LUCAS KU Leuven
Minderbroedersstraat 8 bus 5310
3000 Leuven
Tel. + 32 16 37 34 31
www.kuleuven.be/lucas

EVALUATIE PILOOTPROJECT 'SPOOR' BINNEN HET GGZ-NETWERK SAVHA?!

An Heyens
Prof. Dr. Anja Declercq

Leuven
augustus 2026

Colofon

Opdrachtgever: Koning Boudewijnstichting

Onderzoeksleiding: Prof. Dr. Anja Declerq

Wetenschappelijk medewerkers: An Heyens

Interviewers: An Heyens, Kirsi Eemans (student)

Leuven, augustus 2026

Hoofdstuk 1 Inleiding 7

1 Probleemstelling 7

2 Introductie pilootproject 8

Hoofdstuk 2 Beschrijving pilootproject en context 9

1 Pilootproject 'SPOOR': Doelstellingen en deelinterventies 9

1.1 Pilootproject 1: Casusgerichte ondersteuning in samenwerking met zorgpartners 10

1.2 Pilootproject 2: Structurele ondersteuning en deskundigheidsbevordering via het CGG 12

2 Implementatie pilootproject 13

2.1 Opstart en rekrutering 14

2.2 Organisatie van de implementatie van het pilootproject 14

2.3 Implementatieproces pilootproject 1 14

2.4 Implementatieproces pilootproject 2 16

3 Beleids- en zorgcontext 17

3.1 GGZ-beleid en netwerkcontext 17

3.2 Beschikbare psychosociale ondersteuning en bestaande samenwerkingsuitdagingen 17

3.3 WZC die deelnemen aan het pilootproject 19

Hoofdstuk 3 Onderzoeksvragen 20

Hoofdstuk 4 Methode 21

1 Onderzoeksdesign 21

2 Opstartfase 21

2.1 Documentanalyse en literatuurstudie 21

2.2 Verkennende interviews 22

2.3 Ethische commissie 22

3 Rekrutering en respondenten 23

3.1 Doelgroep 23

3.2 Rekrutering 23

3.3 Beschrijving steekproef 24

4 Dataverzameling 25

4.1 Semi-gestructureerde interviews 25

4.2 Kwalitatieve online bevraging 25

5 Dataverwerking 26

5.1 Transcriptie 26

5.2 Export data bevraging 26

6 Data-analyse 26

6.1 Analyse van implementatiefactoren 27

6.2 Analyse van samenwerking, optimalisatie en opschaling 27
7 Kwaliteitsbewaking en reflexiviteit 27
8 Ethische overwegingen 28

Hoofdstuk 5 Resultaten 29
1 Analyse van implementatiefactoren 29
1.1 Innovatie 29
1.2 Externe setting 32
1.3 Interne setting 35
1.4 Individuen 39
1.5 Implementatieproces 42
1.6 Implementatie-uitkomsten 47
1.7 SWOT-analyse 49
2 Analyse van samenwerking, optimalisatie en opschaling 51
2.1 Samenwerking 51
2.2 Optimalisatie 52
2.3 Opschaling 55

Hoofdstuk 6 Discussie 59
1 'SPOOR' speelt in op een duidelijke en breed gedragen nood 59
2 Fit met implementatiecontext is bepalend voor implementatie 59
3 Samenwerking vormt cruciale werkzame factor van het model 60
4 Van pilootproject naar structureel beleid: Implicaties voor opschaling en verankering 61
5 Sterktes en beperkingen van het onderzoek 62
5.1 Sterktes 62
5.2 Beperkingen 63
6 Aanbevelingen voor praktijk en beleid 64
6.1 Aanbevelingen voor praktijk 64
6.2 Aanbevelingen voor beleid 66
7 Conclusie 67

Hoofdstuk 7 Referentielijst 68

Hoofdstuk 8 Bijlagen 74

Lijst tabellen

Tabel 1: Responsgraad WZC 24

Tabel 2: Overzicht steekproef 24

Tabel 3: Samenvatting SWOT-analyse 50

Lijst figuren

Figuur 1: Procesdiagram pilootproject 1 11

Figuur 2: Procesdiagram pilootproject 2 13

Hoofdstuk 1 Inleiding

1 Probleemstelling

Het aandeel ouderen in woonzorgcentra (WZC) met psychische klachten neemt toe, onder meer door de vergrijzing van de bevolking en de deïnstutionalisering binnen de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen, Leefmilieu [FOD VVVL], n.d.; Gillis et al., 2025; Statbel, 2025). Recent onderzoek naar de prevalentie van psychiatrische en neurocognitieve stoornissen bij bewoners van Vlaamse WZC toont aan dat ongeveer de helft van de bewoners (49,7%) minstens één gediagnosticeerde psychiatrische of neurocognitieve stoornis heeft (Gillis et al., 2025). Van deze bewoners heeft 17,5% een psychiatrische diagnose. Bij meer dan de helft van deze bewoners (55%) is daarnaast sprake van een comorbide neurocognitieve stoornis. Deze evoluties stellen WZC niet alleen voor een toenemende zorgvraag, maar ook voor belangrijke uitdagingen op het vlak van de organisatie en implementatie van zorg op maat van de bewoner.

De uitdagingen die voortvloeien uit deze evolutie situeren zich zowel op het niveau van de zorgmedewerkers als van de bewoners van WZC. Ten eerste leidt een tekort aan personeel met expertise in psychische en gedragsproblemen tot een hoge werkdruk bij het aanwezige zorgpersoneel en beperkt het de kwaliteit van zorg voor bewoners (Eggers et al., 2024; Centra Geestelijke Gezondheidszorg [CGG], n.d.). Ten tweede is het gebruik van psychofarmaca in WZC opvallend hoog. Recente gegevens uit Belgische WZC tonen aan dat bijna een derde (32,8%) van de bewoners over een jaar minstens één antipsychoticum kreeg en meer dan de helft (53,5%) minstens één antidepressivum (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2025). Tot slot resulteert de ontoereikende psychosociale zorg in WZC in frequente opnames in psychiatrische voorzieningen, terwijl dat de continuïteit van de zorg voor de bewoner in het gedrang brengt, aanzienlijke kosten voor de samenleving met zich meebrengt en in strijd is met het principe van deïnstitutionalisering binnen de hervorming van de GGZ (Adriaenssens et al., 2018; Calabria & Cullen, 2024; FOD VVVL, n.d.).

Deze vaststellingen wijzen op een belangrijke kloof tussen de zorgnoden van bewoners en de huidige organisatie en implementatie van psychosociale zorg in WZC. Deze kloof hangt samen met structurele en organisatorische kenmerken van de residentiële ouderenzorg. Zo is psychosociale zorg nog onvoldoende verankerd in regelgeving, financiering en zorgpraktijken en blijft de zorgorganisatie vaak voornamelijk biomedisch georiënteerd (Hoge Gezondheidsraad [HGR], 2026). Tegelijk wordt de implementatie van aangepaste psychosociale zorg beïnvloed door een samenspel van factoren, waaronder de expertise van het zorgpersoneel, de organisatie van zorgprocessen, de samenwerking tussen zorgactoren en de bredere beleids- en financieringscontext (HGR, 2026). Deze bevindingen sluiten aan bij inzichten uit de implementatieliteratuur, die de implementatie van zorginterventies beschrijft als een complex en contextafhankelijk proces. Het Consolidated Framework for Implementation Research 2.0 (CFIR 2.0) beschrijft hoe kenmerken van de interventie zelf, de interne en externe implementatiecontext, de betrokken actoren en het implementatieproces de implementatie kunnen beïnvloeden (Damschroder et al., 2022).

Deze moeilijkheden stellen zich bovendien niet alleen in België. In verschillende andere landen werden modellen van consultatieve en outreachende psychosociale zorg ontwikkeld voor WZC, al dan niet aangevuld met initiatieven voor deskundigheidsbevordering (Gillès de Pélichy et al., 2018; Koekkoek et al., 2015; MacCourt et al., 2011; Royal College of Psychiatrists & British Geriatrics Society, 2018). Hoewel deze modellen inspelen op de geschetste noden en veelbelovende elementen bevatten, toont de literatuur dat de implementatie ervan niet vanzelfsprekend is en niet automatisch leidt tot de beoogde verbeteringen in zorgkwaliteit en samenwerking (Depla et al., 2006; Kotynia-English et al., 2005). Zoals de implementatieliteratuur eveneens beschrijft, verliezen zorginterventies vaak een deel van hun effectiviteit wanneer zij in de praktijk botsen op contextuele en organisatorische barrières (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004). Factoren zoals de beschikbaarheid en kwaliteit van de expertise en ondersteuning, de interprofessionele samenwerking en relationele afstemming en de organisatorische inbedding en betrokkenheid van actoren (waaronder huisartsen) blijken hierbij cruciaal (Depla et al., 2006; Fisher et al., 2011; Fuchs et al., 2022). Deze internationale inzichten tonen aan dat dergelijke modellen potentieel hebben, maar dat hun effectiviteit in belangrijke mate afhangt van de manier waarop ze worden geïmplementeerd binnen de specifieke context van WZC.

2 Introductie pilootproject

Tegen deze achtergrond is het relevant om na te gaan hoe dergelijke modellen vorm krijgen binnen de Vlaamse context. Hoewel ook in België al initiatieven bestaan, blijft hun structurele inbedding en samenwerking met woonzorgcentra in de praktijk vaak beperkt (HGR, 2026). In dat kader ontwikkelde het GGZ-netwerk SaVHA?! het pilootproject ‘SPOOR’ (SaVHA?!; n.d.-e). De overkoepelende doelstelling van dit project is het verhogen van de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen in WZC, met specifieke aandacht voor ouderen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, suïcidaliteit en/of complexe gedragsproblemen. In lijn met internationale modellen zet het via een outreachende werking in op zowel directe ondersteuning van bewoners als op ondersteuning en deskundigheidsbevordering van medewerkers in WZC. Daarnaast vormt intersectorale samenwerking met lokale zorgpartners een kerncomponent. Deze samenwerking is gericht op een betere afstemming van zorg en het realiseren van meer gepaste zorgtrajecten, met als doel onnodige en acute opnames zo veel mogelijk te vermijden (SaVHA?!, n.d.-i). Dit vraagt een zorgvuldige implementatie binnen de specifieke organisatorische context van WZC. Hoewel het pilootproject inspeelt op de in de literatuur beschreven noden en principes, stoten de initiatiefnemers in de praktijk op verschillende uitdagingen (SaVHA?!, n.d.-i).

Hoofdstuk 2 Beschrijving pilootproject en context

Zoals in de inleiding werd aangegeven, beschouwt de literatuur implementatie als een complex en contextafhankelijk proces, waarin factoren op verschillende niveaus op elkaar inwerken (Damschroder et al., 2022). Dit hoofdstuk beschrijft het pilootproject, de implementatie en de context vanuit dit perspectief, met aandacht voor kenmerken van de interventie en de implementatie ervan, de interne organisatiecontext en de bredere externe context.

1 Pilootproject 'SPOOR': Doelstellingen en deelinterventies

De naam van het pilootproject, 'SPOOR', weerspiegelt in grote mate de inhoud ervan. Het acroniem staat voor *Samenwerking tussen GGZ en WZC rond Psychische Ondersteuning voor Ouderen in Residentiële woonvoorzieningen*. Daarnaast draagt de naam ook een aantal symbolische betekenissen in zich. Enerzijds verwijst *spoor* naar de richting en houvast die het project wil bieden aan medewerkers van WZC die in contact komen met bewoners met een psychische kwetsbaarheid. Anderzijds kan het begrip ook worden opgevat als een teken van aanwezigheid, meer bepaald van psychische ondersteuning binnen WZC. Tot slot verwijst een spoor ook naar een verbindend element tussen twee locaties. In die zin symboliseert de naam de brugfunctie van het project tussen GGZ-voorzieningen en WZC.

Zoals blijkt uit de naam werd het pilootproject geïmplementeerd binnen de organisatorische context van WZC. Het bestaat uit twee deelinterventies, waarmee het zich zowel op bewoners als op medewerkers richt (SaVHA?!, n.d.-e). De eerste deelinterventie (hierna pilootproject 1) betreft casusgerichte ondersteuning in samenwerking met zorgpartners, terwijl de tweede deelinterventie (hierna pilootproject 2) zich richt op structurele ondersteuning en deskundigheidsbevordering via de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). De deelinterventies verschillen qua doelgroep en interventietype. Pilootproject 1 is casusgericht en klinisch georiënteerd en omvat voornamelijk directe begeleiding van bewoners, naast ondersteuning van zorgteams. Pilootproject 2 richt zich uitsluitend op zorgteams in de vorm van deskundigheidsbevordering en teamontwikkeling. In dit kader kan, ter ondersteuning van een casusbespreking, wel een korte kennismaking met of observatie van bewoners plaatsvinden.

Binnen elke deelinterventie krijgt de ondersteuning vorm aan de hand van een aantal concrete componenten die in onderlinge samenhang worden ingezet (SaVHA?!, n.d.-e). Het pilootproject vertrekt daarbij vanuit de veronderstelling dat deze componenten samen bijdragen aan het verbeteren van zorgprocessen en zorguitkomsten. De volgende paragrafen lichten deze componenten en hun veronderstelde bijdrage per deelinterventie toe. De daaropvolgende sectie over implementatie licht de concrete organisatie en uitvoering van de deelinterventies verder toe. Deze beschrijving is gedeeltelijk gebaseerd op gesprekken met de project- en netwerkcoördinatoren.

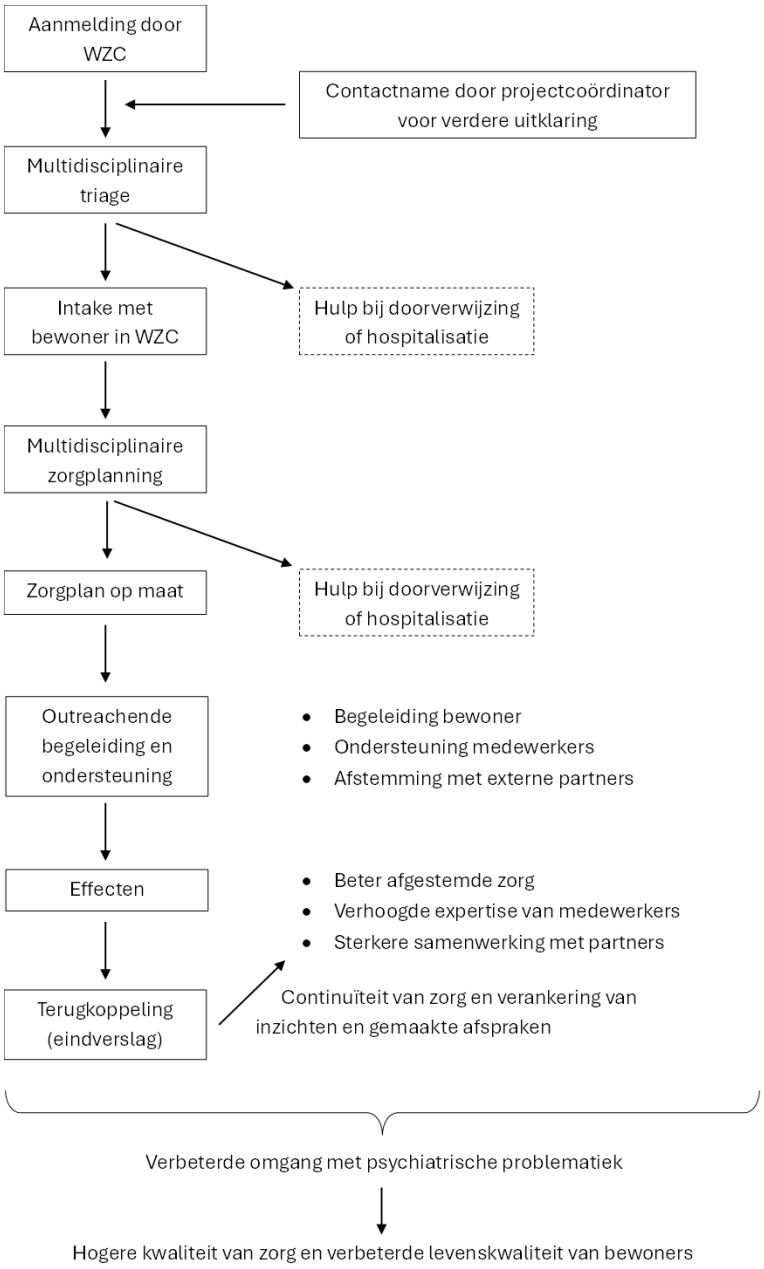
1.1 Pilootproject 1: Casusgerichte ondersteuning in samenwerking met zorgpartners

1.1.1 Componenten

Pilootproject 1 bestaat uit een aantal opeenvolgende componenten: (1) aanmelding, (2) multidisciplinaire besluitvorming, (3) intake en inschatting, (4) outreachende begeleiding en ondersteuning, (5) terugkoppeling (SaVHA?!, n.d.-f).

Dit aanbod vertrekt vanuit de veronderstelling dat het zorgvuldig uitklaren en triëren van casussen, gebaseerd op informatieverzameling tijdens de aanmelding en intake enerzijds en multidisciplinaire input vanuit het projectteam anderzijds, leidt tot een beter en meer afgestemd zorgplan (Hartley, 2021). De outreachende benadering van het projectteam wordt verondersteld drempels tot zorg te verlagen, een beter inzicht te bieden in de context van de zorgsituatie en de samenwerking met bewoners, medewerkers en andere betrokkenen te versterken (Fuchs et al., 2022; Van Citters & Bartels, 2004). Met andere woorden, deelproject 1 tracht op korte termijn beter afgestemde zorg, een versterking van de expertise van medewerkers en een betere samenwerking tussen WZC en GGZ-partners te bekomen. Op langere termijn streeft deze deelinterventie naar een betere omgang met complexe psychiatrische problematieken binnen de WZC, een sterkere continuïteit van zorg en een hogere kwaliteit van zorg en levenskwaliteit voor de bewoners (Bartels et al., 2002; Desmedt et al., 2021). Figuur 1 geeft een schematische voorstelling van het proces weer.

