de sleutelementen. In deze literatuurstudie baseren we ons echter enkel op het bovenvermelde artikel en de daarin aangehaalde sleutelementen.

3.1.4 Community multidisciplinary teams

Community multidisciplinary teams (CMDT) zijn teams die hulp verlenen aan personen met een psychiatrische aandoening in de samenleving. Zij werken nauw en geïntegreerd samen met andere diensten, gebruiken dezelfde patiëntendossiers, organiseren overleg op regelmatige tijdstippen en worden gecoördineerd door een teamleider (Tyrer et al., 1998).

3.1.5 Outreach teams

Een outreach team (OT) is een mobiel team dat personen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening begeleidt in de thuisomgeving van de cliënt. Dit kan thuis bij de ouders zijn, in een woonvoorziening voor personen met een verstandelijke beperking, in groepswoningen of in een andere woonomgeving (van, Hoogduin, & Broekman, 1997).

3.1.6 Dementia guideline-based disease management program

Het dementia guideline-based disease management program (DM) is een model dat is gebaseerd op de richtlijnen Dementie die werden ontwikkeld in de Verenigde Staten. Wetenschappelijk onderzoek wees uit dat werken volgens deze richtlijnen de symptomen van dementie kan verbeteren, waardoor opname van deze personen uitgesteld kan worden. Aangezien de getrouwheid aan deze richtlijnen eerder beperkt was in de praktijk, werd dit model ontwikkeld (Vickrey et al., 2006).

3.2 Sleutelementen van de weerhouden effectieve gemeenschapsgerichte programma's

De sleutelementen van de effectieve programma's en de aanwezigheid ervan, staan beschreven in Tabel 1. Elementen die expliciet vermeld worden, worden aangeduid met een vinkje v. Als uit de context en beschrijving blijkt dat dit sleutelement aanwezig is, echter zonder expliciete vermelding, noteren we een vinkje tussen haakjes (v). Hetzelfde gebeurt met een kruisje x wanneer expliciet wordt vermeld dat een sleutelement niet wordt opgenomen. Wanneer dit eerder uit de context blijkt, wordt het kruisje eveneens tussen haakjes gezet (x). Als er niets over het betreffende sleutelement terug te vinden is in het artikel, blijft de cel in de tabel leeg.

Tabel 1 Overzicht van de programma's en hun sleutelementen

	ACT	SHA	IC	CMDT	OT	DM	Aanwezigheid (%)
Hulpverlening in de omgeving vd cliënt	v	x	v	v	v	v	83
Assertieve hulpverlening	v	x	v	x		x	33
Team-based	v	(v)	v	v	v	v	100
Staff to patient ratio	Max. 1:10			± 1:25			Variabel
Drop-out beperken	v	v	v	v		v	83
Beschikbaarheid	24/24		(24/24)	9 tot 17			24/24: 33
Kiezen in overleg	v	v	v	(v)		v	83
Medicatiebeleid	v	v	v		v	v	83
Betrokkenheid van de sociale omgeving	v	v	(v)	(v)	v	(v)	100
Praktische steun	v	v				x	33
Vaardigheidstraining	v	v	v		v	v	83
Gedragstherapie					v		17
Onafhankelijke werking	v	x	v	v		x	50
Tewerkstelling	x	v	x	x		x	33

v: expliciete vermelding dat het sleutelement deel uitmaakt van de interventie; (v) impliciete vermelding dat het sleutelement deel uitmaakt van de interventie; x: expliciete vermelding dat het sleutelement geen deel uitmaakt van de interventie; (x): impliciete vermelding dat het sleutelement geen deel uitmaakt van de interventie

3.2.1 Hulpverlening in de omgeving van de cliënt

Door zorg in de natuurlijke omgeving van de cliënt te bieden wordt het mogelijk gemaakt om het dagelijks functioneren van de cliënt te gebruiken als uitgangspunt van de begeleiding. Er kan gestimuleerd en bijgestuurd worden waar nodig, zodat de persoon optimaal de kans krijgt om zijn rollen als volwaardig burger van de samenleving op te nemen.

3.2.2 Assertieve hulpverlening

Bij assertieve hulpverlening dringen de hulpverleners zich op bij cliënten die hulp nodig hebben, maar deze zelf niet kunnen, willen of durven vragen. Om te voorkomen dat cliënten zich afsluiten voor de

hulpverlening, is het belangrijk om dit in kleine stappen uit te voeren. Eén van de eerste stappen bestaat uit het winnen van het vertrouwen van de cliënt.

3.2.3 Team-based

Een team-based of een op teamwerk gebaseerde hulpverlening is voor zowel de cliënt als de hulpverlener van belang. Op het niveau van de cliënt zorgt dit voor continuïteit in de zorg, op het niveau van de hulpverlener voor een gedeelde verantwoordelijkheid.

3.2.4 Staff to patient ratio

De staff to patient ratio geeft weer hoeveel cliënten opgevolgd dienen te worden door één voltijds equivalent. Hoe hoger het aantal cliënten per voltijds equivalent, hoe minder ruimte er kan worden vrijgemaakt voor het opvangen van cliënten die tijdelijk een hogere zorgnood ervaren.

3.2.5 Drop-out beperken

In tegenstelling tot personen met eenmalige acute problemen, hebben mensen met blijvende beperkingen een blijvende zorgvraag. Hierdoor wordt de begeleiding zelden afgerond, tenzij de cliënt werd doorverwezen. De zwaarte van de zorgvraag kan echter schommelen doorheen de tijd. Om tijdig te kunnen inspelen op de zorgvraag is het belangrijk dat de hulpverlener in contact blijft met de cliënt, ook in de periodes waarin de zorgvraag minder aanwezig is.

3.2.6 Beschikbaarheid

Bij een aantal personen valt of staat hun verblijf in de thuissituatie bij de hulp die geboden kan worden buiten de kantooruren. Veelal komt dit op de schouders van de mantelzorgers terecht, maar dit is niet in alle situaties haalbaar, waardoor wordt overgegaan tot opname in een residentiële setting. Bovendien kunnen cliënten een crisis doormaken, waarin hun nood aan zorg-/hulpverlening toeneemt. Hoe vaker een dienst beschikbaar is, hoe vaker zal kunnen worden ingespeeld op deze noden.

3.2.7 Kiezen in overleg

Kiezen in overleg of shared decision making bestaat uit drie fasen. In de eerste fase worden de verschillende keuzemogelijkheden voorgesteld (choice talk), vervolgens worden alle opties besproken met alle voor- en nadelen (option talk) en tenslotte komen hulpverlener en cliënt tot een finale keuze (decision talk) (Elwyn et al., 2012). Op deze manier kunnen cliënten aangeven wat zij zelf belangrijk vinden, ze worden als het ware regisseur van hun zorg- of behandelplan.

3.2.8 Medicatiebeleid

De farmacologische behandeling dient bij deze populatie op een regelmatige en gestandaardiseerde basis geëvalueerd te worden. Hierbij moet gekeken worden of de voorgeschreven medicatie nog up-to-date is, moeten symptomen en neveneffecten voldoende gedocumenteerd en gemonitord worden, en moet de therapietrouw nauwlettend in de gaten worden gehouden. Bij dit laatste dient men rekening te houden met de mate van zelfstandigheid en autonomie van de cliënt.

3.2.9 Betrokkenheid van de sociale omgeving

Zorgen voor een ziek gezinslid is vaak een zware belasting, maar kent ook positieve aspecten. Om hier een evenwicht tussen te bewaren, is het noodzakelijk om ook familieleden en mantelzorgers van cliënten te begeleiden. Rekening houdend met de verhouding tussen draagkracht en draaglast dienen zij betrokken te worden als partner in de zorg. Professionele teams dienen een optimale samenwerkingsrelatie te beogen tussen de familie, de cliënt en het team zelf.

3.2.10 Praktische steun

Door cliënten hulp te bieden bij huishoudelijke activiteiten, zoals inkopen doen, koken, poetsen, de afwas doen en het uitwerken van een financieel plan, kan een hulpverlener het vertrouwen winnen van zijn cliënt. Op deze manier treedt de hulpverlener voorzichtig binnen in het leven van zijn cliënt. Door samen bezig te zijn, wordt het traditionele rollenpatroon van de zorg-/hulpverlener doorbroken, en kunnen op een minder formele manier onderwerpen aan bod komen die besproken dienen te worden in de behandeling/begeleiding. Hierdoor worden cliënten minder vaak afgeschrikt door hun zorg-/hulpverlener.

3.2.11 Vaardigheidstraining

Door het trainen van vaardigheden die aangepast zijn aan de dagbesteding en de interesses van de cliënt, wordt de zelfstandigheid vergroot. Het kan gaan om het trainen van reeds aanwezige vaardigheden, teneinde deze te behouden, maar ook om het trainen van reeds verloren of volledig nieuwe vaardigheden. Stapsgewijs en rekening houdend met de mogelijkheden en de interesses van de cliënt, kunnen zowel praktische als sociale vaardigheden ingeoefend worden.

3.2.12 Gedragstherapie

Bij gedragstherapie staat het menselijk gedrag in wisselwerking met omgevingsfactoren centraal. Door cliënten positieve ervaringen te laten opdoen in hun contacten met anderen, bij hen thuis, op het werk of elders, groeit hun zelfvertrouwen. Hierdoor zijn ze beter opgewassen om hun rol in de maatschappij op te nemen.

3.2.13 Onafhankelijke werking

Voor een aantal programma's uit de gemeenschapsgerichte zorg is het belangrijk om onafhankelijk van andere diensten en organisaties te kunnen functioneren. Op deze manier kunnen ze de zorg bieden die aangepast is aan hun cliënten, zonder rekening te moeten houden met externe, contraproductieve invloeden.

3.2.14 Tewerkstelling

Een belangrijk levensdomein in een menselijk leven is het verrichten van zinvolle arbeid. Door hier op in te spelen wordt de empowerment van de persoon gestimuleerd, wat het herstel bevordert. Hierbij is het van belang dat de cliënt een functie uitoefent die bij hem past, zowel wat betreft interesses als mogelijkheden.

3.3 Niet-generieke, semi-generieke en generieke sleutelementen van de weerhouden effectieve gemeenschapsgerichte programma's

Een sleutelement wordt als niet-generiek, semi-generiek en generiek beschouwd als het aanwezig is bij respectievelijk 0% tot 33%, 34 tot 66% en 67% tot 100% van de programma's. Uit Tabel 1 blijkt dat de sleutelementen als volgt ingedeeld kunnen worden:

- Niet generieke sleutelementen (0-33% aanwezigheid)
 - o Assertieve hulpverlening
 - o Staff to patient ratio (variabel)
 - o Beschikbaarheid (24/24u)
 - o Praktische steun
 - o Gedragstherapie
 - o Tewerkstelling
- Semi-generiek sleutelement (34-66% aanwezigheid)
 - o Onafhankelijke werking
- Generieke sleutelementen (67-100% aanwezigheid)
 - o Hulpverlening in de natuurlijke omgeving van de cliënt
 - o Team-based
 - o Drop-out beperken
 - o Kiezen in overleg
 - o Betrokkenheid van de sociale omgeving
 - o Medicatiebeleid
 - o Vaardigheidstraining

4 Aanvullende literatuurstudie

In de literatuurstudie worden sleutelementen van effectieve gemeenschapsgerichte zorg beschreven bij verschillende doelgroepen: personen met een psychische stoornis, personen met een verstandelijke beperking en ouderen met dementie. Echter, er is een onevenwicht waarneembaar: er werden meer RCT's beschreven bij personen met een psychische stoornis dan bij de andere twee groepen. Zo werden er 16 onderzoeken verricht bij personen met een psychiatrische aandoening, 1 bij personen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening en 1 bij ouderen met dementie.

Om hiervoor te compenseren werd er gezocht naar literatuur waarin gemeenschapsgerichte programma's beschreven staan binnen de twee ondervertegenwoordigde doelgroepen.

Een systematic review naar gemeenschapsgerichte programma's bij ouderen, onderscheidt drie modellen (Low, Yap, & Brodaty, 2011). Het eerste model dat hierin besproken wordt is case management (ook gekend als care management of case coordination). Hierbij gaan verschillende organisaties die zorg in de gemeenschap aanbieden, samenwerken rond een cliënt. Door communicatie en coördinatie omtrent o.a. assessment en planning wordt beter ingespeeld op de zorgvragen van de cliënt. Case management leidt tot een beter medicatiegebruik, een verhoogd gebruik van diensten en het beperken van opnames in een rust- en verzorgingstehuis.

Integrated care, een tweede model, wordt beschreven als een methode om connectiviteit, een gemeenschappelijke richting en een verhoogde samenwerking te bekomen binnen organisaties uit de zorg- en hulpverleningssector. Integrated care zorgt voor een verhoogd gebruik van diensten.

In het laatste model, consumer direct care, worden gebruikers gestimuleerd om meer bewuste keuzes te maken omtrent hun zorggebruik door hen meer bewust te maken van hun gezondheidsuitgaven. Hierdoor verhoogt, net zoals bij de twee andere modellen, eveneens het gebruik van diensten. Bovendien geven cliënten aan dat ze meer tevreden zijn over de hulp- en zorgverlening.

In deze modellen komen de zeven generieke sleutelementen die eerder beschreven staan aan bod. Hiermee wordt de relevantie van deze sleutelementen in de ouderenzorg bevestigd.

Hemmings e.a. ging na in welke mate het ACT-model inzetbaar is voor personen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis. Hij vroeg aan experts, professionals uit deze sector, om de sleutelementen van ACT te identificeren die nodig zijn in de behandeling of begeleiding van personen met een verstandelijke beperking. Ook in dit artikel werd de aanwezigheid van de zeven generieke sleutelementen bevestigd, wat ook de relevantie ervan bevestigt in de gehandicaptenzorg (Hemmings, Underwood, & Bouras, 2008).

5 Conclusie

In deze literatuurstudie gingen we op zoek naar gemeenschapsgerichte programma's die effectief bevonden zijn. We identificeerden zes programma's: assertive community treatment, self-help agencies, integrated care en community multidisciplinary teams bij personen met een psychische stoornis, outreach teams bij personen met een psychische stoornis en een verstandelijke beperking en een dementia guideline-based disease management program voor ouderen.

In deze programma's worden 14 sleutelementen beschreven, waarvan 7 als generiek worden beschouwd:

- De hulpverlening organiseren in de omgeving van de cliënt, waarbij het dagelijks functioneren van de cliënt als uitgangspunt gebruikt kan worden van de begeleiding.
- Een team-based werking die op het niveau van de cliënt zorgt voor continuïteit in de zorg, en op het niveau van de hulpverlener voor een gedeelde verantwoordelijkheid.
- Het voorkomen van drop-outs, door te allen tijde op de hoogte te zijn van de zorgnoden van de cliënt, zodat hier tijdig op ingespeeld kan worden.
- Het betrekken van de cliënt bij het opstellen van het zorg- of behandelplan.
- Een medicatiebeleid waarin op regelmatige basis het medicatiegebruik van de cliënten gescreend wordt.
- Het betrekken van familieleden en mantelzorgers als partner in de zorg voor de cliënt.
- Het trainen van praktische en sociale vaardigheden die aangepast zijn aan de dagbesteding en de interesses van de cliënt.

De zeven overige sleutelementen zijn semi- en niet-generiek bevonden:

- Een assertieve hulpverlening voor cliënten die hulp nodig hebben, maar deze zelf niet kunnen, willen of durven vragen.
- Een staff to patient ratio die aangeeft hoeveel cliënten opgevolgd dienen te worden door één voltijds equivalent.

- Als team zo vaak mogelijk beschikbaar zijn voor de cliënten.
- Praktische steun bieden in huishoudelijke activiteiten van de cliënt, met als doel zijn of haar vertrouwen te winnen.
- Het aanbieden van gedragstherapie, waardoor cliënten positieve ervaringen kunnen opdoen in hun contacten met anderen.
- Een onafhankelijke werking uitbouwen, zodat het team geen rekening hoeft te houden met externe, contraproductieve invloeden.
- Oog hebben voor de tewerkstelling van de cliënten, aangezien dit een belangrijk levensdomein is in een menselijk leven.

Aangezien de doelgroepen personen met een verstandelijke beperking en ouderen met dementie ondervertegenwoordigd waren in de eerste fase van het literatuuronderzoek, deden we een aanvullende literatuurstudie. Deze studie bevestigde de selectie van de zeven generieke sleutelementen.

Hoofdstuk 2

Sterkte-zwakke analyse bij 30 Vlaamse thuiszorginitiatieven

1 Inleiding

In dit hoofdstuk bestuderen we de aanwezigheid van de zeven generieke sleutelementen die we identificeerden in het literatuuronderzoek in 30 thuiszorginitiatieven in Vlaanderen en Brussel. Door middel van een audit houden we deze initiatieven een spiegel voor. In deze spiegel zien we welke sleutelementen beperkt, matig en goed geïmplementeerd zijn, zodat we hier gericht op kunnen inspelen in de volgende fase van dit onderzoek (i.e. de interventie).

2 Methode van de audit

In dit onderdeel beschrijven we de wijze waarop de thuiszorginitiatieven geselecteerd en geïncludeerd werden. Daarnaast komt aan bod hoe een audit verloopt en welke informatie we er wensen uit te halen.

2.1 Selectie en inclusie van thuiszorginitiatieven

De audit werd afgenomen bij 30 thuiszorginitiatieven in Vlaanderen en Brussel: tien in de ouderenzorg, tien in de geestelijke gezondheidszorg en tien in de gehandicaptenzorg.

De selectie van de thuiszorginitiatieven gebeurde in overleg met professoren met specifieke expertise in de verschillende doelgroepen, met name de copromotoren (prof. dr. Anja Declercq en prof. dr. Bea Maes) en de promotor van dit onderzoek (prof. dr. Chantal Van Audenhove). Er werd een lijst opgesteld van thuiszorginitiatieven die reeds eerder deelnamen aan onderzoek omtrent vermaatschappelijking van zorg. Nadat het onderzoek per e-mail werd voorgesteld aan deze teams, werden zij een week later gecontacteerd om hun deelname al dan niet te bevestigen. Als binnen een doelgroep tien thuiszorginitiatieven hun akkoord hadden gegeven, stopte de rekrutering.

In deze fase zijn we bewust op zoek gegaan naar thuiszorginitiatieven die koplopers zijn inzake gemeenschapsgerichte zorg. We maakten deze keuze omdat we zoveel mogelijk wensen aan te sluiten bij de stappen die reeds werden gezet in de richting van de vermaatschappelijking van de zorg. We gaan na op welke elementen deze initiatieven, de zogenaamde 'early adopters', zich focussen, en aan welke elementen ze nog extra aandacht dienen te besteden.

2.1.1 In de ouderenzorg

In de ouderenzorg werden tien thuiszorginitiatieven geïncludeerd. Zeven hiervan zijn zorgvernieuwingprojecten die behoren tot het Protocol 3-akkoord³. Deze projecten kregen een extra financiering van het RIZIV toegewezen voor het uitbouwen van een alternatieve of ondersteunende zorgvorm, die ertoe bijdraagt dat zorgbehoevende ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen verblijven.

³ Voor meer informatie omtrent de zorgvernieuwingprojecten, zie http://www.riziv.fgov.be/care/nl/residential-care/alternative_forms/

Vijf van deze zorgvernieuwingsprojecten willen een antwoord bieden op de beperkingen van het bestaande thuiszorgaanbod. Door samen te werken met andere organisaties of zelfstandigen die actief zijn in de thuiszorg, worden de krachten gebundeld. Er is eerder sprake van een interdisciplinaire⁴ of zelfs een transdisciplinaire⁵ samenwerking dan van een multidisciplinaire⁶ samenwerking. De mantelzorgers, indien aanwezig, worden als partners beschouwd in de omkadering van de hulpbehoevende cliënt. Bij vier van deze projecten is één van de partners een woonzorgcentrum. Dit woonzorgcentrum draagt bij in de thuiszorg door bv. een ergotherapeut of een kinesist aan huis te laten gaan, door informatie te verstrekken omtrent opname in een woonzorgcentrum (zonder verplichtingen voor de cliënt), dagbestedingsactiviteiten aan te bieden, etc.

Twee andere projecten gaan uit van een woonzorgcentrum. Deze projecten hebben als doel de noden van de personen op de wachtlijst te screenen. Als het noden betreft die in de thuissituatie reeds aangepakt kunnen worden, wordt daar gepaste actie voor ondernomen. Zo krijgen personen op de wachtlijst reeds de nodige omkadering, met als doel opname in het woonzorgcentrum uit te stellen.

Eén zorgvernieuwingsproject voorziet kortverblijf na opname in een ziekenhuis. Op deze manier wordt meer tijd geboden aan de cliënt om verder te herstellen in gunstige omstandigheden. Anderzijds zet dit project zich in om de terugkeer van de cliënt naar huis voor te bereiden. De nodige thuiszorgdiensten worden ingeschakeld en afgestemd op de veranderde omstandigheden van de cliënt, in samenspraak met de mantelzorgers. Dit project heeft als doel de kans op herval te verkleinen door een optimale voorbereiding op de terugkeer naar huis. Dit zowel bij de cliënt zelf door de revalidatie verder te zetten, maar ook door de omkadering in de thuissituatie te optimaliseren.

Een andere audit vond plaats bij een ouderenteam van een Centrum voor Geestelijke Gezondheid. Dit team richt zich op mensen vanaf 60 jaar met psychosociale, psychologische en/of psychiatrische problemen, hun mantelzorgers en betrokken hulpverleners.

Het laatste gescreende project wordt gefinancierd door het Departement Economie, Wetenschap en Innovatie (EWI) van de Vlaamse Overheid. Dit project streeft naar een integrale zorg voor ouderen in een Gentse wijk, uitgaande van de principes van een zorgzame wijk⁷ enerzijds en wederkerigheid anderzijds. Door het toekennen van verantwoordelijkheden aan de ouderen (bv. de kinderen die op straat spelen in de gaten houden, optreden als straatverantwoordelijke), worden de ouderen erkend als volwaardige burens en worden er belangrijke sociale contacten gelegd met andere buurtbewoners.

2.1.2 In de geestelijke gezondheidszorg

Zes van de tien geïncludeerde teams uit de geestelijke gezondheidszorg zijn VDIP-teams (Vroege Detectie en Interventie Psychose). Deze teams werden opgericht in het kader van het Vlaams actieplan suïcidepreventie. Het eerste team ging van start in 2007. Inmiddels hebben deze teams hun werking aangepast aan de regionale noden en inzichten. Zo begeleiden de teams die in het kader van dit onderzoek

⁴ Interdisciplinaire samenwerking: door een intensievere samenwerking van verschillende disciplines gaan de grenzen ertussen vervagen. De verschillende disciplines streven gezamenlijk naar eenzelfde resultaat.

⁵ Transdisciplinaire samenwerking: door het verdwijnen van disciplinegebonden grenzen verwerft ieder teamlid kennis en vaardigheden over het werk van de andere gezondheidswerkers. Voor een buitenstaander is het moeilijk te bepalen wie welke beroepsachtergrond heeft.

⁶ Multidisciplinaire samenwerking: de verschillende disciplines werken eerder onafhankelijk van elkaar samen.

⁷ Een zorgzame wijk bevat oudervriendelijke woningen; is een fysiek en sociaal geschikte omgeving; heeft een dienstencentrum; en creëert een sociaal draagvlak voor ouderen.

bevraagd zijn, niet enkel personen met een (verhoogd risico op) psychose, maar ook personen met andere psychische stoornissen.

De vier andere geïncludeerde thuiszorginitiatieven zijn FACT-teams. Twee hiervan zijn ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, een psychiatrisch ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis. Het derde gaat uit van een Psychosociaal Centrum. Het vierde project kwam tot stand door de samenwerking van sociale huisvestingmaatschappijen en een initiatief voor beschut wonen. Een FACT-team richt zich op personen met langdurige of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen buiten het ziekenhuis. Een continue, assertieve begeleiding in de omgeving van de cliënt stimuleert de cliënten om weer deel te nemen aan het maatschappelijk leven (van Veldhuizen, 2007).

2.1.3 In de gehandicaptenzorg

Voor de gehandicaptenzorg includeerden we eveneens tien thuiszorginitiatieven. Deze initiatieven verschillen onderling sterk van elkaar. Een aantal onder hen richt zich op personen met een dubbele problematiek.

Twee teams richten hun hulpverlening op personen die zowel een psychische stoornis als een verstandelijke beperking hebben. Hun werking is intermediair: ze ondersteunen de omgeving van de cliënt (bv. ouders, hulpverleners uit een voorziening voor personen met een verstandelijke beperking, ...) met als doel opname van hun familielid in een psychiatrisch ziekenhuis te voorkomen. Beide teams zijn verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis.

Een ander initiatief richt zich eveneens op personen met een dubbele problematiek, zijnde personen met een verstandelijke beperking die door het ouder worden nog een bijkomend probleem ontwikkelen, zoals dementie. Een ondersteuningsdienst voor volwassenen met een verstandelijke beperking en een woonzorgcentrum werken samen en delen hun expertise. Er wordt buurtgericht gewerkt, waardoor ouderen de kans wordt gegeven om zo lang mogelijk in hun eigen, vertrouwde omgeving te blijven wonen.

Een vierde project richt zich op thuisloze personen met een verstandelijke beperking in een bepaalde regio. Uit onderzoek bleek dat personen met deze dubbele problematiek moeilijk de weg konden vinden naar gepaste hulp. Door een sector overschrijdende samenwerking tussen verschillende diensten in die bepaalde regio wordt o.a. kennis uitgewisseld en informatie gegeven over elkaars werking.

Eén initiatief is een dienst ondersteuningsplan. Deze dienst ondersteunt personen met een (vermoeden van een) beperking en hun netwerk die nog niet geholpen worden door een VAPH-uitkering of -dienst. Het team biedt hulp door de persoon en diens omgeving een helder inzicht te laten verkrijgen in de ondersteuningsbehoeften. Vervolgens begeleiden ze de cliënt, indien gewenst, bij het zoeken naar een gepaste en haalbare oplossing.

Twee thuiszorginitiatieven zijn diensten voor begeleid wonen. Personen met een beperking, waaronder een verstandelijke beperking, krijgen op regelmatige basis begeleiding aan huis. Afhankelijk van de noden wordt er op psychosociaal vlak en/of op vlak van de dagelijkse activiteiten, hulp geboden.

De drie resterende thuiszorginitiatieven zijn diensten inclusieve ondersteuning die uitgaan van een klassieke woonvoorziening voor personen met een verstandelijke beperking. Er wordt ondersteuning geboden aan de cliënten aan huis. Ondersteuning kan geboden worden op verschillende domeinen: psychosociaal, administratief, medisch, wonen, dagbesteding, vrije tijd, sociaal netwerk, etc.

2.2 De audit als instrument

We nemen een audit af om na te gaan in welke mate de zeven sleutelementen die uit de literatuurstudie naar voren zijn gekomen, voorkomen in de thuiszorginitiatieven in Vlaanderen en Brussel. Een audit bestaat uit (1) een groepsinterview, en (2) observaties tijdens een huisbezoek en/of een teamoverleg waar mogelijk.

2.2.1 Het groepsinterview

We nemen het groepsinterview af van de projectleider en minstens twee hulpverleners. Hierin bevragen we de zeven sleutelementen aan de hand van een instrument dat gebaseerd is op de FACTS⁸ (item 1.1 t.e.m. 1.6) (Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2010) en op de KRAS⁹ Quick Scan (item 1.7) (Duin, van Couwenbergh, Bitter, Slooff, & van Weeghel, 2012).

Per item kennen we een score toe van 0 tot 4, waarbij 0 geen tot nauwelijkse implementatie van het sleutelement betekent en een score van 4 een volledige implementatie.

U vindt dit instrument terug in bijlage 1.

2.2.2 Observaties

Tijdens de observaties wordt de informatie verkregen bij het groepsinterview, aangevuld met voorbeelden uit de praktijk. Het is echter niet de bedoeling om vooraf bepaalde informatie te verzamelen. De onderzoeker woont een reeds eerder gepland huisbezoek en een teamoverleg bij zonder hier actief aan deel te nemen. De observaties van een huisbezoek en een teamoverleg gaan enkel door indien het team hiermee instemt en indien het praktisch haalbaar is.

2.2.2.1 *Observaties tijdens een huisbezoek*

Het doel van de observatie tijdens een huisbezoek is nagaan hoe bovenstaande sleutelementen vorm krijgen in de praktijk. Er wordt gekeken naar het contact tussen de cliënt en de hulpverlener, de inbreng van de cliënt en diens familie indien aanwezig, het gebruik van het behandelplan, etc.

2.2.2.2 *Observaties tijdens een teamoverleg*

Door middel van een observatie tijdens een teamoverleg kijken we in eerste instantie of de cliënt of een vertegenwoordiger ervan aanwezig is. Indien niet, op welke manier praten de hulpverleners over de cliënt? Wordt hij/zij gezien als een individu met eigen mogelijkheden en noden, of eerder als iemand die ingepast moet worden in hun systeem? Ook hier observeren we hoe de sleutelementen uit het groepsinterview vorm krijgen in de praktijk, bv. zijn de behandelplannen goed uitgewerkt en worden deze gebruikt doorheen de behandeling of begeleiding van de cliënt?

⁸ De FACTS is een instrument dat de modelgetrouwheid nagaat van FACT-teams (Functional Assertive Community Treatment). Dit zijn regionale, Nederlandse teams die personen met een ernstige psychiatrische aandoening begeleiding aanbieden op maat in de omgeving van de cliënt.

⁹ De KRAS (Kwaliteitstoets Regionaal Aanbod Schizofrenie) gaat na in welke mate de aanbevelingen uit de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie 2012 geïmplementeerd zijn in een bepaalde subregio.

2.3 Analyse

We berekenen de scores op de audit per thuiszorginitiatief, per sector en per sleutelement.

2.3.1 Per deelnemend thuiszorginitiatief

Per thuiszorginitiatief geven we de score per sleutelement weer. Deze scores worden samengeteld en tot een percentage herleid. Om vervolgens een beter overzicht te verkrijgen over de verschillende scores van de deelnemende thuiszorginitiatieven, worden een aantal spreidingsmaten weergegeven, zoals het minimum, de mediaan, het maximum en de variantie.

2.3.2 Per sector

De spreidingsmaten van de scores van de drie sectoren onderling worden weergegeven in een tabel.

2.3.3 Per sleutelement

In de volgende fase van dit onderzoek wensen we een interventie op te zetten waarin de thuiszorginitiatieven vrijwillig één of meerdere sleutelementen in grotere mate kunnen implementeren in hun werking. Welke sleutelementen in deze interventie betrokken worden, hangt af van de resultaten. De sleutelementen met de laagste scores komen hiervoor in aanmerking. Hiertoe delen we de sleutelementen in volgens de kwartielen van de scores. Sleutelementen met een score waarvan het eerste kwartiel (Q_1) ≤ 2 , worden weerhouden voor implementatie in de volgende fase.

Daarnaast geven we een overzicht van de items die matig en goed geïmplementeerd zijn. Bij sleutelementen die matig geïmplementeerd zijn is het eerste kwartiel groter dan 2, maar kleiner dan 4; bij sleutelementen die goed geïmplementeerd zijn is het eerste kwartiel gelijk aan 4.

3 Resultaten van de audit

In dit onderdeel geven we de resultaten op de audit weer. Dit doen we per deelnemend thuiszorginitiatief, per sector en per sleutelement. Bij de interpretatie van de resultaten dient u in rekening te nemen dat de geselecteerde thuiszorginitiatieven 'early adopters' betreffen. De resultaten die zij behalen op deze audit zijn geen weerspiegeling van andere thuiszorginitiatieven in Vlaanderen.

3.1 Per deelnemend thuiszorginitiatief

In Tabel 2 worden de resultaten weergegeven van de audit. Thuiszorginitiatieven met een nummer van 1 t.e.m. 10 behoren tot de ouderenzorg, van 11 t.e.m. 20 tot de geestelijke gezondheidszorg en van 21 t.e.m. 30 tot de gehandicaptenzorg.