Figuur 1: Procesdiagram pilootproject 1



1.1.2 Samenwerkingsverband

In het kader van pilootproject 1 zetten de initiatiefnemers een samenwerkingsverband op tussen verschillende partners van het netwerk (SaVHA?!, n.d.-e). Een eerste partner is de **psychogeriatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis Sint-Maria Halle**. Deze afdeling biedt diagnostische en therapeutische begeleiding aan ouderen met psychiatrische en/of cognitieve stoornissen of verwardheid, zowel individueel als in groep (Sint-Maria Halle, n.d.). Daarnaast is de **afdeling ouderenpsychiatrie 'Averroës' van het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Alexius Grimbergen** betrokken. Deze afdeling richt zich op patiënten met stemming- en/of angststoornissen, psychotische problematieken, verslavingsproblematieken en verwarde toestandsbeelden (Psychiatrisch Ziekenhuis

Sint-Alexius, n.d.). Verder maakt het **mobiele team voor langdurige zorg Sppit-plus** deel uit van het samenwerkingsverband. Dit team biedt langdurige, herstelgerichte begeleiding aan huis aan ouderen met een vermoeden van een psychische problematiek, die moeilijk toegang vinden tot of onvoldoende gebruikmaken van zorg (SaVHA?!, n.d.-g). Tot slot is ook het **mobiel crisisteam Pharos** betrokken. Het team biedt kortdurende maar intensieve begeleiding in de thuissituatie voor volwassenen met (sub)acute psychiatrische problemen (SaVHA?!, n.d.-b). Dit samenwerkingsverband combineert acute, langdurige en gespecialiseerde psychosociale zorg.

Vóór de ontwikkeling van het pilootproject boden de zorgverleners van afdeling Averroës al outreachende ondersteuning aan WZC, met als doel de overgang van patiënten vanuit het psychiatrisch ziekenhuis naar het WZC te faciliteren. Ook op mobiel crisisteam Pharos konden WZC voorheen al een beroep doen. Ondersteuning door SPPiT-Plus binnen WZC werd vóór het pilootproject bemoeilijkt doordat dit ondersteuningsaanbod federaal gefinancierd werd en WZC regionaal.

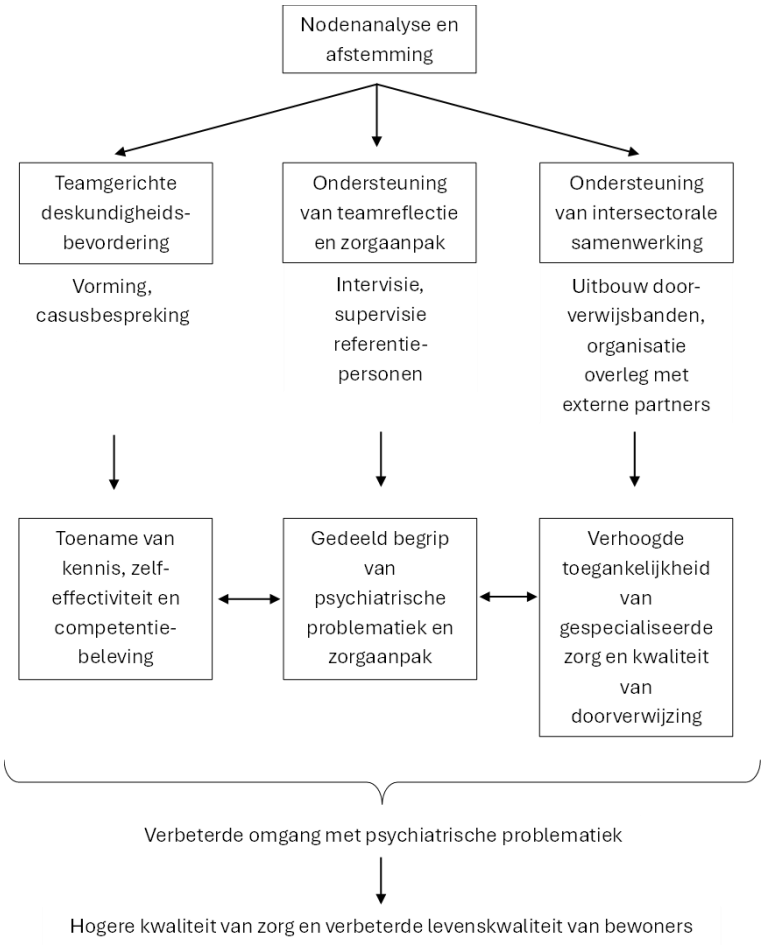
1.2 Pilootproject 2: Structurele ondersteuning en deskundigheidsbevordering via het CGG

1.2.1 Componenten

Pilootproject 2 omvat eveneens een aantal componenten die elkaar – in tegenstelling tot de componenten van pilootproject 1 – niet noodzakelijk opvolgen: (1) nodenanalyse en afstemming, (2) teamgerichte deskundigheidsbevordering, (3) ondersteuning van teamreflectie en zorgaanpak, (4) ondersteuning van intersectorale samenwerking (CGG, n.d.).

Dit aanbod vertrekt vanuit de veronderstelling dat het in kaart brengen van contextspecifieke noden en het bieden van ondersteuning op maat toelaat om gerichter in te spelen op de uitdagingen waarmee WZC waarop WZC botsen op het vlak van psychosociale zorg (Graham et al., 2025). Via teamgerichte deskundigheidsbevordering, casusbespreking, intervisie en supervisie probeert men de kennis, vaardigheden en competentiebeleving van medewerkers te versterken en een gedeeld begrip van psychiatrische problematiek en zorgaanpak binnen het team te bevorderen (Cha et al., 2020; Floren et al., 2018; Fuchs et al., 2022; Macaden et al., 2025). Daarnaast heeft de ondersteuning van intersectorale samenwerking en afstemming tot doel om de toegankelijkheid van gespecialiseerde psychosociale zorg te bevorderen en de kwaliteit van doorverwijzing te verhogen (Zorgnet-Icuro, 2026). Op korte termijn beoogt deze deelinterventie de expertise van medewerkers, de afstemming binnen teams en de samenwerking met externe partners te versterken. Op langere termijn wordt verondersteld dat dit bijdraagt aan een verbeterde omgang met complexe psychiatrische problematiek binnen WZC en uiteindelijk aan een hogere kwaliteit van zorg en levenskwaliteit van bewoners (Bartels et al., 2002). Figuur 2 geeft een schematische voorstelling van het proces weer.

Figuur 2: Procesdiagram pilootproject 2



1.2.2 Samenwerkingsverband

Voor pilootproject 2 zetten de initiatiefnemers een samenwerkingsverband op met **CGG PassAnt** en **CGG Ahasverus** (SaVHA?!, n.d.-i). Beide CGG's hebben een ouderenwerking en zijn actief in de regio Halle-Vilvoorde. CGG PassAnt heeft binnen deze regio vestigingen in Dilbeek en Halle, CGG Ahasverus in Asse, Grimbergen, Halle en Vilvoorde. Hoewel de teams van beide CGG's multidisciplinair zijn, zijn het de psychologen die het aanbod binnen pilootproject 2 verzorgen. Deze psychologen kunnen binnen de CGG's echter wel terugvallen op ondersteuning vanuit hun multidisciplinaire teams.

2 Implementatie pilootproject

De effectieve toepassing van het pilootproject in de praktijk vraagt zowel een sterke inhoudelijke basis als een weloverwogen implementatieaanpak.

2.1 Opstart en rekrutering

Binnen het GGZ-netwerk SaVHA?! werd in 2024 Projectgroep Ouderen opgericht. Psychiater dr. Loes Peeters, die deel uitmaakt van de projectgroep, kaartte de nood aan ondersteuning van WZC op vlak van psychiatrische zorg aan. Deze vraag kwam voort uit de vaststelling dat er binnen het psychiatrisch ziekenhuis waar ze werkzaam is veel opnames gebeuren vanuit WZC en dat de psychiatrische zorg die zorgverleners tijdens deze opnames bieden vaak niet verder wordt gezet in het WZC (persoonlijke communicatie met Dr. Loes Peeters, 10 april 2026). Dit vormde de basis voor de ontwikkeling van het pilootproject 'SPOOR', dat loopt voor een duurtijd van twee jaar in de periode 2025-2027 (SaVHA?!, n.d.-i).

De eerstelijnszones stelden de WZC die binnen het werkingsgebied van het GGZ-netwerk SaVHA?! vallen met een brief op de hoogte van de mogelijkheid tot deelname aan het pilootproject. Daarnaast verspreidden de initiatiefnemers de oproep tot deelname via de website van het GGZ-netwerk SaVHA?! en het platform Dotzorg (Dotzorg, n.d.). Om een evenwichtige geografische spreiding te waarborgen, werd gestreefd naar deelname van één WZC per eerstelijnszone binnen elk pilootproject. Pilootproject 1 startte in april 2025 in zes van de WZC die zich vrijwillig aanmeldden voor deelname (SaVHA?!, n.d.-i). De rekrutering voor deelname aan pilootproject 2 vereiste een meer aanklampende aanpak, waardoor de opstart pas later plaatsvond. De eerste WZC stapten in in de zomer van 2025 (CGG, n.d.).

2.2 Organisatie van de implementatie van het pilootproject

Hoewel beide deelinterventies een gemeenschappelijke doelstelling hadden, namelijk het versterken van de omgang met psychiatrische problematiek en gedragsproblemen binnen WZC, kozen de initiatiefnemers ervoor om ze in verschillende WZC te implementeren (SaVHA?! n.d.-e). Volgens de initiatiefnemers moest dit voorkomen dat deelnemende WZC gelijktijdig verschillende nieuwe werkwijzen moesten integreren in hun dagelijkse werking. De projectgroep evalueert de implementatie en voortgang van beide deelinterventies halfjaarlijks en stuurt waar nodig bij (CGG, n.d.; SaVHA?!, n.d.-i). In de volgende secties bespreken we het implementatieproces per deelinterventie.

2.3 Implementatieproces pilootproject 1

Om deel te nemen aan pilootproject 1 diende elk van de WZC een contactpersoon aan te wijzen, die een sleutelrol speelde in de implementatie van het project en de communicatie met het projectteam (SaVHA?!, n.d.-i). De rol van contactpersoon werd opgenomen door medewerkers met verschillende functies, waaronder referent psychisch welzijn, psycholoog, referent dementie en hoofdverpleegkundige. Voorafgaand aan de concrete implementatie van het ondersteuningsaanbod bezocht de projectcoördinator, eventueel aangevuld met leden van het projectteam, elk van de geselecteerde WZC om kennis te maken met de voorziening en de betrokken medewerkers. Bij de start van de implementatie benadrukt het projectteam dat de ondersteuning van bewoners in samenwerking zou gebeuren (SaVHA?!, n.d.-i). Daarbij besteden ze zowel aandacht aan gedeelde verantwoordelijkheid als aan een duidelijke rolafbakening. De **projectcoördinator**, Connie Vanoverbeke, vervult een spilfunctie in de implementatie en staat in voor de algemene coördinatie van deze deelinterventie. Concreet omvat dit de opvolging en triage van aanmeldingen via de contactpersonen in de WZC, evenals

de aansturing van het projectteam. Ze is daarbij verantwoordelijk voor het samenstellen van geschikte duo's van zorgverleners, rekening houdend met factoren zoals regio en urgentie van de hulpvraag (SaVHA?!, n.d.-f). Het **multidisciplinair projectteam** neemt de operationele uitvoering van het project op zich. De betrokken zorgverleners engageren zich om inschattingsgesprekken te voeren met bewoners en hun context, begeleidingstrajecten op te starten waar nodig en medewerkers te ondersteunen via advies, coaching en het detecteren van vormingsnoden. Op deze manier combineren zij directe ondersteuning van bewoners met indirecte ondersteuning van zorgteams (SaVHA?!, n.d.-f). **Superviserend psychiater** dr. Loes Peeters, hoofdarts van psychiatrisch ziekenhuis Sint-Alexius, heeft een ondersteunende rol binnen het project (SaVHA?!, n.d.-f). Tijdens de overlegmomenten met het projectteam biedt ze inhoudelijke ondersteuning aan de zorgverleners. De **WZC** blijven op hun beurt verantwoordelijk voor de zorg aan hun bewoners. Daarnaast nemen ze een cruciale rol op in de implementatie door het project intern bekend te maken bij medewerkers, bewoners, hun context en betrokken artsen (SaVHA?!, n.d.-i).

In de praktijk neemt de projectcoördinator op korte termijn contact op met de contactpersoon om de aanmelding en de hulpvraag verder uit te klaren (SaVHA?!, n.d.-f). Vervolgens bespreekt ze de aanmelding op het eerstvolgende teamoverleg van het projectteam, dat wekelijks plaatsvindt. Als de aanmelding aansluit bij het ondersteuningsaanbod, stelt de ze een duo van zorgverleners samen, afhankelijk van de regio en de urgentie van de hulpvraag. Voor organisatorische doeleinden verdeelde de projectcoördinator de WZC in twee groepen, die door andere partners uit het projectteam worden bediend. Het samengestelde duo van zorgverleners probeert om binnen de week een intakegesprek met de betrokken bewoner te voeren om bijkomende informatie te verzamelen en de noden verder in kaart te brengen. De aanmeldingsvragen hebben niet alleen betrekking op de begeleiding van bewoners, maar omvatten ook ondersteuning van medewerkers (SaVHA?!, n.d.-i). Zo stelden de WZC onder andere al vragen rond het bieden van uitklaring en handvaten bij onaangepast of agressief gedrag, het omgaan met een combinatie van dementie en een persoonlijkheidsstoornis, ondersteuning bij rouw, verdriet of depressie, begeleiding bij suïcidale uitingen en eindelevensvragen, de oppuntstelling van psychofarmaca en het aanreiken van handvaten bij bewoners met een psychiatrische diagnose (SaVHA?!, n.d.-i). De betrokken zorgverleners bespreken de bevindingen uit het intakegesprek vervolgens op het wekelijkse teamoverleg, waarna het projectteam een zorgplan uitwerkt (SaVHA?!, n.d.-f). De begeleidingstrajecten kunnen variëren in duur en intensiteit, afhankelijk van de vastgestelde noden. De voorziene consultaties door de psychiater van het projectteam bleken omwille van praktische redenen niet in de WZC te kunnen doorgaan, waardoor enkel bewoners die zich konden verplaatsen op consultatie konden gaan (SaVHA?!, n.d.-f).

Alle zorgverleners binnen pilootproject 1 vervullen deze rol naast hun reguliere werkzaamheden. Aangezien geen bijkomende tijd of middelen worden vrijgemaakt, is de beschikbare tijd voor projectactiviteiten beperkt. Voor de informatiedeling is er geen gemeenschappelijk zorgdossier beschikbaar tussen het projectteam en de WZC. Informatie-uitwisseling tussen het projectteam en de WZC gebeurt uitsluitend via mondelinge en/of schriftelijke terugkoppeling.

Pilootproject 1 werd in eerste instantie – overeenkomstig met de voorziene implementatiecapaciteit – geïmplementeerd in zes WZC (SaVHA?!, n.d.-i). Gezien de voorziene ondersteuning tijdens de opstartfase, besliste de coördinator om het project in eerste instantie in een beperkt aantal WZC te implementeren, met de intentie om uit te breiden naar bijkomende WZC bij succesvolle implementatie.

In de periode tussen de opstart en februari 2026 meldden de deelnemende WZC in totaal 21 bewoners aan (SaVHA?!, n.d.-i). Dit aantal lag lager dan verwacht voor de opstart. Bovendien werd de implementatie in drie WZC vervroegd stopgezet om redenen die voornamelijk verband hielden met de lokale organisatorische context, waaronder een al uitgebouwd intern aanbod, beperkte beschikbare tijd voor projectopvolging en personeelsverloop. Hierdoor kwam capaciteit vrij voor de opstart in andere WZC. Bijgevolg stapten drie WZC later in in pilootproject 1.

Doorheen de looptijd van het pilootproject voerde de projectcoördinator enkele aanpassingen door (SaVHA?!, n.d.-i). Zo stelde ze een aanmeldingsformulier op om te verduidelijken welke informatie bij aanmelding relevant is. De contactpersonen ervoeren het aanmeldingsproces echter als te tijdrovend. Daarnaast besloot de projectcoördinator om meer aanklampend te werken en sterker in te zetten op de detectie van psychosociale noden door overlegmomenten over bewoners bij te wonen en structureel overleg in te plannen met de contactpersonen van de WZC. Ze bepaalden samen hoe frequent deze overlegmomenten best plaatsvonden. Andere moeilijkheden, waarop niet onmiddellijk een passend antwoord gevonden kon worden, waren de aard van de vragen die minder casusgericht was dan verwacht, de grote tijdsinvestering voor de WZC en het feit dat huisartsen moeilijk te betrekken waren bij de begeleiding (SaVHA?!, n.d.-i).

2.4 Implementatieproces pilootproject 2

Wanneer WZC zich aanmelden voor pilootproject 2, wordt in eerste instantie een online kennismakingsgesprek ingepland met de CGG-verantwoordelijke, de betrokken CGG-medewerker en de netwerkcoördinator. Tijdens de intake brengen ze de specifieke noden binnen het WZC op het vlak van psychosociale zorg in kaart, met het oog op een ondersteuningstraject op maat (CGG, n.d.). Ook bespreken ze welke medewerkers van de WZC aan het aanbod deelnemen en wat ze kunnen verwachten van de CGG-medewerker die het aanbod levert. Het is vervolgens de taak van de **WZC** om hun medewerkers te informeren over het project (CGG, n.d.). De deelnemende **medewerkers** engageren zich, samen met hun organisatie, om het aanbod gedurende minstens een jaar te volgen. Tegelijk benadrukt het projectteam dat de medische zorg voor de bewoners de verantwoordelijkheid van hun **behandelende artsen** blijft. De betrokken **CGG-medewerkers** verbinden zich op hun beurt tot deelname aan maandelijkse, netwerkoverstijgende intervisiemomenten met medewerkers uit GGZ-netwerken SaVHA?! en Diletti, gecoördineerd vanuit CGG PassAnt (CGG, n.d.). Concreet houdt dit een combinatie van online (2x1u/kwartaal) en fysieke (1x2u/kwartaal) bijeenkomsten in, gericht op casusbespreking en materiaaluitwisseling. De **netwerkcoördinator** van het GGZ-netwerk SaVHA?!, Femke Damoiseaux, coördineert deze deelinterventie.

Concreet omvat pilootproject 2 een structureel ondersteuningsaanbod dat bestaat uit sessies van drie uur per twee weken voor een periode van minstens een jaar (CGG, n.d.). De invulling van de sessies kan verschillende vormen aannemen, waaronder casusbesprekingen met indicatiestelling, begeleiding bij het ontwikkelen van een gedragen teamaanpak via intervisie, vormingen (al dan niet in samenwerking met partners), supervisie van referentiepersonen, het uitbouwen van doorverwijsbanden binnen het netwerk en het organiseren van overleg met externe partners. De sessies kunnen daarnaast worden ingezet voor de introductie en implementatie van bestaande evidence-based kaders, zoals behoeftegebaseerde zorg (CGG, n.d.). Organisatorisch vallen zowel de ondersteuning aan de WZC als de multidisciplinaire overlegmomenten in het kader daarvan onder artikel 8 van de RIZIV-conventie,

waardoor het het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) ze financiert en deelname bijgevolg kosteloos is voor de WZC (CGG, n.d.). Hoewel de ondersteuning van externe organisaties onderdeel uitmaakt van de functie van CGG-medewerkers, betreft dit slechts een beperkt aandeel van hun beschikbare werktijd.

In de periode juli-september 2025 werd pilootproject 2 geïmplementeerd in drie WZC (CGG, n.d.). In een vierde WZC startte aanbod op in mei 2026. Drie andere WZC doorliepen de intakefase, maar hebben de opstart (nog) niet ingepland (CGG, n.d.). Hoewel de implementatiecapaciteit tien WZC bedroeg, bleef de effectieve uitrol beperkter. Bovendien besliste het projectteam recent om de ondersteuning stop te zetten in één van de drie initieel deelnemende WZC, aangezien het WZC herhaaldelijk heeft aangegeven het aanbod wegens personeelstekorten niet langer te kunnen opnemen. Het projectteam zal opnieuw nagaan of andere WZC uit de regio interesse hebben om deel te nemen.

3 Beleids- en zorgcontext

De hierboven beschreven interventie en implementatie vinden plaats binnen een context die de uitvoering en werking van het pilootproject mee beïnvloedt.

3.1 GGZ-beleid en netwerkcontext

In het kader van de hervorming van de GGZ, juridisch verankerd in artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen, riep de Belgische overheid in 2010 op tot de vorming van regionale GGZ-netwerken (FOD VVVL, 2010.; SaVHA?!, n.d.-a). Deze netwerkvorming beoogde een verschuiving van een voornamelijk residentieel zorgmodel naar een meer gemeenschapsgerichte en geïntegreerde organisatie van zorg. Om deze verschuiving te realiseren kregen de regionale GGZ-netwerken de opdracht om de samenwerking tussen zorgactoren te versterken en de zorg beter af te stemmen op de noden van de bevolking.

In Halle-Vilvoorde werd hiertoe het GGZ-netwerk SaVHA?! opgericht. In een werkingsgebied met een relatief beperkt aanbod aan ambulante en residentiële GGZ-voorzieningen streeft het netwerk ernaar de zorgcircuits voor (jong)volwassenen en ouderen met een psychische kwetsbaarheid te optimaliseren door zorgorganisaties met elkaar te verbinden, samenwerking te faciliteren en innovatieve zorginitiatieven te ondersteunen (SaVHA?!, n.d.-c). Binnen deze netwerkstructuur vormt pilootproject ‘SPOOR’ één van de initiatieven. De Projectgroep Ouderen, een overlegorgaan waarin op initiatief van het netwerkcomité verschillende partners voor de doelgroep ouderen waren samengebracht, ontwikkelde het project en volgt het verder op.

3.2 Beschikbare psychosociale ondersteuning en bestaande samenwerkingsuitdagingen

Aandacht voor psychisch welzijn bij ouderen is eveneens bijzonder relevant in WZC, waar psychische problemen frequent voorkomen (Gillis et al., 2025). WZC zijn vaak echter aangewezen op samenwerking met externe hulpverleners om psychische klachten te detecteren, te behandelen en op te volgen. Het werkingsgebied van het GGZ-netwerk SaVHA?! bevat zowel eerstelijns- als gespecialiseerde GGZ-partners.

Binnen de eerste lijn vormt de huisarts een belangrijke partner op vlak van detectie en opvolging van psychische klachten bij ouderen. Huisartsen vormen vaak een eerste en laagdrempelig aanspreekpunt, ook op vlak van psychisch welzijn (Adriaenssens et al., 2018). Dankzij hun langdurige zorgrelatie en kennis van de medische en psychosociale context bevinden zij zich in een gunstige positie om signalen van psychisch lijden vroegtijdig te detecteren. Tegelijkertijd kunnen beperkingen in beschikbare tijd en expertise met betrekking tot geestelijke gezondheid een adequate detectie en aanpak bemoeilijken. Daarnaast is er ook een groep, vaak meer kwetsbare, ouderen die slechts weinig contact hebben met hun huisarts (Adriaenssens et al., 2018). Bovendien is de communicatie en samenwerking met de gespecialiseerde GGZ vaak beperkt. Het behoort daarom tot de taken van de Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) van de WZC om huisartsen en andere zorgverleners aan te moedigen om samenwerkingsbanden aan te gaan met externe partners en zo gebreken in interne expertise op te vullen (HGR, 2026).

Verder zijn binnen het werkingsgebied van SaVHA?! verschillende GGZ-partners actief die zich richten op ouderen, waaronder de mobiele ouderenteam SPPiT Plus, het mobiel team niet-aangeboren hersenletsel (NAH) van SPPiT, het mobiel crisisteam Pharos, eerstelijnspsychologen en de ouderenteams van CGG Ahasverus en CGG PassAnt (SaVHA?!, n.d.-b; SaVHA?!, n.d.-g; SaVHA?!, n.d.-d). De mobiele teams bieden outreachende ondersteuning aan ouderen in hun leefomgeving. Consultatieve ondersteuning van zorgteams en deskundigheidsbevordering behoren echter niet tot hun voorziene takenpakket, waardoor er geen structurele nomenclatuur voor bestaat (HGR, 2026). Bovendien bemoeilijkte verblijf in een WZC, zoals eerder aangehaald, ondersteuning door het mobiel ouderenteam SPPiT Plus. Ondersteuning door mobiel crisisteam Pharos kan in principe wel ingeroepen worden voor bewoners van WZC. De eerstelijnspsychologen en ouderenteams van de CGG's richten zich voornamelijk op ambulante psychologische zorg, maar bieden daarnaast ook consultatieve ondersteuning aan andere zorgorganisaties, waaronder WZC (Departement Zorg, n.d.; Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering [RIZIV], n.d.). Ouderen met ernstige of complexe psychische klachten kunnen WZC aanmelden bij de psychogeriatrische afdelingen van PZ Sint-Alexius Grimbergen en AZ Halle (Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius, n.d.; SaVHA?!, n.d.-d; Sint-Maria Halle, n.d.).

Ondanks het aanwezige aanbod blijft de samenwerking tussen de ouderenzorgsector en de GGZ-sector beperkt (HGR, 2026). De Hoge Gezondheidsraad wijst erop dat psychosociale zorg binnen WZC nog onvoldoende verankerd is in beleid, regelgeving en personeelsnormen. Hierdoor wordt gespecialiseerde psychosociale zorg vaak pas ingezet wanneer de problemen escaleren. Ook binnen het werkingsgebied van het GGZ-netwerk SaVHA?! leken WZC voornamelijk beroep te doen op residentiële GGZ-voorzieningen. De relatief hoge instroom van bewoners uit WZC naar psychogeriatrische afdelingen signaleerde dat vroegtijdige en meer geïntegreerde ondersteuning aangewezen was. De vaststelling vormde mee de aanleiding voor de ontwikkeling van pilootproject SPOOR (persoonlijke communicatie met Dr. Loes Peeters, 10 april 2026).

Pilootproject SPOOR beoogt de psychosociale zorg voor bewoners van WZC beter af te stemmen op hun noden (SaVHA?!, n.d.-e). Het project brengt verschillende GGZ-partners samen onder een gezamenlijke coördinatie om zo de toegankelijkheid van gespecialiseerde expertise te vergroten, vroegtijdige interventie te stimuleren en onnodige residentiële opnames te voorkomen. Door expertise dichter bij de WZC te organiseren wil het project bijdragen aan meer geïntegreerde en gepaste zorg voor ouderen met een psychische kwetsbaarheid.

3.3 WZC die deelnemen aan het pilootproject

Sinds de opstart namen negen WZC deel aan pilootproject 1 en vier aan pilootproject 2. De deelnemende WZC verschilden in omvang, variërend van 90 tot 154 erkende woongelegenheden. Zes van deze WZC worden beheerd door een commerciële private organisaties (Armonea, Korian, Orelia, Vulpia), één door een private non-profitorganisatie (Heilig Hart Woon- en zorgcentrum vzw), twee door non-profitzorgorganisaties (Emmaüs, Zorg-saam) en drie door publieke lokale besturen of welzijnsverenigingen van publiek recht (Armonea, n.d.-a; Armonea, n.d.-b; Armonea, n.d.-c; Gemeente Zemst, n.d.; Heilig Hart Woon- en zorgcentrum vzw, n.d.; Korian, n.d.; OPcura, n.d.; Orelia, n.d.; Sint-Genesius-Rode, n.d.; Vulpia, n.d.; Woonzorg Emmaüs, n.d.; Zorg-saam Zusters Kindsheid Jesu, n.d.). Wat betreft de geografische spreiding binnen het GGZ-netwerk in de regio Halle-Vilvoorde behoren twee van deze WZC tot eerstelijnszone BraViO, één tot eerstelijnszone Regio Grimbergen, drie tot eerstelijnszone AMALO, drie tot eerstelijnszone Pajottenland en twee tot eerstelijnszone Zennevallei (SaVHA?!, n.d.-j).

Hoofdstuk 3 Onderzoeksvragen

Tegen deze achtergrond beoogt dit onderzoek inzicht te verkrijgen in de factoren die de implementatie van het pilootproject 'SPOOR' beïnvloeden, de noden en verwachtingen van de betrokken actoren en concrete aanknopingspunten voor optimalisatie en bredere implementatie. Daarnaast gaan we na hoe betrokken actoren het implementatieproces en de samenwerking ervaren. Dit onderzoek draagt bij aan de bestaande literatuur door een implementatiegerichte analyse van een concreet pilootproject binnen de Vlaamse context, met specifieke aandacht voor de ervaringen van betrokken actoren en voor de voorwaarden voor verdere opschaling.

Deze doelstellingen vertalen zich in de volgende onderzoeksvragen, gegroepeerd volgens drie thematische luiken: (1) implementatieanalyse, (2) implementatieproces en samenwerking en (3) optimalisatie en opschaling.

Hoofdvraag:
Welke factoren beïnvloeden de implementatie van het pilootproject 'SPOOR' en hoe kan dit project geoptimaliseerd en breder geïmplementeerd worden?

Implementatieanalyse

Dit luik focust op het identificeren van factoren die de implementatie beïnvloeden, geordend volgens een SWOT-benadering.

- Welke interne sterktes ondersteunen de implementatie?
- Welke interne zwaktes belemmeren de implementatie?
- Welke externe kansen kunnen de implementatie versterken?
- Welke externe bedreigingen vormen obstakels voor de implementatie?

Samenwerking

Dit luik focust op de ervaringen van betrokken actoren met betrekking tot de samenwerking binnen het project.

- Hoe ervaren betrokken actoren de samenwerking tussen WZC en externe zorgpartners?
- Welke factoren beïnvloeden de betrokkenheid van huisartsen bij het pilootproject?

Optimalisatie en opschaling

Dit luik focust op de verdere ontwikkeling en mogelijke uitbreiding van het project

- Welke noden en verwachtingen hebben WZC met betrekking tot het pilootproject?
- Hoe wordt het pilootproject idealiter vormgegeven volgens betrokken actoren?
- Welke strategieën zijn aangewezen voor een bredere implementatie binnen andere netwerken?

Hoofdstuk 4 Methode

1 Onderzoeksdesign

Het betreft een procesgerichte evaluatie van de implementatie van pilootproject 'SPOOR' binnen het GGZ-netwerk SaVHA?!. Het onderzoek beoogt antwoord te bieden op de onderzoeksvragen met betrekking tot implementatiefactoren, implementatieprocessen, samenwerking en mogelijkheden tot optimalisatie en opschaling van het pilootproject. Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden kozen we voor een kwalitatieve benadering aan de hand van semigestructureerde interviews en een online bevraging. Deze benadering laat toe om inzicht te verwerven in ervaringen, percepties en contextuele factoren binnen de implementatiesetting.

Het directe doel van dit onderzoek betreft inzicht verwerven in de factoren die de implementatie van het pilootproject beïnvloeden. Daarbij gaan we na welke contextuele, organisatorische en interprofessionele factoren de implementatie bevorderen of belemmeren, en hoe betrokken actoren de insteek, werking en meerwaarde van het project ervaren. Dit maakt het mogelijk om de implementatie systematisch te beschrijven en de onderliggende mechanismen beter te begrijpen.

Het onderzoek beoogt daarnaast een bijdrage te leveren op twee niveaus. Op praktijkniveau moet het leiden tot onderbouwde aanbevelingen voor de verdere optimalisatie, verduurzaming en eventuele opschaling van het pilootproject. Op een breder niveau wil het bijdragen aan de kennis rond de implementatie van intersectorale samenwerkingsmodellen tussen WZC en GGZ binnen de Vlaamse context. Door inzicht te bieden in implementatie-uitdagingen, bevorderende factoren en randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking kunnen de bevindingen richting geven aan gelijkaardige initiatieven binnen andere GGZ-netwerken en zorgorganisaties.

2 Opstartfase

2.1 Documentanalyse en literatuurstudie

Het onderzoek startte met een documentanalyse en literatuurstudie om inzicht te verwerven in de opbouw en werking van het pilootproject, de problematiek van psychosociale zorg in WZC en bestaande internationale initiatieven met gelijkaardige doelstellingen.

De documentanalyse had tot doel inzicht te verwerven in de doelstellingen, opbouw, werkwijze, betrokken actoren en implementatie van het pilootproject. Hiervoor maakten we gebruik van documenten die de projectcoördinator en netwerkcoördinator ter beschikking stelden, aangevuld met informatie afkomstig van de officiële webpagina's van het pilootproject en betrokken organisaties (SaVHA?!, n.d.-b; SaVHA?!, n.d.-e; SaVHA?!, n.d.-g; SaVHA?!, n.d.-h). De geanalyseerde documenten omvatten onder meer projectbeschrijvingen, communicatie naar WZC, interne werkdocumenten, PowerPointpresentaties, aanmeldingsformulieren en overzichten van deelnemende WZC (CGG, n.d.; SaVHA?!, n.d.-f; SaVHA?!, n.d.-i).

We voerden de literatuurstudie uit via Limo, de zoekinterface van KU Leuven. Een eerste luik richtte zich op de probleemanalyse en had als doel de huidige uitdagingen met betrekking tot psychosociale zorg in

WZC te beschrijven en te contextualiseren. Omdat we de oorspronkelijke zoekgeschiedenis niet systematisch hadden bijgehouden, reconstrueerden we de zoekstrategie retrospectief op basis van het onderwerp en de uiteindelijk geïncludeerde literatuur. Hierbij gebruikten we zoektermen die betrekking hadden op GGZ, psychiatrische stoornissen, neurocognitieve aandoeningen, psychofarmacagebruik en zorgverlening in WZC. Een voorbeeld van een gebruikte zoekstring is: ("nursing home*" OR "care home*" OR "long-term care facilit*" OR woonzorgcentrum*) AND ("mental health" OR psychiatric OR "mental illness" OR depression OR dementia OR "neurocognitive disorder*" OR psychogeriatric).

Een tweede luik van de literatuurstudie had betrekking op internationale initiatieven en modellen van psychosociale zorg voor bewoners van WZC. Daarbij zochten we specifiek naar consultatieve, outreachende en samenwerkingsgerichte interventies die raakvlakken vertonen met het pilootproject. Ook hier reconstrueerden we de zoekstrategie retrospectief op basis van het onderwerp en de uiteindelijk geïncludeerde literatuur. Een representatieve zoekstring was: ("nursing home" OR "care home" OR "long-term care") AND ("mental health" OR psychiatric OR psychogeriatric) AND (outreach OR consultation OR liaison OR "community service" OR in-reach). De bevindingen uit de documentanalyse en literatuurstudie vormden de basis voor de beschrijving van het pilootproject, de uitwerking van de contextanalyse en de verdere ontwikkeling van de dataverzameling.

2.2 Verkennende interviews

In een volgende fase organiseerden we verkennende semigestructureerde interviews met relevante stakeholders. Deze interviews hadden tot doel bijkomend inzicht te verwerven in de problematiek van psychosociale in WZC, de achtergrond en ontwikkeling van het pilootproject en gelijkaardige initiatieven binnen andere regio's. Daarnaast gebruikten we de interviews om de onderzoeksvragen verder te verfijnen en input te verzamelen voor de ontwikkeling van de topiclijsten voor de dataverzameling. In totaal vonden vier verkennende interviews plaats. De selectie van de stakeholders gebeurde doelgericht op basis van hun expertise met betrekking tot psychosociale zorg voor ouderen, implementatie van innovatieve zorginitiatieven of betrokkenheid bij het pilootproject. We stemden de inhoud telkens af op de expertise en rol van de betrokken stakeholder.

Het eerste interview met Katrin Gillis (Odisee Hogeschool) richtte zich op psychiatrische kwetsbaarheid bij bewoners van WZC en de implementatie van behoeftegebaseerde zorg binnen het Odette-project. Een tweede interview werd afgenomen met dr. Loes Peeters, coördinerend en superviserend psychiater van het pilootproject, om inzicht te verwerven in de aanleiding, doelstellingen en ontwikkeling van het project. Daarnaast organiseerden we een interview met prof. Mieke Deschodt, prof. Johan Flamaing en dr. Satya Buggenhout over het Oudreach-project in Oost-Vlaams-Brabant, een initiatief met gelijkaardige doelstellingen. Tot slot interviewden we Veerle Van Vlierberghe en Ellen Van Loon van GGZ-netwerk Diletti om meer inzicht te verkrijgen in de opstart en werking van pilootproject 2 binnen een naburig netwerk. Hoewel we de mogelijkheid onderzochten om data uit netwerk Diletti in het onderzoek te integreren, bleek dit omwille van de beperkte looptijd van het onderzoek niet haalbaar.