Hoofdstuk 2

Tabel 2 Resultaten

	Initiatief	Hulpverlening in de omgeving	Team-based	Drop-out beperken	SDM: betrokkenheid	SDM: kopie behandelplan	Medicatie-beleid	Sociale omgeving	Praktische vaardigheden	Sociale vaardigheden	Score Audit %
Ouderenzorg	1	2	3	4	2	0	2	4	0	4	58
	2	/	4	4	2	0	2	4	2	2	63
	3	4	3	4	2	0	2	4	2	2	64
	4	2	1	2	4	4	2	4	4	4	75
	5	4	3	4	4	0	2	4	4	4	81
	6	3	4	4	4	4	2	4	4	4	92
	7	3	4	4	4	4	2	4	4	4	92
	8	4	4	4	4	4	2	4	4	4	94
	9	4	4	4	4	4	2	4	4	4	94
	10	4	4	4	4	4	4	2	4	4	94
Geestelijke gezondheidszorg	11	0	3	3	2	0	2	2	4	4	56
	12	0	3	3	2	0	2	2	4	4	56
	13	0	3	4	2	0	2	2	4	4	58
	14	3	2	4	2	0	2	2	4	2	58
	15	2	1	4	2	0	2	4	2	4	58
	16	1	3	4	4	0	4	4	2	4	72
	17	4	3	3	3	2	0	2	4	4	72
	18	4	3	3	4	4	0	2	4	4	81
	19	4	2	4	4	4	2	2	4	4	83
	20	4	3	4	4	4	1	4	4	4	89
Gehandicaptenzorg	21	4	3	4	0	0	4	4	2	2	64
	22	2	1	3	4	0	2	4	4	4	67
	23	/	4	4	2	0	2	2	4	4	69
	24	4	4	4	4	0	0	2	4	4	72
	25	4	3	4	4	2	0	2	4	4	75
	26	/	4	4	4	2	0	2	4	4	75
	27	4	4	4	4	2	0	2	4	4	78
	28	4	4	4	4	2	0	2	4	4	78
	29	4	4	4	3	4	2	2	4	4	86
	30	4	4	4	4	2	4	2	4	4	89
30	4	4	4	4	2	4	2	4	4	89	

De laagst en hoogst behaalde totale scores zijn respectievelijk 56% en 94%, de mediaan bedraagt 75% en het gemiddelde is 76%. De helft van de thuiszorginitiatieven behaalden een score tussen 64% en 87%.

Bij drie thuiszorginitiatieven werd er geen score gegeven op het sleutelement 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt'. In overleg met de experts werd beslist dit sleutelement bij deze initiatieven buiten beschouwing te laten aangezien het ingaat tegen het karakter van deze teams. Het betreft twee woonvoorzieningen en een dienst die kortverblijf aanbiedt. In het geval van de woonvoorzieningen is de omgeving van de cliënt de organisatie zelf, waardoor een score op dit sleutelement niet representatief is. In het geval van de dienst die kortverblijf aanbiedt, verblijft de cliënt tijdelijk in de voorziening, tot hij voldoende hersteld is en/of de hulp aan huis voldoende op punt staat om weer in veilige en aangename omstandigheden thuis te kunnen verblijven. Ook hier is het volgens de experts niet zinvol om een score toe te kennen op dit sleutelement.

3.2 Per sector

In Tabel 3 worden de spreidingsmaten van de scores per sector weergegeven. In dit onderzoek behalen de thuiszorginitiatieven uit de GGZ, de laagste scores en de thuiszorginitiatieven uit de ouderenzorg, de hoogste scores. De thuiszorginitiatieven uit de gehandicaptenzorg vertonen de minste variantie, wat er op wijst dat ze allemaal de sleutelementen ongeveer even sterk implementeerden in die sector.

Tabel 3 Resultaten per sector

Sector	Minimum	Maximum	Mediaan	Gemiddelde	Variantie
Ouderenzorg	58%	94%	87%	81%	157.25
GGZ	56%	89%	65%	68%	145.41
Gehandicaptenzorg	64%	89%	75%	75%	56.41
Alle thuiszorginitiatieven	56%	94%	75%	75%	157.25

3.3 Per sleutelement

Drie sleutelementen zijn reeds goed geïmplementeerd bij de deelnemende thuiszorginitiatieven: 'drop-out beperken', 'sociale omgeving' en 'vaardigheidstraining'. Dit betekent dat de deelnemende thuiszorginitiatieven met succes drop-outs trachten te voorkomen, aandacht hebben voor het welzijn van de mantelzorgers, voor de praktische vaardigheden uit het dagelijks leven en voor het sociaal isolement van hun cliënten.

Eén sleutelement is matig geïmplementeerd, zijnde 'team-based'. Dit houdt in dat de teams werken aan de continuïteit van de zorg van hun cliënten door de caseload te delen.

De zwakst geïmplementeerde sleutelementen zijn 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt', 'kiezen in overleg' of 'shared decision making' en 'medicatiebeleid'. Zij worden weerhouden voor verdere implementatie (zie hoofdstuk 3 t.e.m. 6).

3.4 Weerhouden sleutelementen

3.4.1 Hulpverlening in de omgeving van de cliënt

Hoewel de mediaan van het sleutelement 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt' 4 bedraagt, zijn er nog heel wat thuiszorginitiatieven die een score van 2 of minder behalen. In Tabel 4 worden de frequenties van de scores voorgesteld.

Tabel 4 Frequenties score 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt'

Score	Betekenis	n
0	Minder dan 20% van de contacten buiten het eigen kantoor.	3
1	20 – 39%	1
2	40 – 59%	4
3	60 – 79%	3
4	80% of meer van de totale contacten buiten het eigen kantoor.	16
/	Niet van toepassing	3

3.4.2 Kiezen in overleg

Het sleutelement 'kiezen in overleg' omvat twee subitems: i.e. 'de betrokkenheid van de cliënt' en 'een kopie van het behandelplan'.

3.4.2.1 Betrokkenheid van de cliënt

De mediaan van dit subitem bedraagt 2. De frequenties van de scores worden in tabel 5 weergegeven.

Tabel 5 Frequentietabel scores 'SDM: betrokkenheid'

Score	Betekenis	n
0	Cliënt wordt niet betrokken bij het opstellen van het behandelplan, noch bij de behandelplanbijeenkomst.	2
2	Cliënt wordt betrokken bij het opstellen van het behandelplan, maar is niet aanwezig op de behandelplanbijeenkomst.	15
4	Cliënt wordt betrokken bij het opstellen van het behandelplan en is aanwezig op de behandelplanbijeenkomst (> 90%).	13

3.4.2.2 Kopie van het behandelplan

De mediaan van dit subitem is 0. In Tabel 6 worden de frequenties van de scores voorgesteld.

Tabel 6 Frequentietabel scores 'SDM: kopie behandelplan'

Score	Betekenis	n
0	20% of minder van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan.	20
1	21 – 40%	1
2	41 – 60% (of standaard een werkdocument).	2
4	Meer dan 80% van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan.	7

3.4.3 Medicatiebeleid

De mediaan van dit sleutelement bedraagt 2. Tabel 7 bevat de frequenties van de scores op dit sleutelement.

Tabel 7 Frequentietabel scores 'medicatiebeleid'

Score	Betekenis	n
2	Medicatiegebruik wordt opgevolgd door het team, en in geval van problemen wordt er contact opgenomen met de betrokken arts.	27
4	Medicatiegebruik wordt actief opgevolgd en team grijpt zelf in waar nodig.	3

4 Conclusie

In dit hoofdstuk beschreven we de resultaten beschreven van de audit die werd afgenomen bij 30 Vlaamse thuiszorginitiatieven. De audit, die werd gebaseerd op de FACTS en de KRAS Quick Scan, gaat na in welke mate de zeven sleutelementen die naar voren zijn gekomen in de literatuurstudie al dan niet aanwezig zijn in de dagelijkse werking van deze 30 Vlaamse initiatieven. De behaalde score geeft aan in welke mate een thuiszorginitiatief gemeenschapsgericht werkt.

Uit deze resultaten kunnen twee conclusies getrokken worden. De eerste conclusie luidt dat alle deelnemende thuiszorginitiatieven een matige tot een zeer goede score behalen. Zij hebben reeds generieke sleutelementen van effectieve gemeenschapsgerichte zorg geïmplementeerd in hun werking.

De tweede conclusie gaat over de mate waarin de verschillende sleutelementen geïmplementeerd zijn. Drie sleutelementen zijn reeds goed geïmplementeerd, nl. 'drop-out beperken', 'sociale omgeving' en 'vaardigheidstraining'. Het sleutelement dat matig geïmplementeerd is, is 'team-based'. De sleutelementen die het belangrijkste zijn voor het vervolg van deze studie, zijn deze die het zwakst geïmplementeerd zijn, nl. 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt', 'kiezen in overleg' (met 'betrokkenheid van de cliënt' en 'kopie van het behandelplan') en 'medicatiebeleid'. In de volgende fase van dit onderzoek zullen de deelnemende thuiszorginitiatieven, indien ze dit wensen, extra begeleiding krijgen bij de (verdere) implementatie van deze sleutelementen.

Hoofdstuk 3

Interventie: omschrijving van de methode

1 Inleiding

Na het identificeren van de generieke sleutelementen in de literatuurstudie (hoofdstuk 1) en het onderzoek naar de aanwezigheid hiervan in een selectie van thuiszorginitiatieven in Vlaanderen (hoofdstuk 2), zetten we een interventie op om de implementatie van de sleutelementen die het minst aanwezig zijn in deze Vlaamse initiatieven te verbeteren.

Uit een eerste audit (hoofdstuk 2) blijkt dat de groeikansen van de thuiszorginitiatieven die aan dit onderzoek deelnemen, zich situeren op het vlak van:

- Hulpverlening in de omgeving van de cliënt
- Kiezen in overleg
 - o Betrokkenheid van de cliënt
 - o Kopie van het behandelplan
- Medicatiebeleid

Alvorens we in de volgende hoofdstukken (4, 5 en 6) zullen focussen op elk van de interventies m.b.t. deze drie sleutelementen, gaan we eerst in dit hoofdstuk dieper in op hoe zo een interventie er telkens uitziet.

De globale interventie heeft als doel projectleiders en hulpverleners uit te dagen om na te denken over de mate waarin deze drie sleutelementen ('kiezen in overleg', 'medicatiebeleid' en 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt') beter kunnen geïmplementeerd worden in hun organisatie door in te spelen op hun attitude en kennis. De interventie is intersectoraal van opzet. Dit gebeurt in eerste instantie door de deelnemers van de drie sectoren (i.e. sectoren met als doelgroepen personen met geestelijke gezondheidsproblemen, ouderen en personen met een verstandelijke beperking) een gezamenlijke studiedag aan te reiken over de drie sleutelementen. De studiedag omvat workshops over de drie sleutelementen en bestaat uit theoretische kennisoverdracht en intersectorale dialoog. Per sleutelement reikt een expert via theoretische kennisoverdracht een wetenschappelijk onderbouwd reflectiekader aan voor het beoordelen van de mate waarin de sleutelementen in de eigen praktijksetting geïmplementeerd zijn. Via intersectoraal samengestelde dialooggroepen wisselen de deelnemers expertise en ervaringen over de sleutelementen uit. Na de studiedag worden de deelnemers uitgenodigd om concrete doelstellingen te formuleren, op maat van de eigen organisatiecontext, met betrekking tot aspecten van één of meerdere sleutelementen. Tijdens een terugkomdag wordt besproken hoe deze doelen aangepakt zullen worden.

Op het einde van de interventie dienen:

- de projectleiders en hulpverleners aspecten van de drie sleutelementen belangrijk tot zeer belangrijk te vinden (= attitude verandering);
- de projectleiders en hulpverleners zich wel tot zeer competent te voelen om bepaalde aspecten van de drie sleutelementen toe te passen in de praktijk (= zelf effectiviteit verandering) ;

- de projectleiders en hulpverleners bereid te zijn aspecten van de drie sleutelementen vaak tot altijd toe te passen in de praktijk (= intentie tot gedragsverandering).

2 De onderdelen van de interventie

De interventie bestaat uit drie onderdelen: (1) de studiedag met drie workshops (elk rond een sleutelement), (2) het uitwerken van een implementatieplan en (3) de terugkomdag. Hieronder beschrijven we de onderdelen in het kort; de inhoudelijke informatie omtrent de drie sleutelementen beschrijven we in de volgende hoofdstukken.

2.1 De studiedag

De interventie start met een studiedag. De doelen van deze studiedag zijn (1) het informeren van projectleiders en hulpverleners omtrent de huidige toestand van de drie sleutelementen in de geselecteerde Vlaamse thuiszorginitiatieven, (2) hen een aantal vragen ter reflectie voor te leggen over de implementatie van deze sleutelementen binnen hun team en (3) het faciliteren van onderlinge kennisuitwisseling m.b.t. deze sleutelementen tussen de deelnemers.

Op de studiedag worden de projectleiders en enkele hulpverleners uitgenodigd uit de 30 thuiszorginitiatieven die eerder in dit onderzoek deelnamen aan de audit. Bij het versturen van de uitnodiging voor de studiedag (zie bijlage 2), werden de genodigden er meteen van op de hoogte gebracht dat ze gevraagd zouden worden om een implementatieplan uit te werken en om aanwezig te zijn op de terugkomdag.

De studiedag begint met een korte introductie over de achtergrond van het onderzoek en het verloop van de dag. Nadat de deelnemers een vragenlijst hebben ingevuld (zie dit hoofdstuk, §4. Metingen) stellen we de stappen die vooraf zijn gegaan in dit onderzoek voor, inclusief de verduidelijking waarom precies de drie sleutelementen geselecteerd werden voor implementatie. Vervolgens gaan de workshops van start, met als eerste deze rond het sleutelement 'kiezen in overleg'. Na de middagpauze wordt dit gevolgd door de workshop 'medicatiebeleid' en als laatste de workshop 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt'. De studiedag wordt afgesloten met een terugkoppeling, de verdere planning en een slotwoord. De deelnemers vullen op het einde van deze dag opnieuw dezelfde vragenlijst in en een evaluatieformulier. Het volledige programma en het draaiboek vindt u in resp. bijlage 3 en 4.

2.2 Het uitwerken van een implementatieplan

Het implementatieplan wordt uitgewerkt aan de hand van een evaluatieformulier en een implementatieformulier.

Het **evaluatieformulier** (zie bijlage 5) vullen de deelnemers in aan het einde van de studiedag. In dit formulier geven ze per workshop aan welke boodschap ze mee naar huis nemen en wat ze zeker zullen toepassen in het dagelijks werk.

We vroegen aan de deelnemers om een huiswerkopdracht te maken (zie bijlage 6), welke we in de week volgend op de studiedag doorstuurden per e-mail. Hierin kiezen ze op welk van de 3 sleutelementen ze wensen verder te werken. In deze huiswerkopdracht komen volgende elementen aan bod:

1. Welk sleutelement zou u beter willen implementeren om verder te groeien in het realiseren van effectieve gemeenschapsgerichte zorg?
2. Wat inspireert u uit de workshop rond dit sleutelement om de komende weken rond te werken?
3. Welke hindernissen ervaart u daarbij? Welke ondersteuningsbronnen ervaart u? Wat heeft u (meer) nodig om uw doelstelling te doen slagen? Wat beslist u te doen om dat te bereiken?

Aangezien de respons op deze huiswerkopdracht beperkt was, beslisten we om de huiswerkopdracht te herwerken in een **implementatieformulier** (zie bijlage 7). Dit implementatieformulier vulden de deelnemers in aan het begin van de terugkomdag (zie dit hoofdstuk, §2.3 De terugkomdag). Ze gaven aan op welk sleutelement ze wensten verder te werken en welk doel ze hieromtrent hadden. Ze stelden een concreet actieplan op waarin beschreven staat welke actie ondernomen zal worden, wanneer dit zal gebeuren, wie dit uitvoert, hoe dat zal gebeuren en hoe de actie geëvalueerd zal worden. Ook de verwachte bevorderende en belemmerende factoren worden aangegeven.

Daarnaast verzamelt dit formulier volgende gegevens op een 5-puntenschaal:

- in welke mate de deelnemer geïnspireerd werd door de studiedag voor het stellen van dit doel
- in welke mate dit doel reeds besproken werd in het team
- in welke mate de organisatie steun verleent om dit doel te kunnen bereiken.

2.3 De terugkomdag

Een maand na de studiedag worden de deelnemers uitgenodigd op de terugkomdag. Een maand volstaat om enerzijds datgene wat ze hebben meegenomen uit de studiedag uit te proberen in de praktijk, en volgt anderzijds snel genoeg op de studiedag om de materie niet vergeten te zijn. Deze dag heeft als doel het implementatieplan verder uit te werken en de dialoog tussen de deelnemers verder te zetten.

Bij aanvang van de terugkomdag, die 3,5 uur duurt, worden de deelnemers aanvankelijk opgesplitst in groepen volgens het sleutelement waarop ze wensen verder te werken. Alvorens het groepsoverleg van start gaat, vullen ze het implementatieformulier in.

Vervolgens worden alle deelnemers weer samengebracht. Iedere groep stelt voor wat er bij hen ter sprake is gekomen, wat opgevallen is, of er verschillen of eerder gelijkenissen waren tussen de verschillende sectoren, etc.

Na een dankwoord en het invullen van de vragenlijsten (zie dit hoofdstuk, §4. Metingen) wordt een broodjeslunch aangeboden aan de deelnemers. Het draaiboek vindt u in bijlage 8.

3 Beschrijving van de deelnemers

3.1 De studiedag

Op de studiedag werden projectleiders en hulpverleners uitgenodigd die betrokken zijn bij één of meerdere thuiszorginitiatieven die eerder in dit onderzoek hebben deelgenomen aan de audit. Van deze 30 thuiszorginitiatieven waren 20 initiatieven vertegenwoordigd: 6 uit de ouderenzorg, 6 uit de geestelijke gezondheidszorg en 8 uit de gehandicaptenzorg. In totaal waren 31 personen aanwezig. Hiervan zijn 5 personen coördinator van een team, 13 personen zijn hulpverlener en 13 personen hebben zowel een

coördinator- als hulpverlenersfunctie. Het betreft directeurs van een woon- en zorgcentrum, orthopedagogen, verpleegkundigen, psychologen, een logopediste, trajectbegeleiders, zorgcoaches, etc. Acht personen vertegenwoordigen een thuiszorginitiatief uit de ouderenzorg, 11 uit de geestelijke gezondheidszorg en 12 deelnemers zijn verbonden aan een initiatief dat zich richt op personen met een verstandelijke beperking.

3.2 De terugkomdag

Op de terugkomdag waren 15 thuiszorginitiatieven vertegenwoordigd (6 uit de ouderenzorg, 4 uit de GGZ en 5 uit de gehandicaptenzorg) door 18 personen. Drie ervan zijn coördinator van een team, 7 zijn hulpverlener en 8 personen zijn zowel coördinator als hulpverlener. Ook hier betreft het een directeur van een woon- en zorgcentrum, orthopedagogen, verpleegkundigen, psychologen, een logopediste, trajectbegeleiders en zorgcoaches, etc. Uit iedere sector zijn telkens 6 personen aanwezig.

4 Metingen

4.1 Audit

Tijdens het vooronderzoek dat van start ging aan het einde van 2013 werd de eerste audit afgenomen bij 30 thuiszorginitiatieven in Vlaanderen. De data die hieruit naar voren zijn gekomen gebruikten we enerzijds om het vervolg van het onderzoek te plannen (zoals we beschreven in hoofdstuk 2), en anderzijds als basislijnmeting.

In de zomer van 2015 nemen we de audit opnieuw af bij dezelfde thuiszorginitiatieven. Deze data die maken deel uit van de nameting.

4.2 Vragenlijst

De vragenlijst bevat 20 items die een concrete actie beschrijven. Al deze acties hebben betrekking op de drie sleutelementen die geselecteerd werden voor implementatie. De vragenlijst peilt naar de mate waarin deelnemers aspecten van de drie sleutelementen belangrijk vinden, hoe competent ze zich voelen om deze uit te voeren, hoe vaak ze dit de voorbije maand gedaan hebben en hoe vaak ze dit zouden willen doen. In bijlage 9 vindt u de vragenlijst.

De vragenlijst werd aan de deelnemers voorgelegd aan het begin (T_0) en aan het einde (T_1) van de studiedag, en aan het einde van de terugkomdag (T_2).

Hoofdstuk 4

Interventie met betrekking tot kiezen in overleg

1 Inleiding

Het sleutelement 'kiezen in overleg' is één van de 3 onderwerpen die centraal staan doorheen de interventie. Na het bijwonen van de studiedag, waarop een workshop georganiseerd werd rond dit thema voor alle deelnemers, konden deelnemers ervoor kiezen om rond dit thema verder aan de slag te gaan. Dit kon in eerste instantie door een implementatieplan uit te werken en vervolgens via de terugkomdag.

Kiezen in overleg, of shared decision making, is reeds enkele jaren een veelbesproken onderwerp in de zorg. Dit overlegmodel situeert zich tussen het paternalistisch model (de zorgverlener beslist alleen op basis van de verzamelde informatie) en het consumentenmodel (de cliënt beslist alleen op basis van de informatie van de zorgverlener). Kiezen in overleg is een aanpak waarbij de zorgverlener en de cliënt de beste wetenschappelijke kennis delen in een besluitvormingsproces waarbij de cliënt aangemoedigd wordt verschillende opties te overwegen, zijn voorkeuren te bepalen en samen met de zorgverlener een eindkeuze te maken (Elwyn et al., 2012). Hierdoor neemt de autonomie van de cliënt toe, zonder dat hij aan zijn lot wordt overgelaten in het beslissingsproces.

2 Doel van de interventie

De interventie heeft als doel bij te dragen tot een betere implementatie van het sleutelement 'kiezen in overleg' in de organisaties van de drie sectoren die bij deze studie betrokken zijn. De drie onderdelen van de interventie, m.n. de studiedag, het uitwerken van het implementatieplan en de terugkomdag kunnen hiertoe bijdragen.

Door informatie te geven en hen met elkaar te laten overleggen, worden de deelnemers uitgedaagd om na te gaan in hoeverre dit sleutelement beter kan uitgewerkt worden in hun dienst. We streven ernaar dat deelnemers aspecten van 'kiezen in overleg' belangrijk tot zeer belangrijk vinden, zich competent voelen voor de uitvoering hiervan en dat ze bereid zijn deze aspecten vaak tot altijd toe te passen in de praktijk.

3 Workshop 'kiezen in overleg' tijdens de studiedag

Doorheen deze workshop komen verschillende aspecten van 'kiezen in overleg' aan bod. Dit zijn (1) het bevragen en exploreren van de voorkeuren van de cliënt; (2) aangeven dat er keuzemogelijkheid is; (3) pluspunten, minpunten en mogelijke risico's van iedere optie met de cliënt bespreken; (4) samen met de cliënt afwegen wat de beste keuze zou kunnen zijn; en (5) samen naar een eindkeuze toewerken.

3.1 Opzet van de workshop

De workshop bestaat uit drie delen. Een eerste deel handelt over moeilijke praktijksituaties, het tweede deel over een theoretisch model dat een kader aanbiedt voor het maken van keuzes, en een derde deel waarin de moeilijke praktijksituaties opnieuw bekeken worden vanuit het theoretisch kader.

3.1.1 Beginsituatie

Deze workshop wordt begeleid door prof. dr. Chantal Van Audenhove, expert inzake kiezen in overleg van LUCAS, KU Leuven.

De deelnemers zitten verspreid over vijf groepen van maximaal 10 personen. Elke groep zit rond een tafel voorzien van een groot, blanco papier en stiften. Zo kunnen de deelnemers aantekeningen maken indien ze dat wensen. De groepen zijn heterogeen samengesteld: de drie sectoren zijn in elke groep vertegenwoordigd; zowel hulpverleners als projectleiders zitten rondom eenzelfde tafel; professionals uit organisaties met een goede als een slechte score op het sleutelement 'kiezen in overleg' zitten bij elkaar en er zitten maximaal twee personen van dezelfde organisatie aan dezelfde tafel.

3.1.2 Deel 1: moeilijke praktijksituaties (30 minuten)

De gehanteerde leermethodes zijn het bekijken van een video, een casusbespreking, reflectie en ervaringsleren.

Na een korte verwelkoming wordt de video "goed in gesprek: kom jij er samen uit" aangekondigd. De deelnemers worden ingelicht dat in deze video een situatie wordt getoond die slecht verloopt. Er wordt vooraf gevraagd of ze deze situatie herkennen en hoe zij ernaar kijken vanuit hun situatie. Vervolgens wordt het fragment getoond.

In het fragment stelt een zorgverlener van een woon- en zorgcentrum aan één van de bewoners de vraag hoe de zorgverlening haar bevalt. Hierop antwoordt de bewoner positief en geeft aan dat iedereen vriendelijk is en dat ze tevreden is over het eten. Toch wil ze graag een suggestie doen over haar zorgprogramma. In plaats van drie keer per week te douchen wenst mevrouw één keer te douchen. Hiermee zou ze 30 minuten besparen. Ze vraagt of deze 30 minuten gebruikt kunnen worden om haar voor te lezen uit de krant aangezien ze zelf bijna volledig blind is. De zorgverlener reageert hierop met de boodschap dat voorlezen niet aangeboden wordt in de voorziening. Ze stelt voor dat mevrouw dit aan haar zoon vraagt en besluit dat mevrouw drie keer per week zal blijven douchen.

Na het bekijken van de video worden de deelnemers volgende vragen voorgelegd:

- Kennen jullie zelf voorbeelden van wensen van gebruikers die niet passen bij het aanbod van de organisatie? Voorbeelden van een mismatch tussen vraag en aanbod? Of voorbeelden van onredelijke eisen van cliënten?
- Herken je dit soort situaties? Wat betekent dat in jouw setting? Hoe ga je daarmee om?

De workshopbegeleider geeft mee dat het de bedoeling is om per groep transsectoraal na te denken over hoe je met deze situatie omgaat.

Na een kwartier wordt er teruggekoppeld. Per groep wordt gevraagd om één voorbeeld voor te stellen aan de hele groep.

3.1.3 Deel 2: theoretische presentatie (15 minuten)

De gehanteerde leermethodes zijn het informeren en het instrueren van de deelnemers.

De workshopbegeleider geeft het doel aan van deze korte presentatie, nl. een kader aanbieden voor het maken van keuzes. Deze modellen komen uit de medische sector maar zijn ook bruikbaar in andere sectoren. Vaak worden deze al spontaan gebruikt.

Er wordt toegelicht dat er in elke keuzesituatie een scala aan opties bestaat en dat elke optie voor- en nadelen heeft. Deze kunnen een enorme impact hebben de kwaliteit van leven van het individu. Dit leidt vaak tot conflictsituaties waarbij verschillende partijen strijden om het gelijk wat wel en wat niet gedaan kan worden.

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld over een medicatie. Er moet beslist worden op welke manier iemand zijn medicatie toegediend zal krijgen: pillen in eigen beheer of via een depot. Vanuit medisch oogpunt is het depot het meest geschikt aangezien dit minder nevenwerkingen veroorzaakt en de dosering stabiel is. Anderen zullen echter meer belang hechten aan de voordelen van het gebruik van pillen: de cliënt behoudt zelf de controle. Door de voor- en nadelen op te sommen, maak je deze visueel.

Voorbeeld:

	Pillen	Depot
Voordelen	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënt heeft de controle - Eigen keuze 	<ul style="list-style-type: none"> - Minder nevenwerkingen - Stabiele dosering
Nadelen	<ul style="list-style-type: none"> - Nevenwerkingen - Risico op ontrouw 	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënt voelt zich een zieke - Controle

Dit kan eveneens voor situaties waarbij mensen met een ernstige psychische problematiek gaan solliciteren. Vertel je dit aan je potentiële werkgever of net niet? Door de voor- en nadelen af te wegen met elkaar kan je beslissen welke actie je zal ondernemen. Deze actie kan nadien geëvalueerd worden. Het is een proces, waarbij eerdere ervaringen bepalend zijn voor het gewicht dat je toekent aan bepaalde voor- of nadelen.

Voorbeeld:

	Wel bespreken	Niet bespreken
Voordelen	<ul style="list-style-type: none"> - Maatregelen mogelijk - Checken of je past bij cultuur van organisatie - Klacht wegens discriminatie mogelijk 	<ul style="list-style-type: none"> - Met een nieuwe lei beginnen - Geen discriminatie - Ik ben genezen!
Nadelen	<ul style="list-style-type: none"> - Risico op afwijzing - Discriminatie mogelijk - Geen nieuwe kans 	<ul style="list-style-type: none"> - Liegen of verplicht belangrijk stuk verborgen houden - Maatregelen niet mogelijk - Klacht wegens discriminatie niet mogelijk

Vervolgens wordt de definitie van kiezen in overleg overlopen. Ondanks de medische formulering is deze alsnog bruikbaar voor het publiek waarvoor deze workshop bedoeld is:

“Aanpak waarin de zorgverlener en de cliënt de beste wetenschappelijke kennis delen in een besluitvormingsproces waarbij de cliënt aangemoedigd wordt verschillende opties te overwegen, zijn voorkeuren te bepalen en samen met de zorgverlener een eindkeuze te maken.” (Elwyn, G., et al., 2012)

Het overlegmodel situeert zich tussen het paternalistisch model en het consumentenmodel:

- Paternalistisch model: de cliënt bevindt zich in een afhankelijke positie en de zorgverlener in de rol van expert. In een extreme situatie neemt de zorgverlener de beslissingen in de plaats van de cliënt, in een minder extreme situatie tracht de zorgverlener de cliënt te overtuigen van een bepaalde beslissing.
- Consumentenmodel: de cliënt krijgt de nodige informatie van de zorgverlener, waarop die zelf een beslissing neemt.
- Overlegmodel: er zijn minstens twee partijen betrokken waarbij beide participeren aan de besluitvorming, er een wederzijdse informatie-uitwisseling plaatsvindt en de beslissing pas genomen wordt als beide partijen het eens zijn met elkaar.

Het overlegmodel werd wetenschappelijk uitgewerkt in drie soorten gesprekken: choice talk, option talk en decision talk. In eerste instantie maak je de cliënt duidelijk dat er keuzemogelijkheid is. Vervolgens ga je de verschillende opties bespreken met alle bijbehorende voor- en nadelen. Uiteindelijk ga je de cliënt begeleiden in een keuze. Dit is des te belangrijker als mensen niet meer gestigmatiseerd in asielen zitten of geen passieve ontvangers meer zijn van zorg of gebruikers van voorzieningen. Vandaag zijn onze cliënten burgers met mogelijkheden. Het is van groot belang om deze mogelijkheden te benutten.

Dit alles heeft ook een juridische grondslag. In de wet staat dat een patiënt recht heeft op informatie. Bovendien moet de hulp- of zorgverlening aansluiten bij de waarden van de cliënt (patient centered medicine). In veel visieteksten vind je dit ook terug, bijvoorbeeld in de adviesnota van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin. Het is dus belangrijk om op zoek te gaan naar nieuwe communicatiestijlen en na te gaan wat de componenten zijn van goede communicatie om in de praktijk toe te passen.

Met de gebruikers in dialoog gaan, vraagt een zekere creativiteit en flexibiliteit van de professional. In sommige organisaties kunnen mensen meedenken, meepraten, maar kunnen mensen ook meebeslissen? Participatie kan op verschillende niveaus: op het mesoniveau, maar ook op het macroniveau. Hierbij worden cliënten betrokken bij het maken van beleidskeuzes.

Echter, heel vaak is er sprake van schijnparticipatie. Bv. het geven van informatie als huishoudelijk reglement, het betrekken van cliënten in de voorbereidingsfase maar uiteindelijk landen bij het plan van de directie, een ideeënbus waar cliënten suggesties in kwijt kunnen maar waar niets mee gebeurt of enkel datgene wat de directie interessant vindt, ...

3.1.4 Deel 3: praktijksituaties bespreken vanuit theorie (40 minuten)

De gehanteerde leermethodes zijn casusbespreking, reflectie, ervaringsdelen, informeren en instrueren.

Na de theoretische uiteenzetting wordt gevraagd om voorbeelden die eerder tijdens de workshop aan bod zijn gekomen, opnieuw te bespreken, maar ditmaal vanuit de theorie en het model die tijdens de presentatie werden voorgesteld. Hoe bouw je je gesprek op met je cliënt? Heb je reeds situaties meegemaakt waarbij je dit gedaan hebt? Wat ging goed en wat ging minder goed?

Na een kwartier wordt er opnieuw teruggekoppeld. De aangehaalde praktijksituaties worden door de workshopbegeleider aangevuld met theoretische kennis die niet aan bod is gekomen tijdens de theoretische presentatie.

3.1.5 Deel 4: afronden (5 minuten)

De belangrijkste punten worden samengevat en de deelnemers bedankt voor hun actieve bijdragen.

3.2 Interacties tijdens de workshop

Er waren 30 deelnemers aanwezig tijdens deze workshop, afkomstig van 20 verschillende organisaties. Ze werden verdeeld over 5 groepen. De interacties tijdens de workshop vonden plaats in het eerste deel (i.e. moeilijke praktijksituaties) en in het derde deel (i.e. het bespreken van praktijksituaties vanuit de theorie).

3.2.1 Deel 1: moeilijke praktijksituaties

Na een kort overleg in kleine groepen werd aan de deelnemers gevraagd om voorbeelden te geven van wensen van hun cliënten die niet passen bij het aanbod van hun organisatie.

Twee van de vijf voorbeelden die werden gegeven, handelen over sociale contacten. Zo vond een cliënt de stap te groot om alleen te gaan naar het dienstencentrum en vroeg aan de begeleider om met haar mee te gaan.

“Een cliënt met als doelstelling activeren en motiveren om naar een dienstencentrum te gaan vraagt om met haar mee te gaan aangezien ze de stap te groot vindt. De dienstvorm is daar echter niet op afgestemd, dus moet er gezocht worden naar opties om dit te overbruggen.”

Daarnaast krijgt een ander team regelmatig de vraag van cliënten om samen een koffie te gaan drinken. De vraag stelt zich echter wanneer dit al dan niet gepast is.

“Teamleden van een dienst begeleid wonen krijgen regelmatig de vraag van cliënten om een koffie te gaan drinken. Het team bekijkt de vraag per individu: als dit past binnen de begeleiding van de cliënt zullen ze hierop ingaan, maar als de cliënt zich claimerig gedraagt ten aanzien van de hulpverlener, is het soms beter om dit niet te doen.”

Een derde voorbeeld gaat over een mantelzorger die nood heeft aan meer ondersteuning. Ze bracht haar bejaarde moeder- die thuis bij haar inwoont- onaangekondigd naar de cafetaria van het woonzorgcentrum om haar afspraken buitenshuis te kunnen nakomen.

“Een bejaarde vrouw, die nog thuis woont samen met haar dochter, wordt soms in de cafetaria van het woonzorgcentrum afgezet door haar dochter. De dochter gaat er namelijk van uit dat haar moeder daar opgevangen kan worden terwijl zij afspraken buitenshuis nakomt. Dit is echter niet de bedoeling van de cafetaria van het woonzorgcentrum.”

Het vierde voorbeeld heeft betrekking op een vrouw die in een groepswoning van beschut wonen verblijft. Ze wil graag dat haar vriend kan blijven overnachten, maar haar kamer is hier niet op voorzien (éénpersoonsbed).

“Iemand die in een groepswoning van beschut wonen verblijft, wil graag dat haar vriend bij haar blijft overnachten. De begeleiders staan ervoor open om hier afspraken rond te maken, maar vanuit de overheid werd bepaald dat de kamer ingericht werd met een éénpersoonsbed, een kast en

een nachtkastje. Dit bed mag niet vervangen worden. Er werd gezocht naar een compromis, nl. een slaapzetel.”

Het laatste thema betreft seksualiteit bij cliënten. Hier heerst een groot taboe rond en bovendien is de juridische invulling van dit onderwerp onduidelijk.

“Sommige cliënten hebben nood aan seksuele contacten en uiten dit ook. Hier heerst een groot taboe rond en bovendien bevindt dit onderwerp zich in een grijze juridische zone. Een andere deelnemer binnen dezelfde groep had ‘Aditi’ voorgesteld, een organisatie die seksualiteit en intimiteitszorg op maat aanbiedt.”

Deze informatie was nieuw voor een groot aantal deelnemers.

3.2.2 Deel 3: praktijksituaties bespreken vanuit theorie

Na het theoretische gedeelte werden opnieuw praktijksituaties besproken in groep, deze keer vanuit de theorie en het model die tijdens de presentatie werden voorgesteld.

De voorbeelden die tijdens deze fase van de workshop aan bod kwamen hebben allemaal te maken met het feit dat kiezen in overleg tijd vraagt. In sommige gevallen is het mogelijk om deze tijdsinvestering aan te gaan, zoals bv. bij vroegtijdige zorgplanning in de ouderenzorg. In andere gevallen is die tijd er niet, wat verschillende oorzaken kan hebben:

- Een crisissituatie: een cliënt gaat in psychose. Soms kan je hier op tijd op inspelen, maar soms evolueert de situatie zo snel dat dat niet meer mogelijk is. In dat geval is er geen tijd meer om te praten, dan moet er meteen worden overgegaan tot actie.
- Registratiedeadlines: om hun prestaties te kunnen verantwoorden t.o.v. de financieringsinstanties dienen projecten allerhande gegevens te registreren. Hierdoor wordt druk uitgeoefend om knopen door te hakken omtrent de behandeling of begeleiding van cliënten.
- Prestatiedruk: voor hulpverleners is het niet altijd evident om een langdurig beslissingsproces aan te gaan. Het is nodig om binnen het team een veilige sfeer te creëren waarbinnen dit mogelijk wordt gemaakt. Een beslissingsproces aangaan is niet gelijk aan stilstaan, hoewel veel hulpverleners dit zo ervaren.

Hulpverleners bevinden zich continu in een spanningsveld: waar leg je de eindkeuze bij de cliënt en waar blijft de cliënt steken in een beslissingsproces? Dit is iets wat continu gebalanceerd moet worden. Uit de reacties van de deelnemers komt regelmatig terug dat de beslissing om het proces niet aan te gaan of het vroegtijdig te verbreken omwille van de juiste, objectieve redenen dient te gebeuren. Dit is een delicate opdracht.

Hier volgt een voorbeeld van spanning tussen de werking van een dagcentrum en de wensen van de cliënt en diens ouders.

“Een jongen met een mentale handicap, autisme en een psychose vertoonde wegloupgedrag in het dagcentrum. De begeleiders hadden voorgesteld om de jongen af te zonderen van zodra hij een poging ondernam om weg te lopen uit veiligheid. De ouders gaven aan dit niet te willen. Ook nadat er uitvoerig in gesprek werd gegaan met de ouders bleef het antwoord negatief. De ouders vinden dat het dagcentrum hierin moet veranderen, dat zij op zoek moeten gaan naar andere oplossingen die eveneens de veiligheid van de jongen garanderen. De organisatie loopt hierop vast.”

Een deelnemer gaf aan dat in de ouderenzorg vaak vroegtijdige zorgplanning toegepast wordt. Zo kan de cliënt op voorhand, als alles nog goed gaat, zijn keuzes aangeven over zorgplanning of over levens-einde. Dit proces start met het afleveren van een informatiebrochure. Na enkele weken wordt met de bewoner en/of de familie een afspraak gemaakt voor een gesprek. Als blijkt dat dit nog te vroeg is, wordt er op datzelfde ogenblik niet doorgedaan op het thema. Na enkele weken, als alles wat heeft kunnen berusten, wordt het opnieuw aangehaald. Dit werkt goed, maar het is belangrijk om hier tijdig mee te starten. Hierbij worden de 3 stappen meestal doorlopen, zij het niet altijd even systematisch.

Een andere deelnemer spreekt eveneens over drie stappen in de zorg, nl. de gewone bespreking, sturing en actie. Afhankelijk van de gezondheidstoestand waarin de cliënt zich op dat moment bevindt, wordt één van deze drie manieren van zorgverstrekking, aangeboden.

“Een team moet beslissen wanneer moet worden overgegaan tot opname bij een psychotische cliënt. In sommige gevallen kan je vooraf de afdeling eens bezoeken om er kennis mee te maken, maar soms evolueren situaties zo snel dat je geen tijd hebt om te praten. Er moet zo snel worden overgegaan tot actie. Zoals in het model van Tielens: als er gevaar dreigt stopt het overleg, dan wordt er ingegrepen (met transparante communicatie). Er zijn 3 stappen: de eerste omvat een gewone begeleiding waarin je alles normaal bespreekt. In de tweede stap is de persoon niet oordeelsbekwaam, dan ga je al wat sturender te werk. In de derde en laatste stap is er gevaar, dan wordt er wellicht niet zoveel meer gepraat. Je zou die 3 stappen, de 3 situaties naast elkaar moeten stellen en van daaruit kiezen.”

Deze deelnemer besluit met een citaat van De Wachter: ‘soms is verlicht paternalisme nodig’.

Ook qua medicatie is er soms een spanningsveld over de mate waarin de eindkeuze volledig in handen van de cliënt ligt.

“Als het gaat over medicatie is het soms moeilijk om daar een volledig keuzeprocess in te stoppen. Soms moet je durven directief te zijn om niet in onzekerheid te blijven hangen. In tegenstelling tot dit voorbeeld kan je in andere situaties wel je tijd nemen om het proces te doorlopen, ook wanneer er jaren overheen gaan. Je bevindt je als hulpverlener in een spanningsveld: waar leg je de eindkeuze bij de cliënt en waar blijft de cliënt steken in een keuzeprocess? Dit is iets wat continu gebalanceerd moet worden.”

Een andere deelnemer beweert dat ze soms keuze-opties van cliënten beperkt om het werk werkbaar te houden. Tegelijk geeft ze aan dat deze werkbaarheid niet steeds de juiste reden is om de keuze-opties te beperken. Door echter creatief te denken zijn er al veel opties uit de bus gekomen waaruit wel gekozen kan worden. Volgens deze deelnemer moeten hulpverleners regelmatig bij zichzelf stilstaan en bij zichzelf nagaan of ze wel omwille van de juiste redenen de keuze-opties beperken. Dit vergt wel extra tijd en aandacht.

“Het vraagt ook tijd om hulpverleners binnen het team een veilig gevoel te geven zodat ze een langdurig proces durven aangaan met hun cliënt. Tijd, geld, performantie, ... spelen een rol, dat valt niet te betwisten. Toch moeten hulpverleners tijd kunnen vinden om een proces aan te gaan.”

Bovendien kunnen dilemma's op teamniveau worden aangepakt.

“Door gebruik te maken van een stappenplan rond morele dilemma's worden de opties geobjectiveerd. Bv. bij het aanvragen van bewindvoering vanuit onze dienst. Van zodra je merkt dat het fout gaat, wat doe je dan als dienst? Dan wordt er een methodiek toegepast en wordt het overgenomen op teamniveau, dat is duidelijk een optie.”

4 Uitwerking implementatieplan

4.1 Evaluatieformulier

Alle deelnemers van deze workshop (n=21) vulden het overeenkomstige evaluatieformulier in. Het evaluatieformulier peilt naar hoe de workshop de deelnemers heeft geïnspireerd (“welke boodschap neemt u mee naar huis na deze workshop?”) en naar de transfer hiervan in hun dagelijkse praktijk (“wat gaat u zeker toepassen in uw dagelijks werk?”). Op deze manier kunnen we nagaan welke kennis de deelnemers het meest belangrijk achten, en of deze kennis al dan niet zal leiden tot een verandering in het gedrag van de professionals.

De antwoorden kunnen samengebracht worden tot 11 categorieën. Het is mogelijk dat eenzelfde deelnemer meerdere categorieën aanhaalt in zijn antwoord.

Werkpunt	n = 21
Overlegmodel(len): bestuderen en/of toepassen (van aspecten) ervan	11
Cliënt meer centraal stellen	8
Tijd nemen en geven aan cliënten om beslissingen te nemen	6
Rekening houden met verschillende keuzemogelijkheden	6
Wij passen dit reeds toe	4
De verschillende partijen betrekken die de cliënt omringen	4
Systematisch, gestructureerd en bewust toepassen van overlegmodel	3
Evalueren van de genomen beslissing	3
Vasthouden aan de genomen beslissing	2
Aandacht voor participatie en opletten voor schijnparticipatie	2
Visualiseren van de keuzemogelijkheden	2

Elf personen zullen (aspecten van) het overlegmodel verder bestuderen of toepassen. Acht deelnemers willen de cliënt meer centraal stellen en meer op zoek gaan naar diens wensen, noden en (hulp)vragen.

4.2 Implementatieformulier

De implementatieformulieren werden ingevuld op de terugkomdag en dit alvorens deze dag daadwerkelijk van start ging. De deelnemers worden uitgenodigd een SMART-geformuleerde doelstelling te definiëren omtrent het sleutelement ‘kiezen in overleg’. Er werden 9 implementatieformulieren ingevuld die het sleutelement ‘kiezen in overleg’ betreffen.

Ook deze doelstellingen werden ingedeeld in dezelfde categorieën als voorheen.

Werkpunt	n = 9
Cliënt meer centraal stellen	7
Systematisch, gestructureerd en bewust toepassen van overlegmodel	5
Overlegmodel(len): bestuderen en/of toepassen (van aspecten) ervan	4
Visualiseren van de keuzemogelijkheden	2

Daarnaast werd aangegeven in welke mate de deelnemer geïnspireerd werd door de studiedag voor het stellen van dit doel, in welke mate dit doel reeds besproken werd in het team en in welke mate de organisatie steun verleent om dit doel te kunnen bereiken.

- Acht van de negen personen gaven aan dat de studiedag hen veel heeft geïnspireerd, één deelnemer antwoordde tussenin.
- Bij vier van de negen personen werd het geformuleerde doel reeds veel besproken in het team, bij drie tussenin, bij 1 deelnemer zeer veel en bij nog een andere weinig.
- Acht van de negen deelnemers gaven aan dat de organisatie hen veel steunt bij het bereiken van dit doel, één deelnemer antwoordde weinig.

Vervolgens heeft iedere deelnemer een concreet actieplan opgesteld waarin beschreven staat welke actie ondernomen zal worden, wanneer dit zal gebeuren, wie dit uitvoert, hoe dat zal gebeuren en hoe de actie geëvalueerd zal worden. Tenslotte worden hierbij ook de bevorderende en belemmerende factoren aangegeven.

5 Terugkomdag

Op de terugkomdag werden in eerste instantie de implementatieformulieren besproken in groep. Eén van de groepen bestond uit deelnemers die een doel formuleerden rond het sleutelement 'kiezen in overleg'. Na de bespreking in groep werden de besproken doelen aan de hele groep voorgesteld.

De doelen die aan de volledige groep werden voorgesteld zijn de volgende:

1. Het model dat werd voorgesteld tijdens de workshop op de studiedag wordt integraal ingezet tijdens cliëntbesprekingen. Het is van belang dat hulpverleners samen met de cliënt het proces durven aangaan. In dat proces wordt actief beslist of er al dan niet actie ondernomen wordt en wanneer deze actie zal plaatsvinden. De deelnemers benadrukken dat ook binnen bemoeizorg ruimte is om samen beslissingen met de cliënt te nemen.
2. Er wordt gestreefd naar het delen van het behandelplan. Hierbij is het belangrijk dat het behandelplan eenvoudig wordt opgesteld in een taal die toegankelijk is voor de cliënt. De doelstellingen worden zo praktisch mogelijk geformuleerd.
3. Er wordt stilgestaan bij de vragen en de verlangens van de cliënt. Hierbij dient de hulpverlener systematisch de vraag van de cliënt te verduidelijken.
4. In de behandeling/begeleiding van de cliënt gebruik maken van de concentrische cirkels. Het is belangrijk om als team de stap te durven zetten naar het inschakelen van de omkadering van de cliënt en te durven samenwerken met reguliere diensten.
5. Het interdisciplinair delen van het behandelplan. Hierbij wordt echter de vraag gesteld hoe dit praktisch gerealiseerd kan worden zonder de privacy van de cliënt te schenden.
6. De stem van de cliënt onder druk (bv. in een crisissituatie) toch durven horen.
7. Gebruik maken van een gemeenschappelijke taal tussen cliënten en begeleiders. De termen die hulpverleners gebruiken zijn niet altijd duidelijk voor hun cliënten. In de eerste plaats is het belangrijk om zich hier bewust van te zijn, in de tweede plaats om op zoek te gaan naar een gemeenschappelijke taal. Uit de groep werden enkele modellen voorgesteld die hiertoe kunnen bijdragen: open dialogue model, staging model en het model van systematisch rehabilitatie handelen.

Bovenstaande doelen vereisen een aantal randvoorwaarden. Zo is het van groot belang dat er anders wordt omgesprongen met tijd, aangezien dit een noodzakelijke investering is bij het aangaan van een beslissingsproces met de cliënt. Een casemanager en een gedigitaliseerd zorgdossier kunnen bijdragen tot het coördineren van alle betrokken hulpverleners en diensten. Tot slot is het van belang dat er eensgezindheid heerst tussen de betrokkenen om een vlotte samenwerking te garanderen.

6 Conclusie

Tijdens de interventie van het onderzoek naar effectieve gemeenschapsgerichte zorg was één van de drie centrale sleutelementen het element 'kiezen in overleg'. Tijdens de studiedag, het uitwerken van het implementatieplan en de terugkomdag zijn een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren gekomen.

Zo dient het aspect 'tijd' een andere invulling te krijgen. In de eerder klassieke benaderingen tracht men zo snel mogelijk een begeleidings- of behandelingsdoel te formuleren, of zo snel mogelijk een zorggerelateerde beslissing te nemen. Bovendien hangt dit vaak samen met de financiering: een team dient prestaties aan te geven. Door te lang stil te staan bij het maken van keuzes krijgen hulpverleners al snel het idee dat veel kostbare tijd verloren gaat. Om het sleutelement 'kiezen in overleg' te kunnen implementeren is het noodzakelijk dat niet enkel het resultaat voor ogen wordt gehouden, maar evenzeer het hele proces dat eraan voorafgaat.

In een crisissituatie is er vaak geen tijd om lang stil te staan bij een beslissingsproces. Toch is het ook in deze situatie mogelijk om rekening te houden met de wensen van de cliënt. Deze wensen kunnen vooraf met de cliënt besproken zijn, maar ook op het moment zelf kan de cliënt betrokken worden bij wat er staat te gebeuren. Hierbij is het van groot belang dat er duidelijk grenzen afgesproken en aangegeven worden, waarbinnen het overlegmodel alsnog toegepast kan worden.

De doelen die de hulpverlener samen met de cliënt overeenkomt, worden vastgelegd in een behandelplan. Dit plan wordt opgebouwd rond de vragen en de verlangens van de cliënt en wordt geschreven in een taal die voor de cliënt toegankelijk is. Door de cliënt een kopie te bezorgen van het behandelplan kan niet enkel hij-/zichzelf hier steeds op terugvallen, maar ook zijn/haar omgeving. Bovendien kan de persoon ook zelf de evolutie opvolgen.

Tenslotte is het aangewezen om als team samen te werken met andere belangrijk personen of diensten uit de omgeving van de cliënt. Om dit in kaart te brengen kan gebruik worden gemaakt van de concentrische cirkels. Op die manier kan iedere betrokkene optimaal ingezet worden in de omkadering van de cliënt.

Hoofdstuk 5

Interventie met betrekking tot het medicatiebeleid

1 Inleiding

De workshop rond medicatiebeleid ging door tijdens het tweede deel van de studiedag. Uit de resultaten van de audit blijkt dat de attitude van de projectleiders en hulpverleners vaak is dat medicatie een aanpak is van de arts. In sommige thuiszorginitiatieven maakt een arts deel uit van het team, in andere niet. Deze initiatieven zijn veelal afhankelijk van de huisarts van hun cliënt. In de praktijk betekent dit dat het team in contact moet komen met verschillende huisartsen uit de regio. Met sommige huisartsen verloopt de communicatie vlot, met anderen verloopt dit minder vlot. Projectleiders en hulpverleners voelen zich in sommige gevallen zelfs machteloos en beperkt.

De workshop 'medicatiebeleid' richt zich op de mogelijkheden die hulpverleners wél kunnen verwezenlijken vanuit hun positie.

Net zoals bij 'kiezen in overleg' werd ook een implementatieplan uitgewerkt. Dit begon eveneens aan het einde van de workshop met behulp van het evaluatieformulier, en tijdens de terugkomdag vulden de deelnemers een implementatieformulier in.

2 Doel van de interventie

De interventie heeft als doel het sleutelement 'medicatiebeleid' onder de aandacht te brengen bij zowel projectleiders als hulpverleners uit de verschillende sectoren. Dit komt aan bod in alle drie de activiteiten van de interventie: de studiedag, het uitwerken van een implementatieplan en de terugkomdag.

Door informatie te geven en hen met elkaar te laten overleggen, dagen we de deelnemers uit om na te gaan in hoeverre dit sleutelement is uitgewerkt in hun dienst. We streven ernaar dat zij door de interventie aspecten van 'medicatiebeleid' belangrijk tot zeer belangrijk vinden, zich competent voelen voor de uitvoering hiervan en dat ze bereid zijn deze aspecten vaak tot altijd toe te passen in de praktijk.

3 Workshop 'medicatiebeleid' tijdens de studiedag

Doorheen deze workshop komen verschillende aspecten van 'medicatiebeleid' aan bod, o.a. (1) het medicatiegebruik van een cliënt toelichten op een teamoverleg; (2) vaststellen of een cliënt problemen ondervindt ten gevolge van zijn medicatiegebruik; (3) over medicatie spreken met een cliënt; (4) in overleg gaan met de huisarts, apotheker, verpleegkundige, ... om het medicatieplan van een cliënt te bespreken; en (5) bij een cliënt nagaan welke voor hem de meest belangrijke medicatie is.

3.1 Opzet van de workshop

De workshop bestaat uit vier delen. Een eerste deel handelt over moeilijke praktijksituaties, een tweede deel over een ideale wereld op het vlak van medicatiebeleid, een derde deel over de theorie en een vierde deel betreft de afronding van de workshop.

3.1.1 Beginsituatie

Deze workshop werd begeleid door prof. dr. Veerle Foulon en Joke Wuyts. De beginsituatie van deze workshop is hetzelfde als deze van de workshop 'kiezen in overleg'. Ook hier zitten de deelnemers verspreid over vijf groepen van maximaal 10 personen. De groepen werden vooraf samengesteld volgens dezelfde principes met als doel heterogene groepen te vormen. De samenstelling van de groepen was echter anders dan bij de eerste workshop. Ook de benodigdheden zijn gelijk: een groot, blanco papier en stiften.

3.1.2 Deel 1: moeilijke praktijksituaties (35 minuten)

De gehanteerde leermethodes zijn het bekijken van een video, casusbespreking, reflectie, ervaringsleren en informeren.

Na een korte verwelkoming wordt opnieuw een video getoond aan de deelnemers. In deze video wordt een jonge man getoond met een verstandelijke beperking en psychische problemen, Rudy. Na een tijdje op straat te hebben geleefd overnacht Rudy al een tijd in de kelder van een bedrijf waar normaal enkel de klusjesmannen komen. Hij krijgt niet de nodige omkadering, ook niet op vlak van medicatie. Zo toont hij zijn voorraad medicatie en de verschillende middelen die hij moet innemen. Hij heeft deze voorgescreven gekregen maar wordt hierbij verder aan zijn lot overgelaten.

Aan de deelnemers wordt gevraagd om hun ervaringen met medicatie te bespreken in de kleine groepen en hiervan enkele notities te nemen. De deelnemers vanuit de verschillende sectoren krijgen een kleur toegewezen: deelnemers uit de ouderensector schrijven met blauw, vanuit de geestelijke gezondheidszorg met groen en vanuit de gehandicaptensector met rood.

Na een kwartier worden de conclusies voorgelegd aan de hele groep. Ondertussen verzamelt één van de workshopbegeleiders de problemen die besproken worden. Deze werden onmiddellijk geprojecteerd voor de hele groep (bv. evaluatie van medicatie, gebrek aan overleg, neveneffecten, ...).

De andere workshopbegeleider concludeert dat medicatiegerelateerde problemen volgens onderzoek in drie grote categorieën ingedeeld kunnen worden: cliëntgerelateerde problemen (medicatiegebruik), artsgerelateerde problemen (voorschrijven) en apothekergelateerde problemen (afleveren). Voor deze workshop zijn de cliëntgerelateerde problemen het meest interessant:

- Therapietrouw en gebrek aan therapietrouw. Dat kan zowel overgebruik als ondergebruik betekenen van medicatie. Aan de oorzaak hiervan kunnen verschillende factoren liggen, waaronder ook de relatie met of de begeleiding van zorgverleners.
- Een verkeerd gebruik van medicijnen (bv. niet correct puffen, pletten, ...).
- Een probleem vanuit de organisatie waarbinnen de cliënt verblijft (bv. rondslingeren medicatie, ...).
- Problemen met praktische aspecten (bv. cliënten met een visuele beperking of met een tremor, ...).
- Cliënten starten zelf dingen op (bv. medicatie van anderen innemen).

- Financiële problemen, waardoor de cliënt op eigen houtje de behandeling(en) stopt of zijn visite bij de huisarts uitstelt. Aan de andere kant wordt waargenomen dat cliënten die een verhoogde tussenkomst krijgen voor medicatie, er vaker slordig mee omgaan.

3.1.3 Deel 2: in een ideale wereld (25 minuten)

De gehanteerde leermethodes zijn een brainstormsessie, reflectie en ervaringsleren.

De deelnemers krijgen een nieuwe opdracht. Deze opdracht bestaat erin om na te denken en te discussiëren over de volgende vragen: wat willen jullie opgelost zien? Hoe willen jullie dit aanpakken? Waar dromen jullie van?

Ze worden gevraagd om aan een andere tafel plaats te nemen, behalve diegene die het langst ervaring heeft in zijn/haar sector. Deze blijft zitten en wordt de moderator. De notities die eerder werden genomen, worden als basis gebruikt voor dit overleg in kleine groepen.

Na 10 minuten wordt opnieuw gevraagd om datgene wat besproken werd, voor te stellen aan de hele groep.

3.1.4 Deel 3: theoretische presentatie (20 minuten)

De gehanteerde leermethodes zijn het informeren en het instrueren van de deelnemers.

Hierop pikt de workshopbegeleider in om de opties te bespreken. Deze opties zijn gericht op een manier van aanpak en het zoeken naar oplossingen die voor iedereen, zowel hulpverleners als coördinatoren, van toepassing kunnen zijn.

Wat de aanpak betreft kunnen 6 stappen doorlopen worden: problemen zien, problemen identificeren, de oorzaak van het probleem zoeken, zorgverleners in kaart brengen, nadenken hoe je het probleem kan oplossen en dit vervolgens concreet uitwerken.

3.1.4.1 Problemen zien

Een belangrijke eerste stap is dat de problemen opgemerkt worden door de hulpverlener. Hierbij kunnen verschillende signalen een rol spelen: de cliënt stelt het minder goed, er slingert medicatie in het rond of op de grond, voorschriften worden niet afgehaald, er worden lege doosjes van niet-voorgeschreven medicatie teruggevonden, etc.

3.1.4.2 Problemen identificeren

Nadat de hulpverlener het vermoeden heeft dat er een probleem is, kunnen open vragen helpen om het probleem te identificeren. De workshopbegeleider geeft enkele voorbeelden:

- Welke medicatie gebruik je?
- Hoe en wanneer neem je deze geneesmiddelen?
- Wat is voor jou belangrijk? Wat is minder belangrijk?
- Hoe goed werkt deze medicatie voor jou?
- Wat vind je moeilijk?
- Hoe worden de geneesmiddelen bewaard?
- Wie begeleidt u bij het gebruik van uw medicatie?

3.1.4.3 *Oorzaak van het probleem zoeken*

Om de oorzaak van het probleem te achterhalen kunnen opnieuw open vragen gesteld worden aan de cliënt. Het is echter afhankelijk van de situatie welke vragen de hulpverlener kan stellen.

Stel dat er een probleem is met therapietrouw: de cliënt neemt het medicijn bewust niet in. De hulpverlener kan navragen waarom de cliënt deze medicatie niet inneemt, wat zijn twijfels zijn en waar hij last van heeft.

In het geval dat de cliënt vergeet om de medicatie in te nemen kan de hulpverlener trachten te achterhalen hoe dit komt en op welke manier dit kan worden voorkomen.

3.1.4.4 *Zorgverleners in kaart brengen*

Als een hulpverlener inzicht wil krijgen in het medicatiegebruik van een cliënt, is het van belang dat hij de zorgverleners in kaart brengt. Wie is de voorschrijvende arts? Is dit enkel de huisarts of zijn er ook specialisten betrokken? Welke apotheker levert de medicatie af aan de cliënt? Is er eventueel een verpleegkundige die de cliënt begeleidt bij het innemen van diens medicatie? Of wordt dit misschien opgenomen door mantelzorgers of doet de cliënt dit helemaal zelfstandig?

3.1.4.5 *Nadenken hoe je dit kan oplossen*

Van zodra de hulpverlener zicht heeft op de situatie kan hij op zoek gaan naar een oplossing. Het is belangrijk om de cliënt hier zoveel mogelijk bij te betrekken. Het is ook wenselijk om de andere hulpverleners op de hoogte te brengen en te bevragen. Vervolgens worden doelstellingen opgesteld en de verschillende mogelijkheden gedocumenteerd.

3.1.4.6 *Concrete oplossingen*

Om het medicatiegebruik te verbeteren kan men een medicatieschema gebruiken, een medicatiereview doen, aanpassingen doorvoeren in de organisatie van de medicatie, en gebruik maken van reminders. Als laatste vermelden we nog een belangrijk aandachtspunt omtrent het pletten van medicatie.

- Medicatieschema

Het medicatieschema is een gestandaardiseerde vorm om informatie met betrekking tot medicatie te verzamelen. Dit omvat (1) alle actieve medicatie van de cliënt, (2) de identiteit van elk geneesmiddel, (3) de dosering, (4) de indicatie voor het innemen van het middel, (5) een relevante gebruiksaanwijzing en (6) waar nodig, bijkomende informatie.

Dit schema stelt de hulpverlener individueel op voor elke cliënt in samenwerking met de apotheker. Daarnaast is het van belang dat deze gevalideerd wordt door de (huis)arts.

Het schema biedt houvast aan de cliënt, maar ook aan de hulpverleners die betrokken worden in de zorg van de cliënt. Ook als de cliënt opgenomen wordt of doorschuift naar een ander team, is dit duidelijk uitgewerkt.

Het is belangrijk om in samenspraak met de cliënt af te spreken met wie dit schema gedeeld mag worden en hoe het up to date zal worden gehouden.

- Medicatiereview – medicatie wijzigen

Bij een medicatiereview wordt de medicatie van een cliënt kritisch geëvalueerd met als doel de risico's van de medicatie te minimaliseren en de outcomes ervan te optimaliseren. Idealiter neemt de arts de beslissing op basis van de bevindingen van de cliënt en het team.

- Aanpassingen in de organisatie

Door een aanpassing te doen in de organisatie van de medicatie kan men voorkomen dat de cliënt zijn medicatie fout of niet inneemt. Een bekende vorm is het gebruik van de pillendoos, maar daarnaast zijn ook meditimer of individuele medicatievoorbereiding mogelijk. Hierbij organiseren de hulpverleners de medicatie van de cliënt zo duidelijk mogelijk, zodat deze weet welk middel hij wanneer dient in te nemen in welke hoeveelheid.