2.3 Ethische commissie

We diende het onderzoek in bij PRET KU Leuven voor een AVG- en ethische toetsing. De aanvraag gebeurde op 7 mei 2026 en werd goedkeuring op 4 juni 2026. Tijdens deze procedure werden onder

meer de informatieverstrekking aan respondenten, de procedure voor geïnformeerde toestemming, de verwerking en opslag van persoonsgegevens, de pseudonimisering van onderzoeksgegevens en de naleving van de geldende privacyregelgeving beoordeeld. We startten de rekrutering pas op na het verkrijgen van deze goedkeuring.

3 Rekrutering en respondenten

3.1 Doelgroep

Om een zo omvattend mogelijk beeld te verkrijgen van de ervaringen en perspectieven uit de implementatiesetting behoorden zowel WZC die deelnamen aan het pilootproject als WZC die niet deelnamen aan het pilootproject tot de doelgroep van het onderzoek. Hierdoor konden we niet alleen ervaringen met de implementatie zelf in kaart brengen, maar ook factoren die deelname aan het pilootproject mogelijk bevorderden of belemmerden. De volledige doelgroep omvatte de 64 WZC gelegen binnen het werkingsgebied van het GGZ-netwerk SaVHA?!. De selectie van de individuele respondenten lieten we over aan de deelnemende WZC. Daarbij vroegen we een medewerker aan te duiden die voldoende zicht had op de psychosociale zorg binnen het WZC en, indien van toepassing, op de deelname aan het pilootproject.

3.2 Rekrutering

We nodigden alle WZC binnen het werkingsgebied van het GGZ-netwerk SaVHA?! uit om deel te nemen aan het onderzoek. WZC die deelnamen aan het pilootproject nodigden we uit voor een semigestructureerd interview, terwijl we niet-deelnemende WZC uitnodigden om deel te nemen aan een online bevraging. We verstuurden de uitnodigingen (Bijlage 1) per e-mail naar de contactgegevens die publiek beschikbaar waren op de websites van de WZC of hun beherende instanties. We voegden de informatiebrief van het onderzoek (Bijlage 2) als bijlage toe zodat potentiële respondenten over voldoende informatie beschikten om een geïnformeerde beslissing over deelname te nemen. Door alle WZC binnen het werkingsgebied uit te nodigen, streefden we naar een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van ervaringen en perspectieven uit de implementatiesetting. We streefden daarbij niet naar vooraf bepaalde datasaturatie.

Aangezien anderhalve week na de initiële uitnodiging nog weinig respons ontvangen was voor de interviews, contacteerden we de deelnemende WZC telefonisch. Op deze manier konden we uiteindelijk elf interviews inplannen. Eén WZC gaf aan niet te kunnen deelnemen wegens tijdsgebrek, twee WZC werden geëxcludeerd omdat hun deelname aan het pilootproject nog niet was opgestart en één WZC reageerde ondanks herhaalde contactpogingen niet.

Naar de niet-deelnemende WZC verstuurden we twee weken na de eerste uitnodiging een herinneringsmail (Bijlage 3), wat resulteerde in twee bijkomende responsen op de online bevraging. Daarnaast nodigden we drie WZC die in de bevraging hadden aangegeven bereid te zijn deel te nemen aan een verdiepend interview uit voor een aanvullend interview.

3.3 Beschrijving steekproef

In totaal namen we elf interviews af bij twaalf respondenten uit elf WZC. Negen van deze WZC namen deel aan één van beide deelinterventies van het pilootproject, terwijl twee WZC niet deelnamen. Daarnaast vulden vier respondenten uit vier WZC de online bevraging in. Drie daarvan namen niet deel aan het pilootproject, terwijl één WZC op het moment van invullen al was ingestapt in pilootproject 1. De uiteindelijke steekproef bestond uit respondenten met uiteenlopende functies binnen hun organisatie, wat toeliet om de implementatie vanuit verschillende organisatorische perspectieven te onderzoeken. Tabel 1 geeft de responsgraad weer. Tabel 2 geeft een overzicht van de volledige steekproef.

Tabel 1: Responsgraad WZC

Uitgenodigd tot deelname aan	**Aantal uitgenodigde WZC**	**Aantal deelnemende WZC**	**Responsgraad**
Interview	12	8	75%
Bevraging	51	4	8%
Verdiepend interview	4	3	75%

Tabel 2: Overzicht steekproef

WZC	**Functie respondent(en)**	**Deel-interventie**	**Status deelname**	**Data-verzameling**
WZC1	Hoofd bewonerszorg (contactpersoon)	Pilootproject 1	April 2025 – maart 2026	Interview
WZC2	Psychologisch consulente (contactpersoon)	Pilootproject 1	April 2025 – februari 2026	Interview
WZC3	Hoofdverpleegkundige + Administratief verpleegkundige	Pilootproject 2	September 2025 - …	Interview
WZC4	Hoofd bewonerszorg, dagelijks verantwoordelijke	/	Neemt nog niet deel	Bevraging + interview
WZC5	Hoofdverpleegkundige (contactpersoon)	Pilootproject 1	Februari 2026 - …	Interview
WZC6	Verpleegkundige, referentiepersoon psychische zorg (contactpersoon)	Pilootproject 1	April 2025 - …	Interview
WZC7	Hoofdverpleegkundige	/	Neemt nog niet deel	Bevraging + interview

WZC8	Hoofd bewonerszorg (contactpersoon)	Pilootproject 1	April 2025 - …	Interview
WZC9	Directrice	Pilootproject 1	April 2025 – Juni 2025	Interview
WZC10	Psychologe (contactpersoon)	Pilootproject 1	Juni 2026 - …	Bevraging + interview
WZC11	Directeur	Pilootproject 2	Augustus 2025 - …	Interview
WZC 12	Verpleegkundige, teamcoördinator	/	Neemt nog niet deel	Bevraging

4 Dataverzameling

4.1 Semi-gestructureerde interviews

We ontwikkelden de topiclijsten voor de semigestructureerde interviews op basis van de onderzoeksvragen en verder aangevuld met inzichten uit de literatuurstudie en de verkennende interviews. De interviews hadden tot doel inzicht te verwerven in de ervaringen en perspectieven van WZC die deelnemen aan het pilootproject, evenals van niet-deelnemende WZC die in de online bevraging aangeven bereid te zijn om deel te nemen aan een verdiepend interview. Om de relevantie van de vragen voor de verschillende respondenten te verhogen, ontwikkelden we drie licht aangepaste versies van de topiclijst voor directieleden, contactpersonen en medewerkers van niet-deelnemende WZC (Bijlage 4).

De interviews vonden online plaats via Microsoft Teams. Deze werkwijze bevorderde de praktische haalbaarheid van dataverzameling en maakte een eenvoudige audio-opname van de gesprekken mogelijk. De duurtijd van de interviews reikte van 30 tot 90 minuten. Voorafgaand aan elk interview ontvingen de respondenten een informatiebrief en vroegen we hun schriftelijke geïnformeerde toestemming (Bijlage 5). In totaal namen we elf interviews af.

De afname van de interviews gebeurde in samenwerking met een masterproefstudente sociologie aan de KU Leuven, die eveneens onderzoek verrichtte de implementatie van het pilootproject. Om vertrouwd te raken met de topiclijsten en interviewtechnieken woonde zijn eerst drie interviews bij die door de onderzoeker werden afgenomen. Vervolgens nam ze één interview af in aanwezigheid van de onderzoeker, waarna zij drie interviews zelfstandig uitvoerde. Om de consistentie van de dataverzameling te bevorderen, maakten beide onderzoekers gebruik van dezelfde topiclijsten.

4.2 Kwalitatieve online bevraging

Om ook de perspectieven van niet-deelnemende WZC binnen het werkingsgebied van het GGZ-netwerk SaVHA?! in rekening te brengen, ontwikkelden we een kwalitatieve online bevraging. Aangezien het niet haalbaar was om alle niet-deelnemende WZC uit te nodigen voor een interview, vormde de bevraging een aanvullende methode om inzicht te verkrijgen in hun ervaringen, perspectieven en redenen om niet deel te nemen aan het pilootproject.

We ontwikkelden de bevraging in LimeSurvey op basis van de topiclijsten van de semigestructureerde interviews (Bijlage 6) (LimeSurvey GmbH, n.d.). We kozen voornamelijk voor open vragen om de respondenten voldoende ruimte te geven hun perspectieven en ervaringen in eigen woorden te beschrijven. Tegelijk besteedden we aandacht aan de lengte van de bevraging, waarbij we een evenwicht nastreefden tussen de volledigheid van de dataverzameling en de verwachte bereidheid om deel te nemen.

De informatiebrief en het formulier voor geïnformeerde toestemmingen integreerden we op de startpagina van de bevraging (Bijlage 7). Aan het einde van de bevraging bevroegen we enkele achtergrondgegevens over de respondent en het WZC en konden respondenten hun contactgegevens achterlaten als zij bereid waren deel te nemen een verdiepend interview.

Vier respondenten vulden de bevraging volledig in. Daarnaast werden dertien onvolledige responsen geregistreerd, waarbij geen enkele vraag werd beantwoord. Drie van de vier respondenten gaven aan bereid te zijn om deel te nemen aan een aanvullend interview.

5 Dataverwerking

5.1 Transcriptie

De audio-opnames van de interviews werden automatisch getranscribeerd met behulp van WHISPER (Open AI, 2023; Radford et al., 2022). In een volgende stap schoonden we de gegenereerde transcripten verder op met behulp van Copilot om de tijdsinvestering voor de transcriptieverwerking te beperken (Microsoft, 2025). Daarbij zetten we Copilot uitsluitend in voor technische bewerkingen, zoals het verwijderen van tijdsaanduidingen, het vervangen van sprekerslabels en het samenvoegen van opeenvolgende fragmenten. Inhoudelijke herformuleringen, interpretaties van onduidelijke passages of samenvattingen waren niet toegestaan. Vervolgens beluisterden we alle audio-opnames opnieuw om eventuele transcriptiefouten te corrigeren en vertrouwd te raken met de verzamelde data. Deze stap liet toe de kwaliteit van de transcripties te controleren. Tot slot pseudonimiseerden we de gegevens, waarbij we respondenten aanduidden als WZC1, WZC2, WZC3, enzovoort en we persoonsnamen vervingen door initialen om de anonimiteit van de respondenten te waarborgen.

5.2 Export data bevraging

We exporteerden de antwoorden op de online bevraging uit LimeSurvey en sloegen ze op voor verdere verwerking. Respondenten konden vrijwillig hun contactgegevens achterlaten indien zij bereid waren om deel te nemen aan een verdiepend interview. Deze contactgegevens verwerkten we gescheiden van de inhoudelijke antwoorden. Vervolgens pseudonimiseerden we de gegevens voorafgaand aan de analyse.

6 Data-analyse

We importeerden de interviewtranscripten en geëxporteerde antwoorden uit de online bevraging in NVivo15 en analyseerden ze gezamenlijk. Aangezien de bevraging bijna uitsluitend uit open vragen

bestond en inhoudelijk aansloot bij de interviewtopiclijsten, behandelden we beide databronnen als één kwalitatieve dataset. We maakten daarbij gebruik van een abductieve benadering. De initiële codeboom bouwden we deductief op op basis van de onderzoeksvragen. Na codering van de eerste vijf interviews ontwikkelden we inductief bijkomende subcodes vanuit de data om de fragmenten zo adequaat mogelijk te coderen. Vervolgens brachten we codes met een vergelijkbare inhoud samen en verfijnden we ze verder tot overkoepelende thema's. Tijdens dit proces koppelden we voortdurend terug naar de oorspronkelijke data om de interpretaties te toetsen. In de verdere analyse verfijnden we de codeboom en themastructuur iteratief en vulden we waar nodig aan met bijkomende codes (Bijlage 8).

6.1 Analyse van implementatiefactoren

Voor de analyse van de implementatiefactoren (onderzoeksvraag 1) maakten we gebruik van een SWOT-benadering (Puyt et al., 2023). De geïdentificeerde implementatiefactoren ordenden we als interne sterktes en zwaktes of als externe kansen en bedreigingen. Deze indeling sloot rechtstreeks aan bij de eerste onderzoeksvraag, die gericht was op het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van het pilootproject.

In een tweede analytische stap koppelden we de geïdentificeerde implementatiefactoren aan constructen van het Consolidated Framework for Implementation Research 2.0 (CFIR 2.0; Damschroder et al., 2022; Bijlage 9). Deze koppeling had tot doel de resultaten te interpreteren vanuit een implementatiewetenschappelijk perspectief en te situeren binnen bestaande literatuur over de implementatie van complexe zorginterventies. In lijn met de CFIR Construct Coding Guidelines (CFIR Leadership Team, 2025) voorzagen we waar nodig bijkomende thema's wanneer bepaalde bevindingen niet volledig binnen bestaande constructen pasten.

6.2 Analyse van samenwerking, optimalisatie en opschaling

De analyse van samenwerking (onderzoeksvraag 2) en optimalisatie en opschaling (onderzoeksvraag 3) gebeurde aan de hand van thematische analyse. We codeerden de relevante fragmenten en groepeerden ze in terugkerende thema's die betrekking hadden op ervaringen met samenwerking, betrokkenheid van artsen, ervaren noden, verwachtingen ten aanzien van het pilootproject, optimalisatiemogelijkheden en voorwaarden voor verdere implementatie. Voor deze onderzoeksvragen hanteerden we geen specifiek implementatiekader, aangezien de focus hierbij ruimer lag dan de huidige implementatie van het pilootproject.

7 Kwaliteitsbewaking en reflexiviteit

We bewaakten de kwaliteit van het onderzoek op verschillende manieren. Voor de dataverzameling maakten we gebruik van vooraf ontwikkelde topiclijsten, die beide onderzoekers consequent hanteerden. Daarnaast controleerden we alle interviewtranscripten na automatische transcriptie aan de hand van de oorspronkelijke audio-opnames. De analyse gebeurde systematisch in NVivo15, waarbij we analytische beslissingen, aanpassingen aan de codeboom en andere relevante onderzoeksbeslissingen hebben bijgehouden in een audit trail. Daarnaast herbekeken we de codering van de interviewtranscripten achteraf volledig om de consistentie van de toegepaste codes te bewaken.

Verder overlegden de onderzoekers gedurende het onderzoeksproces regelmatig met de promotor en werden onderzoeksinstrumenten en tussentijdse resultaten besproken en kritisch geëvalueerd.

De primaire onderzoeker was vooraf niet vertrouwd met het pilootproject en de WZC-sector. Daarom vormden de documentanalyse, literatuurstudie en verkennende interviews een belangrijke voorbereidende fase om de onderzoekscontext beter te begrijpen. Hoewel het onderzoek plaatsvond in nauwe samenwerking met de project- en netwerkcoördinatoren, besteedden we gedurende het volledige onderzoeksproces aandacht aan reflexiviteit. Daarbij reflecteerden we kritisch over de mogelijke invloed van voorkennis, interacties met betrokken actoren en persoonlijke interpretaties op de verzameling en de analyse van de data. We besteedden bovendien bewust aandacht aan zowel positieve als kritische ervaringen van respondenten, zodat verschillende perspectieven op de implementatie van het pilootproject aan bod konden komen.

8 Ethische overwegingen

We voerden het onderzoek uit volgens de principes van vrijwillige deelname, vertrouwelijkheid en respect voor de privacy van de respondenten. Voorafgaand aan deelname ontvingen alle respondenten een informatiebrief met uitleg over de doelstelling van het onderzoek, de aard van hun deelname en de verwerking van hun gegevens. Deelname was volledig vrijwillig en kon op elk moment worden stopgezet zonder verdere gevolgen.

Voor de interviews verkregen we schriftelijke geïnformeerde toestemming. Bij de online bevraging bevroegen we de geïnformeerde toestemming van de respondenten digitaal vooraleer ze de vragenlijst konden invullen. We audio-registreerden de interviews enkel na toestemming van de respondenten.

Om de vertrouwelijkheid van de gegevens te waarborgen, pseudonimiseerden we alle onderzoeksgegevens. We duidden respondenten aan met codes (WZC1, WZC2, WZC3, …) en verwijderden of vervingen identificeerbare persoonsgegevens. De onderzoeksgegevens werden opgeslagen en verwerkt overeenkomstig de geldende GDPR-regelgeving en de richtlijnen inzake onderzoeksdata van de KU Leuven (Europese Unie, 2016; KU Leuven, 2026). Enkel de onderzoekers en de promotor hadden toegang tot de niet-geanonimiseerde onderzoeksgegevens.

Hoofdstuk 5 Resultaten

1 Analyse van implementatiefactoren

Om inzicht te krijgen in de factoren die de implementatie van het pilootproject hebben beïnvloed, analyseerden we de bevindingen aan de hand van het CFIR 2.0 (Damschroder et al., 2022). Dit kader maakt het mogelijk om implementatiebevorderende en implementiebelemmerende factoren systematisch te identificeren en te situeren binnen verschillende domeinen. We bespreken de resultaten hieronder besproken volgens de relevante CFIR-constructen en vervolgens samengevat in een SWOT-analyse die de belangrijkste sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen van het pilootproject weergeeft.

1.1 Innovatie

1.1.1 Ontwerp

De interviewdata bevatten zowel positieve als negatieve standpunten over verschillende aspecten van het projectontwerp. Respondenten waardeerden de algemene insteek van het project unaniem en beschouwden het als een zinvol antwoord op bestaande uitdagingen rond psychosociale zorg in WZC. Ook de organisatie van het project en de multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende partners binnen het GGZ-netwerk evalueerden ze positief.

- “Maar ik vind het wel heel mooi dat het project er is, echt wel. Ik vind dat superfijn dat er wordt gezocht, dat er… De insteek is wat het moet zijn, ja.”