- Reminders

Bij het gebruik van reminders ontvangt de cliënt een herinnering op het moment dat hij zijn medicatie dient in te nemen. Hierdoor voorkomt men dat deze zijn medicatie vergeet in te nemen.

- Medicatie pletten

In de praktijk gebeurt het regelmatig dat medicatie geplet wordt of capsules geopend worden alvorens deze worden ingenomen. Echter, niet alle medicijnen zijn hiervoor geschikt. Niet alleen het therapeutisch effect kan hierdoor beïnvloed worden, maar ook op toxicologisch vlak kan dit problemen opleveren. De workshopbegeleider raadt aan om de website www.pletmedicatie.be te raadplegen als dit van toepassing is.

3.1.5 Deel 4: afronden (10 minuten)

Aan het einde van de workshop worden de belangrijkste punten op een rijtje gezet en krijgen de deelnemers de kans om hun targets inzake medicatie te formuleren op het evaluatieformulier.

3.2 Interacties tijdens de workshop

Tijdens de workshop waren 31 deelnemers aanwezig, afkomstig uit 20 verschillende organisaties. Ze zijn eveneens verdeeld over 5 groepen. De interacties tijdens de workshop handelen over (1) moeilijke praktijksituaties en (2) de ideale wereld.

3.2.1 Deel 1: moeilijke praktijksituaties

Het is van groot belang om de oorzaak van gezondheidsklachten nader te onderzoeken en het medicatiebeleid regelmatig te herbekijken, vooral bij ouderen.

“De oorzaak van de gezondheidsklachten wordt niet altijd onderzocht. Er wordt te snel voorgeschreven zonder grondige anamnese van het hele probleem. De ouderen zijn vooral gefixeerd op het aantal pillen. Er is een gebrek aan evaluatie van medicatie. Er wordt te veel medicatie voorgeschreven, terwijl het niet altijd nodig is. Iemand die een operatie heeft gehad blijft medicatie innemen (bv. Dafalgan), of er worden verschillende middelen voorgeschreven voor hetzelfde probleem.”

“We moeten ons continu afvragen waar we mee bezig zijn: zijn we symptomen aan het behandelen of zijn we kwaliteit van leven aan het verbeteren?”

“In de ouderenzorg is er nood aan doorlichting, dit wordt nooit bekeken of herbekeken. Jonge mensen zijn vaak zelfbewuster en gaan zichzelf vragen stellen over hun medicatiegebruik. Ouderen hebben vaker schrik van afbouw, zowel bij familie als bij ouderen zelf.”

Daarbij moeten bijwerkingen geïdentificeerd en geëvalueerd worden om het medicatiebeleid goed te kunnen bijstellen indien nodig.

“Bij psychotici is er vaak sprake van bijwerkingen. We stellen ons vaak de vraag of we die persoon wel goed aan het behandelen zijn.”

“Ook de bijwerkingen zouden beter in kaart moeten gebracht worden: medicaties werken elkaar tegen. Dat moet zeker het geval zijn met een lange lijst van medicatie. Apothekers hebben ook de opdracht om bijwerkingen te evalueren.”

Moeilijkheden die hiermee gepaard gaan zijn (1) dat de familie niet steeds achter de wijzigingen in de medicatie staat en dat (2) cliënten niet steeds in dialoog gaan met de hulpverlener maar zichzelf louter als ‘consument’ opstellen.

“Ook kan het gebeuren dat de familie niet achter de wijzigingen in de medicatie staat. Soms gaan cliënten ook shoppen voor medicatie, tot ze een arts treffen die het middel voorschrijft op hun vraag.”

“In sommige gevallen gaat het niet enkel over de cliënt zelf, maar ook over hun familie. Soms oefenen zij zoveel druk uit op de cliënt omdat ze bang zijn voor afbouw of veranderingen omdat ze vrezen dat er opnieuw moeilijk hanteerbaar gedrag de kop opsteekt.”

Een persoon geeft verder aan dat er angst bestaat onder hulpverleners om andere hulpverleners tegen te spreken.

“De verpleegkundige heeft vaak schrik om in te gaan tegen de huisarts, en de huisarts heeft op zijn beurt vaak schrik om in te gaan tegen de specialist.”

Iemand uit de sector voor personen met een verstandelijke beperking sluit hierbij aan:

“In de praktijk is er vaak een verschil op te merken tussen een huisarts en een psychiater. Zij durven te weinig ondersteuning vragen aan andere disciplines. In onze kleinschalige voorziening zijn we niet aan een psychiater gebonden. Wanneer we nood hebben aan een psychiater, gaan we specifiek op zoek naar iemand met een relevante achtergrond, iemand die specifiek werkt rond bv. autisme of dementie.”

Ook kan niet iedere hulpverlener medicatie geven, wat eveneens tot moeilijkheden kan leiden in het medicatiebeleid.

“Wij lopen aan tegen de verstrenging van wie medicatie mag en kan geven. Binnen een dienst begeleid wonen mogen we geen verantwoordelijkheid meer dragen over medicatie. We merken ook een tendens dat een psychiater meer zal vertrouwen op de observaties van een andere hulpverlener. Waar kan ik dan terecht met mijn bezorgdheden met medicatie?”

Organisatorische factoren (bv. timing van inname van medicatie) spelen eveneens een belemmerende rol in het medicatiebeleid.

“Er zijn ook vaak problemen met de timing van inname van medicatie doordat de verpleegkundige niet langs kan komen op het moment dat de medicatie ingenomen zou moeten worden.”

Tot slot wordt de ziekte van een individu vaak verklaard doordat het systeem (bv. het gezin) waarin deze zich bevindt, ziek is. Medicatie kan echter niet een ziek systeem genezen.

“Het probleem is dat er geen medicatie bestaat voor zieke systemen. Terwijl het systeem errond zich zou moeten aanpassen.”

3.2.2 Deel 2: in een ideale wereld

In een ideale wereld zou er in eerste instantie meer overleg en samenwerking moeten zijn. Zo beklemtoont men het belang van het samenbrengen van alle actoren (inclusief artsen) in het netwerk van de cliënt.

“In onze groep zijn een aantal briljante ideeën voorgesteld. Zo zei iemand uit de ouderenzorg om alle actoren van een netwerk bij elkaar te brengen: huisarts, psycholoog, familiehelp, ... Zij bespreken concrete casussen, o.a. rond medicatie, maar ook rond andere zaken zoals ‘gedrag’.”

“Het principe van overleg. Coördinatie vinden we belangrijk, dus stellen we een verplichte aanwezigheid van artsen op het overleg voor. Zo kunnen voorschrijvers niet alleen de beslissing nemen, maar hebben ook andere hulpverleners invloed. Wat we ook interessant vinden is het responsabiliseren van de patiënten zelf.”

Ook anderen benadrukken deze nood aan een coördinator:

“Een systematische herevaluatie van de medicatie door iemand die het overzicht kan bewaren. Ook wij stellen een multidisciplinaire aanpak voor. Ook is er nood aan meer scholing en training voor onszelf inzake medicatie.”

Ook dienen in de eerste plaats alternatieven gezocht te worden voor medicatie.

“Ik denk dat het belangrijk is dat medicatie niet als enige oplossing wordt gezien. Het is belangrijk om te gaan zoeken naar alternatieven waar geen medicatie nodig is. Soms kunnen cliënten agressief zijn. Je kan de familie of de mantelzorger hiermee leren omgaan, zodat er geen nood meer is aan medicatie. De druk om persé medicatie voor te schrijven kan een stuk weggenomen worden.”

Eveneens droomt men over een globaal farmaceutisch dossier (naast het globaal medisch dossier) en een correcter terugbetalingssysteem.

“Zoals een globaal medisch dossier voor de artsen een globaal farmaceutisch dossier. Zoals een kruispuntbank.”

“Er is een andere vorm van financiering voor artsen nodig”

“Het betalingssysteem per prestatie is een issue in de gezondheidszorg in de eerste lijn. Ook voor apothekers bestaat de financiering nog te veel per doosje. Daar moeten we vanaf kunnen, inspanningen rond medicatiescreening zouden correct beloond moeten worden.” (workshopbegeleider)

Tot slot dient de basisopleiding realistischer te worden gemaakt.

“Er moet meer aandacht zijn voor doelgroepen in de basisopleiding, meer aandacht voor hoe het in het echt is.”

“We leren studenten denken vanuit tekstboeken. De patiënt in de praktijk is een heel ander verhaal. Dat heeft te maken met training voor mensen die in de sector zitten, maar ook voor training in de basisopleiding.” (workshopbegeleider)

4 Uitwerking implementatieplan

4.1 Evaluatieformulier

Alle deelnemers van deze workshop (n=22) vulden het overeenkomstige evaluatieformulier in. Het evaluatieformulier peilt naar hoe de workshop de deelnemers heeft geïnspireerd (“welke boodschap neemt u mee naar huis na deze workshop?”) en naar de transfer hiervan in hun dagelijkse praktijk (“wat gaat u zeker toepassen in uw dagelijks werk?”). Op deze manier kunnen we nagaan welke kennis de deelnemers het meest belangrijk achten, en of deze kennis al dan niet zal leiden tot een verandering in het gedrag van de professionals.

De antwoorden kunnen samengebracht worden tot 4 categorieën. Het is mogelijk dat eenzelfde deelnemer meerdere categorieën aanhaalt in zijn antwoord.

Werkpunt	n = 22
Samenwerking verbeteren met cliënt, apotheker en huisarts	15
Meer aandacht besteden aan medicatie en observaties hieromtrent	11
Meer aandacht besteden aan evaluatie en opvolging van medicatie	11
Meer aandacht besteden aan organisatie en praktische aangelegenheden inzake medicatie	9

4.2 Implementatieformulier

De deelnemers werden uitgenodigd een SMART-geformuleerde doelstelling te definiëren omtrent het sleutelement ‘medicatiebeleid’. Er werden 8 implementatieformulieren ingevuld die het sleutelement ‘medicatiebeleid’ betreffen.

Ook deze doelstellingen werden ingedeeld in dezelfde categorieën als voorheen.

Werkpunt	n = 8
Samenwerking verbeteren met cliënt, apotheker en huisarts	5
Meer aandacht besteden aan medicatie en observaties hieromtrent	3
Meer aandacht besteden aan organisatie en praktische aangelegenheden inzake medicatie	3
Meer aandacht besteden aan evaluatie en opvolging van medicatie	1

Daarnaast werd gevraagd in welke mate de deelnemer geïnspireerd werd door de studiedag voor het stellen van dit doel, in welke mate dit doel reeds besproken werd in het team en in welke mate de organisatie steun verleent om dit doel te kunnen bereiken.

- Zeven van de acht personen gaven aan dat de studiedag hen veel heeft geïnspireerd, één deelnemer antwoordde ‘zeer veel’.
- Bij vijf van de acht personen werd het geformuleerde doel ‘tussenin’ besproken in het team, bij twee ‘veel’ en bij één deelnemer ‘weinig’.
- Telkens twee deelnemers gaven aan dat de organisatie hen ‘weinig’, ‘tussenin’ en ‘veel’ steunt bij het bereiken van dit doel, één deelnemer antwoordde ‘zeer veel’ en bij één deelnemer ontbrak het antwoord.

Vervolgens heeft iedere deelnemer een concreet actieplan opgesteld waarin beschreven staat welke actie ondernomen zal worden, wanneer dit zal gebeuren, wie dit uitvoert, hoe dat zal gebeuren en hoe de actie geëvalueerd zal worden. Tenslotte worden hierbij ook de bevorderende en belemmerende factoren aangegeven.

5 Terugkomdag

Op de terugkomdag werden in eerste instantie de implementatieformulieren besproken in groep. Eén van de groepen bestond uit deelnemers die ervoor gekozen hadden om verder te werken rond het sleutelement 'medicatiebeleid'. Na de bespreking in groep werden de belangrijkste bevindingen aan de hele groep voorgesteld.

1. In de ouderenzorg (thuiswonende ouderen) werd de BelRAI voorgesteld, een wetenschappelijk instrument met verschillende items waaronder medicatie. De hulpverleners vinden dit een bruikbaar instrument, op voorwaarde dat de resultaten besproken worden in het team en met de cliënt. Een knelpunt dat zij hierbij aanhalen is dat de aanwezigheid van de verschillende betrokkenen noodzakelijk is op overlegmomenten om dit instrument optimaal te benutten. Eén hiervan is de huisarts, die verantwoordelijk is voor de medicatie. De BelRAI biedt echter ook kansen. Aangezien dit een gemeenschappelijk document is kan iedereen uit het team vaststellen of medicatie al dan niet een aandachtspunt is bij de cliënt. Dit maakt medicatie makkelijker bespreekbaar, ook voor niet-artsen.
2. In de gehandicaptenzorg wenst men de hulpverleners te stimuleren om meer oog te hebben voor medicatie: welke medicatie neemt de cliënt en hoe doet hij dat? Hierbij stellen de begeleiders zich echter de vraag wie zij zijn om daar iets aan te doen? Wat is hun impact en in welke mate wordt er naar hen geluisterd? Bovendien hebben ze een honger naar kennis inzake medicatie: er bestaat van alles maar ze weten het niet. Hoe kunnen ze zich hierin bijscholen?
3. In een project voor thuiswonende zorgbehoevenden is men bezig met het implementeren van reminder apps via iPads. Ze stellen zich echter de vraag of dat wel kan en mag. Wat met verantwoordelijkheden als de app het laat afweten? En hoe zit het met de financiering, aangezien hier geen nomenclatuur voor bestaat? Bovendien wordt het menselijk contact vervangen door een iPad, is dat wel wenselijk?
4. Een team uit de GGZ dat werkt met zorgmijders streeft naar een pro-actief beleid omtrent medicatie door zich bekend te maken bij artsen. Echter, om dit te kunnen doen is de toestemming van de patiënt is nodig. En wat met cliënten waarbij nog geen diagnose werd gesteld?
5. Uit de verschillende sectoren kwam aan bod dat de apotheker een structurele plaats zou moeten krijgen in het team.

6 Conclusie

Tijdens de interventie van het onderzoek naar effectieve gemeenschapsgerichte zorg was één van de drie centrale sleutelementen het element 'medicatie'. Tijdens de studiedag, het uitwerken van het implementatieplan en de terugkomdag zijn een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren gekomen.

Een groot aantal deelnemers kwam tot de vaststelling dat ze meer inspraak in de medicatie van hun cliënten kunnen hebben dan het geval is. Om dit te bereiken zijn er eerst een aantal voorbereidende stappen nodig. Eén ervan is bijscholing omtrent medicatie. De hulpverleners willen graag op de hoogte zijn van de medicijnen die relevant zijn voor hun doelgroep: wat bestaat er, wat zijn de effecten en wat zijn de bijwerkingen. Een andere voorbereidende stap die nodig is, is het netwerken met de huisarts en de apotheker. Er zal dus actief ingezet moeten worden op een samenwerking met deze disciplines.

Hoofdstuk 6

Interventie met betrekking tot de hulpverlening in de omgeving van de cliënt

1 Inleiding

Deze workshop ging door tijdens het derde deel van de studiedag. De resultaten van de audit gaven aan dat bij te veel teams cliënten voornamelijk begeleid worden binnen de muren van de voorziening.

Net zoals bij de andere 2 sleutelementen, wordt ook rond dit thema een implementatieplan uitgewerkt. Dit gebeurt eveneens door een evaluatieformulier in te vullen aan het einde van de workshop, en een implementatieformulier aan het begin van de terugkomdag.

2 Doel van de interventie

Deze interventie heeft als doel het sleutelement ‘hulpverlening in de omgeving van de cliënt’ onder de aandacht te brengen bij zowel projectleiders als hulpverleners uit de verschillende sectoren. Dit komt aan bod in alle drie de activiteiten van de interventie: de studiedag, het uitwerken van het implementatieplan en de terugkomdag.

Door informatie te geven en hen met elkaar te laten overleggen, dagen we de deelnemers uit om na te gaan in hoeverre dit sleutelement is uitgewerkt in hun dienst. We streven ernaar dat zij aspecten van ‘hulpverlening in de omgeving van de cliënt’ belangrijk tot zeer belangrijk vinden, zich competent voelen voor de uitvoering hiervan en dat ze bereid zijn deze aspecten vaak tot altijd toe te passen in de praktijk.

3 Workshop ‘hulpverlening in de omgeving van de cliënt’ tijdens de studiedag

Doorheen deze workshop komen verschillende aspecten van ‘hulpverlening in de omgeving van de cliënt’ aan bod. Deze aspecten zijn o.a. (1) iets doen met een cliënt met als enig doel het verbeteren van de vertrouwensrelatie; (2) de cliënt in contact brengen met een ervaringsdeskundige; (3) praktische hulp coördineren of bieden aan een cliënt omtrent huisvesting, financiën of verzekeringen; (4) assertief optreden indien je vroege symptomen en signalen opmerkt bij een cliënt; (5) kwartiermaken: inclusie en participatie van de cliënt bewerkstelligen in gewone omgevingen; (6) ondersteuning bieden aan een familielid van een cliënt; (7) structuur aanbrengen in het leven van de cliënt op een attractieve manier; (8) aandacht hebben voor de verslavingsproblematiek van cliënten; (9) het maken van afspraken met de cliënt voor het geval er meer ingrijpende zorg nodig is; en (10) de zorg aantrekkelijk maken voor de cliënt door een positieve sfeer te creëren.

3.1 Opzet van de workshop

3.1.1 Beginsituatie

De workshop wordt begeleid door Walter Rombouts. Als psycholoog is hij verbonden aan het palliatief support team van Gasthuisberg. Daarnaast leidt hij een bureau voor opleiding en vorming.

De groep is verdeeld in 4 groepen die willekeurig zijn samengesteld.

3.1.2 Deel 1: beschrijving van de aspecten van 'bindende zorg' (15 minuten)

De gehanteerde leermethodes zijn casusbespreking, informeren, instrueren en reflecteren.

Dhr. Rombouts start de workshop met een situatieschets die hij zelf ervaren heeft.

“Ik ben werkzaam op palliatieve zorg. Een maatschappelijk werker stelde de vraag: wat moeten wij doen? Hier ligt een meneer te sterven op een matras op de grond. De patiënt weigert om naar het ziekenhuis te gaan, maar hij heeft ondraaglijke pijn. Kan je me helpen?”

In deze workshop leren deelnemers hoe ze zich als hulpverlener kunnen bewegen in de omgeving van de cliënt, met behoud van de eigen integriteit en met oog voor de eigen veiligheid. De elementen van bindende zorg bieden hierbij een houvast. Deze elementen zorgen ervoor dat de cliënt niet enkel in contact blijft met de zorg, maar ook met diens familie, met lotgenoten en met de buurt. Bindende zorg bestaat uit een oplistings van mogelijkheden die hulpverleners kunnen toepassen als ze in de omgeving van de cliënt gaan opereren (van Veldhuizen, 2006).

De elementen van bindende zorg zijn:

Een band opbouwen met hulpverleners. Een relatie tussen een hulpverlener en een cliënt hoort respectvol en stimulerend te zijn. Hierin kunnen casemanagers een belangrijke rol spelen. Het is belangrijk dat de hulpverlener er is voor de cliënt, en dat hij makkelijk bereikbaar is.

Het inzetten van ervaringsdeskundigen. Ervaringswerkers kunnen voor cliënten een bron van hoop zijn, en mogelijks kunnen zij beter contact leggen met nieuwe cliënten. Voor het team is het inzetten van een ervaringsdeskundige een creatief proces. In eerste instantie dient men na te gaan wie geschikt is als ervaringsdeskundige. Men moet op zoek gaan naar een persoon die kan helpen om contact te leggen en om als lichtend voorbeeld te kunnen functioneren.

Praktische hulp. Door in te spelen op de praktische noden van de cliënt kan de hulpverlener het vertrouwen winnen. Door zaken op orde te krijgen rond bv. huisvesting, financiën en verzekeringen zal de cliënt inzien wat de hulpverlener voor hem kan betekenen.

Assertieve zorg met kleefkracht. In de assertieve zorg dringt de hulpverlener zich op bij de cliënt. Dit betekent dat de hulpverlener er altijd is voor de cliënt, ook wanneer de cliënt er niet zelf om vraagt. Als cliënten de hulpverlener op afstand trachten te houden, is het de taak van de hulpverlener om toch contact te houden.

Beter in de buurt. Het betrekken van de buurt waarin het team opereert en waarin de cliënt woont, zorgt ervoor dat er meer samenhang ontstaat. De cliënt moet zich binden aan de maatschappij, maar om uitsluiting te voorkomen moet de maatschappij zich ook binden aan de cliënt.

Familie. Vroeger werd de familie vaak op afstand gehouden, maar in een ambulante setting is dat onmogelijk. Door samen te werken met familieleden en in te zetten op gezinsinterventies zorgt men ervoor dat het netwerk van de cliënt verstevigd wordt.

Structureren. Een belangrijk element is het geven van structuur of cliënten te helpen om structuur aan te brengen in het eigen leven. In een ambulante setting dient dit op een attractieve manier te gebeuren, zodat de cliënt gemotiveerd is om zich eraan te houden.

Verslaving. Als verslaving als voorwaarde gebruikt wordt om bepaalde zorg vroegtijdig te stoppen, dreigen cliënten effectief buiten de zorg te raken. Dit dient dus voorkomen te worden. Het is echter niet evident om met verslavingsproblematieken aan de slag te gaan. Het inzetten van een verslavingsdeskundige kan hierbij hulp bieden.

Drang en dwang. Met drang en dwang dienen hulpverleners voorzichtig om te gaan. Het roept weerstand op, waardoor mensen zich later net van de zorg afwenden. Echter, in sommige (risicovolle) situaties dient men kordaat op te treden. Hierrond kan vooraf een signaleringsplan uitgewerkt worden, samen met de cliënt.

Attractieve zorg. Organisaties moeten zich te allen tijde afvragen hoe ze de zorg attractiever kunnen maken en kunnen houden voor hun cliënten. Dit komt ook terug bij het opstellen van het behandelplan, wat een weerspiegeling dient te zijn van de wensen van de cliënt. Op maat van de cliënt iets uitstippelen versterkt de attractiviteit.

De workshopbegeleider geeft aan dat deze elementen mogelijkheden bieden om in de omgeving van de cliënt aan de slag te gaan. Tijdens het verdere verloop van deze workshop zullen deze elementen besproken worden in kleine groepen.

3.1.3 Deel 2: Overleg in groepen (35 minuten)

De gehanteerde leermethodes zijn een brainstormsessie en reflectie.

Voor dit onderdeel werden 4 moderatoren aangesteld. Moderatoren A en B nemen ieder 3 aspecten van 'bindende zorg' voor zich, moderatoren C en D ieder 2 aspecten van 'bindende zorg'. De moderatoren verspreiden zich over de 4 groepen. In de 15 minuten dat ze deze groep modereren, trachten ze de aspecten van 'bindende zorg' die ze voor zich hebben genomen te bespreken. Vervolgens wisselen de moderatoren van groep: moderator A vervangt moderator C en omgekeerd, moderator B vervangt moderator D en omgekeerd. Zo komen per groep 5 aspecten van 'bindende zorg' aan bod. De moderatoren maken gebruik van grote papieren om notities te maken. Deze zullen worden opgehangen wanneer het overleg wordt teruggekoppeld naar de hele groep.

3.1.4 Deel 3: plenaire bespreking van de aspecten van 'bindende zorg' (30 minuten)

Iedere moderator stelt de sleutelementen voor die hij besproken heeft in de groepen. Hierbij worden ervaringen en goede voorbeelden verzameld rond deze aspecten van 'bindende zorg'.

3.1.5 Deel 4: afronden (10 minuten)

Aan het einde van de workshop worden de belangrijkste punten op een rijtje gezet door de workshopbegeleider.

3.2 Interacties tijdens de workshop

Er namen 32 personen deel aan de workshop, afkomstig uit 20 verschillende organisaties. Ze zijn verdeeld over 4 groepen. De interactie tijdens de workshop vond plaats in het derde deel: de plenaire bespreking van de aspecten van 'bindende zorg'.

Aspect van bindende zorg	Citaten
Een band met hulpverleners	<i>"Samen dingen doen met de cliënt, terwijl je als hulpverlener gewoon doet en jezelf bent."</i>
	<i>"Echt betrokken zijn bij je cliënt, en hem met interesse en respect benaderen."</i>
	<i>"Je tijd nemen om er te kunnen zijn voor je cliënt. Je moet hem het gevoel geven dat je er samen voor staat, dat je samen ergens moet doorkomen."</i>
	<i>"Om een band op te bouwen moet je eigenlijk wat weg raken van de agenda die ons opdringt wat er allemaal moet gebeuren. Ook daarvan moet je als hulpverlener durven loskomen en iets doen wat een band opbouwt. Heel belangrijk werk, maar hier zijn niet altijd goede woorden voor. Zeker in samenwerkingsverband hebben we de neiging om elkaar op taken aan te spreken, en minder op 'zijn we samen goed bezig?'"</i>
	<i>"Een sigaret roken met een cliënt, dat had een begin en een einde, maar dat mag niet meer... Het is niet alleen de sigaret, maar het gaat ook over de tuin. Niet intrusief, het is veilig. Het is iets wat gelimiteerd is in tijd."</i>
Ervaringsdeskundigen als brugbouwers	<i>"Lotgenoten kunnen helpen om contact te leggen (mensen luisteren beter naar lotgenoten)"</i>
	<i>"Door lotgenotencontact krijg je het gevoel van niet alleen te zijn."</i>
	<i>"Er zijn echter ook gevaren aan het werken met ervaringsdeskundigen. Bv. automutilatie, ze gaan elkaar nadoen, elkaar versterken in het negatieve."</i>
	<i>"Het is van groot belang dat ervaringsdeskundigen doordacht worden ingezet. We moeten hierbij vooral denken aan de meerwaardes en hoe we die kunnen inzetten in de doelgroepen. Bv. casusbesprekingen waarbij we ervaringsdeskundigen betrekken."</i>
	<i>"Professionals hebben veel ervaringsdeskundigheid, het is een belangrijke bron om mensen te helpen in de zorg, zeker bij zorgwekkende zorgmijders."</i>
Praktische hulp	<i>"Eerst ingaan op wat voor mijn cliënt nodig is vandaag."</i>
	<i>"De afwas doen, ook al blijft die 3 weken staan tot je er bent. Dit kan deuren openen."</i>
	<i>"Hulpverleners kunnen zich ongehoorzaam voelen doordat ze iets doen wat ze niet moeten doen, en niet doen wat ze wel moeten doen."</i>
	<i>"Sommige van de regels uit het beleid zijn contraproductief."</i>

Assertieve zorg met kleefkracht	<i>"Aanklampend blijven, niet loslaten."</i>
	<i>"Tijd geven tussen interventies. Als je weet dat er iets moet gebeuren maar hij is er niet aan toe: temporiseren."</i>
	<i>"Goed wachten op het moment dat de cliënt zelf beseft: zo gaat het niet verder."</i>
	<i>"Wandelen in de buurt van de plekken. Kijk, daar is onze afdeling, maar we wandelen er gewoon voorbij."</i>
	<i>"In de auto: er mag stilte vallen, je hoeft elkaar niet aan te kijken."</i>
	<i>"Moeilijke gesprekken niet uit de weg gaan."</i>
Beter in de buurt	<i>"Meegaan met cliënten, dit kan erg drempelverlagend werken."</i>
	<i>"Of meegaan naar dagcentra en medische centra."</i>
	<i>"Bv. een seniorenrestaurant waar mensen uit de buurt ook komen."</i>
	<i>"Contact leggen met gemeentebestuur."</i>
Familiebanden	<i>"Familie als partner in de zorg en als steunende figuur."</i>
	<i>"Dit houdt meer in dan alleen het informeren van de familie. Het is niet alleen aan tafel gaan zitten met de familie, maar echt beroep gaan doen op hun kennis en hen inschakelen."</i>
	<i>"Datgene wat familie kan opnemen, hen het laten opnemen indien de cliënt dit toelaat."</i>
	<i>"Het is inderdaad belangrijk dat de regie in handen blijft van de cliënt. Je moet hier samen een weg in zoeken."</i>
	<i>"Het is ook belangrijk dat je rekening houdt met het levensverhaal van de cliënt. De familiebanden moeten niet altijd geïdealiseerd worden. Vaak ontbreken deze banden of is de familiegeschiedenis niet rooskleurig, dan is het nodig om een ander netwerk uit te bouwen."</i>
	<i>"Indien mogelijk moet er gewerkt worden met heel het systeem."</i>
Gebonden aan verslaving	<i>"Rond dit bindingselement ervaren we een groot verschil in de verschillende sectoren. GGZ is het gewoon om met verslavingsproblematieken te werken, andere sectoren krijgen er minder mee te maken."</i>
	<i>"In de andere sectoren is het een uitdaging om hiermee om te gaan. Ook hier kunnen ervaringsdeskundigen een belangrijke rol spelen."</i>
	<i>"Over het algemeen is er te weinig kennis rond verslaving. Diensten moeten een beleid ontwikkelen om toch met verslaving om te gaan."</i>
	<i>"We denken dat we er niet mee in contact komen, maar dat bestaat niet."</i>
Dwang en drang	<i>"Bemoeizorg: als je bij de cliënt staat en hij doet niet open, nog telefoneren om te vragen om binnen te mogen."</i>

	<i>"Soms is het moeilijk: je wil wel op het tempo van de cliënt werken, maar de cliënt wil geen zorg."</i>
	<i>"Het [dwang] werkt gewoon niet. Wat wel werkt is om in stappen verder te gaan, heel procesmatig."</i>
	<i>"Soms is het toch nodig om cliënt op te nemen, om de cirkel te doorbreken, om een signaal te geven."</i>
	<i>"Er is verschil tussen residentieel en ambulante. In een residentiële setting werd het vaak al besproken, maar ambulante is het belangrijk om tijd te geven aan de omgeving. Denk hierbij aan de workshop rond 'kiezen in overleg'."</i>
Attractieve zorg	<i>"Geef de cliënt een hoofdrol en ga na wat hij zelf fijn vindt."</i>
	<i>"In de dienst begeleid wonen moet je heel de tijd aan het oplossen zijn, maar het is ook eens verrijkend om iets leuks te gaan doen met cliënten."</i>
	<i>"Mensen aanspreken over hun kwaliteiten, hun positieve kanten."</i>
	<i>"In het CGG bieden wij een herstelacademie. Cliënten komen hier naartoe om te studeren rond een bepaald iets."</i>
	<i>"Door de nieuwe media zijn er ook nieuwe mogelijkheden. Zo kunnen bv. jongeren ook via sms of via de applicatie Emma bereikt worden. Ze worden op die manier benaderd in hun eigen leefwereld."</i>
	<i>"Nieuwe media bij ouderen heeft vaak beperkingen (bv. niet kunnen lezen). Dit geldt niet enkel voor ouderen, ook voor andere sectoren."</i>
	<i>"Wij maken gebruik van picto's. Onze cliënten kunnen niet lezen of schrijven, dus moeten we op zoek naar een manier die ze wel begrijpen."</i>
	<i>"Bovendien brengen de nieuwe media ook gevaren mee, zoals pesten via facebook."</i>
	<i>"Het residentiële luik trachten we meer in te bedden in de lokale gemeenschap. We beschouwen het niet als een apart centrum, maar we proberen het zoveel mogelijk open te stellen voor bv. scholen."</i>

4 Uitwerking implementatieplan

4.1 Evaluatieformulier

Alle deelnemers van deze workshop (n=22) vulden het overeenkomstige evaluatieformulier in. Het evaluatieformulier peilt naar hoe de workshop de deelnemers heeft geïnspireerd ("welke boodschap neemt u mee naar huis na deze workshop?") en naar de transfer hiervan in hun dagelijkse praktijk ("wat gaat u zeker toepassen in uw dagelijks werk?"). Op deze manier kunnen we nagaan welke kennis de deelnemers het meest belangrijk achten, en of deze kennis al dan niet zal kunnen leiden tot een verandering in het gedrag van de professionals.