Daarnaast omschreef een respondent het aanbod van pilootproject 2 expliciet als laagdrempelig en toegankelijk, mede doordat de WZC kosteloos gebruik konden maken van de ondersteuning.

- “…maar ik zeg het, het tweede is een heel toegankelijk project.”

Over de concrete vormgeving van het project bestonden echter meer uiteenlopende meningen. Vooral de procedures rond aanmelding en geïnformeerde toestemming riepen gemengde reacties op. Sommige respondenten beschouwden deze elementen als noodzakelijk om een zorgvuldig beeld van de situatie van de bewoner te verkrijgen, terwijl anderen ze ervaarden als praktische drempels. Zo beschreven sommigen de uitgebreide aanmeldprocedure als tijdsintensief, hoewel ze tegelijkertijd de relevantie van de gevraagde informatie voor een kwaliteitsvolle begeleiding erkenden. Verder beschouwde één respondent het verkrijgen van geïnformeerde toestemming als moeilijk bij bewoners die weerstand vertonen tegenover psychosociale zorg, terwijl een andere respondent het juist als een noodzakelijke voorwaarde beschouwde.

- “Ja, dat papier dat ik moest invullen, dat vroeg wel even tijd, want het is wel redelijk veel dat ze dan vragen, daar moest ik even over nadenken met mijn collega's even sparren “Hoe ga ik dat opschrijven? Hoe zien jullie dat?”. […] Ja, en dat snap ik ook, die informatie is nodig, sowieso.”
- “In dat aanmelddossier wordt er natuurlijk wel gevraagd naar een ‘*informed consent*’ van een bewoner en dat vind ik wel een spanningsveld, want de meeste bewoners met juist een

psychologische, een psychische of psychiatrische problematiek hebben weerstand naar geestelijke gezondheidszorg."

Ook over de omvang van de informatieverzameling bestonden verschillende opvattingen. Een respondent van een niet-deelnemend WZC beschouwde de bijkomende gesprekken met bewoners als een meerwaarde. Daartegenover stonden enkele deelnemende WZC die vonden dat de informatieverzameling soms onvoldoende diepgaand was om een volledig beeld van complexe situaties te verkrijgen. Zij gaven aan dat één gesprek niet altijd volstaat om bewoners met een psychische kwetsbaarheid goed te leren kennen en dat bijkomende afstemming met het WZC wenselijk was.

- "Ik gaf al die informatie en ze kwamen dan één keer langs om met die bewoner te spreken, maar dat was het. En ik heb het gevoel, als je een bewoner echt wilt leren kennen, dat je dan toch twee of drie keer eens moet langskomen op een ander moment, misschien heeft hij op dat moment juist een goeie dag, maar op die andere dag heeft hij juist een hele slechte dag. Dus ze kregen van mij info en één contactmoment, maar ik weet niet of dat voldoende is, ofzo."
- "Dan kregen we soms wel feedback vanuit hun gesprek, maar dan werd er door die man dingen gezegd die eigenlijk niet zo correct waren, waardoor zij een heel verkeerd beeld hadden van hoe die man eigenlijk was. Maar dat was ook omdat er op voorhand niet over, de aanmelding werd gedaan, maar er werd niet op voorhand gesproken over die casussen en ook niet achteraf een nabespreking gedaan, dus dat was wel heel jammer"

Daarnaast kwam een duidelijke spanning naar voren tussen de ervaren meerwaarde van het project en de inspanning die deelname vergde. Sommige respondenten gaven aan dat ze de implementatie vlot konden integreren binnen de bestaande werking en beschouwden de tijdsinvestering als een bewuste keuze. Andere respondenten ervaarden de administratieve vereisten en de bijkomende taken echter als een aanzienlijke belasting, die moeilijk combineerbaar was met hun dagelijkse werkzaamheden.

- "Ja, ik denk dat dat, allee, ik denk dat dat op zich een mooi evenwicht is."
- "Het zijn keuzes die je eigenlijk legt en nu hebben we dan voor dit jaar eigenlijk gezegd van "Nu gaan we ons iets meer focussen op dat", maar ik kan me toch niet voorstellen als woonzorgcentrum dat je gedurende een gans jaar u nergens op focust, dat je nergens een keer iets opneemt. Awel ja, nu nemen we dit op, dus ik beschouw dat niet als bijkomende belasting."
- "Ik denk de implementatie van het project in het WZC, dat moet wat, ja, daar moet wat minder tijd in kruipen. Ook in die aanmeldingen, die zijn echt wel arbeidsintensief."
- "Dus ik had het gevoel op een bepaald moment, vooral vanuit de directie uit was het van "Wij geven heel veel, maar komt zo weinig terug"."

1.1.2 Meerwaarde

De meerderheid van de respondenten erkende expliciet de meerwaarde van het pilootproject. Ze verwezen hierbij voornamelijk naar het invullen van bestaande noden binnen WZC en het creëren van toegang tot gespecialiseerde psychosociale zorg. Ten eerste speelt het pilootproject in op de nood aan gespecialiseerde pscyhosociale ondersteuning in WZC om zo de interne kennis en vaardigheden te versterken. Verschillende respondenten gaven aan dat deze behoefte mee aan de basis lag van hun beslissing om deel te nemen aan het project.

- “Ik denk als mensen kennis hebben en als mensen weten “Oké dat is een situatie dat we op die manier”, dat wij handvaten krijgen om dat verder te ondernemen, dat er ook een hoofd is die verantwoordelijk is en die weet wat ze doet, dan is dat wel belangrijk dat we dat hebben.”
- “Want het is daarom ook dat wij daarop hadden ingeschreven, omdat ik vond dit is echt heel toegankelijk hè, want dat gaat over uw teams ondersteunen als ook naar, allee, maar natuurlijk ook werken rond een bewoner, multidisciplinair kennis binnenbrengen.”

Ten tweede komt het aanbod binnen pilootproject 2 tegemoet aan de behoefte aan opleiding en deskundigheidsbevordering bij WZC-medewerkers. Respondenten benadrukten daarbij vooral het belang van een casus- en praktijkgerichte aanpak. Aangezien medewerkers al regelmatig opleidingen volgen, wezen respondenten op het risico van een overaanbod en het belang van vormingen die nauw aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Daarnaast benadrukte één respondent dat kennis over psychiatrische diagnoses richtinggevend kan zijn voor de zorgverlening, maar dat een reducerende benadering waarbij zorgverleners bewoners uitsluitend vanuit hun diagnose bekijken moet worden vermeden.

- “En ja, opleiden dan. Dus als je iemand hebt met een bepaalde diagnose, dat bijvoorbeeld die diagnose wat toegelicht wordt van “Kijk, dat zijn de symptomen, dat kan er zich voordoen. Als zich dat voordoet, is het best dat je zo of zo reageert”, heel praktisch moet dat zijn.”
- “Een vorming is altijd wel interessant, maar het mag ook niet te veel... Je merkt dat die aandacht en het onthouden van al het…”
- “Maar als het gewoon wel iets is van oké dat wel misschien in het achterhoofd zit om op een bepaalde manier met iemand om te gaan omwille van, maar niet dat van die persoon gaan reduceren tot zijn diagnose. Dat is zoiets dat, waar we wel waakzaam moeten voor blijven.”

Een derde ervaren nood waarop het pilootproject inspeelt is de nood aan een gedeelde teamaanpak met betrekking tot GGZ. Eén respondent benadrukte het bekomen van een gedeelde aanpak als een belangrijke meerwaarde van dergelijke ondersteuning.

- “Dus dat we toch wel samen sterk zijn als een team, dat vind ik een belangrijke.”

Ten vierde beschouwden respondenten het project als een antwoord op de beperkte toegankelijkheid van gespecialiseerde psychosociale zorg voor bewoners van WZC. Verschillende respondenten verwezen daarbij naar lange wachtlijsten, hoge kosten, een beperkt aanbod aan gespecialiseerde begeleiding binnen WZC en een gebrek aan zicht op het beschikbare GGZ-aanbod. Ze beschouwden het project als een manier om psychiatrische expertise toegankelijker te maken voor bewoners en zo residentiële opnames waar mogelijk te voorkomen. Daarnaast benadrukten enkele respondenten de meerwaarde van samenwerkingsverbanden tussen WZC en GGZ-diensten, evenals van multidisciplinaire zorgnetwerken. Volgens hen dragen deze bij aan de sensibilisering rond psychisch welzijn binnen WZC en een betere afstemming tussen beide sectoren.

- “Ja, het leek op zoals in de thuiszorg, je hebt psychische ondersteuning aan huis, eigenlijk dat in het woonzorgcentrum. Dat was er daarvoor niet, dat ontbrak wel.”
- “Vernieuwend is dat we kunnen proberen om de geestelijke gezondheidszorg naar binnen te halen en dat we zoveel mogelijk kunnen vermijden dat iemand die psychiatrisch of psychologisch of

psychisch decompenseert, dat we die niet in opname moeten laten gaan. […] Dat we in de eerste stap nog altijd kan zijn van hier te proberen."

- "Ja, ik hoop dat de collega's op de afdeling ook wel wat meer, ja, met externe partners op dat andere stuk dan die lichamelijke somatische zorg leren samenwerken. […] Maar ik hoop dat ze ook nu, doordat we geïncludeerd zijn en dat we mensen kunnen daarnaar doorverwijzen en dat die mensen naar hier komen en ook met hen in overleg gaan, ja, dat ze ook op dat stuk, ja, leren samenwerken met externe partners en die taal leren en ja."

Ook uit de houding van de WZC bij de opstart van het project bleek een duidelijke behoefte aan een dergelijk aanbod. De meeste respondenten gaven aan dat zij vooraf enthousiast waren om deel te nemen en het project beschouwden als een interessante aanvulling op hun bestaande werking.

- "We waren wel heel geïnteresseerd, omdat ik zeg ja, we hebben nu vaak die mensen die binnenkomen met die problematiek. Dus we wouden wel echt wel kijken hoe kunnen we dat verbeteren."
- "Nee, ik weet dat het team wel vrij enthousiast was als we hoorden dat we daaraan konden deelnemen."

Samenvattend ervaarden respondenten het pilootproject als een relevante en innovatieve interventie die tegemoetkwam aan bestaande noden in WZC. Respondenten waardeerden vooral de toegevoegde waarde van het project ten opzichte van de bestaande situatie, met name de laagdrempelige toegang tot gespecialiseerde psychosociale expertise en -ondersteuning, de opnamevermijdende insteek en het wegwerken van financiële en organisatorische drempels tot psychosociale zorg voor bewoners. Ook het algemene ontwerp en de multidisciplinaire samenwerking beoordeelden ze positief. Tegelijk ervaarden sommige respondenten kenmerken van de innovatie zelf, zoals de complexiteit van de aanmeldprocedure, het verkrijgen van geïnformeerde toestemming, de beperkte omvang van de informatieverzameling en de vereiste tijdsinvestering als belemmerend ervaren voor een vlotte implementatie.

1.2 Externe setting

1.2.1 Externe gebeurtenissen

Externe gebeurtenissen kwamen slechts in beperkte mate aan bod als factor in de implementatie van het pilootproject. Eén respondent gaf aan dat onvoorziene wijzigingen in de situatie van bewoners ertoe konden leiden dat geplande begeleidingstrajecten niet werden opgestart of voortijdig werden stopgezet. Het ging daarbij onder meer om overlijdens of verhuizingen van bewoners.

- "En de mensen aan wie wij dachten, zijn ofwel nu overleden, of gaan binnenkort misschien verhuizen naar een ander woonzorgcentrum. Dus dan denk ik, dan gaan we daar nu even niet meer die moeite in steken."

1.2.2 Lokale attitudes

Verschillende respondenten verwezen naar maatschappelijke en individuele attitudes ten aanzien van psychosociale zorg bij ouderen als een factor die de implementatie van het pilootproject beïnvloedde.

Volgens hen leeft nog steeds het idee dat psychosociale zorg minder relevant wordt wanneer ouderen in een WZC verblijven. Daardoor krijgt mentaal welzijn niet altijd dezelfde aandacht als fysieke gezondheid.

- “Men denkt vaak “Ze zijn nu in een woonzorgcentrum, dan is die geestelijke gezondheidszorg niet meer nodig”. […] want die visie die speelt ook nog wel in onze maatschappij “Dat heeft toch geen zin meer, dat werkt toch niet meer”.

Daarnaast wezen respondenten op generatiegebonden opvattingen over psychiatrische hulpverlening. Volgens verschillende respondenten groeiden veel huidige bewoners op in een context waarin psychische problemen sterk gestigmatiseerd werden. Die beeldvorming kan leiden tot terughoudendheid tegenover psychologen, psychiaters of andere vormen van geestelijke gezondheidszorg. Respondenten gaven aan dat deze attitudes zich concreet kunnen uiten in weerstand bij bewoners tegenover begeleiding of doorverwijzing.

- “Dat is ook een generatie die nog niet helemaal mee was met het psychiatrische beeld en waar dat er vroeger vaak gezegd wordt, ja... allee, ze zeiden ook zo “met die zot” of... Dat dat nu anders verwoord wordt. Maar ja, dat is de generatie die zo is...is opgegroeid.”
- “Dat gaat dan over de weerstand die ouderen voelen als een psycholoog of een therapeut of een psychiater bij hen moet komen of als ze daar naartoe moeten gaan van “Ja, ik ben toch niet zot, ik doe toch niks verkeerd. Er is toch niks mis met mij”. Ja, angst om in een zottenhuis opgenomen te worden, angst om hier weg te moeten.”

1.2.3 Partners en connecties

De samenwerking met externe partners kwam eveneens naar voren als een belangrijke implementatiefactor. Zowel het projectteam als enkele respondenten beschouwden de huisarts als een cruciale partner binnen pilootproject 1. Omdat betrokkenheid van de huisarts een voorwaarde vormde voor deelname, konden moeilijkheden in deze samenwerking aanleiding geven tot vertragingen in het aanmeldingsproces. Respondenten gaven bovendien aan dat huisartsen niet altijd gemakkelijk bereikbaar zijn en dat sommige bewoners zelfs geen huisarts meer hebben, waardoor belangrijke informatie ontbreekt.

- “Maar dat was iets waardoor dat die aanmelding al vertraging had opgelopen. Dus ja, het contacteren en ja, het informeren van de huisarts.”
- “Ja, dat is zeker een moeilijkheid. Zoals ik al zei, als mensen naar ons komen zonder huisarts, dat is een heel groot informatiepunt dat je niet hebt.”

Daarnaast bleek dat al bestaande samenwerkingsrelaties met partners uit het GGZ-netwerk de implementatie konden vergemakkelijken. Respondenten die al vertrouwd waren met bepaalde organisaties of medewerkers van het projectteam ervaarden de samenwerking als laagdrempeliger en vlotter. Bekendheid met elkaars werking en persoonlijke contacten droegen volgens hen bij tot vertrouwen en efficiënte communicatie.

- “Maar die samenwerking verliep eigenlijk heel goed omdat we elkaar ook wel kennen buiten het project.”

- “Dus ik werk nu samen met mijn ex-collega's. Dus voor mij was het ook, ja, ik kende het, ik ken ook dan de collega's, dus dat is ook wel... Het is ook makkelijker op deze manier, voor mij vind ik, doordat je al de werking kent, je weet ook al wat contacten en dergelijke.”
- “C. komt hier al 25 jaar in ons woonzorgcentrum voor bewoners en uiteindelijk zijn we zo in dat project gekomen.”

1.2.4 Regelgeving en wetgeving

Ook beleidsmatige en wettelijke randvoorwaarden kwamen in verschillende interviews aan bod. Daarbij haalden respondenten zowel bevorderende als belemmerende factoren aan. Enerzijds gaven ze aan dat het pilootproject aansluit bij bredere ontwikkelingen binnen het zorglandschap, zoals de toenemende aandacht voor psychosociale zorg in de leefomgeving van de zorgvrager en de verplichting tot permanente vorming van zorgmedewerkers. Volgens sommige respondenten creëert dit een gunstige context voor initiatieven zoals het pilootproject.

- “Ja, zeker. Wij zijn ook verplicht om zoveel opleidingen per jaar te doen, dus eigenlijk zou dat kunnen.”

Anderzijds haalden respondenten aan dat de huidige regelgeving rond personeelsnormen onvoldoende aandacht heeft voor psychisch welzijn. Verschillende respondenten verwezen daarbij naar de focus op fysieke zorgfuncties binnen de normering, waardoor er binnen WZC weinig structurele ruimte ontstaat voor psychosociale zorg. Volgens hen bemoeilijkt dit de verdere integratie van psychosociale zorg binnen de dagelijkse werking van WZC.

- “En de overheid, ja, benadrukt dat door de normen ook zo vast te leggen. Dus er zijn normen voor verpleegkundigen, voor zorgkundigen, je moet ook kinesisten hebben, dit, dat, maar rond de meer, het mentale welzijn, ja, zijn daar niet echt harde normen eigenlijk daarrond. En van daar begint het al, denk ik dat gewoon het psychisch, psychische kwetsbaarheden en mentaal welzijn, dat dat een beetje op de achtergrond dreigt te komen in een woonzorgcentrum.”

Daarnaast gaf één respondent aan dat de onduidelijkheid rond de toekomstige invulling van de functie basisverpleegkundige en de gevolgen daarvan voor de organisatie van het WZC het moeilijk maakt om in te schatten hoe de integratie van psychosociale zorg binnen het WZC vorm kan krijgen.

- “…dus voor ons is dat ook wel even kijken “In hoeverre gaat het voor ons dan op verpleegkundig vlak? Hoe gaan we onze werking moeten aanpassen?”. En dan hebben we dat stuk hier nog niet meegenomen in die verandering, dus ik weet het eigenlijk niet goed.”

Samenvattend tonen de resultaten aan dat de externe setting de implementatie van het pilootproject op uiteenlopende manieren beïnvloedde. Enerzijds ondersteunen bestaande connecties binnen het GGZ-netwerk de implementatie, waarbij reeds opgebouwde samenwerkingsrelaties, vertrouwen en kennis van elkaars werking de toegang tot expertise en de samenwerking vergemakkelijkten. Ook bredere ontwikkelingen in het zorglandschap, zoals de groeiende aandacht voor psychosociale zorg en professionele vorming, creëerden een gunstige context voor het project. Anderzijds konden maatschappelijke en generatiegebonden opvattingen over psychische problemen en hulpverlening bij ouderen leiden tot weerstand tegenover psychosociale ondersteuning. Ook beperkingen in de betrokkenheid van huisartsen, beleids- en regelgevingskaders die weinig structurele ruimte voorzien

voor psychisch welzijn in woonzorgcentra, en onvoorziene veranderingen in de situatie van bewoners vormden potentiële belemmeringen voor de implementatie.

1.3 Interne setting

1.3.1 Nood aan verandering

De nood aan verandering vormde één van de meest consistente thema's doorheen alle interviews. Vrijwel alle respondenten beschreven een groeiende uitdaging rond de zorg voor bewoners met een psychische kwetsbaarheid. Hoewel binnen sommige teams specifieke GGZ-expertise aanwezig is, ontbreekt die kennis volgens hen vaak bij een groot deel van de medewerkers. Dit leidt tot onzekerheid en moeilijkheden in de dagelijkse zorgpraktijk.

- "Wat ik ook wel vind, dat is dat de bevolking, of ik ga het zo zeggen, dat het wel een hele uitdaging wordt en dat zal nog erger worden in de toekomst, want we zitten met veel mensen met psychische problemen,"
- "…in een team waar er eigenlijk standaard geen, allee, hoe moet ik het zeggen, medewerkers zijn die toch wel die kennis hebben van "Hoe ga je daarmee om?". Hier en daar kun je een keer iemand hebben die psychiatrisch verpleegkundige is of daar toch wel een beetje de kennis van, niet daarom zoveel kennis nog van heeft, maar toch wel om die daarin te helpen eigenlijk. Maar het is soms moeilijk en zeker, allee, wij werken niet alleen met verpleegkundigen, ook met zorgkundigen, met alle soorten disciplines, kiné, logo, heel veel mensen hebben daar eigenlijk geen kennis van."
- "Dus het personeel is echt wel ja, en dat is mentaal voor het personeel heel moeilijk om daarmee om te gaan. Ik zeg het, wij kunnen wel omgaan met dementie – en dat is al moeilijk op zich – en met beperkt agressief gedrag of storend gedrag, hè, dat weten we dat hoort erbij, maar als dat dan toch wel heel uitdrukkelijk aanwezig begint te zijn, ja, begint dan wel de sfeer in de ganse afdeling, het ganse team te bepalen en dan is dat wel een heel moeilijke situatie."
- "En we hebben ook al een aantal situaties gekend waarin dat er toch wel een, een zekere explosiviteit is gebeurd van een bewoner naar personeelslid toe."

1.3.2 Aansluiting bij missie

Bijna alle respondenten benadrukten dat aandacht voor psychisch welzijn een belangrijk onderdeel vormt van de visie van hun WZC. Bijgevolg ervaarden respondenten het pilootproject doorgaans als een initiatief dat goed aansluit bij bestaande waarden en doelstellingen binnen de organisatie. Respondenten benadrukten dat kwaliteitsvolle ouderenzorg volgens hen verder gaat dan louter fysieke zorg en ook aandacht vereist voor psychisch welzijn.

- "Het is niet alleen het fysieke, maar ook het psychische dat heel belangrijk is, ja."
- "Ja, we zijn altijd in woon- en zorghuis, waar dat welzijn wel, allee, meer en meer op de voorgrond treedt. Dat wordt ook belangrijker, dus we proberen daar zoveel mogelijk aandacht aan te schenken en bewust mee om te gaan."

De aandacht voor psychisch welzijn kwam in verschillende WZC al tot uiting vóór deelname aan het pilootproject, meer bepaald door intern functies of structureren te creëren en door zelf initiatieven uit

te werken of op te zoeken. Respondenten beschreven onder meer een welzijnsteam, een zorg- en welzijnscoach, vormingsinitiatieven en sensibiliseringsacties. Deze inspanningen wijzen erop dat veel WZC al actief bezig waren met het versterken van hun GGZ-aanbod

- "Ik denk het feit dat dit rusthuis al, ja, nu zijn we met drie psychologen, maar er was al een psychologe hier in huis aanwezig eind jaren '90. En het feit dat daar psychologen al van zolang mee hier werkzaam zijn als onderdeel van het personeelsbestand, denk ik dat dat wel getuigt van het feit dat daar een visie is op dat dat ook aandacht moet krijgen, dat stuk."
- "In oktober met de week van de GGZ gaan wij hier ook een hele week activiteiten doen."

1.3.3 Cultuur

Hoewel bijna alle geïnterviewde WZC aangaven open te staan voor innovatie, kwam uit de interviews een duidelijke spanning naar voren tussen de cultuur van de GGZ en de traditionele zorgcultuur binnen WZC. Enerzijds beschreven respondenten hun organisatie als bereid om nieuwe initiatieven op te nemen en expertise te versterken.

- "Wij staan ook altijd gewoon open voor nieuwe zaken binnen het rusthuis en gewoon onze eigen kennis verrijken, zal ik zeggen."

Anderzijds haalden meerdere respondenten aan dat WZC historisch sterk vanuit een medisch en lichamelijk zorgmodel zijn gegroeid. Daardoor krijgt psychisch welzijn volgens verschillende respondenten nog niet dezelfde aandacht als fysieke zorg. Medewerkers moeten vaak actief gestimuleerd worden om ook naar psychosociale aspecten van bewoners te kijken.

- "Ik denk wel dat klassiek in een woonzorgcentrum dat er minder aandacht is aan psychisch en mentaal welbevinden van bewoners, omdat... En dat is gegroeid een beetje omdat de woonzorgcentra gegroeid zijn vanuit een medisch model, eigenlijk vanuit wat meer ziekenhuismodel, ligt de klemtoon eigenlijk nog te veel op die fysieke zorg."
- "Ja, dat is toch wel werken om het verzorgend personeel niet alleen op dat lichamelijk stuk te laten werken en hen ook te leren observeren en te leren begeleiden op dat ander stuk."

Sommige respondenten beschreven ook concrete spanningen tussen beide benaderingen. Zorgverleners vanuit de GGZ vertrekken soms vanuit andere uitgangspunten dan medewerkers binnen het WZC, bijvoorbeeld wanneer het gaat over het stellen van grenzen.

- "Maar ja, het is zeer moeilijk. Want we maken bijvoorbeeld afspraken rond de zorg en ik denk dat we daar botsen op: we stellen onze grenzen eigenlijk dan vanuit dat stukje psychische om een heel strikt kader ook aan te bieden, maar dat dan botst op de zorg die het personeel wil bieden. […] Dus daar voel je wel, dat is echt een hele moeilijke."

Naast deze uitdagingen bleek dat verschillende WZC al een uitgesproken proactieve houding aannemen om de zorg voor hun bewoners te optimaliseren. Respondenten beschreven hoe zij zelf op zoek gaan naar aanvullende expertise, contact opnemen met naasten om bijkomende informatie te verzamelen en kritisch blijven kijken naar medicatiegebruik.

- "Ja, en er zijn dan ook wel vormingen enzo, dat meer en meer aan het opkomen zijn - vooral van Nederland - waar wij ook al naartoe zijn geweest om daar wat meer handvatten te krijgen. Dus we

zijn het vooral zo, en via masterproeven, dat we binnenkrijgen op mail, even te bekijken "Oké, hoe pakken die dat aan?", daar zijn we eigenlijk al onze handvatten wat aan het zoeken."

- "Zeker zo de mensen van in de 80 of zo die bepaald gedrag stellen, waarvan dat ik zo soms in gesprek met de familie ga om eens te horen "Hoe was dat vroeger? Hoe was uw moeder of uw vader toen?""

1.3.4 Compatibiliteit

Uit de interviews blijkt dat het pilootproject in veel WZC kon aansluiten bij bestaande werkprocessen en structuren. Verschillende respondenten beschreven hoe binnen hun organisatie al aandacht bestond voor de detectie van psychische kwetsbaarheid, bijvoorbeeld via intakeprocedures, sociale anamneses of andere screeningsinstrumenten. Hierdoor ervoeren veel respondenten het pilootproject als een aanvulling op bestaande initiatieven eerder dan als een volledig nieuwe werkwijze.

- "Bijvoorbeeld de sociale anamnese wordt systematisch afgenomen door die psychotherapeute, waardoor die d'office een eerste contact hebben met de bewoners en dat die eigenlijk al die psychische kwetsbaarheid […] waardoor zij wel al direct een beeld hebben van "Oké, dat is iemand dat je eigenlijk moet opvolgen, dat we moeten bespreken, dat we op regelmatige basis langsgaan". […] waardoor we eigenlijk al een screening hebben, laagdrempelig."
- "Maar bijvoorbeeld, wij zijn nu bezig met een zorgkompas, dus daar komen de vragen, komt dat ook wel uit. Dus dat is: "Wie ben ik? Wat is je levensvisie nog? Wat zijn je doelen dat je nog wilt bereiken?", allee, dat wordt ook per bewoner, dat is ook iets nieuws en daar gaat dat denk ik ook wel uitkomen."

Daarnaast beschikten verschillende WZC al over overlegstructuren waarin zorgteams bewonerssituaties en ondersteuningsnoden bespreken. Deze bestaande overlegmomenten maakten het gemakkelijker om het pilootproject te integreren in de dagelijkse werking en boden mogelijkheden voor overleg met medewerkers van het project.

- "En we doen dan ook altijd zo een BelRAI-MDO […] en dan na dat BelRAI en die MDO zitten we ook samen met de bewoner en zijn familie om van daaruit zaken dan op te nemen en dan kan het ook zijn dat dat dan rond psychische zaken zijn, dat daar zaken naar boven komen."
- "We hebben overlegmomenten met logistiek, zorgkundige en verpleegkundige en bij ieder één sluit zij aan, dus op ieder niveau wordt er eigenlijk een oplossing gezocht."

Opvallend was bovendien dat verschillende respondenten aangaven dat deelname aan het pilootproject haalbaar was binnen de bestaande werking, mits voldoende organisatie en taakverdeling. Hoewel het project tijd vroeg van medewerkers, zagen sommigen deze investering als een zinvolle invulling van bestande overlegmomenten.

- "Allee, ge moet ermee bezig zijn, ge moet samen met dat team nadenken over "Oké, hoe gaan we dat nu formuleren, wat zijn onze hulpvragen nu juist voor deze bewoner na dat project?", maar ik vind dat ook helpend dat ge met hen daarover spreekt boven, dat vraagt van hen wel tijd, maar ja, anders zijn ze toch ook wel over die bewoner aan het praten en misschien op een minder helpende manier."

- “Maar ik denk wel dat er in alle woonzorgcentra wel toch een beetje ruimte is, bij het één al wat meer dan het ander, om daar wat aan de slag van te gaan en zeker als je het verdeelt over verschillende personen, eigenlijk eerder als wat werkgroepachtig moet beschouwen hè”

1.3.5 Werkinfrastructuur

Veel respondenten beschouwden de personeelsbezetting en de organisatie van het werk als belangrijke implementatiefactoren. Een terugkerend thema was de impact van personeelstekorten, ziekteverzuim en personeelsverloop. Volgens verschillende respondenten komt aandacht voor psychisch welzijn onder druk te staan wanneer teams vooral bezig zijn met het garanderen van de basiszorg. Daartegenover benoemden enkele respondenten een stabiel team als een belangrijke facilitator.

- “In sommige, in sommige periodes zitten ze inderdaad met ziekte en verloop van personeel en dan wordt het, dan is roeien met de riemen die dat ze hebben om de somatische zorg rond te krijgen en dan zie je dat andere stuk er meestal wel wat overschieten. Dus dat is wel iets dat mee zal beïnvloeden, denk ik. Tijd, personeelsbezetting, ja.”
- “Ik denk dat dat belangrijk is wat je gezegd hebt, die stabiliteit in het team zodat dat ook kan opgenomen worden en gedragen worden, gecommuniceerd, al om daaruit dan een stuk verder te groeien. Dus een stabiel team hebben is toch wel het meest belangrijke, denk ik.”

Naast personeelsbezetting haalden respondenten ook aspecten van interne organisatie en taakverdeling aan. Verschillende respondenten benadrukten het belang van duidelijke aanspreekpunten, heldere verantwoordelijkheden en voldoende interne ondersteuning.

- “Het zal ook enorm hard afhangen van welke handvaten je eigenlijk intern hebt”
- “Ik moet gewoon zien dat we die aanmeldingen…, maar dat is echt vanuit het team bij mij, dat dat een beetje per verdiep gebeurd en dat ik dan gewoon als contactpersoon dien voor die aanmeldingen in te geven, maar niet om alles in te vullen en aan te maken.”

1.3.6 Beschikbare middelen

Enkele respondenten benoemden de beschikbaarheid van middelen als een belangrijke randvoorwaarde voor de implementatie van psychosociale zorg binnen WZC. Vooral beperkingen in financiële middelen kwamen daarbij naar voren. Respondenten gaven aan dat de middelen die beschikbaar zijn voor psychologische ondersteuning vaak beperkt zijn en dat bijkomende investeringen niet altijd vanzelfsprekend zijn. Daarnaast verwezen ze ook naar praktische middelen, zoals testmateriaal, die nodig zijn om psychosociale ondersteuning vorm te geven.

- “En dat is dan als eerste, ja, in de woonzorgcentra, we moeten daar eerlijk in zijn, ja, de middelen zijn niet altijd even groot”
- “Ja, ik heb, er is budget voor mij voor 19 uur, maar voor de twee residenties.”

De bevindingen tonen aan dat de interne setting zowel faciliterende als belemmerende factoren omvatte voor de implementatie van het pilootproject. Enerzijds sloot het project goed aan bij bestaande organisatorische structuren, werkprocessen en waarden, en beschouwden de meeste respondenten aandacht voor psychisch welzijn als een belangrijke component van kwaliteitsvolle zorg. Anderzijds vormden beperkte personeelscapaciteit, tijdsdruk en schaarse middelen belangrijke uitdagingen voor

de uitvoering van het project. Daarnaast bleef een zekere spanning bestaan tussen een voornamelijk somatisch georiënteerde zorgcultuur en de integratie van een meer psychosociale benadering. Niettemin wijzen de resultaten op een duidelijke bereidheid tot verandering en een sterk ervaren nood aan bijkomende ondersteuning rond psychisch welzijn.

1.4 Individuen

1.4.1 Kennis en vaardigheden

De aanwezige kennis en expertise binnen WZC bleek een belangrijke factor voor de implementatie van het pilootproject. Vrijwel alle respondenten gaven aan dat interne expertise rond psychosociale zorg de implementatie vergemakkelijkte. Medewerkers met een achtergrond in psychiatrische zorg konden ondersteuningsnoden sneller herkennen, collega's begeleiden en gemakkelijker aansluiting vinden bij het aanbod van het pilootproject.

- "Op dat moment hadden wij ook twee hoofden die psychiatrisch verpleegkundige zijn, dus op dat vlak zat dat hier wel goed en konden die dat wel dragen."

Omgekeerd beschreven veel respondenten een gebrek aan expertise als een belemmering, waardoor WZC sterker afhankelijk werden van externe ondersteuning.

- "Ja, vooral omdat het niet iets is waar we superveel kennis rond hebben. Als het bijvoorbeeld over dementie zou gaan, dat is een heel andere zaak, omdat daar heel veel interne kennis is, maar nu hadden we niet veel interne kennis, dus was het heel moeilijk om dat eigenlijk van op nul op te starten."

Tegelijk bleek een hoge mate van interne psychiatrische expertise de ervaren meerwaarde van het pilootproject te begrenzen. Eén respondent gaf aan dat het project minder toegevoegde waarde bood omdat binnen de organisatie al aanzienlijke expertise rond psychisch welzijn aanwezig was en ze al veel tips en voorgestelde interventies toepasten.

- "Ja, omdat wij al zo sterk staan op heel dat welzijn, dat wij... Ze gaven ons dan advies, maar ja, we hadden het allemaal al uitgeprobeerd."

Daarnaast wezen enkele respondenten op het belang van realistische verwachtingen ten aanzien van het ondersteuningsaanbod. Vanuit een gebrek aan kennis van de GGZ-sector leefde soms de verwachting dat het pilootproject snel oplossingen zou bieden voor complexe situaties.

- "…want zo zal er soms misschien bij personeel onrealistische verwachtingen kunnen ontstaan van "Die gaat dat hier allemaal een keer komen zeggen hoe dat het moet en we gaan daar ineens mee verder kunnen"."
- "En soms zijn die verwachtingen ook als dat het zo gaat over het psychische en dat heb ik eigenlijk echt al 100 keer moeten zeggen van "Maar dit kan je en mag je ook niet verwachten. Het is niet zo dat we meteen iets kunnen aanbieden of de oplossing meteen kunnen geven". Dat gaat ook niet, ook als het om medicatie gaat, dat werkt ook helemaal anders, je gaat ook al moeten wat de tijd geven om die medicatie te laten werken. Dus het is een heel andere manier van denken."

Tot slot wees één respondent op de taaldiversiteit binnen de regio Halle-Vilvoorde. Volgens deze respondent kunnen taalbarrières de overdracht van kennis en de impact van vormingen bemoeilijken, zelfs wanneer voldoende ondersteuning beschikbaar is.

- “Want je kunt veel ondersteuning geven en veel vormingen plannen, maar dat lukt soms ook niet. We zitten ook enorm met de taal. We zitten in Vlaams-Brabant, een Vlaamstalige gemeente, maar we zitten dicht tegen Brussel, dus heel veel mensen van Brussel komen hier werken en dat is niet evident.”

1.4.2 Mogelijkheden

Over het belang van beschikbare tijd bij bestond een grote mate van overeenstemming tussen de respondenten. Vrijwel iedereen beschouwde tijd als een cruciale randvoorwaarde voor een succesvolle implementatie van het pilootproject. Projectactiviteiten kwamen immers vaak bovenop de reguliere werkzaamheden, waardoor directies terughoudend konden zijn om medewerkers er expliciet voor vrij te stellen. Een gebrek aan tijd maakte het moeilijk om aanmeldingen voor te bereiden, overlegmomenten te organiseren en nieuwe werkwijzen te verankeren binnen de organisatie.