De antwoorden op het evaluatieformulier m.b.t. 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt', kunnen samengebracht worden tot 13 categorieën. Het is mogelijk dat eenzelfde deelnemer meerdere categorieën aanhaalt in zijn antwoord.

Werkpunt	n = 22
Algemeen meer aandacht besteden aan de 10 aspecten van 'bindende zorg'	8
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'beter in de buurt'	4
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'familiebanden'	4
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'band met hulpverleners'	4
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'ervaringsdeskundigen als bruggenbouwers'	4
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'assertieve zorg met kleefkracht'	4
Verder doen zoals we bezig zijn	4
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'attractieve zorg'	3
Cliënt meer centraal stellen	2
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'gebonden aan verslaving'	2
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'structureren'	1

4.2 Implementatieformulier

De deelnemers werden uitgenodigd een SMART-geformuleerde doelstelling te definiëren omtrent het sleutelement 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt'. Er werden 2 implementatieformulieren ingevuld die het sleutelement 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt' betreffen.

Ook deze doelstellingen werden ingedeeld in dezelfde categorieën als voorheen.

Werkpunt	n = 2
Meer aandacht besteden aan bindingselement 'beter in de buurt'	2

Daarnaast werd aangegeven in welke mate de deelnemer geïnspireerd werd door de studiedag voor het stellen van dit doel, in welke mate dit doel reeds besproken werd in het team en in welke mate de organisatie steun verleent om dit doel te kunnen bereiken.

- Van de twee deelnemers rond dit sleutelement gaf één persoon aan dat de studiedag hem weinig geïnspireerd heeft om dit doel te stellen, bij een andere deelnemer ontbrak het antwoord.
- Bij de ene deelnemer werd dit doel weinig besproken in het team, bij de andere veel.
- Eén deelnemer voelde zich tussenin gesteund door de organisatie, de andere veel.

Vervolgens heeft iedere deelnemer een concreet actieplan opgesteld waarin beschreven staat welke actie ondernomen zal worden, wanneer dit zal gebeuren, wie dit uitvoert, hoe dat zal gebeuren en hoe de actie geëvalueerd zal worden. Tenslotte worden hierbij ook de bevorderende en belemmerende factoren aangegeven.

5 Terugkomdag

De professionals die aanwezig waren op de terugkomdag hadden er in de meeste gevallen voor gekozen om verder te werken rond één van de twee andere sleutelementen. Er waren slechts 3 personen aanwezig die het sleutelement 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt' als voorkeur hadden. Na een korte rondvraag bleek dat ook andere deelnemers ideeën hadden uitgewerkt rond dit sleutelement, hoewel hun prioriteit bij 'kiezen in overleg' of 'medicatiebeleid' lag. Bovendien is interactie onder de deelnemers (welke tussen 3 personen niet optimaal is), een belangrijk aspect van de interventie. Omwille van deze redenen besloten we geen aparte groep te maken rond het sleutelement 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt' tijdens de terugkomdag, maar dit sleutelement plenair te bespreken.

Tijdens deze plenaire bespreking kwamen diverse elementen van bindende zorg aan bod. De elementen van bindende zorg werden tijdens de workshop voorgesteld als handvatten om hulpverlening in de omgeving van de cliënt vorm te geven. Iemand haalt aan dat attractieve zorg een belangrijk element hiervan is. Zij proberen via een leuke, attractieve vragenlijst mensen te doen nadenken over hun kwaliteit van leven.

“Mij sprak het bindingselement attractieve zorg erg aan. Wij willen zorg attractiever maken door in gesprek te gaan over de kwaliteit van leven van onze cliënten. We hebben een vragenlijst opgesteld met inspirerende, attractieve vragen om mensen aan te zetten tot nadenken over hun kwaliteit van leven. We verdrinken vaak in de dagdagelijkse dingen, waardoor we geen tijd hebben of vergeten om daarbij stil te staan. Dat gaan we nu proberen.”

“Welke vragenlijst gebruiken jullie daarvoor?”

“Het is een vragenlijst met heel eenvoudige vragen rond verschillende domeinen zoals wonen, werken, dagbesteding, sociale relaties, enz. De werkgroep die werd samengesteld om hier aan te werken heeft ook de vragenlijst opgesteld. We willen weten hoe tevreden mensen zijn, en daar werkpunten uithalen in plaats van enkel het dagdagelijkse te doen. We proberen dit door leuke, attractieve vragen te stellen.”

Eén van de onderzoekers merkt op dat dit idee vermoedelijk al langer speelde. Dat de tijd er rijp voor was om het uit te werken omdat het iets is wat al langer leefde binnen het team.

De deelnemer bevestigt dit en geeft aan dat dit dankzij de studiedag wat meer vorm heeft gekregen en dat er gerichtere aandachtspunten zijn.

Daarnaast is het van belang om als team consistent te communiceren. Daartoe is supervisie en onderlinge afstemming in het team cruciaal.

“Iets waar wij in ons team regelmatig mee geconfronteerd worden, is communicatie. Het is niet makkelijk om binnen het team af te stemmen. Momenteel hebben we geen supervisie en is het voor ons een uitdaging om eerst op één lijn te komen naar onze patiënten toe. We werken samen met mensen die dit werk al 30 jaar doen en misschien eerder volgens het paternalistische model hun patiënten benaderen. Eigenlijk zitten we met verschillende modellen, dat zorgt soms voor onenigheid binnen het team.”

“Het is een zoektocht naar het goede midden, en lang niet iedereen kan zijn keuze uiten.”

“Zo worden we nu ook geconfronteerd met borderline, waar we niet zoveel expertise in hebben.”

“Die patiënten vragen heel veel van het team. Dus daar werken jullie aan?”

“Ja, daar zijn we serieus mee bezig.”

Verder namen de thema's 'samenwerking' en 'vermaatschappelijking van de zorg' een groot deel van de plenaire bespreking in beslag. Wat betreft de samenwerking haalt men aan dat het netwerk zich best rond de cliënt bevindt en vertrekt vanuit de noden van deze cliënt. Daarbij kunnen ook informele personen (bv. familie) actief worden betrokken.

“Waar wij ons op willen focussen is al ter sprake gekomen in de groep rond het sleutelement 'kiezen in overleg': we willen de samenwerking met reguliere diensten meer op punt zetten. Vroeger hadden we als voorziening de gewoonte om alles over te nemen als onze cliënten toekwamen. Tegen hun netwerk vertelden we dan dat ze op zondag op bezoek konden komen, verder nemen wij alles wel van jullie over, jullie kunnen op 2 oren slapen.”

“We zouden inderdaad zowel formele als informele personen uit het netwerk kunnen inschakelen. Maar zo kan je voor alles wel iemand inschakelen. Wat is onze taak dan nog? Wij gaan winkelen, helpen met het huishouden, etc. Terwijl we die dingen doen gaan we ook in gesprek met onze cliënten. Dat gaat vaak beter dan wanneer je aan tafel gaat zitten en zegt: we gaan eens een gesprekje doen.”

“Welke taken kunnen zij overnemen en kunnen wij dan nog wel doen wat we willen doen? In welke mate is dat tijdbesparend voor ons?”

“Het is belangrijk om een samenwerking aan te gaan die gericht is rond 1 cliënt. Je zou de ondersteuning die hij eerder kreeg gewoon verder kunnen zetten. Je moet uitgaan van de noden van de cliënt in plaats van het aanbod van de organisatie, en daarrond duidelijke afspraken kunnen maken met het netwerk.”

...

“Daarnaast zijn we ook op zoek naar een manier waarbij mantelzorgers een meer actieve inbreng kunnen hebben. We proberen familie actief te betrekken bij onze cliënten.”

“Het perspectief van de mantelzorger als partner te beschouwen. Hebben jullie daar al werk van gemaakt?”

“Ja, wel al werk van gemaakt, maar ik denk niet dat het al op te merken is. We zijn er nog niet lang mee bezig. Ook proberen we meer overleg te plannen met andere diensten zoals wijkgezondheidscentra, de huisarts, GGZ, psychiaters, gezinshulp, ... Maar deze contacten verlopen niet vlot.”

Wat betreft de vermaatschappelijking van de zorg haalt men aan dat de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt ook afhangt van diens omgeving.

“Vermaatschappelijking van de zorg is een grote uitdaging. Eén van onze begeleidsters zit al 9 jaar in een moeilijke cliëntsituatie. Nu groeit langzaam in goede richting. Die mensen zijn hun huis aan het opruimen en hadden een container besteld. De containermaatschappij had die container half uitgekierped en de burens kwamen zich moeien. Ze kwamen hun frustraties uiten tegen de begeleidster: “Allee, jij komt hier al 9 jaar en je doet hier niets”. Binnen het mandaat van maatschappelijk werker wordt er een set van verwachtingen gekoppeld. Ik kan het niet altijd waarmaken zoals anderen het zien. Als we denken binnen het verhaal van concentrische cirkels is de taak van de begeleider een draaischijf. De samenwerking met de cliënt wordt niet enkel beïnvloed door de relatie met cliënt, maar ook de omgeving zal direct of indirect een invloed uitoefenen. We moeten

ook gaan nadenken hoe we ervoor kunnen zorgen dat ook de omgeving mee is in dat verhaal. We moeten sensibiliseren naar de bredere omgeving toe. Dat gaat ons mandaat kraken of maken.”

“Ik herken dit ook. De burens vragen zich af of het nog verantwoord is om die mensen thuis te laten wonen. Ik kan plaatsen dat mensen die niet in de zorg zijn daar een heel ander beeld over hebben, maar daar ga ik me niet door laten beïnvloeden.”

“Interessant dat je dat zegt. Dat ligt ook in je karakter, je moet dat kunnen om dat los te laten en niet als kritiek te beschouwen.”

De onderzoeker stelt de vraag of dit iets is waar we als samenleving naar toe moeten evolueren.

“Bijvoorbeeld goede gespreksvoering: daar denkt de samenleving anders over. Zij denken dat de kliniek het wel zal oplossen. We moeten eigenlijk die omgeving sensibiliseren. Dan botst het als het verwachtingspatroon is dat jij alles oplost. Ook in de samenleving is er nog een hele weg af te leggen om die beeldvorming te veranderen, daar kan je als maatschappelijk assistent of als verpleegkundige niet tegenop.”

“Dit moet inderdaad op micro, meso en macro niveau aangepakt worden, we moeten er anders over gaan denken. Wij zijn coaches, we nemen het niet over, of slechts in uiterste nood.”

Afsluitend haalt men aan dat begeleiders moeten blijven beseffen dat de verantwoordelijkheid bij de cliënt blijft liggen. Uiteindelijk is het de cliënt zelf die kiest.

“Dat moet je inderdaad iedere keer opnieuw aanbrengen. Het is belangrijk dat we dat blijven zeggen!” Het is onze taak om mensen te empoweren, niet om dingen in hun plaats te doen of niet om verantwoordelijkheid over te nemen. We moeten bewaken dat dat telkens terug gezegd wordt.”

6 Conclusie

Tijdens de interventie van het onderzoek naar effectieve gemeenschapsgerichte zorg was één van de drie centrale sleutelementen het element ‘hulpverlening in de omgeving van de cliënt’. Tijdens de studiedag, het uitwerken van het implementatieplan en de terugkomdag zijn een aantal belangrijke aandachtspunten naar voren gekomen.

Het was opvallend dat een beperkt aantal deelnemers dit sleutelement als primair sleutelement hebben gekozen, maar dat heel wat deelnemers wel één en ander bedacht hadden rond dit sleutelement. Ook hier kwam terug dat diensten meer wensen in te zetten op de samenwerking met andere organisaties, waarbij de cliënt als centrale partij beschouwd wordt. In de praktijk blijkt eensgezindheid tussen al deze actoren geen evidentie te zijn. Dan worden hier niet enkel de formele zorgverleners mee bedoeld, maar ook de informele zoals mantelzorgers, burens, etc. Iedereen heeft duidelijke verwachtingen van de professional, maar als deze niet op diezelfde manier ingevuld kunnen worden, rijzen er al snel vragen uit de omgeving. Er is nood aan sensibilisering van de omgeving en van de samenleving.

Hoofdstuk 7

Resultaten van de audits en de vragenlijsten

1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van twee metingen die we gebruikten tijdens dit onderzoek: de audit en de vragenlijst.

2 De audit

2.1 Beschrijving van de audit

De audit die we in 2015 afnamen is dezelfde als deze die we gebruiken in 2013. Meer informatie over de inhoud en de afname van deze audit vindt u in hoofdstuk 2.

2.2 Meetmomenten van de audit

De audit werd dus op twee verschillende tijdstippen afgenomen. Tijdens de voormeting in 2013 namen 30 thuiszorginitiatieven deel, tijdens de nameting in 2015 namen daarvan nog 27 initiatieven deel. De drie thuiszorginitiatieven waarbij geen nameting werd uitgevoerd waren wel aanwezig op de studiedag en/of terugkomdag. Het was echter niet mogelijk om een nameting in te plannen met de betrokkenen binnen de voorziene tijdspanne.

2.3 Analyse van de data met betrekking tot de audit

2.3.1 Beschrijvende statistiek

Per deelnemend thuiszorginitiatief wordt de behaalde score (audit 2015) per sleutelement berekend. Deze scores worden naast de scores van de audit in 2013 geplaatst. Om tot een globale score op de audit te komen worden de scores op de sleutelementen samengeteld en tot een totaalpercentage herleid.

2.3.2 Gepaarde T-toets

De gemiddeldes van de scores uit 2013 en 2015 worden met behulp van een gepaarde T-toets met elkaar vergeleken. Deze vergelijking gebeurt op twee niveaus: op het niveau van de totaalscores, waarbij de gemiddelde totaalscores uit 2013 en 2015 met elkaar worden vergeleken, en op het niveau van de sleutelementen, waarbij per sleutelement de gemiddelde scores uit 2013 en 2015 met elkaar vergeleken worden.

2.3.2.1 Gepaarde T-toets van de totaalscores

We vergelijken dus het gemiddelde van de totaalscores in 2013 met het gemiddelde van de totaalscores in 2015 aan de hand van een gepaarde T-toets. Dit resultaat beschouwen we als significant als $p < 0.05$.

2.3.2.2 *Gepaarde T-toets per sleutelement*

Per sleutelement berekenen we de gemiddelde score, zowel voor 2013 als voor 2015. Opnieuw vergelijken we deze scores met elkaar en ook hier geldt dat we een resultaat als significant beschouwen als $p < 0.05$.

2.3.3 **Repeated measures ANOVA**

Met behulp van een repeated measures ANOVA willen we nagaan of de thuiszorginitiatieven die vertegenwoordigd waren op de studiedag ($n=17$) al dan niet een betere evolutie doormaakten t.o.v. de thuiszorginitiatieven die niet aanwezig konden zijn ($n=10$). Deze analyse konden we enkel uitvoeren op de data van de initiatieven waarbij een tweede audit werd afgenomen ($n=27$).

Alvorens we hiermee van start kunnen gaan, is het belangrijk om na te kijken of er een verschil bestaat tussen de twee groepen (aanwezig en niet aanwezig op de studiedag) bij aanvang van het onderzoek. Dit doen we aan de hand van een one-way ANOVA op de resultaten van de eerste audit.

2.4 **Resultaten op de audit**

2.4.1 **Beschrijvende statistiek**

In tabel 8 worden de resultaten weergegeven van de audit, zowel in 2013 als in 2015.

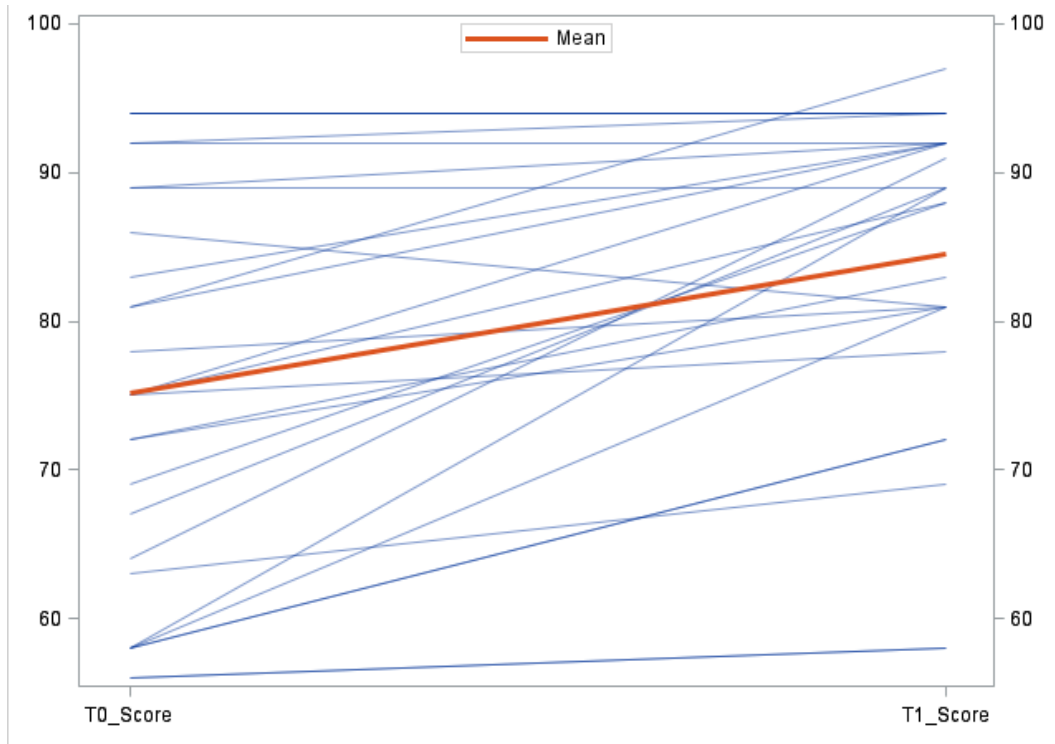
Tabel 8 Resultaten op de audit in 2013 en in 2015

	Thuisz.- initiatief	Hulpverlening in de omgeving		Team-based		Drop-out beperken		SDM: betrokkenheid		SDM: kopie behandelplan		Medicatie- beleid		Sociale omgeving		Praktische vaardigheden		Sociale vaardigheden		Score Audit %	
		2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015
Ouderenzorg	1	2	3	3	3	4	4	2	2	0	4	2	4	4	4	0	4	4	4	58	89
	2	/	/	4	4	4	4	2	2	0	0	2	2	4	4	2	4	2	2	63	69
	3	4	4	3	3	4	/	2	4	0	4	2	2	4	4	2	4	2	4	64	91
	4	2	2	1	1	2	3	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	75	78
	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	0	4	2	4	4	4	4	4	4	81	97
	6	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	92	94
	7	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	92	92
	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	94	94
	9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	94	94
	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	94	94
Geestelijke gezondheidszorg	11	0	0	3	1	3	4	2	2	0	0	2	2	2	4	4	4	4	4	56	58
	12	0	0	3	1	3	4	2	2	0	0	2	2	2	4	4	4	4	4	56	58
	13	0	0	3	0	4	4	2	4	0	4	2	2	2	4	4	4	4	4	58	72
	14	3	3	2	3	4	4	2	2	0	0	2	2	2	4	4	4	2	4	58	72
	15	2	3	1	2	4	4	2	2	0	2	2	4	4	4	2	4	4	4	58	81
	16	1	1	3	4	4	4	4	4	0	0	4	4	4	4	2	4	4	4	72	81
	17	4	/	3	/	3	/	2	/	0	/	2	/	4	/	4	/	4	/	72	/
	18	4	4	3	3	4	4	4	4	0	2	2	4	4	4	4	4	4	4	81	92
	19	4	4	2	3	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	83	92
	20	4	4	3	3	4	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	89	92
Gehandicaptenzorg	21	4	/	3	/	4	/	0	/	0	/	4	/	4	/	2	/	2	/	64	/
	22	2	3	1	4	3	4	4	4	0	3	2	2	4	4	4	4	4	4	67	89
	23	/	/	4	4	4	4	2	2	0	2	2	4	2	4	4	4	4	4	69	88
	24	4	4	4	4	4	4	0	2	0	2	2	2	4	4	4	4	4	4	72	83
	25	4	4	3	3	4	4	2	4	0	4	2	2	4	4	4	4	4	4	75	92
	26	/	/	4	4	4	4	2	2	0	4	2	2	4	4	4	4	4	4	75	88
	27	4	3	4	4	4	4	2	4	0	0	2	2	4	4	4	4	4	4	78	81
	28	4	/	4	/	4	/	2	/	0	/	2	/	4	/	4	/	4	/	78	/
	29	4	4	4	1	3	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	86	81
	30	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	89	89
	Gem.	3	3	3	3	4	4	3	3	1	3	2	3	4	4	4	4	4	4	75	84

2.4.2 Gepaarde T-toets

2.4.2.1 Gepaarde T-toets van de totaalscores

In Figuur 2 worden de evoluties van de scores weergegeven per thuiszorginitiatief.



Figuur 2 Evolutie van de scores

Gemiddeld gezien is er een stijging van 9% op de totaalscore, tussen 2013 en 2015 (zie ook Tabel 9).

2.4.2.2 Gepaarde T-toets per sleutelement

Tabel 9 geeft aan of en hoe sterk elk sleutelement veranderde over verloop van tijd.

Tabel 9 Gepaarde T-toets per sleutelement

Audit	Gemiddelde score		t- en p-waarde
	2013 (n=30)	2015 (n=27)	
Hulpverlening in de omgeving van de cliënt	3.0	3.0	Niet significant
Team-based	3.2	3.0	Niet significant
Drop-out beperken	3.8	3.9	Niet significant
Kiezen in overleg			
- Betrokkenheid	2.7	3.3	t(26)=2.43*
- Kopie behandelplan	1.1	2.6	t(26)=4.38***
Medicatiebeleid	2.2	2.6	t(26)=2.73*
Sociale omgeving	3.7	4.0	t(26)=2.43*
Vaardigheidstraining			
- Praktisch	3.5	4.0	t(26)=2.28*
- Sociaal	3.7	3.9	Niet significant
Totaalscore	75%	84%	t(26)=-5.13***

p* < 0.05; p** < 0.01; p*** < 0.001

2.4.3 Repeated measures ANOVA

Voor de interventie van start ging, bestond er geen significant verschil in de scores tussen de thuiszorginitiatieven die wel en niet aanwezig waren op de studiedag. Dit geldt voor de totaalscores en de scores op de sleutelementen.

Vervolgens gingen we, met behulp van een repeated measures ANOVA, na of de positieve evolutie in de totaalscores groter is bij thuiszorginitiatieven die vertegenwoordigd waren op de studiedag, t.o.v. thuiszorginitiatieven die niet aanwezig waren. Aangezien er niet werd voldaan aan de voorwaarde van sfericiteit, werd enkel gekeken naar de multivariate tests. Hieruit leerden we dat thuiszorginitiatieven die vertegenwoordigd waren op de studiedag er globaal gezien significant beter op vooruit gingen dan initiatieven die er niet bij waren, met $F=4.524$ bij $p=0.043$. Thuiszorginitiatieven die vertegenwoordigd waren op de studiedag gingen er met gemiddeld 12% op vooruit, initiatieven die niet aanwezig waren met gemiddeld 5%.

Op het niveau van de specifieke sleutelementen konden we echter geen significante verschillen terugvinden tussen de initiatieven die al dan niet deelnamen aan de studiedag.

2.5 Bespreking van de resultaten uit de audit

Uit de analyses van de scores op de audits kunnen we afleiden dat het merendeel van de thuiszorginitiatieven een betere score behaalden op de audit van 2015 dan op de audit van 2013. Hoewel de minima en de maxima niet veel van elkaar verschillen, is de mediaan met 14% en het gemiddelde met 9% gestegen. Slechts één thuiszorginitiatief behaalt in 2015 een slechtere score dan in 2013, met 5%. De reden

hiervan is dat in 2015 minder hulpverleners betrokken waren in de zorg voor de cliënt, waardoor een mindere score werd behaald op het sleutelement “team-based”. Daarnaast kende dit team meer drop-outs in 2015 dan in 2013. Vijf initiatieven behalen dezelfde (hoge) score en de overige 21 initiatieven scoren beter. De grootste globale vooruitgang die werd gemaakt, betreft een vooruitgang van 31%. Thuiszorginitiatieven die aanwezig waren op de studiedag gaan er significant met een grotere sprong op vooruit dan initiatieven die niet aanwezig waren. Zo verbeterden zij hun score met gemiddeld 12%, waar dat bij initiatieven die niet aanwezig waren op de studiedag 5% is.

De gepaarde T-toets per sleutelement toont ons dat er een significante verbetering is voor de implementatie van de sleutelementen “kiezen in overleg” en “medicatiebeleid”. Wat betreft het sleutelement “hulpverlening in de natuurlijke omgeving van de cliënt” stellen we geen significante verandering vast. Daarnaast zijn twee sleutelementen die niet behandeld werden tijdens de interventie, eveneens significant verbeterd: “betrokkenheid van de sociale omgeving” en “praktische vaardigheden”. Dit kan te wijten zijn aan het feit dat de initiatieven die hebben deelgenomen aan dit onderzoek enerzijds gegroeid zijn doorheen de tijd, en aan het feit dat deze sleutelementen onlosmakelijk verbonden zijn met de sleutelementen die wel aan bod zijn gekomen op de studiedag.

De sterkste verbetering was terug te vinden bij het sleutelement “kiezen in overleg”: het subitem “kopie van het behandelplan” ging er met 1.5 punten op vooruit, het subitem “betrokkenheid van de cliënt” met 0.6 punten. De “praktische vaardigheden” verbeterden met 0.5 punten; het “medicatiebeleid” met 0.4 punten en “het betrekken van de sociale omgeving” met 0.3 punten.

3 De vragenlijst

3.1 Beschrijving van de vragenlijst

De vragenlijst die op vier verschillende meetmomenten werd afgenomen, bevatte een aantal items per sleutelement.

De items van de vragenlijst betreffende het sleutelement ‘hulpverlening in de omgeving van de cliënt’ zijn:

1. Iets doen met de cliënt met als enig doel het verbeteren van de vertrouwensrelatie.
2. De cliënt in contact brengen met een ervaringsdeskundige.
3. Praktische hulp coördineren of bieden aan een cliënt omtrent huisvesting, financiën of verzekeringen.
4. Assertief optreden indien je vroege symptomen en signalen opmerkt bij een cliënt.
5. Kwartiermaken: inclusie en participatie van de cliënt bewerkstelligen in gewone omgevingen.
6. Ondersteuning bieden aan een familielid van een cliënt.
7. Structuur aanbrengen in het leven van de cliënt op een attractieve manier.
8. Aandacht hebben voor de verslavingsproblematiek van cliënten.
9. Het maken van afspraken met de cliënt voor het geval er meer ingrijpende zorg nodig is.
10. De zorg aantrekkelijk maken voor de cliënt door een positieve sfeer te creëren.

Deze betreffende het sleutelement ‘medicatiebeleid’, zijn:

11. Het medicatiegebruik van een cliënt toelichten op een teamoverleg.
12. Vaststellen of een cliënt problemen ondervindt ten gevolge van zijn medicatiegebruik.

13. Over medicatie spreken met een cliënt.
14. In overleg gaan met de huisarts, apotheker, verpleegkundige, ... om het medicatieplan van een cliënt te bespreken.
15. Bij een cliënt nagaan welke voor hem de meest belangrijke medicatie is.

Deze betreffende het sleutelement 'kiezen in overleg', zijn:

16. Bevragen en exploreren van de voorkeuren van de cliënt.
17. Aangeven dat er keuzemogelijkheid is.
18. Pluspunten, minpunten en mogelijke risico's van iedere optie met de cliënt bespreken.
19. Samen met de cliënt afwegen wat de beste keuze zou kunnen zijn.
20. Samen naar een eindkeuze toewerken.

Deze items werden allen op een 5-puntenschaal gescoord op volgende domeinen:

- **Belang:** Hoe belangrijk vind je dit? (waarbij 1 = zeer onbelangrijk en 5 = zeer belangrijk)
- **Eigen-effectiviteit:** Hoe competent voel je je op dit vlak? (waarbij 1 = helemaal niet competent en 5 = zeer competent)
- **Realisatie:** Hoe vaak heb je dit de voorbije maand gedaan? (waarbij 1 = nooit en 5 = altijd)
- **Intentie:** Hoe vaak zou je dit willen doen? (waarbij 1 = nooit en 5 = altijd)

3.2 Meetmomenten van de vragenlijst

De vragenlijst werd op drie momenten afgenomen. De personen die aanwezig waren op de studiedag, kregen deze een eerste keer voorgelegd bij het begin (T_1) ervan en een tweede keer aan het einde (T_2). De vragenlijst werd een derde en laatste keer ingevuld aan het einde van de terugkomdag (T_3).

3.3 Analyse van de data met betrekking tot de vragenlijst

3.3.1 In functie van de gemiddelde scores

De scores op de verschillende domeinen (belang, eigen-effectiviteit, realisatie en intentie) worden weergegeven en met elkaar vergeleken. Daarnaast wordt ook gekeken naar de evolutie van de scores op de verschillende meetmomenten.

3.3.2 In functie van de discrepanties

Type I discrepanties betreffen scores die hoog zijn op één variabele en tegelijk laag op een tweede variabele. Op basis van de scores op de verschillende domeinen worden volgende type I discrepanties berekend:

- Belang versus realisatie: er is sprake van een type I discrepantie wanneer een actie bijvoorbeeld als (zeer) belangrijk wordt beschouwd (score 4 of 5) en tegelijkertijd als zelden of nooit gerealiseerd wordt beoordeeld (score 1 of 2). We spreken hier over de discrepantie m.b.t. **implementatie**.
- Belang versus competentie: wanneer een actie als (zeer) belangrijk wordt gescoord (score 4 of 5) en tegelijkertijd voelt de respondent zich (helemaal) niet competent om dit uit te

voeren (score 1 of 2), spreken we over een type I discrepantie betreffende **vorming en opleiding**.

- Intentie versus realisatie: als iemand een bepaalde actie vaak tot altijd zou willen uitvoeren (score 4 of 5), maar dit in de praktijk slechts nooit of zelden doet (score 1 of 2), is dit een type I discrepantie op vlak van **ambitie**.

3.4 Resultaten met betrekking tot de vragenlijst

3.4.1 De gemiddelde scores

Tabel 10 toont de gemiddelde score op T₀ voor overkoepelende maat van belang, eigen-effectiviteit, realisatie en intentie. Respondenten scoren ‘het belang’ van de acties het hoogst met een gemiddelde van 4.33 (95% BI 4.18 – 4.48). De mate waarin de acties gerealiseerd worden (realisatie) krijgt de laagste score met een gemiddelde van 3.35 (95% BI 3.10 – 3.59).

Tabel 10 Gemiddelde scores op T₀ voor overkoepelende maat van belang, eigen-effectiviteit, realisatie en intentie

	Gebruikte N	Gemiddelde T ₀	Standaard-deviatie	95% betrouwbaarheidsinterval
Belang	30	4.33	0.40	4.18 – 4.48
Eigen-effectiviteit	30	3.78	0.42	3.62 – 3.94
Realisatie	30	3.35	0.66	3.10 – 3.59
Intentie	30	3.84	0.74	3.57 – 4.12

Tabel 11 bevat significantietesten voor verschillen binnen respondenten tussen gemiddelde scores op T₀, T₁ en T₂ voor de overkoepelende maat van belang, eigen-effectiviteit, realisatie en intentie. Daarbij wordt enkel de data van de respondenten gebruikt die op elk meetmoment de vragenlijst hebben ingevuld. Een gemengd lineair model van herhaalde metingen vindt geen significant verschil:

- voor de globale mate van eigen-effectiviteit [$F(2, 20) = 0.97$, n.s.]. De gemiddelde score bedraagt 3.84 op T₀, 3.90 op T₁ en 3.92 op T₂.
- voor de globale mate van realisatie [$F(2, 19) = 1.64$, n.s.]. De gemiddelde score bedraagt 3.48 op T₀, 3.45 op T₁ en 3.56 op T₂.