- “We konden er niet genoeg tijd in steken om het project goed te laten draaien.”

Tegelijk bleek dat organisaties waarin medewerkers meer autonomie hadden over hun agenda of waar flexibiliteit mogelijk was de implementatie gemakkelijker konden ondersteunen.

- “Ik heb nu wel geluk dat ik wel wat in mijn rooster, ik maak mijn eigen planning, ik regel dat allemaal. Maar ja, als je dat niet kunt, dan maakt het al wat moeilijker.”
- “…en dat wij daar ook de nodige flexibiliteit in hebben, hè. Want ja, ik zeg het, wij hebben dan bijvoorbeeld, zijn dan ook bereid om een aantal zaken bijvoorbeeld een keer te herleggen naar de agenda naartoe.”

Naast beschikbare tijd benoemden respondenten ook de organisatorische positie van medewerkers als een mogelijke facilitator. Enkele respondenten gaven aan dat hun functie als leidinggevende hen toeliet een goed overzicht te bewaren van ondersteuningsnoden binnen het WZC en invloed uit te oefenen op de gestelde prioriteiten.

- “En dan gezien dat ik eindverantwoordelijke ben van de zorg heb ik een totaaloverzicht eigenlijk van wie dat er baat bij heeft of niet op basis van mijn hoofdverpleegkundigen. Want ik sta eigenlijk boven de hoofdverpleegkundigen en de rest van de zorg.”

1.4.3 Motivatie

Ook de motivatie van medewerkers en leidinggevenden kwam naar voren als een belangrijke determinant van de implementatie. Respondenten beschreven openheid om bij te leren, interesse in en affiniteit met psychosociale zorg als factoren die deelname aan het pilootproject bevorderden.

- “We waren wel heel geïnteresseerd, omdat ik zeg ja, we hebben nu vaak die mensen die binnenkomen met die problematiek. Dus we wouden wel echt wel kijken hoe kunnen we dat verbeteren.”
- “Ze vond dat eigenlijk heel interessant om te doen […] Ja, dat was voor haar echt wel heel tof om dat toch te kunnen opnemen hier in het woonzorgcentrum.”

Tegelijk maakten verschillende respondenten duidelijk dat motivatie niet vanzelfsprekend aanwezig is bij alle medewerkers. Soms staan medewerkers eerder afwachtend tegenover projecten of tonen ze weinig interesse in bijkomende vorming en ondersteuning.

- “Maar ik merkte toch ook wel wat “Oei en wat gaat zij hier komen doen?”.”
- “We geven opleidingen, we geven aan van “Kijk, we gaan het zo proberen of zo proberen”, maar soms raakt dat ergens verloren, omdat er niet echt naar geluisterd wordt of ze er niet echt geïnteresseerd in zijn.”

Ook beschouwden verschillende respondenten steun vanuit leidinggevenden als cruciaal. Wanneer leidinggevenden het project actief ondersteunden en opvolgden, vergemakkelijkte dit de implementatie.

- “Zowel van het pilootproject uit als van mijn leidinggevenden, die waren ook wel heel geïnteresseerd daarover. Die hebben ook expliciet en gevraagd om een Excel documentje bij te houden, dat ze mee konden volgen: Wie is eraan gemeld? Hoe loopt dat? Dus daar voelde ik wel die steun.”

Daartegenover stonden situaties waarin beperkte betrokkenheid van leidinggevenden het project juist afremde.

- “Ja, die heeft zich, ondanks dat dat ook wel een psychiatrische verpleegkundige is van opleiding, heeft zij zich daar weinig toe geëngageerd. […] Maar ja, ze was weinig betrokken bij het project, dus dat maakt het ook wel moeilijker voor ons intern om het uit te rollen als er van bovenaf niet echt tijd wordt vrijgemaakt om het te kunnen doen.”

Verschillende respondenten verwezen daarnaast naar het belang van het creëren van de juiste randvoorwaarden. Ze beschouwden interne bekendmaking van het project, informatiedeling met medewerkers en expliciete aandacht voor het thema psychisch welzijn binnen de organisatie als belangrijke manieren om betrokkenheid te creëren en te behouden.

- “En hier beschouw ik dat hetzelfde: wij zijn nu dat pilootproject aangegaan met de psychologe, dus dat betekent dat we nu iets meer natuurlijk die thema's op de voorgrond zetten.”
- “Dus dat we ons personeel natuurlijk daarvan op de hoogte stellen van “We gaan daaraan deelnemen” en dingen, dus dat denk ik dat heel belangrijk is via nieuwsbrieven of een intranet of op een teamvergadering dat zeggen op die manier.”

1.4.4 Noden

Hoewel respondenten de nood aan psychiatrische expertise en ondersteuning breed erkenden, verschilden de meningen over de frequentie waarmee ondersteuning noodzakelijk is. Sommige respondenten benadrukten dat psychische kwetsbaarheid een dagelijkse realiteit vormt binnen het WZC en dat intensievere ondersteuning daarom wenselijk zou zijn. Meerdere respondenten gaven aan een voorkeur te hebben voor een regelmatig en gestructureerd aanbod.

- “Ze zou meer mogen komen. Het is een dagelijkse problematiek dat zich aanbiedt, dat is niet één keer om de zoveel dagen of één keer om de zoveel weken, het is een dagelijkse problematiek waar je mee te maken krijgt.”

- “Iemand die regelmatig komt kijken, die regelmatig komt poolshoogte nemen en zien van “Oké, die situatie ziet er goed uit of we daar even bijsturen”. Ik denk dat dat vooral het hele belangrijke is.”

Andere respondenten plaatsten deze nood meer contextafhankelijk. Volgens hen ontstaat de behoefte aan ondersteuning vooral wanneer zich specifieke casussen aandienen, waardoor continue ondersteuning niet altijd noodzakelijk is.

- “Want ja, natuurlijk dan moet je ook een casus hebben. Je hebt ook, het is niet dat er continu, maar het kan wel zijn bijvoorbeeld over een maand of twee dat er toch wel iets speelt en je zegt van “Ja, ik zou het wel aangewezen vinden om toch een keer te kunnen overleggen”.”

De resultaten suggereren dat individuele factoren zowel bevorderend als belemmerend kunnen werken voor de implementatie van het pilootproject. Aanwezige expertise, motivatie, autonomie en steun vanuit leidinggevenden creëerden gunstige voorwaarden voor deelname aan het pilootproject, terwijl beperkte kennis, tijdsdruk en een gebrek aan betrokkenheid de implementatie konden afremmen. Daarnaast bleek er binnen de deelnemende WZC een brede behoefte aan psychiatrische ondersteuning, waarvan de concrete invulling afhankelijk was van de lokale context en noden.

1.5 Implementatieproces

1.5.1 Afstemmen en plannen

De ervaringen met betrekking tot afstemming en planning bij de opstart van het pilootproject waren overwegend positief, al kwamen er ook enkele kritische standpunten naar voren. De meeste respondenten gaven aan dat de kennismaking en het initiële afstemmingsmoment hielpen om verwachtingen te verduidelijken, vragen te beantwoorden en de samenwerking vorm te geven. Daardoor ontstond voor veel WZC een gevoel van ondersteuning bij de opstart van het project.

- “Dus we hebben daar dan wel even zo'n momentje gehad waar we konden afstemmen op elkaar, dat was wel fijn.”
- “Dus in het kennismakingsgesprek hadden wij wel het gevoel dat we daar met onze vragen terecht konden.”

Tegelijk gaven enkele respondenten aan dat zij zich minder ondersteund voelden bij de implementatie en dat zij het gevoel hadden het project grotendeels zelf te moeten integreren in de werking van hun WZC.

- “Dat wel wat minder, omdat ik zoals ik zeg, je moet het helemaal zelf implementeren in je werking in het WZC, maar dat is moeilijk…”

Vrijwel alle respondenten waardeerden het duidelijke afsprakenkader dat het projectteam bij de opstart voorzag. Ze ervoeren vooral de afbakening van het aanbod, de planning en het vastleggen van contactpersonen als helpend. Dit zorgde volgens verschillende respondenten voor duidelijkheid over rollen, verwachtingen en communicatielijnen.

- “Ja, dat werd wel heel gekaderd eigenlijk, moet ik zeggen, van in het begin van “Dat doen we wel, dat doen we niet”

Ondanks deze positieve ervaringen bleek de aanmeldprocedure bij de opstart niet voor iedereen even duidelijk. Verschillende respondenten gaven aan dat zij initieel onvoldoende zicht hadden op welke casussen ze konden aanmelden. Deze onduidelijkheid leidde er volgens sommigen toe dat ze minder bewoners aanmeldden dan mogelijk was geweest.

- "...daardoor dat we in het begin ook niet veel aanmeldingen hebben gedaan, want hadden we dat van in het begin eigenlijk geweten hadden we veel meer mensen van in het begin kunnen aanmelden. Maar ja, dat vond ik wel zo... Dat was niet duidelijk eigenlijk."

1.5.2 Deelname aanmoedigen

De ervaringen met de bevordering van deelname aan het pilootproject waren gemengd. Eén respondent gaf aan dat de oorspronkelijke projectoproep weinig motiverend overkwam doordat de nadruk sterk lag op de verwachte tijdsinvestering vanuit de WZC. Hierdoor dreigde de gepercipieerde meerwaarde van het project naar de achtergrond te verdwijnen.

- "…dat stond daar een beetje te veel in en dat was direct al een afknapper, denk ik, bij vele directies, die zeggen van "Ja, het zoveelste pilootproject en wij moeten er dan ook nog veel in investeren", dat dan uiteindelijk de meerwaarde er dan toch niet voldoende wordt ingezien ten opzichte van wat je er zogezegd moest insteken."

Daartegenover staat dat verschillende respondenten de inspanningen van de projectcoördinator om betrokkenheid te creëren en te behouden expliciet waardeerden. Ze omschreven de projectcoördinator als aanklampend, bereikbaar en ondersteunend. Via persoonlijke opvolging, frequente communicatie en overleg met verschillende betrokkenen probeerde zij deelname actief te faciliteren.

- "Want het was wel, vanuit het project, dus van Connie uit, is er wel twee keer echt wel gevraagd om met de directie ook samen te zitten rond dat project en ja, binnenhuis die tijd te geven."
- "Connie heeft ook echt al meerdere keren gebeld als ze merkte van "Oei, we horen niks van jullie", ze zei "Ik wil jullie niet onder druk zetten, maar jullie mogen echt wel nog mensen aanmelden" en zo."
- "…ze heeft dat echt wel proberen… toen ja, willen rechttrekken ook, allee, "Zullen we proberen dan om nog eens samen te komen?"."

De mate waarin het projectteam de zorgteams binnen de WZC betrokken bij het pilootproject beschouwden respondenten daarentegen niet altijd als voldoende. Enkele respondenten gaven aan dat zij meer rechtstreekse communicatie tussen het projectteam en de WZC-medewerkers hadden gewaardeerd, bijvoorbeeld tijdens teamvergaderingen of briefingmomenten.

- "Ja, of als het dan inderdaad ondersteuning is van buitenaf om het dan echt mee te bespreken in ons team, dat het team daarin betrokken wordt."
- "Ik heb niet het gevoel dat het team echt heel betrokken was. Ik probeerde dan wel op briefings een beetje, maar ik voelde wel aan hun van "Ja maar waarom komen zij dat niet zeggen?"."

1.5.3 Aanpassen

Verschillende respondenten beschreven hoe het projectteam het pilootproject gedurende de looptijd verder afstemde op de praktijk. De introductie van hulpmiddelen zoals een gestructureerd aanmeldingsformulier, vaste overlegmomenten en een duidelijkere agenda droegen volgens hen bij aan een efficiëntere samenwerking en een betere afstemming tussen het projectteam en de WZC. Verschillende respondenten beoordeelden de mogelijkheid om werkwijzen aan te passen aan lokale behoeften positief.

- “Ik denk vanaf de derde casus ofzo hadden ze dan een papier gemaakt met aanmelding. Ik vond dat veel handiger, dan kon ik echt in mijn hoofd een structuur “Oké, dat moeten ze allemaal weten”, ik had dat opgeschreven en dan kon ik veel gemakkelijker mijn telefoongesprek met hen doen.”
- “Ik denk dat we gaandeweg ook wel die benadering wat gewijzigd hebben, allee, op de manier hoe dat we het georganiseerd hebben. Zoals in het begin was het eerder vanuit ons als wij een aanmelding deden, maar nadien hebben we geswitcht […] naar eigenlijk dat als ik een overleg doe met mijn hoofdverpleegkundigen om de bewoners te bespreken dat iemand van het SaVHA?!-project daarbij zit.”

Het projectteam kon echter niet alle gewenste aanpassingen realiseren. Enkele respondenten gaven aan dat ze hun voorstellen onvoldoende opvolgden. Vooral de wens naar een grotere aanwezigheid van het projectteam binnen de WZC kwam regelmatig terug. Respondenten zagen hierin kansen voor betere wederzijdse kennis van elkaars werkcontext, een sterkere betrokkenheid van de zorgteams en een sterkere ondersteuning op het vlak van detectie.

- “Wij hadden op één van de momenten die we samenzaten, dan ook gezegd van “Ja, het is misschien ook goed dat de collega's van ‘SPOOR’ ook wat meer effectief zouden langskomen en bijvoorbeeld ook briefings of zoiets meemaken”. Ook zeker rond dat stukje van detectie, maar ook om te, ook zodat zij zouden kunnen zien van “Hoe wordt er gedacht vanuit het WZC?”. Maar dat is eigenlijk niet tot stand gekomen omdat we een melding dan kregen “Ja, dat is niet haalbaar”, wat eigenlijk een jammere is, want de collega's hier botsen als het gaat over het stukje GGZ zo, maar omgekeerd ook omdat sommige collega's ook niet, geen zicht hebben van “Hoe werkt een woonzorgcentrum? Hoe zit dat in elkaar?”, allee. Dus dat was eigenlijk een hele goeie geweest zijn, mocht dat wel gekund hebben, mochten ze wel echt meer aanwezig geweest zijn en niet enkel als we een aanmelding deden een keer langskomen en dan allee.”

1.5.4 Samenwerking

Respondenten evalueerden de communicatie binnen het pilootproject overwegend positief, al kwamen ook enkele aandachtspunten naar voren. Ze waardeerden in het bijzonder de duidelijke en vlotte communicatie en de snelheid waarmee het projectteam vragen en mails beantwoordde.

- “Dat was bij mij altijd zo direct, het bellen, de mails werden altijd vlot beantwoord.”

De ervaringen met terugkoppeling na begeleidingsmomenten en teamvergaderingen waren meer uiteenlopend. Sommige respondenten gaven aan dat zij snel feedback ontvingen over gesprekken met bewoners en dat het projectteam hen goed geïnformeerde over het verdere verloop van een traject.

Daardoor bleven zij betrokken bij de ondersteuning en konden zij de verkregen informatie verder meenemen in de dagelijkse zorg.

- “Die communiceerden naar mij toe, hoe dat de gesprekken waren geweest met de bewoonster toen. Dus die gaven zo snel mogelijk feedback over hun momenten.”

Tegelijk beschreven verschillende respondenten dat de terugkoppeling niet altijd consequent verliep. Eén respondent had het gevoel zelf actief achter feedback te moeten vragen, een andere gaf aan dat eindverslagen soms lang op zich lieten wachten. Dat leidde ertoe dat ze de feedback niet onmiddellijk konden terugkoppeling naar het team en de naasten van de bewoner en dat de feedback pas na enige tijd opgenomen kon worden in de dagelijkse zorg.

- “Ja, ze komen dan wel langs, maar we kregen eigenlijk weinig feedback.”
- “Of dat ik zo... Ik heb wel een paar keer zo nog eens moeten bellen van ‘Ja, hebben jullie al wat feedback waar ik iets mee kan?’ [...] dat ik daar soms ook nadien wel wat achter moest zitten ofzo.”
- “Ja, ik denk in het algemeen… hetgeen wat wij wel vonden, is dat bijvoorbeeld voordat we een eindverslag hadden of wat dan ook, dat dat eventjes op zich liet wachten.”

Naast beperkingen in terugkoppeling rapporteerden enkele respondenten meer specifieke communicatieproblemen. Daarbij verwezen ze naar situaties waarin het projectteam informatie onvolledig doorgaven of waarin de betrokken actoren onvoldoende afstemden. In één geval leidde een gemiste afspraak en daaropvolgende miscommunicatie tot verwarring over een heraanmelding.

- “Er zijn zo in, soms in communicatie, dat ik denk van ‘Oei, maar dit klopt niet. […] wel wat jammer dat er zo een ding gebeuren zonder overleg.”

Eén respondent beschreef daarnaast meerdere situaties waarin het projectteam informatie over eerdere begeleidingstrajecten of opname- en ontslagmomenten onvoldoende deelde. Dit sluit aan bij de opmerking van de project- en netwerkcoördinatoren dat een gezamenlijk zorgdossier ontbreekt, zoals aangegeven in de implementatiebeschrijving. Volgens de respondent leidden dergelijke situaties tot frustraties en spanningen tussen het WZC en het projectteam.

- “Want bijvoorbeeld de casus waar ik het daarstraks ook al over had, die was al, die mevrouw is ook al eens opgevolgd geweest door iemand van SPOOR. En nu toen het weer minder goed ging met haar dan - dat vond ik ook zo jammer - had ik ook contact teruggelegd om te vragen van “Wat is er dan vorige keer allemaal besproken geweest?” - want dat was dus iemand, ik denk dat zal misschien iemand van de eerste aanmeldingen zal geweest zijn, dus dat was ook nog via mijn collega – ja, dan was het zo van “Ja, maar dat was toen uw collega”. Ik zeg “Ja, maar die zit niet meer, dat is… die zit niet meer in dit stukje”. Ben ik ook gewoon zelfs nooit meer gecontacteerd geweest door de persoon die haar begeleid heeft en dat vind ik eigenlijk niet, allee, terwijl ik die zelf gemaild heb en zo, dan denk ik “Ja, maar dit klopt niet”.”
- “Ja, er is een casus geweest, jawel, waar uiteindelijk mevrouw na heel lange tijd uiteindelijk dan toch naar Sint-Alexius is gebracht en ook daar is er vanalles fout gelopen met communicatie, waardoor mevrouw teruggebracht is zonder dat de woongemeenschap het wist.”