Er is een randsignificant verschil:

- voor de mate van belang [$F(2, 20) = 3.15$, $p < 0.10$]. De gemiddelde score bedraagt 4.36 op T₀, 4.46 op T₁ en 4.49 op T₂.

Er is een significant verschil:

- voor de mate waarin respondenten de intentie hebben om actie te ondernemen [$F(2, 19) = 3.35$, $p < 0.05$]. De gemiddelde score bedraagt 4.01 op T₀, 4.16 op T₁ en 4.18 op T₂.

Tabel 11 Significantietesten voor verschillen binnen respondenten tussen gemiddelde scores op T0, T1 en T2 voor overkoepelende maat van belang, eigen-effectiviteit, realisatie en intentie

	Gebruikte N	Gemiddelde op T0	Gemiddelde op T1	Gemiddelde op T2	DF	F-waarde
Belang	20	4.36	4.46	4.49	2	3.15 ^(*)
Eigen-effectiviteit	20	3.84	3.90	3.92	2	n.s.
Realisatie	19	3.48	3.45	3.56	2	n.s.
Intentie	19	4.01	4.16	4.18	2	3.35 [*]

p^(*)<0.10; p^{*}<0.05; n.s.=niet significant

3.4.2 De discrepanties

We bekijken de discrepanties voor zowel de volledige steekproef als voor enkel de groep respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld op T₀, T₁ en T₂ (complete cases). Gezien het beperkte aantal respondenten, doen we enerzijds een analyse op de volledige steekproef. Anderzijds willen we nagaan wat er doorheen de tijd gebeurt op vlak van de discrepanties, en daarvoor zijn enkel de complete cases geschikt. De respons op T₀, T₁ en T₂ bedraagt respectievelijk 30, 30 en 24. Hiervan hebben 21 personen de vragenlijst op de drie meetmomenten ingevuld.

3.4.2.1 Discrepanties voor de volledige steekproef

Tabel 12 toont het totaal aantal discrepanties op T₀ voor de volledige steekproef van 30 respondenten over de 20 items heen. Er zijn in totaal 97 discrepanties voor implementatie, 19 voor vorming en opleiding en 35 voor ambitie.

Tabel 12 Discrepanties per item, in aantal en aandeel, op T0 (volledige steekproef)

item nr.	T ₀ (n=30)					
	Implementatie		Vorming en opleiding		Ambitie	
	N	%	N	%	N	%
1	4	13%	0	0%	0	0%
2	8	27%	2	7%	3	10%
3	7	23%	1	3%	0	0%
4	4	13%	0	0%	1	3%
5	3	10%	0	0%	2	7%
6	3	10%	0	0%	0	0%
7	3	10%	0	0%	1	3%
8	10	33%	2	7%	2	7%
9	3	10%	0	0%	0	0%
10	2	7%	0	0%	0	0%
11	5	17%	0	0%	4	13%
12	7	23%	3	10%	4	13%
13	5	17%	2	7%	2	7%
14	5	17%	2	7%	2	7%
15	10	33%	6	20%	5	17%
16	4	13%	0	0%	1	3%
17	5	17%	0	0%	2	7%
18	3	10%	0	0%	2	7%
19	3	10%	1	3%	2	7%
20	3	10%	0	0%	2	7%

Tabel 12 toont discrepanties per item, zowel in aantal als in percentage, op T₀. Meest voorkomende (<15%) type I discrepanties op T₀ zijn:

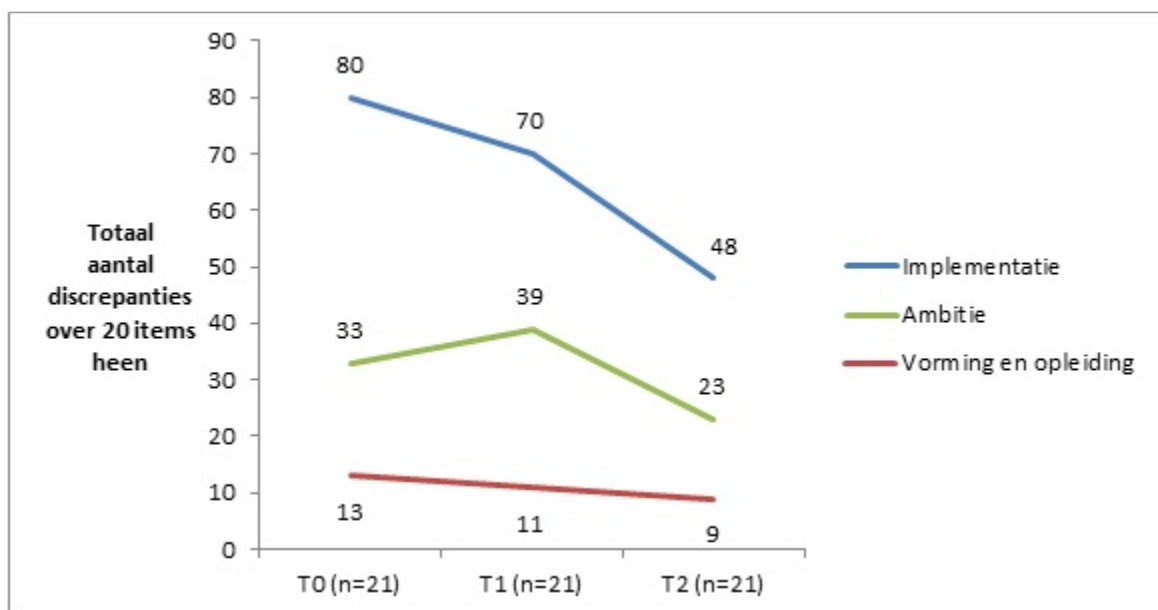
- Implementatie:
 - item 15 (33%): bij een cliënt nagaan welke voor hem de meest belangrijke medicatie is.
 - item 8 (33%): aandacht hebben voor de verslavingsproblematiek van cliënten.
 - item 2 (27%): de cliënt in contact brengen met een ervaringsdeskundige.
 - item 3 (23%): praktische hulp coördineren of bieden aan een cliënt omtrent huisvesting, financiën of verzekeringen.
 - item 12 (23%): vaststellen of een cliënt problemen ondervindt ten gevolge van zijn medicatiegebruik.
 - item 11 (17%): het medicatiegebruik van een cliënt toelichten op een teamoverleg.
 - item 13 (17%): over medicatie spreken met een cliënt.
 - item 14 (17%): in overleg gaan met de huisarts, apotheker, verpleegkundige, ... om het medicatieplan van een cliënt te bespreken.
 - item 17 (17%): aangeven dat er keuzemogelijkheid is.

- Vorming en opleiding:
 - item 15 (20%): bij een cliënt nagaan welke voor hem de meest belangrijke medicatie is.
- Ambitie:
 - item 15 (17%): bij een cliënt nagaan welke voor hem de meest belangrijke medicatie is.

Discrepancies komen vooral voor bij 'implementatie'. Daar geeft minstens 15% van de respondenten bij 9 van de 20 items aan dat ze een probleem hebben om het actiepunt dat voor hen belangrijk is te realiseren. Bij 'vorming en opleiding' en 'ambitie' is er maar telkens één item waar meer dan 15% van de respondenten een discrepantie vertoont.

3.4.2.2 Discrepancies voor de complete cases

Figuur 3 geeft een overzicht van de evoluties van de 3 discrepanties op de verschillende domeinen. Hierop zien we dat bij aanvang het aantal discrepanties het hoogst is voor 'implementatie', maar bijna halveert doorheen de interventie. Het aantal discrepanties voor 'ambitie' neemt toe tussen T0 en T1, maar daalt dan sterk. Voor 'vorming en opleiding' blijft het aantal discrepanties stabiel. Het aantal discrepanties voor dit aspect is verhoudingsgewijs zeer beperkt.



Figuur 3 Overzicht van de evolutie van het aantal discrepanties op de verschillende domeinen.

Tabel 13 toont het aantal discrepanties doorheen T₀, T₁ en T₂ van de 21 respondenten die op elk meetmoment de vragenlijst hebben ingevuld.

Tabel 13 Discrepanties per item, in aantal en aandeel, op T0, T1 en T2 (enkel complete cases)

item nr.	T0 (n=21)						T1 (n=21)						T2 (n=21)					
	Implementatie		Vorming en opleiding		Ambitie		Implementatie		Vorming en opleiding		Ambitie		Implementatie		Vorming en opleiding		Ambitie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	4	19%	0	0%	0	0%	3	14%	0	0%	1	5%	3	14%	0	0%	1	5%
2	6	29%	1	5%	3	14%	8	38%	2	10%	5	24%	6	29%	1	5%	3	14%
3	6	29%	1	5%	0	0%	7	33%	2	10%	1	5%	3	14%	2	10%	0	0%
4	3	14%	0	0%	0	0%	2	10%	0	0%	0	0%	3	14%	0	0%	1	5%
5	3	14%	0	0%	2	10%	4	19%	2	10%	1	5%	1	5%	0	0%	1	5%
6	1	5%	0	0%	0	0%	3	14%	0	0%	2	10%	1	5%	0	0%	0	0%
7	3	14%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%
8	6	29%	2	10%	2	10%	6	29%	2	10%	3	14%	4	19%	1	5%	3	14%
9	1	5%	0	0%	0	0%	2	10%	0	0%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%
10	2	10%	0	0%	0	0%	4	19%	0	0%	2	10%	1	5%	0	0%	0	0%
11	4	19%	0	0%	3	14%	6	29%	1	5%	5	24%	3	14%	0	0%	2	10%
12	6	29%	2	10%	4	19%	5	24%	1	5%	2	10%	5	24%	1	5%	3	14%
13	5	24%	1	5%	2	10%	4	19%	0	0%	2	10%	4	19%	0	0%	2	10%
14	5	24%	2	10%	2	10%	6	29%	0	0%	5	24%	3	14%	0	0%	2	10%
15	7	33%	3	14%	5	24%	4	19%	1	5%	5	24%	5	24%	2	10%	5	24%
16	4	19%	0	0%	1	5%	2	10%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%
17	5	24%	0	0%	2	10%	1	5%	0	0%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%
18	3	14%	0	0%	2	10%	1	5%	0	0%	1	5%	1	5%	1	5%	0	0%
19	3	14%	1	5%	2	10%	1	5%	0	0%	1	5%	1	5%	1	5%	0	0%
20	3	14%	0	0%	2	10%	1	5%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%

3.5 Bespreking van de resultaten op uit de vragenlijst

Op basis van de resultaten uit de vragenlijst stellen we vast dat personen die hebben deelgenomen aan het volledige traject steeds meer belang hechten aan actiepunten naarmate het traject vorderde. Aansluitend is ook de intentie van de respondenten toegenomen doorheen het traject. Hieruit leiden we af dat deelname aan de interventie een gunstig effect heeft op de mate waarin actiepunten als belangrijk worden beschouwd, en de intentie die men heeft om de actiepunten te verwezenlijken. Hierbij dienen we in rekening te brengen dat de respondenten medewerkers zijn van thuiszorginitiatieven die voorlopers zijn inzake gemeenschapsgerichte zorg.

De respondenten vertonen nauwelijks discrepanties tussen de domeinen 'belang' en 'eigen effectiviteit'. Hieruit kunnen we afleiden dat er weinig tot geen behoefte is aan vorming en opleiding bij de deelnemers.

Wat betreft de implementatie van de actiepunten, stellen we vast dat er meer moeilijkheden zijn om actiepunten m.b.t. de sleutelementen 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt' (items 1 t.e.m. 10) en 'medicatiebeleid' (items 11 t.e.m. 15) te implementeren dan actiepunten m.b.t. het sleutelement

‘kiezen in overleg’ (items 16 t.e.m. 20). Het totale aantal discrepanties m.b.t. implementatie (‘belang’ vs. ‘realisatie’) nemen doorheen het traject sterk af.

De discrepanties op vlak van ‘ambitie’ stijgen tegen het einde van de eerste opleidingsdag. Het is dus mogelijk om respondenten te prikkelen om aan de slag te gaan rond de sleutelementen.

Als we de discrepanties m.b.t. implementatie (‘belang vs. realisatie’) en ambitie (‘intentie vs. realisatie’) naast elkaar bekijken, stellen we vast dat de eerste discrepantie dubbel zo vaak voorkomt dan de tweede. Mogelijks wijst dit er op dat respondenten inzien dat bepaalde aspecten aangepakt moeten worden in de toekomst, maar dat ze dit niet altijd aanvoelen als hun eigen taak of verantwoordelijkheid.

Hoofdstuk 8

Kwalitatieve bevindingen

1 Inleiding

Tijdens dit onderzoek verzamelden we informatie via metingen (het afnemen van de audits, het invullen van de vragenlijst en het uitwerken van een implementatieplan), zoals in de vorige hoofdstukken beschreven staat. Daarnaast kwamen doorheen dit proces ook heel wat andere, kwalitatieve bevindingen naar boven die eveneens van belang zijn. We beschrijven deze bevindingen in dit hoofdstuk.

2 Methode

Ten eerste hebben we twee globale observaties gedaan doorheen het proces van dit onderzoek. In de eerste observatie richtten we ons tijdens de interventie (met de studiedag en de terugkomdag) op de interactie tussen de deelnemers uit verschillende sectoren. We stelden ons de vraag of de generieke sleutelementen uit de literatuur ook generiek zijn in de praktijk. Een tweede observatie was gericht op het enthousiasme en de respons doorheen de periode van de voormeting, over de interventie tot de nameting.

Ten tweede stelden we aan het einde van de tweede audit de vraag of er nog opmerkingen waren over aspecten die niet of onvoldoende aan bod zijn gekomen in de audit. Hiermee wensten we te onderzoeken welke onderwerpen regelmatig aan bod kwamen, en of deze eveneens generiek zijn voor de verschillende sectoren.

3 Resultaten

3.1 Bevindingen verbonden aan het proces van het onderzoek

De drie sleutelementen die werden voorgesteld op de studiedag zijn afkomstig uit een literatuuronderzoek. Toen uit de eerste audit bleek dat deze elementen bij sommige thuiszorginitiatieven beperkt geïmplementeerd zijn, stelden we ons de kritische vraag of de oorzaak hiervan mogelijks is dat deze sleutelementen toch minder relevant blijken te zijn voor alle betrokkenen uit de verschillende sectoren. Aangezien er verder geen aanwijzingen waren in deze richting, integendeel zelfs¹⁰, zijn we verdergegaan met het plannen van de studiedag. Dit was helemaal terecht, zo bleek achteraf uit de interacties tijdens de verschillende workshops waarin het belang van de sleutelementen werd benadrukt.

Alle drie de sleutelementen leidden tot veel gespreksstof bij de deelnemers. Meermaals stelden we vast dat de problemen die iemand uit de ene sector aanhaalt, herkend worden door iemand uit een andere sector. Zo worden verschillende medicatie door verschillende artsen voorgeschreven:

¹⁰ Uit de antwoorden op de corresponderende vragen van de audits, konden we afleiden dat deze sleutelementen relevant zijn. In vele gevallen gaven de thuiszorginitiatieven reeds zelf knelpunten en moeilijkheden aan, of de boodschap dat de uitwerking van het betreffende sleutelement nog een gemis is in hun werking.

“De huisarts zegt dat hij daar niks aan mag veranderen, want dat is voorgeschreven door de specialist. Daardoor kom je aan een cumul van medicatie die onvoldoende geëvalueerd wordt.” (Directeur van een woonzorgcentrum)

“Inderdaad, en dan zie ik ook nog een groot verschil tussen het voorschrijven door een huisarts en de psychiater.” (Directrice van een voorziening voor personen met een verstandelijke beperking)

“Ja, dat is een heel verschil wat die voorschrijft.” (Begeleidster van een dienst begeleid wonen)

“En ook wat dat ze erover te zeggen hebben, wat het effect is van de medicatie en de nevenwerkingen ervan, of van combinaties van medicaties. Dat komt echt niet overeen, totaal niet.” (Directrice van een voorziening voor personen met een verstandelijke beperking)

“En zelfs de verschillen tussen een psychiater en een gerontopsychiater vallen ons op. Wij hebben een gerontopsychiater in ons team, en als die soms ziet wat een gewone psychiater voorschrijft... Dat is toch wel verschillend.” (Psychologe uit het ouderenteam van een CGG)

De bevinding dat er veel overlap bestond tussen de verschillende sectoren, werd ook opgemerkt door de deelnemers zelf.

“Tijdens het gesprek is me eigenlijk niet opgevallen dat we uit andere sectoren komen. Het gesprek liep vlot, we haakten overal op elkaar in. De gelijkenissen zijn zo onopvallend, dat het opvallend wordt.”

“Het is beangstigend en geruststellend tegelijk, dat datgene waar wij tegenaan lopen ook iets is waar tegenaan gelopen wordt in andere sectoren.”

Anderzijds werden er ook verschillen vastgesteld. Zo stelt iemand uit een voorziening voor personen met een verstandelijke beperking dat er beroep wordt gedaan op een specialist als er sprake is van een dubbele problematiek. Om de persoon te begeleiden bij zijn problemen ten gevolge van zijn verstandelijke beperking is er voldoende knowhow binnen het team, maar voor de bijkomende problematiek, bv. dementie, gaan ze ten rade bij andere professionals. Iemand uit de ouderenzorg vindt dit opmerkelijk, aangezien de ouderen waar hij mee werkt, zelden tot nooit ten rade gaan bij een specialist als ze dementerend worden.

“Wij gaan voor onze cliënten apart op zoek naar een psychiater. Zo hebben we iemand die ondertussen 60+ is, en die bijkomend een vorm van dementie ontwikkelde. Dan zijn we specifiek op zoek gegaan naar een psychiater die daarin gespecialiseerd is.”

“Het valt mij op dat iemand met een mentale handicap omwille van die combinatie met een dementie naar een gerontopsychiater of psychiater gaat. Onze ouderen die dement worden, zien helemaal geen specialist, de huisarts lost het wel allemaal op.”

Echter, deze verschillen kunnen ook inspirerend zijn.

“In onze groep zijn een aantal briljante ideeën voorgesteld. Zo zei iemand uit de ouderenzorg om alle actoren van een netwerk bij elkaar te brengen: huisarts, psycholoog, familiehelp, ... (...) Dat is pas samenwerken.”

Bovendien stellen we vast dat 20 van de 30 geïncludeerde thuiszorginitiatieven aanwezig waren op de studiedag. Daarnaast werd de audit voor een tweede keer afgenomen bij 27 initiatieven, twee jaar na de afname van de eerste audit. Doorheen het traject zijn slechts drie initiatieven afgehaakt.

Hieruit kunnen we concluderen dat vermaatschappelijking van de zorg en hoe dit in de praktijk vormgegeven kan worden erg leeft in de praktijk.

3.2 Bevindingen bij de afname van de tweede audit

Aan het einde van de tweede audit werd aan de thuiszorginitiatieven de vraag gesteld of ze nog opmerkingen hadden over aspecten die niet of onvoldoende aan bod zijn gekomen in de audit. De meest voorkomende thema's worden hieronder besproken.

3.2.1 Een betere samenwerking tussen diensten

De grote meerderheid van de thuiszorginitiatieven geeft spontaan aan dat ze nood hebben aan een betere en gezondere samenwerking met andere diensten die betrokken worden in de zorgverlening van de cliënt. Dit om de zorg beter te kunnen afstemmen op de noden van de cliënt.

“De ziekenhuizen, en ook andere organisaties, moeten gesensibiliseerd worden over het belang van het uitbouwen van een netwerk. En dit belang is dan vooral gericht op de cliënt. De samenwerking is geen controle of opdringerij van de eigen dienst, maar heeft uitsluitend als doel om de cliënt beter, en ook duidelijker, te kunnen omkaderen.”

“Het verschil tussen opname en thuis is te groot. Ziekenhuizen trekken snel de deur dicht om de opnameduur te verkorten, maar hierdoor heeft de cliënt nog niet de tijd gehad om een netwerk uit te bouwen. Er is een overgangperiode nodig waarin wordt nagegaan wat de mensen nodig hebben om naar huis te kunnen gaan.”

“Organisaties uit de reguliere zorg (OCMW, mutualiteiten, ...) stellen meer en meer hun grenzen, waardoor veel personen uit een kwetsbare groep ertussen vallen. We merken dat als er niemand de rol van casemanager op zich neemt, de mensen al snel in de kou belanden. Ze hebben de kwaliteiten en sterktes niet om mee te kunnen in de maatschappij. Cliënten moeten in staat zijn om letterlijk hun vraag te kunnen stellen, anders komen er problemen. Ook omdat de communicatie tussen de verschillende diensten niet vlot verloopt.”

Een belangrijke partner in de thuissituatie is de huisarts van de cliënt. In de praktijk is het echter niet evident dat deze aanwezig en betrokken is in de volledige zorgomkadering van de cliënt, terwijl de andere actoren in de thuissituatie hier wel veel nood aan hebben.

“Bepaalde projecten vallen of staan met de aanwezigheid van de huisarts, het is een belangrijke spilfiguur. Maar soms neemt de huisarts klinische observaties niet serieus, hoewel dat zeer interessante informatie kan zijn. Huisartsen beseffen niet wat voor een belangrijke rol zij kunnen spelen.”

“Huisartsen zouden meer ruimte en een premie moeten krijgen, zodat ook zij gestimuleerd worden om aanwezig te zijn op een multidisciplinair overleg. Zij spelen een cruciale rol in de thuisbegeleiding van kwetsbare personen, dus het is belangrijk dat zij mee rond de tafel zitten.”

“Huisartsen moeten meer gestimuleerd worden om ook de BelRAI in te vullen.”

Niet alleen de huisarts dient gestimuleerd te worden om de samenwerking aan te gaan, maar ook andere zelfstandigen, zoals bv. een kinesist of apotheker.

“Er moeten middelen en tijd worden voorzien om organisaties te laten samenwerken binnen een bepaalde regio. Om die samenwerking stapsgewijs te kunnen organiseren en begeleiden zijn die middelen en tijd noodzakelijk, er is nood aan een bovenstructuur. Bv. een zelfstandig kinesist is moeilijk om te betrekken op een overleg, hij krijgt er nl. geen financiering voor. Die samenwerking zou juist gestimuleerd moeten worden.”

“Huisartsen, apothekers en andere hulpverleners moeten gestimuleerd worden om samen te werken omtrent het medicatiegebruik van een cliënt.”

Ondanks de hoge nood aan samenwerking, blijkt dit in de praktijk niet zo vanzelfsprekend.

“In een samenwerking is het belangrijk dat diensten elkaar vertrouwen, er moet rekening gehouden worden met de economische belangen. Je mag draaien of keren hoe je het wil, elke organisatie heeft die, die economische belangen. Samenwerken brengt risico's met zich mee op dat vlak.”

“We merken dat er veel verantwoordelijkheden worden doorgeschoven als er samengewerkt moet worden met verschillende partners. Iedereen kijkt naar elkaar en ondertussen gebeurt er niks.”

“De samenwerking met andere diensten verloopt moeizaam, vooral met de medische sector. Begeleiders hebben vaak het gevoel dat ze niet au sérieux genomen worden. We doen veel inspanningen om bekend te maken wie we zijn bij onze medische partners, maar toch worden we vaak de deur gewezen. Zo zijn we meestal niet welkom bij consultaties bij een specialist in ziekenhuizen.”

“Je kan wel processen opzetten, een ondersteuningsplan, maar we maken ons zorgen of de linking naar de professionele hulpverlening verwezenlijkt kan worden. Hiervoor zijn duidelijke, bruikbare ondersteuningsplannen nodig, maar ook een hele omslag van het denken, nl. de cliënten zelf de zorg laten aansturen. Er is een hele grote nood aan de aanbodzijde om daar een paradigma-switch te maken.”

Daarnaast botsen de initiatieven vaak op wachtlijsten bij hun partners.

“Overal zijn er wachtlijsten. Het is onze taak om personen tijdig naar een gepaste dienst te leiden, en hier kruipt heel wat energie in. Als het dan eindelijk lukt om de persoon gemotiveerd te krijgen, botsen ze overal op wachtlijsten. Het gevolg is dat wij de persoon langer blijven volgen, waardoor ook wij op onze beurt dichtslibben.”

“Je kan maar doen waarvoor je ruimte krijgt, en die ruimte wordt momenteel niet optimaal benut. Overal zijn er wachtlijsten waardoor wij langer met een dossier bezig zijn. Bovendien zijn wachtlijsten nefast voor de motivatie: dan krijg je iemand zover om de stap te zetten naar bv. tewerkstelling, krijg je het antwoord dat er binnen 3 maanden een infosessie zal doorgaan. Hierdoor ben je vooral bezig met het blussen van brandjes: in afwachting van een plek probeer je de cliënt al op een andere manier te begeleiden.”

Gelukkig ervaren niet alle thuiszorginitiatieven deze moeilijkheden, al blijkt er dan een nieuw probleem op te duiken.

“De samenwerking met externe diensten verloopt heel vlot, ook het overleg. Mensen in het reguliere parcours staan erg open voor feedback. Huisartsen, specialisten, thuisverpleegkundigen, ... Alleen is het soms moeilijk om betaalbare diensten te vinden.”

Tenslotte is er niet alleen nood aan samenwerking met andere zorgverlenende diensten, maar bv. ook met de politie.

“Deze werelden zijn nu te verschillend, maar toch moeten justitie, politie en ggz samenwerken bij een gedwongen opname. Nu moet je geluk hebben met de persoon die je treft, om dingen duidelijk te kunnen afspreken. Dit zou beter georganiseerd moeten zijn.”

“De politie ziet delinquent gedrag, begeleiders zien een pathologie. Door een betere samenwerking zou dit efficiënter aangepakt kunnen worden.”

3.2.2 Een betere samenwerking met het informeel zorgsysteem

Een zorgvernieuwingsproject gaf aan dat mantelzorgers een belangrijke rol spelen in de zorg voor cliënten.

“We merken op dat de zorg bij kwetsbare ouderen waar geen mantelzorger aanwezig is veel tijdsintensiever is voor ons, professionals, dan wanneer er wel een mantelzorger is.”

De mantelzorgers dienen echter over de nodige ondersteuning te beschikken.

“Ondersteuning van de mantelzorger is echt nodig. Mantelzorgers moeten kunnen ademen, de nodige ruimte en ondersteuning krijgen. Ze moeten het gevoel krijgen dat ze er niet alleen voor staan.”

“Bij mantelzorgers is er veel nood aan respijtzorg. Die mensen worden gewoon onvoldoende ondersteund. Om hun rol als mantelzorger te kunnen combineren met hun job moeten zij beroep kunnen doen op logeermogelijkheden, kortverblijf, oppasmogelijkheden, ...”

Naast het samenwerken met de mantelzorgers, dient er ook aandacht te zijn voor het werken met vrijwilligers.

“Er moet meer ingezet worden op vrijwilligers. Hen begeleiden en ondersteunen kost ook tijd en geld.”

3.2.3 Zelfsturing

Organisaties vinden het steeds belangrijker om cliënten hun zorg zelf te laten sturen. Hierbij wordt afgestapt van het paternalistische model, waarbij de zorgverlener de cliënt zoveel mogelijk tracht te beschermen.

“Er wordt veel van de begeleider verwacht, want die is expert. Maar wij benaderen de cliënt eerder in de zin van: ‘waar wil hij naartoe?’ We laten de cliënt zelf sturen, we proberen niet te voorkomen dat ze op hun bek gaan. We respecteren de keuzevrijheid van de cliënt. Soms krijgen we wel eens negatieve reacties uit de omgeving. Die leggen we voor aan de cliënt. We vinden het belangrijk dat ze zelf kunnen sturen en dat ze de verantwoordelijkheid krijgen om zelf keuzes te maken, maar vaak is de omgeving hier niet in mee.”

“Hulp- en zorgverleners moeten gestimuleerd worden om de cliënt zo actief als mogelijk te betrekken en te bevragen. Zonder druk op mensen te leggen, moet dat mogelijk zijn.”

Om cliënten zelf hun zorg te laten sturen, is het belangrijk dat zij op de hoogte zijn van wat er bestaat van diensten. Dit is echter niet het geval.

“Cliënten hebben vaak geen goed overzicht van wat er bestaat van diensten, dit is een hele puzzel.”

3.2.4 De financiering

Een aantal zorgvernieuwingsprojecten maken zich zorgen over hun toekomst.

“Hopelijk blijven ze investeren in het project, de nood om te blijven bestaan is er alvast. Wij zijn dankzij dit project in een luxepositie geraakt, maar hoe moet het dan zijn voor reguliere diensten? Er wordt nog veel te weinig gekeken naar mogelijkheden voor samenwerking, naar een meer geïntegreerde aanpak.”

“Er zijn zowel verpleegkundigen als andere disciplines actief binnen ons project. De verpleegkundigen worden federaal gefinancierd, door het RIZIV, de anderen door Vlaanderen. We zijn bang dat beide overheden zich zullen terugtrekken.”

“Het project in z’n totaliteit aanbieden over de hele lijn zal niet haalbaar zijn. Toch pleiten wij voor het aanbieden van een basispakket, waarin de voornaamste aspecten aan bod komen. Sommige dingen zijn net succesvol door de combinatie. Zeker nu mensen een eigen ‘rugzakje’ zullen krijgen, moeten we er aandachtig voor zijn dat de combinaties logisch zijn en elkaar aanvullen.”

Over dat rugzakje hadden ook thuiszorginitiatieven uit andere sectoren hun bedenkingen.

“Er zijn onvoldoende middelen om de vermaatschappelijking te kunnen waarmaken. Bv. de persoonsvolgende financiering: maar heel weinig mensen kunnen met geld omgaan, en toch komt de inkomensgarantie van organisaties in het gedrang, waardoor op maat werken alleen maar moeilijker wordt. De subjectieve beleving van het personeel mag niet worden verpamperd, maar ook niet worden vergeten.”

“Sommige mensen zullen het slachtoffer worden van de persoonsvolgende financiering. Meer dan 60% van onze doelgroep zijn mensen met een verstandelijke beperking. Zij zijn thuisloos geworden door een gebrek aan opvang en sturing. Als ze dan ook nog zelf moeten beslissen over hun budget, is het hek helemaal van de dam.”

Er wordt van de thuiszorginitiatieven verwacht dat ze vraaggestuurd werken, maar de financiering is hier niet helemaal op afgestemd.

“Het systeem van KPI’s moet herbekeken worden. Je kan als beleidsmaker niet zeggen dat de werking vraaggestuurd moet zijn, dat er netwerken gevormd moeten zijn etc. enerzijds, en dat de CGG’s slechts 1u per week een cliënt mogen ontvangen anderzijds. De beoordelingen moeten dan anders georganiseerd worden, niet volgens het aantal cliëntencontacten per week. Bij de evaluatie moet de nadruk liggen op de resultaten, niet op protocollen en prestaties.”

“De financiering is te veel in hokjes ingedeeld. Je kan op andere manieren ook veel betekenen voor je cliënt, bv. via het beeldscherm kan je dingen i.v.m. medicatie nakijken.”

“Vraaggestuurd werken kost geld. Je moet wel een poule hebben van hulpverleners die gericht op vragen kunnen inspelen, zoals een logopedist, diëtist, ergotherapeut, enz.”

“Binnen een team moet er ruimte zijn om flexibel om te kunnen gaan met de tijd die je in bepaalde cliënten steekt. De tijd die in een cliënt geïnvesteerd moet worden, fluctueert. Dat moet mogelijk zijn in de praktijk zonder anderen te benadelen.”

Bovendien is het ook van belang om de financiering vraaggestuurd te organiseren.

“Er moet meer per regio gekeken worden wat er nodig is en wat er werkt.”

“Het is een grote uitdaging om in te spelen op de zorgnoden, i.p.v. te screenen naar wat er aangeboden zou kunnen worden.”

“Het is een slecht idee om over heel Vlaanderen nieuwe teams of expertisecentra op te richten naar aanleiding van een bepaald probleem. Bv. suïcidepreventieteams of expertisecentra dementie. Het is niet omdat dat in één bepaalde regio werkt, het overal werkt. Deze aanpak is erg aanbodgestuurd. Dat geld zou beter geïnvesteerd kunnen worden in bestaande, regionale netwerken, zodat zij dit kunnen opnemen van bij het begin op een creatieve en flexibele manier. Hiervoor moeten zij natuurlijk de kans krijgen om te kunnen experimenteren. Het is aan de overheid om dit vertrouwen te geven en ons aan te moedigen om initiatief te nemen.”

“Men kan beter meer middelen investeren in wat werkt, i.p.v. steeds nieuwe dingen op te richten. Zoals bv. de VDIP-teams: laat die niet gewoon gedaan zijn. Er is zoveel moeite en tijd in gestopt, gooi dat niet weg. Geef iets meer tijd en maak er eerder iets structureels van. Dat brengt meer op dan bv. suïcidepreventieteams op te richten.”

De huidige financiering is zodanig geregeld dat er pas ingegrepen kan worden als er al problemen zijn. Een aantal van deze problemen hadden voorkomen kunnen worden door vroegtijdig in te grijpen.

“We hebben vaak het idee dat we eerder brandjes blussen, terwijl we in de vorige werking eerder voorkomend konden werken. Om dit te kunnen doen is het belangrijk om voeling te blijven houden met cliënten, maar hier moet natuurlijk ook in geïnvesteerd worden.”

“Er is nood aan vroeginterventiewerking. Dit zou beter uitgewerkt moeten worden van bovenaf, zo kunnen we voorkomen dat we alleen maar bezig zijn met brandjes blussen.”

“Sociale diensten komen steeds minder vaak aan huis waardoor bepaalde zaken onzichtbaar blijven. Pas nadat het geëscaleerd is tot een crisis, wordt er ingegrepen. Ook OCMW's werken minder rond de financiën. Pas als er grote schulden zijn, wordt er ingegrepen, als het te laat is.”

Een zorgvernieuwingsproject stelt zich de vraag tot waar de financiering van de zorg in de thuissituatie verantwoord is.

“We vragen ons wel eens af wanneer de thuiszorg te zwaar wordt, wanneer we beter op residentiële zorg kunnen overgaan. Het is namelijk zo dat cliënten met een beperkte zorgbehoefte een groot effect bereiken met een relatief kleine investering, terwijl cliënten met een grote zorgbehoefte een beperkt effect bereiken met een grote investering. Waar trek je de grens?”

De thuiszorginitiatieven moeten creatief omgaan met de middelen die ze krijgen.

“We moeten met weinig tijd, weinig middelen en weinig personeelskrachten veel taken uitvoeren. Dat is niet altijd even makkelijk.”

“Wij moeten met het minimum van de werkingskosten toekomen. Hierdoor wordt ons werk soms verdubbeld in tijd omdat we niet over het juiste materiaal beschikken. Bv. we zijn op huisbezoek en een cliënt vraagt ons welke films er spelen. Met onze eenvoudige gsm kunnen we niets opzoeken, dus fietsen we eerst terug naar onze dienst, zoeken het daar op en bellen de cliënt dan op. Met beter aangepast materiaal kan je efficiënter werken. Maar nu kunnen we wel onze plan trekken, dus we kunnen dit gewoon vergeten. Het is moeilijk om mensen zo gemotiveerd te houden of

om te voorkomen dat ze gefrustreerd raken. Veel draait op de goodwill en de inventiviteit van de begeleiders.”

3.2.5 Administratie en registratie

Registreren kost veel tijd aan de zorg- en hulpverleners, vaak ten koste van de tijd die wordt vrijgemaakt voor cliënten.

“Registreren neemt veel tijd in beslag, welke wordt afgesnoept van de tijd voor de cliënt. We vragen ons af of dat wel opweegt tegen de werkbaarheid.”

Bovendien zijn registraties niet sluitend.

“De registraties geven niet de inspanningen weer die we voor cliënten doen.”

De thuiszorginitiatieven richten zich op kwetsbare personen, waarvan sommigen zorgmijders zijn. Vooral bij deze personen is het belangrijk dat hulp- en zorgverleners voorzichtig te werk gaan. Als er dan een deadline m.b.t. registraties nadert, werkt dit contraproductief.

“Soms komt het registreren van gegevens gewoon te vroeg. Dit kan het vertrouwen van de cliënt in de hulpverlener erg schaden, met alle gevolgen vandien.”

“Het rapporteren en de metingen zijn niet aangepast aan de praktijk. De dingen die moeten gebeuren, zijn vaak niet in het voordeel van de cliënt.”

Bovendien hebben de teams ook tijd nodig om een zorgverleningsproces aan te gaan.

“Kiezen in overleg vraagt tijd. Het is dan ook nodig om deze tijd te krijgen vanuit de financieringsinstanties.”

“Veel dingen vragen tijd, en mensen moeten hier dan ook de tijd voor krijgen. Zeker binnen vraaggestuurde zorg is een bepaalde periode nodig waarin op een rijtje gezet wordt welke vragen een cliënt nu precies heeft. Bv. als we kijken wie in het project hoort en wie niet. Soms beseffen de cliënten de meerwaarde niet die het project kan bieden. Hierdoor verbruiken zij in het begin minder, dus onvoldoende tijd om in het project te kunnen blijven. Maar na de nodige begeleiding komt dit wel. De vraag is natuurlijk wel: hoe lang moeten we iemand de tijd geven?”

Heel wat thuiszorginitiatieven pleiten voor een dossier dat gedeeld wordt met de andere partners binnen de zorg. Dit zou veel tijd besparen en bevordert de communicatie.

“Door gegevens uit te wisselen tussen verschillende organisaties zou veel tijd en energie bespaard kunnen worden.”

“De BelRAI maakt het makkelijker om problemen te benoemen op een overleg.”

“De BelRAI is vaak een toegangspoort, een manier om bepaalde aspecten bespreekbaar te maken met andere betrokkenen, zoals bv. de huisarts. Het is minder bedreigend omdat er vanuit cijfers vertrokken wordt.”

Het vraagt de nodige investering van tijd en energie van hulpverleners om met de BelRAI te leren werken, maar de zorgvernieuwingsprojecten zijn ervan overtuigd dat deze investering snel terugverdiend wordt op het niveau van het team.

“Hulpverleners moeten de tijd krijgen om de klik te maken om te werken met de BelRAI. Ze moeten leren zich voor te bereiden op een cliëntenoverleg a.d.h.v. dit instrument. Hierdoor zal het overleg veel bondiger en efficiënter zijn.”

Bij het delen van een dossier tussen externe partners rijst natuurlijk al snel de vraag hoe er dan moet worden omgegaan met het beroepsgeheim.

“Beroepsgeheim blijft iets moeilijk, er is nog niets officieel rond uitgewerkt. Wij volgen de ethische code.”

Als het delen van informatie tussen verschillende partners elektronisch gebeurt, is het van belang dat iedereen toegang krijgt tot de gegevens. Een oplossing zou kunnen zijn dat iedereen met hetzelfde systeem werkt, maar daar is men geen voorstander van.

“Het is belangrijk dat er verschillende systemen bestaan. Net door die concurrentie zullen de ontwikkelaars meer rekening houden met de vragen en de opmerkingen van de gebruikers. De overheid mag ons dus zeker geen systeem opleggen, want dan wordt die monopolie net in de hand gewerkt. Wat de overheid wel kan doen, is de ontwikkelaars opleggen dat het systeem aan bepaalde basisvoorwaarden moet voldoen, zoals met elkaar kunnen communiceren.”

3.2.6 Inclusie

Hoewel er al heel wat verbeterd is op vlak van stigmatisering, stellen de hulp- en zorgverleners nog regelmatig vast dat er nog steeds een hele weg af te leggen is.

“We merken vaak dat als we met een aantal van onze cliënten ergens in een taverne binnenkomen, we naar een aparte zaal gebracht worden of in een afgelegen hoekje gezet worden. Het is al veel beter dan enkele jaren geleden, maar het gebeurt nog steeds, dat stigmatiseren.”

“De samenleving moet gesensibiliseerd worden. Wij kunnen wel proberen om mensen geïntegreerd te laten wonen, maar de samenleving moet dat toelaten.”

In onze maatschappij wordt ervan uitgegaan dat iedereen toegang heeft tot een computer met internetverbinding. Voor kwetsbare personen is dit niet zo vanzelfsprekend.

“De maatschappij wordt elektronischer, maar veel mensen vinden daar hun draai niet in omdat ze de kennis of het materiaal niet hebben. Bv. veel dingen moet je elektronisch aanvragen op de dienst bevolking. Als je aan het loket iets wil opvragen krijg je de boodschap dat je dat elektronisch moet doen, zoals bv. een geboorteakte of een bewijs van gezinssamenstelling. Veel van onze cliënten kunnen dat niet alleen, en dan staan ze daar. Het moet allemaal efficiënt gebeuren, waardoor het menselijke stuk verdwijnt. Voor personen uit een kwetsbare groep is dat net cruciaal, dat menselijke.”

Op vlak van huisvesting kan er nog heel wat verbeteren.

“Mensen geraken moeilijk aan een betaalbare woning. Wonen is een groot probleem.”

“Het beleid zou een belangrijke rol kunnen spelen in de huisvesting van kwetsbare personen. Voor hen is het heel moeilijk om een woning te vinden op de privémarkt, waar ze het meestal moeten gaan zoeken wegens de lange wachtlijst van 7 jaar. Het is moeilijk om iets te vinden binnen het budget van onze cliënten, en vaak willen mensen op de privémarkt niet verhuren aan personen met een beperking. Dit zou aangemoedigd kunnen worden vanuit de overheid.”

“Wat met de assistentiewoningen die commercieel worden opgericht? Bij de aankoop van een dergelijke woning is assistentie inbegrepen. Maar hoe kunnen ze deze belofte blijven waarmaken op lange termijn? Gaat dit niet leiden tot een splitsing van betaalkrachten die een dergelijke woning inclusief assistentie kopen, en minder betaalkrachten die in de thuiszorg blijven?”

“De niet-reguliere sector die onderdak aanbiedt aan daklozen vraagt hiervoor €1300 per maand, terwijl de persoon maar €1400 krijgt. Dit veroorzaakt schrijnende toestanden, de personen worden gewoon uitgebuit. Vaak omdat er geen plaats is voor daklozen met ongeremd gedrag, ze moeten aan allerhande voorwaarden voldoen om ergens opgevangen te worden. Dan kunnen ze enkel in duistere initiatieven terecht, of op straat.”

Een inclusieve tewerkstelling is eveneens een werkpunt voor de toekomst.

“Velen van onze cliënten zijn bekwaam om in de privé te werken i.p.v. in een beschutte werkplaats, maar ze vinden hier gewoon geen werk in. Dit zou nog verder uitgebouwd kunnen worden.”

Tenslotte draagt een goede mobiliteit bij tot een betere inclusie in de maatschappij voor kwetsbare personen.

“De overheid denkt dat bijdragen in de mobiliteit veel geld kost, maar dit haal je er op lange termijn weer uit.”

“Onze cliënten zijn quasi allemaal aangewezen op het openbaar vervoer. Maar steeds vaker worden er belangrijke lijnen afgeschaft, waardoor zij niet meer zelfstandig naar bv. hun werk kunnen. Normaal moesten ze op dat traject 1 bus nemen, nu zijn dat er plots 2 of 3. Als er dan 1 bus vergraving heeft loopt alles in het honderd voor onze cliënten. Als grote instelling zouden we hier meer inspraak in moeten hebben, samen met de gemeente. Er moet meer aandacht zijn voor de zwakkeren in de gemeenschap. Voor ouderen geldt dat trouwens ook: plots kunnen zij niet meer naar het woonzorgcentrum om hun man te bezoeken, of naar het kerkhof. Dat kleine beetje dat wordt afgenomen, zijn elementaire dingen voor kwetsbare personen. Hun zelfstandigheid staat of valt hiermee.”

Hoofdstuk 9

Conclusie

Deze studie biedt een aantal inzichten inzake effectieve gemeenschapsgerichte zorg. Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd, een audit afgenomen en een interventie ontwikkeld. Om na te gaan in welke mate deze interventie heeft bijgedragen aan een verbeterde implementatie van de sleutelementen, werd de audit opnieuw afgenomen.

We formuleren hieronder een antwoord op de onderzoeksvragen en geven daarnaast een beknopt overzicht van kwalitatieve bevindingen.

1. Welke generieke sleutelementen van evidence-based praktijken in de gemeenschapsgerichte zorg zijn al geïmplementeerd door teams die zorg leveren aan huis in Vlaanderen en welke zijn nog niet geïmplementeerd?

Een literatuurstudie identificeerde zeven generieke sleutelementen van effectieve gemeenschapsgerichte zorg. In 2012 werd er een eerste audit afgenomen bij 30 Vlaamse thuiszorginitiatieven, waarin de mate van implementatie van deze sleutelementen gescreend werd. Hieruit blijkt dat drie sleutelementen reeds goed geïmplementeerd zijn, één matig en drie beperkt. Het eerste goed geïmplementeerde sleutelement is dat de thuiszorginitiatieven met succes drop-outs trachten te voorkomen. Hierbij is het van belang dat de hulp- en zorgverleners steeds op de hoogte zijn van de zorgnoden van de cliënt op dat ogenblik. Het tweede sleutelement dat reeds met succes werd geïmplementeerd, is het betrekken van de sociale omgeving. In de zorg in de thuissituatie worden mantelzorgers en familieleden veel vaker ingeschakeld. Ook zij moeten hierbij de nodige ondersteuning krijgen. Het derde en laatste goed geïmplementeerde sleutelement is het trainen van de vaardigheden. Door zowel praktische als sociale vaardigheden te trainen die aangepast zijn aan de interesses en de mogelijkheden van de cliënt, wordt de zelfstandigheid vergroot.

Slechts één sleutelement was matig geïmplementeerd: een team-based werking. Dit zorgt voor de continuïteit van zorg op het niveau van de cliënt en een gedeelde verantwoordelijkheid op het niveau van de hulp- of zorgverlener.

Verder waren er nog drie sleutelementen die beperkt geïmplementeerd waren in de geselecteerde Vlaamse teams. Zo is de hulpverlening in de omgeving van de cliënt beperkt. Door dit meer toe te passen kan het dagelijks functioneren van de cliënt als uitgangspunt van de begeleiding gebruikt worden. Een volgend beperkt geïmplementeerd sleutelement, is een medicatiebeleid waarbij het medicatiegebruik van cliënten op regelmatige en gestandaardiseerde basis geëvalueerd wordt. Het laatste sleutelement dat beperkt geïmplementeerd is, is kiezen in overleg. Hierbij zou de cliënt beter betrokken kunnen worden bij het opstellen van zijn zorg- of behandelplan. Tot slot bleek uit de kwalitatieve bevindingen van de studie dat deze drie sleutelementen niet enkel in de literatuur generiek zijn, maar ook in de praktijk. De drie sleutelementen blijken tijdens de interventie namelijk relevant te zijn voor alle sectoren uit deze studie.

2. Is het haalbaar om bepaalde generieke sleutelementen van effectieve praktijken sterker te implementeren in Vlaamse teams die zorg leveren aan huis aan personen met een psychische stoornis, met een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen?

Er werd een interventie opgezet waarin de drie sleutelementen, waarvan bleek dat ze beperkt geïmplementeerd waren bij de 30 Vlaamse thuiszorginitiatieven, aan bod kwamen. Deze interventie bestond uit 3 onderdelen: (1) een studiedag, (2) het uitwerken van een implementatieplan en (3) een terugkomdag.

Er was veel enthousiasme voor deze interventie, vooral voor de studiedag. Hierop waren 20 thuiszorginitiatieven vertegenwoordigd door 31 deelnemers. Tijdens de studiedag zijn er een aantal interessante conversaties gevoerd. Hoewel de deelnemers in verschillende sectoren tewerkgesteld zijn, was er een vlotte uitwisseling en, algemeen beschouwd, een grote herkenbaarheid betreffende de aangehaalde topics.

Drie tot zes maanden na het afronden van de interventie werd de audit voor een tweede keer afgenomen. Hierin werd afgetoetst of de implementatie verbeterd werd t.o.v. de eerste audit.

Uit deze resultaten blijkt dat de thuiszorginitiatieven die hebben deelgenomen aan dit onderzoek er in het algemeen op vooruit zijn gegaan in de voorbije 2 jaar. De thuiszorginitiatieven die hebben deelgenomen aan de studiedag verbeterden hun score met gemiddeld 12%, initiatieven die niet hebben deelgenomen verbeterden hun score met gemiddeld 5%. Op basis hiervan kunnen we stellen dat de projecten doorheen de tijd sowieso gegroeid zijn inzake gemeenschapsgerichte zorg, maar dat wellicht een duwtje in de rug d.m.v. een studiedag, dit effect heeft versterkt. Op basis van deze bevindingen stellen we dat het haalbaar is om sleutelementen van effectieve praktijken sterker te implementeren in de geselecteerde Vlaamse teams die zorg leveren aan huis aan personen met een psychische stoornis, een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen.

3. Wat is het resultaat van de implementatie van bepaalde generieke sleutelementen in die sectoren op individueel (hulpverleners/projectleiders) en organisationeel (thuiszorginitiatief) niveau?

Uit de metingen op individueel niveau a.d.h.v. een vragenlijst, concluderen we dat deelname aan de studiedag en terugkomdag zinvol is, in die zin dat deelnemers er door inzien dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan de sleutelementen. Hieruit volgt dat ook de drang om ermee aan de slag te gaan, toeneemt.

Op organisationeel niveau waren twee van de drie sleutelementen die uitvoerig behandeld werden op de studiedag, significant beter geïmplementeerd in 2015 dan in 2013. Het betreft 'kiezen in overleg', waarbij de cliënt betrokken wordt bij het opstellen van het behandelplan, en 'medicatiebeleid', waarbij het medicatiegebruik van de cliënt systematisch geëvalueerd wordt. Andere elementen die significant beter geïmplementeerd waren tijdens de tweede audit, waren 'betrokkenheid van de sociale omgeving' en het trainen van 'praktische vaardigheden'. Het derde sleutelement dat werd behandeld op de studiedag, 'hulpverlening in de omgeving van de cliënt', kende geen significante verandering. Een mogelijke reden hiervoor is dat het niet evident is voor hulpverleners om van de ene dag op de andere tijd vrij te maken om zich naar de omgeving van de cliënt te kunnen begeven. We besluiten dus dat een succesvolle

implementatie eveneens afhangt van de aard van het sleutelement dat men sterker wenst te implementeren.

4. Kwalitatieve bevindingen

Aan het einde van de laatste audit werd aan de deelnemers gevraagd of ze nog bijkomende opmerkingen hadden. Er werden opmerkingen geformuleerd i.v.m. een betere samenwerking tussen diensten, een betere samenwerking met het informeel zorgsysteem, zelfsturing, de financiering, administratie en registratie en inclusie.

Hoofdstuk 10

Aanbevelingen

Er is een algemene trend gaande naar vermaatschappelijking van zorg. Deze trend wordt in vele Europese landen vastgesteld, en dit binnen verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Dit heeft gevolgen voor verschillende partijen: uiteraard voor de cliënten en de organisaties zelf, maar ook voor de mantelzorgers, voor allerlei overheidsdiensten, de samenleving, de organisatie van de financiering van zorg, etc.

Ook in Vlaanderen is dit niet anders. In de voorbije jaren werden reeds heel wat initiatieven opgezet om zorg te kunnen bieden in de gemeenschap, en dit binnen verschillende sectoren. In dit onderzoek trachten we de overlap tussen deze sectoren vast te stellen en ermee aan de slag te gaan.

1. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën wat betreft het omgaan met doelgroepen met meerdere problematieken.

Uit de studie blijkt dat de sectorale grenzen in de praktijk niet altijd even duidelijk zijn. Zo zijn er steeds meer initiatieven die zich richten op personen met een dubbele problematiek. Ook in dit onderzoek waren projecten betrokken die zich inzetten voor personen met een verstandelijke beperking en een bijkomende dementie, maar ook voor personen met een verstandelijke beperking die bovendien thuisloos zijn, en personen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis. Door de krachten van organisaties afkomstig uit verschillende sectoren te bundelen rondom een cliënt, kan de zorg beter afgestemd worden op diens noden.

2. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën op het vlak van leren.

Uit deze studie blijkt dus dat een overlap tussen de sectoren duidelijk aanwezig is, en dit op verschillende domeinen (cf. de sleutelementen). Deze overlap zou een cruciale rol kunnen spelen in de werking en organisatie van de zorg en hulpverlening, los van de sector waartoe een organisatie behoort. Enerzijds kunnen zorg- en hulpverleners leren van hun collega's uit andere sectoren. Dit kunnen zij bijvoorbeeld doen door kennis uit te wisselen over bepaalde evidence-based praktijken en vaardigheden en attitudes aan te leren via bv. interactief leren. We denken dan meer bepaald terug aan de drie sleutelementen (i.e. kiezen in overleg, medicatiebeleid en hulpverlening in de omgeving van de cliënt) die slechts beperkt geïmplementeerd werden in de geselecteerde thuiszorginitiatieven, maar ook aan het sleutelement 'team-based werking' dat slechts 'matig' werd geïmplementeerd. Merk op dat de 30 betrokken initiatieven bovendien allemaal innovatieve 'early adopters' betroffen waardoor hun score op de audit over het algemeen al vrij hoog was bij de aanvang van de studie. De kans is met andere woorden groot dat andere, minder innovatieve initiatieven meer ruimte zullen hebben om de implementatie van bepaalde sleutelementen in hun dagdagelijkse werking, te versterken.

3. Het faciliteren van de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners, kan aanleiding geven tot synergiën op het vlak van organiseren.

Anderzijds kunnen ook leidinggevend en managers van thuiszorginitiatieven leren van elkaar over hoe de zorg en samenwerking zo optimaal mogelijk georganiseerd kunnen worden, rekening houdend met het bestaande netwerk van de cliënt. Ook op dit vlak zijn dus synergiën mogelijk. Denk bijvoorbeeld aan het toenemend belang van (1) samenwerking als onontbeerlijke competentie van zorg- en hulpverleners waarop dus volop bijkomend kan worden ingezet via vorming, opleiding en selectie en (2) zelfsturende teams rondom de cliënt. Ook op deze vlakken kunnen leidinggevend en managers inspiratie bij elkaar halen.

4. Naast de samenwerking tussen zorg- en hulpverleners uit thuiszorgsectoren, is het faciliteren van de samenwerking met anderen binnen het gehele netwerk van de cliënt een meerwaarde.

Naast de samenwerking tussen hulp- en zorgverleners, is ook een samenwerking met de reguliere diensten nodig. Dit gaat over verschillende diensten, zoals het OCMW, huisvestingsdiensten en de VDAB, maar bv. ook de politie.

Daarnaast merken we op dat de huisarts een belangrijke spilfiguur in de samenwerking is. Momenteel vraagt het echter nog heel wat organisatie, inzet en goodwill van een huisarts om bij dit netwerk betrokken te zijn en te blijven. In eerste instantie is het van belang dat zij ervan bewust worden gemaakt dat hun rol cruciaal is in de zorg in de thuissituatie. Daarnaast dienen zij ook meer mogelijkheden en een aangepaste financiering te krijgen voor hun bijdragen in dit team. Ook andere zelfstandige zorgverstrekkers, zoals bv. een kinesist of een apotheker, mogen hierbij niet vergeten worden.

Een andere partner waar vlot mee dient te worden samengewerkt om gemeenschapsgerichte zorg te laten slagen, zijn de ziekenhuizen. In sommige situaties is een opname noodzakelijk, waarbij de transfer van de thuissituatie naar het ziekenhuis en weer terug de nodige coördinatie vraagt. Het is in het belang van de cliënt om dit zo soepel mogelijk te laten verlopen.

In dit verhaal mogen ook de mantelzorgers en vrijwilligers niet vergeten worden. Zij nemen een grote taak en verantwoordelijkheid op zich, waarin zij van de nodige ondersteuning voorzien moeten worden. Ze moeten het gevoel hebben dat ze er niet alleen voor staan en dat er steeds iets is waarop ze kunnen terugvallen in geval van nood.

Tot slot, als we denken aan gemeenschapsgerichte zorg, speelt de maatschappij uiteraard een belangrijke rol. Ook deze moet worden klaargemaakt op het leven en functioneren van 'kwetsbare' personen in de samenleving. Hierbij is er een sociaal en een fysiek luik. Het sociale luik omvat de openheid en de goodwill van de andere burgers in de samenleving. Zij moeten ervoor open staan om onbevooroordeeld met elkaar te leven. Sensibiliseringsacties kunnen bijdragen tot een vermindering van stigmatisering en een meer open houding ten aanzien van 'kwetsbare' personen. Het fysieke luik omvat alle voorzieningen die moeten worden getroffen om de rol van een volwaardig burger uit te oefenen, ook als 'kwetsbare' persoon. Zo moeten zij toegang hebben tot een betaalbare woning, en moet er extra aandacht uitgaan naar hun mobiliteit.

5. Nood aan een sterke ondersteuning van samenwerkingen

Een efficiënte en effectieve organisatie van intersectorale samenwerking vereist een **aparte organisatorische eenheid** die de samenwerkingen begeleidt, met (1) **specialisten** die samenwerking kunnen bevorderen, (2) **opleiding voor hulpverleners** om beter samen te werken met anderen, (3) **aangepaste tools en formele procedures** die hulpverleners daarin ondersteunen. Een globale invoering van een monitoring en assessment systeem dat sectoroverschrijdend is en de continuïteit garandeert zou alvast de communicatie over de sectoren en doelgroepen heen bevorderen.

6. Implementatieonderzoek in een grotere steekproef

De voorliggende studie is te beschouwen als een pilootonderzoek waarin de wetenschappelijke basis werd uitgewerkt, een basislijnmeting over de generieke componenten van effectieve zorg in thuis situaties, een interventie ontwikkeld en in proefdraai geëvalueerd werd met een eerste aanzet tot meting van de resultaten. Een volgende stap in het onderzoek zou bestaan in een grootschalige studie waarin de implementatie op grote schaal kan geëvalueerd worden en getoetst aan effecten op de gepercipieerde kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van de doelgroepen van kwetsbare burgers in thuis situaties.

Referenties

- Bond, G. R., McGrew, J. H., & Fekete, D. M. (1995). Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. *J Ment Health Adm*, *22*, 4-16.
- Burns, B. J. & Santos, A. B. (1995). Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatr Serv*, *46*, 669-675.
- Chandler, D. & Spicer, G. (2002). Capitated assertive community treatment program savings: system implications. *Adm Policy Ment Health*, *30*, 3-19.
- Decruynaere, F. (2013). *De kracht van het engagement* Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Drake, R. E. & Burns, B. J. (1995). Special section on assertive community treatment: an introduction. *Psychiatr Serv*, *46*, 667-668.
- Duin, D., van Couwenbergh, C. P. G., Bitter, N., Slooff, C., & van Weeghel, J. (2012). Kwaliteitstoets Regionaal Aanbod Schizofrenie (KRAS) - Quick Scan, Kenniscentrum Phrenos. Ref Type: Online Source
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P. et al. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen.Intern.Med*, *27*, 1361-1367.
- Essock, S. M., Frisman, L. K., & Kontos, N. J. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment teams. *Am J Orthopsychiatry*, *68*, 179-190.
- Frisman, L. K., Mueser, K. T., Covell, N. H., Lin, H. J., Crocker, A., Drake, R. E. et al. (2009). Use of integrated dual disorder treatment via assertive community treatment versus clinical case management for persons with co-occurring disorders and antisocial personality disorder. *J Nerv.Ment Dis.*, *197*, 822-828.
- Hemmings, C., Underwood, L., & Bouras, N. (2008). ACT for people with intellectual disabilities and mental health problems. *Psychiatr Serv*, *59*, 936-937.
- Hemmings, C. P. (2008). Community services for people with intellectual disabilities and mental health problems. *Curr.Opin.Psychiatry*, *21*, 459-462.
- Ito, J., Oshima, I., Nishio, M., Sono, T., Suzuki, Y., Horiuchi, K. et al. (2011). The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand.*, *123*, 398-401.
- Kenny, D. A., Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D., Winter, J. P., & Trusty, M. L. (2004). Evaluation of treatment programs for persons with severe mental illness: moderator and mediator effects. *Eval.Rev*, *28*, 294-324.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S. et al. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, *332*, 815-820.
- Low, L. F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*, *11*, 93.
- Malm, U., Ivarsson, B., Allebeck, P., & Falloon, I. R. (2003). Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand.*, *107*, 415-423.

- Marshall, M. & Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, CD001089.
- Martin, G., Costello, H., Leese, M., Slade, M., Bouras, N., Higgins, S. et al. (2005). An exploratory study of assertive community treatment for people with intellectual disability and psychiatric disorders: conceptual, clinical, and service issues. *J Intellect Disabil Res*, 49, 516-524.
- Marx, A. J., Test, M. A., & Stein, L. I. (1973). Extrohospital management of severe mental illness. Feasibility and effects of social functioning. *Arch.Gen.Psychiatry*, 29, 505-511.
- McCrone, P., Killaspy, H., Bebbington, P., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S. et al. (2009). The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. *Psychiatr Serv*, 60, 908-913.
- McKenzie, K. & Paterson, M. (2010). Evaluating an assertive outreach team for supporting clients who present behaviour that challenges. *British Journal of Learning Disabilities*, 38, 319-327.
- Mowbray, C. T., Collins, M. E., Plum, T. B., Masterton, T., & Mulder, R. (1997). Harbinger. I: The development and evaluation of the first PACT replication. *Adm Policy Ment Health*, 25, 105-123.
- Olfson, M. (1990). Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence. *Hosp. Community Psychiatry*, 41, 634-641.
- Prakash, J., Andrews, T., & Porter, L. (2007). Service innovation: assertive outreach teams for adults with learning disability. *Psychiatric Bulletin*, 31, 138-141.
- SAR WGG (2015). *Visienota: Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen* Brussel: Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid Gezin.
- Segal, S. P., Silverman, C. J., & Temkin, T. L. (2010). Self-help and community mental health agency outcomes: a recovery-focused randomized controlled trial. *Psychiatr Serv*, 61, 905-910.
- Stichting Centrum Certificering ACT en FAct. (2010). Handleiding voor de FACTs - De modelgetrouwheidsschaal voor Functie Assertive Community Treatment Teams.
- Tyrer, P., Evans, K., Gandhi, N., Lamont, A., Harrison-Read, P., & Johnson, T. (1998). Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ*, 316, 106-109.
- van Veldhuizen, J. R. (2006). Bindende zorg. *Passage*, 2, 4-14.
- van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J*, 43, 421-433.
- van, M. A., Hoogduin, C. A., & Broekman, T. G. (1997). Hospital vs. outreach treatment of patients with mental retardation and psychiatric disorders: a controlled study. *Acta Psychiatr Scand.*, 95, 515-522.
- Vickrey, B. G., Mittman, B. S., Connor, K. I., Pearson, M. L., Della Penna, R. D., Ganiats, T. G. et al. (2006). The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern.Med*, 145, 713-726.
- Weisbrod, B. A., Test, M. A., & Stein, L. I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Arch.Gen.Psychiatry*, 37, 400-405.
- Zorgnet Vlaanderen (2014). *Netwerkgorg*. Leuven: Acco.

Bijlagen

Bijlage 1: Auditinstrument	107
Bijlage 2: Uitnodiging (begeleidende e-mail, brief, folder)	111
Bijlage 3: Programma van de studiedag	115
Bijlage 4: Draaiboek van de studiedag	117
Bijlage 5: Evaluatieformulier	125
Bijlage 6: Huiswerkopdracht	127
Bijlage 7: Implementatieformulier	129
Bijlage 8: Draaiboek van de terugkomdag	131
Bijlage 9: Vragenlijst	133

Bijlage 1: Auditinstrument

1 Hulpverlening in de omgeving van de cliënt

Hoeveel procent van de contacten vinden plaats buiten kantoor? Indien teamleden dit lastig vinden om te schatten, vraag naar het percentage dat zichzelf buiten kantoor zijn.

0	1	2	3	4
Minder dan 20% contacten buiten het eigen kantoor.	20% – 39%	40% – 59%	60% – 79%	80% of meer van de contacten vindt plaats buiten kantoor.

2 Team-based

Hoeveel procent van de gehele caseload heeft meer dan 4 hulpverleners van het team gezien in het afgelopen jaar. Indien teamleden dit lastig vinden om te schatten, vraag naar het percentage van hun eigen caseload.

0	1	2	3	4
Minder dan 10% van de cliënten heeft contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	10% - 36% van de cliënten heeft contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	37% - 63% van de cliënten heeft contact met meer dan 4 teamleden per jaar	64% - 89% van de cliënten heeft contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	90% of meer van de cliënten heeft contact met meer dan 4 teamleden per jaar.

3 Drop-out beperken

Hoeveel cliënten zijn in het afgelopen jaar uit het zicht van het team verdwenen en hoeveel cliënten zijn uitgeschreven zonder verwijzing.

Het gaat hier niet om cliënten die zijn uitgeschreven met verwijzing naar een ander team of huisarts.

0	1	2	3	4
Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Soms werd het contact actief door het team beëindigd zonder adequate doorverwijzing.	Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd gerealiseerd. Dit gebeurde alleen bij cliënten die zonder overleg uit de regio zijn vertrokken met onbekende bestemming.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar >8% uit zorg verdwenen.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar 3-8% uit zorg verdwenen.	Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, in het afgelopen jaar is niet meer dan 2% uit zorg verdwenen.

4 Kiezen in overleg

Dit sleutelement wordt onderverdeeld in betrokkenheid van de cliënt en kopie van het behandelplan.

4.1 Betrokkenheid van de cliënt

Hoe wordt de cliënt betrokken bij de behandelplanbijeenkomst? Hoeveel procent van de behandelplannen wordt vastgesteld in aanwezigheid van de patiënt (tenzij contra-indicatie)?

0	1	2	3	4
Cliënt wordt niet betrokken bij het opstellen van het behandelplan, noch bij de behandelplan-bijeenkomst.*		Cliënt wordt betrokken bij het opstellen van het behandelplan, maar is niet aanwezig op de behandelplan-bijeenkomst.*		Cliënt wordt betrokken bij het opstellen van het behandelplan en is aanwezig op de behandelplan-bijeenkomst (>90%).*

* Scorecategorieën zijn aangepast aan Vlaamse omstandigheden.

4.2 Kopie van het behandelplan

Wordt aan cliënten standaard een kopie van hun behandelplan aangeboden? Vraag een schatting te geven van het aantal cliënten dat een kopie van het behandelplan in bezit heeft (exclusief cliënten die hier geen prijs op stellen).

0	1	2	3	4
20% of minder van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan.	21-40%	41-60% (of standaard een werkdocument*)	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan.

* Scorecategorieën zijn aangepast aan Vlaamse omstandigheden.

5 Medicatiebeleid

Is er een beleid rondom medicatie, is hier structureel aandacht voor of wordt er ad hoc ingespeeld op vragen/klachten van cliënten?

0	1	2	3	4
Medicatie wordt aangepast op geleide van klachten en vragen.		Medicatiegebruik wordt opgevolgd door het team, en in geval van problemen wordt er contact opgenomen met de betrokken arts.*		Medicatiegebruik wordt actief opgevolgd en team grijpt zelf in waar nodig.*

* Scorecategorieën zijn aangepast aan Vlaamse omstandigheden.

6 Sociale omgeving

Is er een aanbod van familie-interventies? Het gaat hierbij om sessies met een specifiek ondersteunend en therapeutisch doel en met minstens één van de volgende componenten:

- *psycho-educatie*
- *probleemoplossend/crisismanagement*
- *individuele interventie*

Wordt er doorverwezen of biedt het team deze interventie zelf aan? Hoeveel procent heeft hier in de afgelopen twee jaar gebruik van gemaakt?

0	1	2	3	4
Niet beschikbaar voor familieleden van cliënten van het team.		Familie kan vragen stellen, en het team zal deze uitgebreid behandelen.*		Familie wordt actief betrokken door het team.*

* Scorecategorieën zijn aangepast aan Vlaamse omstandigheden.

7 Vaardigheidstraining

Dit sleutelement wordt onderverdeeld in praktische en sociale vaardigheden.

7.1 Praktische vaardigheden

Wordt er een systematisch rehabilitatieprogramma aangeboden op de gebieden wonen, werken, leren, dagbesteding en sociale relaties?

0	1	2	3	4
Er wordt geen systematisch rehabilitatieprogramma aangeboden op de domeinen wonen, leren, dagbesteding en sociale relaties.*		Dit wordt bevroegd, maar passieve doorverwijzing naar andere organisatie.*		Dit wordt bevroegd en actief opgevolgd door het team.*

* Scorecategorieën zijn aangepast aan Vlaamse omstandigheden.

7.2 Sociale vaardigheden

Wordt er aandacht geschonken aan problematiek op het gebied van sociaal isolement en gerichte interventies ingezet ter versterking van het sociale netwerk?

0	1	2	3	4
Er wordt niet voldoende aandacht geschonken aan de problematiek op het gebied van sociaal isolement.*		Dit wordt bevroegd, maar passieve doorverwijzing naar andere organisatie.*		Dit wordt bevroegd en actief opgevolgd door het team.*

* Scorecategorieën zijn aangepast aan Vlaamse omstandigheden.

Bijlage 2: Uitnodiging (begeleidende e-mail, brief, folder)

Geachte mevrouw,

Geachte heer

Met genoegen kondig ik u de opstart aan van het vervolg van het onderzoek '*Effectieve Gemeenschapsgerichte Zorg*' van het Steunpunt WVG.

In het najaar stelde het Steunpunt WVG omwille van onvoorziene omstandigheden de geplande seminariereeks uit naar een latere datum.

Ik wens u nogmaals te danken voor uw begripvolle reacties.

De voorbije weken werkten de onderzoekers intens aan het vervolg van het onderzoek, met onder meer een gratis exclusieve studiedag over gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen op 27 februari 2015 voor de organisaties die aan dit onderzoek deelnemen.

U kan alle informatie over het vervolg van het onderzoek vinden in de documenten in bijlage:

- een brief over het vervolg van het onderzoek en de meerwaarde voor uw organisatie
- een folder met een toelichting bij het volledige onderzoeksopzet en de wederzijdse verwachtingen
- een programma van de studiedag op 27 februari 2015.

Ik kijk alvast uit naar de voortzetting van een boeiende samenwerking,

Met vriendelijke groeten,

mede namens Prof. dr. Chantal Van Audenhove en Monia Vereecken

Valérie Carrette

Coördinator SWVG



Steunpunt WVG
Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven
+32 16 33 70 70
www.steunpuntwvg.be
swvg@med.kuleuven.be

Leuven, 12 januari 2015

Onderwerp: SWVG onderzoek 'Effectieve gemeenschapsgerichte zorg'

Geachte mevrouw,
Geachte heer

Namens Prof. dr. Chantal Van Audenhove en onderzoekster Monia Vereecken heb ik het genoegen het vervolg van het onderzoek 'Effectieve gemeenschapsgerichte zorg' van het Steunpunt WVG aan te kondigen. In het onderzoeksopzet zijn enkele aanpassingen gebeurd, waarbij rekening is gehouden met de werklast voor uw organisatie en de kortere tijdsperiode voor het uitvoeren van het onderzoek. Een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksstappen vindt u in de folder als bijlage.

In het vervolg van het onderzoek biedt het Steunpunt WVG u:

- expertise en begeleiding bij de implementatie van de sleutelementen van effectieve gemeenschapsgerichte zorg die meer aandacht verdienen;
- gedachten- en expertiseuitwisseling met projectleiders en hulpverleners van welzijns- en zorgorganisaties die koploper zijn in gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen.

Dit gebeurt via:

- een exclusieve studiedag (27 februari 2015) voor dertig welzijns- en zorgorganisaties, koplopers in Vlaanderen inzake gemeenschapsgerichte zorg (programma studiedag, zie bijlage) en een terugkomdag (3 april 2015)
- een wetenschappelijk onderzoek
- een onderzoeksrapport met beleidsaanbevelingen inzake de ontwikkeling van effectieve gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen

Om tot gedegen wetenschappelijke resultaten te komen en deze weerklank te laten verwerven bij beleidsmakers, verwachten we dat uw organisatie zich engageert tot:

- het invullen van een online vragenlijst voor en na de studiedag
- de participatie van de projectleider én een hulpverlener aan de studie- en terugkomdag
- het uitvoeren van een korte huiswerkopdracht na de studiedag
- het deelnemen aan de vervolgaudit (zomer 2015)

Van vrijdag 23 januari tot zondag 1 februari 2015 zal de eerste online vragenlijst digitaal toegankelijk zijn. We verzoeken u een uurtje in uw agenda te voorzien voor het invullen ervan. Gelieve uw deelname aan de studiedag te bevestigen voor 1 februari 2015, via volgende link: [inschrijven](#) (persoonlijke uitnodiging).

Met hoogachting,
mede namens Prof. dr. Chantal Van Audenhove en Monia Vereecken,

Valérie Carrette
Coördinator Steunpunt WVG





Effectieve Gemeenschapsgerichte Zorg



PERSOONLIJKE UITNODIGING

Monia Vereecken
Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Co-promotoren:
Prof. dr. Anja Declercq
Prof. dr. Bea Maes

Januari 2015



Deinstitutionalisering en vermaatschappelijking zijn belangrijke trends in de zorg. Veel personen met een psychische stoornis, dementie of een verstandelijke beperking ontvangen in Vlaanderen reeds zorg in de samenleving. Niettegenstaande er grote gelijkenissen zijn in de problemen, de zorgnoden en de zorgvragen die zich stellen in de thuissituatie ontvangen deze verschillende doelgroepen zorg vanuit verschillende sectoren. Dit onderzoeksproject focust op de gemeenschappelijke ingrediënten (sleutelementen) van een effectieve thuiszorg voor deze drie doelgroepen.

Ga jij de uitdaging mee aan?

Doelstellingen van het onderzoek

Het SWVG-onderzoek Effectieve Gemeenschapsgerichte Zorg heeft als doel:

- het verbeteren van de kwaliteit, de effectiviteit en efficiëntie van zorg aan huis door de identificatie en implementatie van sleutelementen van gemeenschapsgerichte zorg, in samenwerking met wetenschappelijke groepen, professionals en ervaringsdeskundigen;
- een vergelijking maken van de zorg voor en na de implementatie van de sleutelementen die in de gewone werking onvoldoende aanwezig zijn. Deze vergelijking vormt een zinvolle basis voor beslissingen over de organisatie van de zorg in de thuissituatie.

Wat vooraf ging

Een uitgebreide literatuurstudie resulteerde in zeven sleutelementen van effectieve gemeenschapsgerichte zorg. Op basis daarvan werd een audit ontwikkeld om de thuiszorgvoorzieningen te bevragen.

Dertig welzijns- en zorgorganisaties namen deel aan de audit.

Uit de resultaten blijkt dat in de meerderheid van de organisaties vier sleutelementen succesvol zijn geïmplementeerd. Dropouts worden met succes voorkomen, familieleden en mantelzorgers van de cliënten ontvangen de nodige ondersteuning en sociale en praktische vaardigheden worden geoefend.

Drie sleutelementen zijn in meer of mindere mate werkpunten:

- medicatiebeleid;
- hulpverlening in de omgeving van de cliënt;
- kiezen in overleg.

Heeft u meegewerkt aan de audit? Wenst u te vernemen hoe u uw zorgaanbod voor kwetsbare doelgroepen nog kan verbeteren op basis van wetenschappelijke kennis? Bent u benieuwd hoe andere organisaties met deze sleutelementen omgaan? Wenst u ze beter te implementeren in uw organisatie?

Kom dan naar onze studiedag!

Studiedag met workshop

Op vrijdag 27 februari 2015 nodigt het Steunpunt WVG uw organisatie uit voor een studiedag te Leuven waarop:

- onderzoekers de resultaten van de audit bij de 30 welzijns- en zorgorganisaties, waaronder de uwe, voorstellen;
- experts handvatten geven voor de implementatie van de drie sleutelementen die meer aandacht verdienen;
- uitwisseling van expertise plaatsvindt tussen de onderzoekers, trainers en collega's van andere welzijns- en zorgorganisaties die pionieren in effectieve gemeenschapsgerichte zorg.

U gaat naar huis met nieuwe inzichten, handige tips en concrete ideeën waarmee u onmiddellijk aan de slag kan.

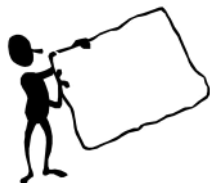
Ter voorbereiding van de studiedag ontvangt u een online vragenlijst die tussen vrijdag 23 januari en zondag 1 februari 2015 digitaal toegankelijk zal zijn. We verzoeken u een uurtje in uw agenda te voorzien voor het invullen ervan. Deze informatie is zeer belangrijk om de studiedag op maat van u en uw organisatie te kunnen opbouwen.

Gelieve uw deelname aan de studiedag te bevestigen voor 1 februari 2015, via volgende link: [inschrijven](#) (persoonlijke uitnodiging).

Terugkomdag

Op vrijdagvoormiddag 3 april 2015 ontmoeten we elkaar terug op de terugkomdag te Leuven.

Die dag kan u uw ervaringen betreffende de implementatie van één van de drie sleutelementen uitwisselen. U geeft aan wat u inhoudelijk belangrijk acht bij het sleutelement en welke randvoorwaarden helpen of hinderen bij de implementatie ervan. Hier wordt in groep op ingegaan met als doel belangrijke bevindingen onder de aandacht te brengen van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen.



Vervolgaudit

De onderzoekster zal tijdens de zomer van 2015 de welzijns- en zorgvoorzieningen nogmaals bezoeken en een tweede keer de audit uitvoeren.

Analyse, terugkoppeling en rapportering

In het najaar van 2015 gebeurt de analyse en de rapportering van de onderzoeksgegevens. Er zal ook een terugkoppelmoment voor de deelnemende welzijns- en zorgorganisatie worden georganiseerd. De gedachtenwisseling zal mee de basis vormen voor het formuleren van beleidsaanbevelingen over de ontwikkeling en de implementatie van effectieve gemeenschapsgerichte zorg in Vlaanderen.

We rekenen op uw aanwezigheid!

Zoals u reeds is opgevallen tijdens het doornemen van deze folder, hebben we uw inzet nodig om de studiedag en het onderzoek tot een goed einde te brengen. Samenvattend betreft het

- het invullen van een online vragenlijst voor en na de studiedag;
- de participatie van de projectleider én een hulpverlener aan de studie- en terugkomdag;
- het uitvoeren van een korte huiswerkopdracht na de studiedag;
- het deelnemen aan de vervolgaudit (zomer 2015).

Contactgegevens:

Met vragen kan u steeds terecht bij Monia Vereecken, onderzoekster (monia.vereecken@med.kuleuven.be) of bij Valérie Carrette, coordinator van het Steunpunt WVG (swvg@med.kuleuven.be).



Steunpunt WVG
Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@med.kuleuven.be

Bijlage 3: Programma van de studiedag



STUDIEDAG EFFECTIEVE GEMEENSCHAPSGERICHTE ZORG

27 FEBRUARI 2015, 09U30 – 16U00

Lokaal UZRC.00.0550, Kapucijnenvoer 33, 3000 Leuven

Programma

09u30	Onthaal
10u00	Introductie door Prof. dr. Chantal Van Audenhove
10u15	Sleutelementen Effectieve Gemeenschapsgerichte Zorg <i>Monia Vereecken, LUCAS - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy</i>
10u30	Sleutelement 'Kiezen in overleg' Prof. dr. Chantal Van Audenhove, <i>LUCAS - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy</i>
12u00	Middagpauze met broodjeslunch
12u45	Sleutelement 'Medicatiebeleid' <i>Prof. dr. Veerle Foulon, Onderzoekscentrum voor Farmaceutische Zorg en Farmaco-economie, KU Leuven</i>
14u15	Sleutelement 'Hulpverlening in de omgeving van de cliënt' <i>Walter Rombouts, Klinisch psycholoog patiëntenzorg UZ Leuven en Perspectief, bureau voor opleiding en vorming rond communicatie en samenwerking in de zorg</i>
15u45	Terugkoppeling en planning
16u00	Slotwoord door Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Bijlage 4: Draaiboek van de studiedag

OP VOORHAND

Mapjes klaarmaken (op naam)

- Programma
- Folder
- Nieuwe vragenlijst
- Evaluatieformulier
- Individueel rapport audit
- Naambadge (met groepsindelingen)
- Presentaties
- Aanwezigheidslijst
- Aanwezigheidsattest
- Lege papieren

Usb-stick

- Filmpje Rudi
- Filmpje Goed in Gesprek
- Presentatie Monia
- Presentatie Chantal

Groepsindelingen

- Workshop Chantal
- Workshop Veerle
- Workshop Walter

VOORMIDDAG

Materiaallijst

- Mapjes (op naam)
- Aanwezigheidslijst
- Wegwijzers
- Tape
- Laptop
- Usb-stick
- Kaartjes met symbolen voor workshop Chantal
- 7 sets stiften (zwart, blauw, rood)
- 7 dictafonen
- Grote post-it's
- Koffie etc. (door Alma)

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
08u00	09u15	Wegwijzers ophangen	Wegwijzers Tape
08u00	09u15	Tafels schikken – 5 groepen	
08u00	09u15	Tafels klaarmaken	Symbolen workshop Chantal op tafels A3 papieren 5 sets stiften (zwart, blauw en rood) 5 dictafonen
08u00	09u15	Laptop klaarzetten	Laptop Usb-stick Presentatie Monia Presentatie Chantal Filmpje Goed in Gesprek
09u00	09u30	Koffie klaarzetten	

09u30 – 10u00 Onthaal

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
09u30	10u00	Aanduiden op aanwezigheidslijst Mapje overhandigen	Aanwezigheidslijst Mapjes (op naam) Balpen
09u30	10u00	Koffie of water aanbieden	

10u00 – 10u15 Introductie door Chantal Van Audenhove

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
10u00	10u05	Verwelkoming Chantal - Dynamische dag	
10u05	10u15	Invullen vragenlijsten	
10u10	10u15	Ophalen vragenlijsten	

10u15 – 10u30 Sleutelementen Effectieve Gemeenschapsgerichte Zorg door Monia Vereecken

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
10u15	10u30	Presentatie sleutelementen	Laptop etc.

10u30 – 12u00 Workshop Kiezen in Overleg door Chantal Van Audenhove

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
10u30	10u35	Installeren van deelnemers + verwelkoming (Chantal)	
10u35	10u45	Filmpje Goed in Gesprek bekijken + opdracht (Chantal)	Laptop etc.
10u45	11u00	Herken je dit soort situaties? Wat zijn jullie situaties? Hoe ga je ermee om?	5 post-it's op tafel 5 sets stiften (zwart, blauw en rood) 5 dictafonen
11u00	11u10	Plenair: ophijsten (Chantal)	
11u10 t.l.	11u20	Presentatie (Chantal)	Laptop etc.
11u20	11u25	Nieuwe opdracht (Chantal)	
11u25	11u40	Chantal kiest casussen en hier wordt op verdergewerkt volgens elementen uit presentatie.	Zelfde post-it's 5 sets stiften (zwart, blauw en rood) 5 dictafonen
11u40	11u50	Plenair: ophijsten (Chantal)	
11u50 t.l.	12u00	Afronden + targets formuleren	

12u00 – 12u45 Broodjeslunch

NAMIDDAG

Materiaallijst

- Laptop
- Usb-stick
- Kaartjes met symbolen voor workshop Veerle
- Kaartjes met symbolen voor workshop Walter
- 7 sets stiften (zwart, blauw, rood)
- 7 dictafonen
- Grote post-it's
- Koffie etc. (door Alma)

Vorbereidingen

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
12u00	12u30	Tafels klaarmaken	Symbolen workshop Chantal op tafels A3 papieren 5 sets stiften (zwart, blauw en rood) 5 dictafonen
12u00	12u30	Workshop Walter	Grote post-its's ophangen op muren Symbolen workshop Walter erbij kleven Tape
12u00	12u30	Laptop klaarzetten	Presentatie Veerle klaarzetten Filmpje Rudi klaarzetten Presentatie Walter klaarzetten

12u45 – 14u15 Workshop Medicatiebeleid door Veerle Foulon

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
12u45	12u50	Installeren van deelnemers + verwelkoming (Veerle)	
12u50	13u00	Filmpje Rudy bekijken + opdracht (Veerle)	Laptop etc.
13u00	13u20	Waar loop je tegenaan ivm medicatie bij cliënten? (Veerle)	5 post-it's op tafel 5 sets stiften (zwart, blauw en rood) 5 dictafonen
13u20	13u30	Plenair: ophijsten (Veerle)	
13u30 t.l.	13u35	Doorschrijven + nieuwe opdracht (Veerle)	
13u35	13u55	Wat willen jullie opgelost zien? Hoe aanpakken? (Veerle)	Zelfde post-it's 5 sets stiften (zwart, blauw en rood) 5 dictafonen
13u55	14u05	Veerle: wat zijn de opties?	Laptop etc.
14u05 t.l.	14u15	Afronden + targets formuleren	

14u15 – 15u45 Workshop Hulpverlening in de omgeving van de cliënt door Walter Rombauts

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
14u15	14u20	Installeren van deelnemers + verwelkoming (Walter)	
14u20	14u30	Inleiding	
14u30	14u35	Opdracht	
14u35 t.l.	14u50	Eerste station	10 post-it's aan de muren 3 sets stiften (zwart, blauw en rood) 3 dictafonen
14u50	15u05	Tweede station	10 post-it's aan de muren 3 sets stiften (zwart, blauw en rood) 3 dictafonen
15u05 t.l.	15u35	Terugkoppeling	10 post-it's aan de muren 3 sets stiften (zwart, blauw en rood) 3 dictafonen
15u35	15u45	Afronden + targets formuleren	

15u45 – 16u00 Terugkoppeling en planning

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
15u55	16u00	Planning (Monia?) <ul style="list-style-type: none">- Toesturen huiswerk- Terugkomdag 3 april 2015- Vragenlijsten- Audit zomer 2015- Daarnaast: Janne Schepers – economische evaluatie	

16u00 - ... Slotwoord door Chantal Van Audenhove

Begin	Einde	Inhoud	Benodigdheden
16u00	...	Afronding Chantal <ul style="list-style-type: none">- Evaluatieformulieren invullen en achterlaten	

Bijlage 5: Evaluatieformulier

NAAM:

Organisatie: Functie:

Workshop 1: kiezen in overleg

Welke boodschap neemt u mee naar huis na deze workshop?

.....
.....
.....
.....

Wat gaat u zeker toepassen in uw dagelijkse werk?

.....
.....
.....
.....

Workshop 2: medicatiebeleid

Welke boodschap neemt u mee naar huis na deze workshop?

.....
.....
.....
.....

Wat gaat u zeker toepassen in uw dagelijkse werk?

.....
.....
.....
.....

Workshop 3: hulpverlening in de omgeving van de cliënt

Welke boodschap neemt u mee naar huis na deze workshop?

.....
.....
.....
.....

Wat gaat u zeker toepassen in uw dagelijkse werk?

.....
.....
.....
.....

Bijlage 6: Huiswerkopdracht



IMPLEMENTATIEFOCUS - terugkomdag

Op welk sleutelement wilt u meer inzetten? Kruis aan.

TIP: Kies een sleutelement waar u nog vorderingen kan maken.



Kiezen in
overleg



Medicatiebeleid



Hulpverlening in
de omgeving van
de cliënt



IMPLEMENTATIEFOCUS - terugkomdag



¹ SMART staat voor *Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch, Tijdsgebonden*

Enkele voorbeelden:

- “de komende maand met drie cliënten het behandelplan bespreken en hierbij volgens het principe van choice talk tewerk gaan.”
- “de komende maand in overleg gaan met de arts van een cliënt waarbij medicatievragen en/of –problemen aanwezig zijn”
- “de zorg voor mijn cliënt attractiever maken door met hem in gesprek te gaan over wat kan bijdragen tot een betere levenskwaliteit”
- “het uitwerken van een actieplan omtrent de implementatie van het betreffende sleutelement”

Bijlage 7: Implementatieformulier



Naam:

Organisatie:

Sleutelement:

1. Doelstelling

Welk doel heeft u rond dit sleutelement?

.....
.....

Is de doelstelling SMART?

- **S**(pecifiek): *Is de doelstelling eenduidig?*
- **M**(eetbaar): *Onder welke (meetbare/observeerbare) of vorm is het doel bereikt?*
- **A**(cceptabel): *Is het doel acceptabel voor de doelgroep en/of het management?*
- **R**(ealistisch): *Is het doel haalbaar?*
- **T**(ijdsgebonden): *Wanneer (in de tijd) moet het doel bereikt zijn?*

Optie: Herformuleer jouw doelstelling naar een SMART doelstelling:

.....
.....

In welke mate heeft de studiedag u geïnspireerd om dit doel te stellen?

1	2	3	4	5
Helemaal niet	Weinig	Tussenin	Veel	Zeer veel

In welke mate is dit doel reeds besproken in uw team?

1	2	3	4	5
Helemaal niet	Weinig	Tussenin	Veel	Zeer veel

In welke mate steunt de organisatie u bij het bereiken van dit doel?

1	2	3	4	5
Helemaal niet	Weinig	Tussenin	Veel	Zeer veel

2. Actieplan

Welke acties zullen ondernomen worden om het doel te bereiken? Beschrijf de acties aan de hand van de volgende aspecten:

Actie? <i>Welke actie onderneem je?</i>	Wanneer? <i>Wanneer wordt deze actie uitgevoerd?</i>	Wie? <i>Wie voert deze actie uit?</i>	Hoe? <i>Hoe wordt deze actie uitgevoerd?</i>	Evaluatie? <i>Hoe wordt de actie geëvalueerd?</i>

3. Bevorderende factoren

Welke factoren vergemakkelijken het behalen van het doel?

Intern:

Extern:

.....

.....

4. Belemmerende factoren

Welke factoren hinderen het behalen van het doel?

Intern:

Extern:

.....

.....

Wat is er nodig om deze belemmeringen op te lossen, en wie/wat kan je daarbij helpen?

.....

.....

Bijlage 8: Draaiboek van de terugkomdag

OP VOORHAND

Vragenlijsten
Dictafoons
Post-it's
Naamkaartjes

Invulblaadjes
Deelnemerslijsten
Wegwijzers
Naambadges

SESSIE

Begin	Einde	Inhoud	Benodigheden
09u30	10u00	Onthaal	Koffie, water
10u00	10u10	Verwelkoming (Monia) <ul style="list-style-type: none"> - Bedanking om te komen - Dag schetsen <ul style="list-style-type: none"> o Eerste deel de implementatiefocussen bespreken met deelnemers die rond hetzelfde sleutelement werken. Hou hierbij rekening dat je in het tweede deel aan de anderen zal presenteren wat aan bod is gekomen. o Tweede deel iedereen terug samen. o Focus op overlappings binnen en buiten de sectoren. 	Na verwelkoming iedereen samen roepen
10u10	11u10	Plaatsen in groepjes Deel 1: samenzitten per sleutelement <ul style="list-style-type: none"> - Doelen bespreken (+ begeleiding bij zo concreet mogelijke formulering ervan) - Concrete actieplannen Wie – wat – waar – wanneer - Hoe doelstelling meten? Wanneer? - Wat zijn bevorderende factoren? (Met aandacht voor sectoroverschrijdende vs sectorgebonden factoren) - Wat zijn belemmerende factoren? (Met aandacht voor sectoroverschrijdende vs sectorgebonden factoren) Groepen + begeleiders: Hulpverlening in de omgeving: Valerie Kiezen in overleg: Chantal Medicatiebeleid: Joke en aansluitend Veerle (vanaf 11u) ??	6 dictafoons 6 post-it's
11u10	11u25	Pauze	Koffie, water
11u30	12u30	Deel 2: geaggregeerde deel: iedere groep presenteert in max 10 minuten wat aan bod is gekomen in het eerste deel.	Chantal: moderator Valérie, Joke? en Monia: notulisten

		<ul style="list-style-type: none"> - Welke doelen zijn aan bod gekomen? + actieplannen in het kort - Heb je overlappingen tussen elkaar ervaren? - Zo ja, met organisaties binnen en/of buiten je eigen sector? - Aangeven van belemmerende en bevorderende factoren - Komen deze factoren ook terug bij andere sleutelementen? 	4 post-it's
12u30	12u40	<p>30 minuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eerst aan de groep: wat valt jullie op? Overlappingen? (Zowel op niveau van sectoren als sleutelementen) - Valérie, Joke? en Monia: terugkoppeling <p>Afronden (Monia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bedanken voor aanwezigheid - Belang voor opbouw beleid <p>Invullen vragenlijsten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naam niet vergeten invullen - Bij verlaten indienen 	Vragenlijsten
12u40	...	Broodjeslunch	Koffie – water - broodjes

Bijlage 9: Vragenlijst

Naam:

Organisatie:

	Hoe belangrijk vind je dit?	Hoe competent voel je je op dit vlak?	Hoe vaak heb je dit de voorbije maand gedaan?	Hoe vaak zou je dit willen doen?
	1 = zeer onbelangrijk 2 = onbelangrijk 3 = niet onbelangrijk, niet belangrijk 4 = belangrijk 5 = zeer belangrijk	1 = helemaal niet competent 2 = niet competent 3 = niet incompetent, niet competent 4 = wel competent 5 = zeer competent	1 = nooit 2 = zelden 3 = soms niet, soms wel 4 = vaak 5 = altijd	1 = nooit 2 = zelden 3 = soms niet, soms wel 4 = vaak 5 = altijd
1. Iets doen met een cliënt met als enig doel het verbeteren van de vertrouwensrelatie.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2. De cliënt in contact brengen met een ervaringsdeskundige.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Praktische hulp coördineren of bieden aan een cliënt omtrent huisvesting, financiën of verzekeringen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Assertief optreden indien je vroege symptomen en signalen opmerkt bij een cliënt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Kwartiermaken: inclusie en participatie van de cliënt bewerkstelligen in gewone omgevingen.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Ondersteuning bieden aan een familielid van een cliënt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Structuur aanbrengen in het leven van de cliënt op een attractieve manier.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Aandacht hebben voor de verslavingsproblematiek van cliënten.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. Het maken van afspraken met de cliënt voor het geval er meer ingrijpende zorg nodig is.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. De zorg aantrekkelijk maken voor de cliënt door een positieve sfeer te creëren.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Naam:

Organisatie:

11. Het medicatiegebruik van een cliënt toelichten op een teamoverleg.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. Vaststellen of een cliënt problemen ondervindt ten gevolge van zijn medicatiegebruik.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13. Over medicatie spreken met een cliënt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14. In overleg gaan met de huisarts, apotheker, verpleegkundige, ... om het medicatieplan van een cliënt te bespreken.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15. Bij een cliënt nagaan welke voor hem de meest belangrijke medicatie is.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16. Bevragen en exploreren van de voorkeuren van de cliënt.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17. Aangeven dat er keuzemogelijkheid is.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18. Pluspunten, minpunten en mogelijke risico's van iedere optie met de cliënt bespreken.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19. Samen met de cliënt afwegen wat de beste keuze zou kunnen zijn.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20. Samen naar een eindkeuze toewerken.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5