Deze respondent koppelde dergelijke moeilijkheden aan een bredere kloof tussen de GGZ- en WZC-context. Volgens haar beschikken medewerkers uit beide sectoren niet altijd over voldoende inzicht in elkaars werking, wat kan leiden tot misverstanden en onrealistische verwachtingen.

- "…want de collega's hier botsen als het gaat over het stukje GGZ zo, maar omgekeerd ook omdat sommige collega's ook niet, geen zicht hebben van 'Hoe werkt een woonzorgcentrum? Hoe zit dat in elkaar?'."

Verschillende respondenten gaven daarnaast aan dat zij meer rechtstreekse communicatie met het volledige zorgteam wenselijk vonden. In de meeste WZC verliep de communicatie voornamelijk via één contactpersoon, terwijl respondenten aangaven dat gezamenlijke overlegmomenten of terugkoppelingen naar het volledige team een meerwaarde hadden kunnen bieden. Een respondent van een WZC waarin de zorgverleners wel initiatief namen om samen te zitten met het zorgteam benoemde dit als een pluspunt.

- "En wat ik ook jammer vind, ze deden dat met mij, maar het had misschien fijn geweest als ze met de collega's, het team ook eens kwamen samen zitten, want ja, ik kan wel informatie doorgeven hoe ik dat ervaar, maar ja, je hebt het team ook."
- "…en die vroegen dan ook om af te spreken, om samen te zitten en het verloop verder te bespreken. Dus dat verliep eigenlijk wel goed."

Voor sommige respondenten vormde ook de indirecte communicatielijn via de projectcoördinator een beperking. Hoewel de meeste respondenten de communicatie via de projectcoördinator positief beoordeelden, gaf één respondent aan dat rechtstreeks contact met vast toegewezen zorgverleners per WZC efficiënter zou kunnen zijn.

- "[…] had misschien ook gewoon beter geweest dat er bepaalde personen per woonzorgcentrum waren toegewezen die ook zouden langskomen en dat dat misschien ook meteen gewoon uw aanspreekpunt zou zijn."

Binnen pilootproject 2 verliep de communicatie doorgaans rechtstreeks met de betrokken CGG-medewerker. De respondenten die hiermee ervaring hadden beoordeelden deze werkwijze positief. Daarbij waardeerden ze vooral de duidelijke afstemming over praktische afspraken. Daarnaast gaven respondenten aan dat er binnen pilootproject 2 steeds een verantwoordelijke bereikbaar bleef voor vragen of bijsturing bij moeilijkheden. Ze ervaarden deze combinatie van een vast contactpersoon en een overkoepelend aanspreekpunt als ondersteunend.

- "Ja, want C. die geeft haar dagen door op tijd wanneer zij komt."
- "…maar ik weet van als ik naar K. daar een mail naar stuur of ik ga bellen om te zeggen van "Oei we hebben die of die ervaring toch met de psychologe gehad", dit of dat, dat er direct werd ingegrepen of bijgestuurd..."

Tot slot wezen enkele respondenten op de beperkte beschikbaarheid van de zorgverleners uit het projectteam. Hierdoor verliep de inbedding van de zorgverleners binnen de WZC trager, hadden ze minder ruimte voor contacten met WZC-medewerkers, konden ze de ondersteuning moeilijk uitbreiden en bleven ze afhankelijk van signalen vanuit het WZC zelf.

- “[…] maar dat is wat moeilijk omdat de tijd daarvoor eigenlijk beperkt is voor haar zich in te bedden, daarvoor moet je echt al veel meer hier aanwezig zijn, veel meer uren aanwezig zijn.”
- “Het feit dat ze dan zo de mensen die nu in het project zitten, die zitten dan ook nog in hun andere job en dan je merkt gewoon dat dan de bereikbaarheid niet zo makkelijk is. Zoals het feit van ja, dat langs kunnen komen voor zo die extra's dan buiten een opvolging. Ja, ik denk dat dat iets is waar dat we toch denk ik op botsen.”

1.6 Implementatie-uitkomsten

1.6.1 Effecitiviteit

De respondenten van de deelnemende WZC beoordeelde de effectiviteit van het pilootproject overwegend positief. Alle respondenten uit WZC waar het project effectief opstartte, benoemden minstens één positieve uitkomst. De ervaren effecten hadden voornamelijk betrekking op de versterking van kennis en expertise, uitbouw van samenwerkingsrelaties, ondersteuning bij complexe casussen, teamgerichte begeleiding en ondersteuning bij doorverwijzing. Een terugkerende bevinding was dat het project de samenwerking tussen WZC en gespecialiseerde GGZ-diensten bevorderde. Door medewerkers en organisaties met elkaar in contact te brengen, verlaagde de drempel om expertise in te schakelen volgens verschillende respondenten.

- “Ik vind zo echt wel de samenwerking tussen de WZC en dan de psychiatrische thuiszorg en de psychiatrische centra, ik vind wel dat dat eigenlijk wel een heel grote meerwaarde is.”

Daarnaast gaven respondenten aan dat het project niet alleen ondersteuning bood bij individuele casussen, maar ook bijdroeg aan de deskundigheidsbevordering van medewerkers. Casusbesprekingen vormden daarbij vaak een aanleiding om kennis, vaardigheden en een gepaste houding binnen het team te versterken.

- “Dus daar heeft zij bijvoorbeeld dan mee een opleiding rond uitgewerkt hoe daarmee om te gaan. Dus dat we wel zien dat het, allee dat het inderdaad ook leidt tot het verhogen, niet alleen casussen bespreken, maar ook het verhogen van die expertise van daaruit.”

Tegenover deze positieve ervaringen stonden echter enkele uitzonderingen. Twee respondenten gaven aan dat het project minder meerwaarde bood dan verwacht. Zij hadden gehoopt sterkere samenwerkingsbanden en meer doorverwijsmogelijkheden uit te bouwen, maar ervaarden dat deelname aan het project deze verwachtingen slechts gedeeltelijk inloste. Daarnaast waren deze respondenten werkzaam in organisaties waar al aanzienlijke expertise rond psychisch welzijn aanwezig was, waardoor ze de aanvullende waarde van het pilootproject als beperkter ervoeren.

- “Hadden wij ook gehoopt om via SaVHA?! zo wat netwerk, contacten, doorverwijzingen te kunnen krijgen, maar dat blijkt nog altijd heel moeilijk.”
- “Ja, omdat wij al zo sterk staan op heel dat welzijn, dat wij... Ze gaven ons dan advies, maar ja, we hadden het allemaal al uitgeprobeerd. Dus dan zei ik “Ja, en nu?”. En dan zeiden ze “Ja, dan weten wij het ook niet meer”.”

1.6.2 Impact op WZC-medewerkers

Hoewel verschillende respondenten aangaven dat medewerkers zich ondersteund voelden door de inzet van het projectteam, vond de meerderheid dat de geboden ondersteuning te beperkt bleef in omvang of intensiteit. Volgens verschillende respondenten had een intensievere aanwezigheid van het projectteam, met meer ruimte voor observatie, opvolging en teamondersteuning meer impact kunnen hebben op de dagelijkse werking.

- "…maar ik vind dat wel fijn om…die ondersteuning te hebben."
- "Ja, alleen, ik denk, zoals ik zei ze zijn maar één keer geweest. Ik denk dat er iets meer ondersteuning zou geweest zijn als ze eens een tweede of een derde keer zouden gekomen zijn, eens komen observeren zijn, het team dan mee in gesprek gaan, dat had iets meer ondersteuning geboden, denk ik."

Ook een respondent van een niet-deelnemend WZC uitte haar bezorgdheid met betrekking tot de mate waarin het projectteam ondersteuning kan bieden.

- "Of iemand die het dan eens, want als je een advies vraagt aan iemand, en je zegt ze zijn beperkt in tijd en je weet ook wel, iemand met psychiatrische of psychische problemen, in één gesprek of in één... Je gaat dan niet... Ja, ik zie daar heel weinig..."

Ondanks deze kritische bemerkingen rapporteerden verschillende respondenten wel duidelijke veranderingen in de manier waarop medewerkers naar psychisch welzijn en psychische kwetsbaarheid keken. Het project droeg volgens hen bij aan een groter bewustzijn rond psychisch welzijn en stimuleerde medewerkers om al vanaf opname meer aandacht te besteden aan psychosociale noden.

- "Ja, we zijn daar wel veel bewuster rond gaan werken, dus dat doen we wel."
- "I: Inderdaad dat die expertise of die houding eigenlijk al wat in het team binnengebracht is? R: Ja."

1.6.3 Impact op bewoners

De impact op het welzijn van de bewoners kwam slechts in beperkte mate aan bod tijdens de interviews. Toch rapporteerden verschillende respondenten positieve effecten op het welzijn en gedrag van bewoners. Zij beschreven verbeteringen bij individuele bewoners en benadrukten dat de ondersteuning van medewerkers uiteindelijk ook de bewoners ten goede kwam.

- "Ja, wel bij die bewoonster vond ik in het begin dat dat toch wel een effect had, een positief effect."
- "…en anderzijds ja, zijn de bewoners daar ook bij gebaat."
- "I: Ja. En is er dan ook verschil in het welzijn van de bewoners zelf? R: Ja, zeker."

De resultaten tonen aan dat de voornaamste meerwaarde van het pilootproject lag in het toegankelijk maken van GGZ-expertise, het versterken van de samenwerking tussen zorgactoren en het ondersteunen van medewerkers bij complexe casussen. Verschillende respondenten rapporteerden daarnaast een toegenomen bewustzijn rond psychisch welzijn en een versterking van de aanwezige kennis en expertise binnen de teams. Hoewel de ondersteuning als waardevol werd ervaren,

beschouwden enkele respondenten haar intensiteit als beperkt en bleek de ervaren meerwaarde mede afhankelijk van de reeds aanwezige expertise binnen het WZC. Daarnaast beschreven enkele respondenten ook positieve effecten op het welzijn en gedrag van bewoners.

1.7 SWOT-analyse

Tabel 3 geeft een overzicht van de belangrijkste sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen die uit de analyse naar voren kwamen.

Tabel 3: Samenvatting SWOT-analyse

	+	-
INTERN	**Sterktes** • Tussentijdse bijsturing (Aanpassen) • Motiverend en aanklampende werking (Deelname aanmoedigen) • Afstemming en duidelijke afspraken (Afstemmen en plannen) • Goed ontwerp (Ontwerp) • Effectiviteit van het project (Effectiviteit) • Positieve impact op WZC-medewerkers en bewoners (Impact op medewerkers, Impact op bewoners) • Positieve samenwerking met projectteam	**Zwaktes** • Beperkte flexibiliteit (Aanpassen) • Beperkte aandacht voor betrekken van team (Deelname aanmoedigen) • Ontmoedigende oproep (Deelname aanmoedigen) • Beperkte ondersteuning bij implementatie (Afstemmen en plannen) • Beperkingen in ontwerp (Ontwerp) • Beperkte effectiviteit op bepaalde vlakken (Effectiviteit) • Beperkte impact op WZC-medewerkers (Impact op medewerkers) • Moeilijkheden in samenwerking en communicatie
EXTERN	**Kansen** • Nood aan ondersteuning en verandering binnen WZC (Noden, Nood aan verandering) • Bereidheid om deel te nemen binnen WZC (Motivatie, Meerwaarde) • Expertise binnen WZC ter ondersteuning (Kennis en vaardigheden) • Fit met cultuur en missie van WZC (Cultuur, Aansluiting bij missie) • Organisatorische randvoorwaarden binnen WZC (Mogelijkheden, Compatibiliteit, Werkinfrastructuur) • Al bestaande banden met het projectteam (Partners en connecties) • Aansluiting bij breder beleid (Regelgeving en wetgeving)	**Bedreigingen** • Mismatch met expertise en vaardigheden binnen WZC (Kennis en vaardigheden) • Gebrek aan bereidheid om deel te nemen binnen WZC (Motivatie) • Gebrek aan organisatorische randvoorwaarden binnen WZC (Mogelijkheden, Beschikbare middelen, Werkinfrastructuur) • Botsing met bestaande zorgcultuur (Cultuur) • Onverwachte, hinderende omstandigheden (Externe gebeurtenissen) • Hinderende houding m.b.t. psychosociale zorg voor ouderen binnen de maatschappij (Lokale attitudes) • Beperkte beschikbaarheid huisartsen (Partners en connecties) • Impact van beleid (Regelgeving en wetgeving)

2 Analyse van samenwerking, optimalisatie en opschaling

Naast de analyse van implementatiefactoren gingen we na hoe betrokken actoren de samenwerking binnen het pilootproject ervoeren en welke mogelijkheden respondenten zien voor verdere optimalisatie en opschaling van het initiatief. Dit onderdeel biedt inzicht in de ervaren sterktes en aandachtspunten van de samenwerking, evenals in de voorwaarden die volgens de respondenten belangrijk zijn voor de verdere ontwikkeling en verduurzaming van het project.

2.1 Samenwerking

Hoewel samenwerking ook aan bod kwam als implementatiefactor in de voorgaande analyse, ligt de focus in deze paragraaf niet op de invloed van samenwerking op de implementatie, maar op de manier waarop betrokken actoren de samenwerking zelf ervaarden.

De meerderheid van de respondenten beoordeelden de samenwerking met de projectcoördinator en het projectteam positief. Ze benadrukten de bereikbaarheid en het aangename contact. De laagdrempelige benadering droeg volgens sommige respondenten bij aan de toegankelijkheid van de expertise en het versterken van de relaties tussen WZC en de GGZ-partner.

- “Voor ons is dat een heel positieve, vlotte samenwerking”
- “Ik vond wel, de mensen die daaraan meegewerkt hebben, vond ik superfijn. Altijd een keileuk contactmoment, echt aan telefoon en in persoon, dus daar mag ik echt niet over klagen.”
- “In het zorglandschap, hoe meer we elkaar kennen, hoe toegankelijker je naar elkaar toe ook wel bent, dat dat laagdrempelig is.”

Bijna alle respondenten omschreven de projectcoördinator als een centrale figuur binnen het pilootproject en waardeerden vooral haar bereikbaarheid, gestructureerde aanpak en actieve opvolging van de deelnemende WZC. Verschillende respondenten gaven aan dat zij regelmatig contact opnam om ondersteuning te bieden, vragen te beantwoorden en de betrokkenheid bij het project te behouden.

- “Connie heeft ook echt al meerdere keren gebeld als ze merkte van “Oei, we horen niks van jullie”, ze zei “Ik wil jullie niet onder druk zetten, maar jullie mogen echt wel nog mensen aanmelden” en zo. Dus langs hun kant uit verloopt dat eigenlijk wel heel vlot, heel goed.”
- “…met Connie had ik dan wel een heel goed contact. Dat was zeker wel een fijne samenwerking.”
- “Ja, ik denk sowieso, Connie is het hart en ziel van het project, zij doet dat fantastisch.”

Ook ervoeren respondenten de samenwerking met het projectteam als overwegend positief. Verschillende respondenten benadrukten dat de zorgverleners zich professioneel, flexibel en betrokken opstelden. Ze kwamen gemaakte afspraken doorgaans na en de WZC waardeerden hun inhoudelijke ondersteuning.

- “Dat was altijd wel een heel fijn contact.
- “En eens dat ze hier ook naartoe kwamen, waren ze goed als altijd op tijd, ik kon ze ontvangen, dus dat was wel oké.”
- “Terwijl ze wel hun werk goed gedaan hebben, dat wel.”

Hoewel verschillende respondenten huisartsen tot slot als een belangrijke partner binnen de zorg voor bewoners beschouwden, ervoeren ze hun betrokkenheid bij het pilootproject vaak als beperkt. De samenwerking bleek sterk afhankelijk van de bereidheid en interesse van de individuele huisarts. Sommige huisartsen stelden zich open voor overleg en externe expertise, terwijl anderen een eerder afwachtende houding aannamen of zich voornamelijk richtten op de medische aspecten van de zorg. Daarnaast gaf één respondent aan dat ook de manier waarop ze externe ondersteuning voorstelt een rol speelt in de bereidheid tot samenwerking. Wanneer ze gespecialiseerde psychosociale ondersteuning positioneerde als een aanvulling op de bestaande zorg, eerder dan als een alternatief voor het handelen van de huisarts, ervoer ze de samenwerking doorgaans als constructief en gekenmerkt door wederzijds respect.

- “Ik heb maar één keer gehad dat een huisarts echt heel betrokken was en zei 'Amai, dat is keigoed dat dat gebeurt en kunnen mij op de hoogte houden?'. Maar de andere keren was het zo van 'Ja, doe maar. Je moet mij niet laten weten hoe dat geweest is'.”
- “Maar ja, de huisartsen, dat hangt echt van huisarts tot huisarts af. Wie dat je voor u hebt en welke bereidheid dat die heeft om daar ten eerste over na te denken, daar mee in te observeren, daar in overleg dingen te proberen of contacten te nemen met de geestelijke gezondheidszorg. Dat speelt echt, allee, de persoon van de huisarts speelt daar echt in mee.”

Samenvattend tonen de bevindingen aan dat respondenten de samenwerking binnen het pilootproject grotendeels positief ervoeren. Ze beschreven de projectcoördinator en het projectteam over het algemeen als toegankelijke en ondersteunende samenwerkingspartners. De ervaringen met huisartsen waren meer genuanceerd en wezen op aanzienlijke variatie tussen individuen, waarbij de ervaren kwaliteit van de samenwerking mede werd bepaald door de mate waarin huisartsen ervoor openstonden om betrokken te worden.

2.2 Optimalisatie

Verschillende optimalisatiesuggesties bouwen voort op eerder beschreven implementatie-uitdagingen. In tegenstelling tot de SWOT-analyse ligt de nadruk hier niet op het identificeren van zwaktes, maar op de voorstellen die respondenten formuleren om het project verder te ontwikkelen. Daarnaast formuleerden de respondenten niet alleen optimalisaties van het bestaande project, maar ook bredere verwachtingen ten aanzien van een ideaal ondersteuningsaanbod voor psychosociale zorg in WZC.

Eén van de meest terugkerende thema’s betrof de combinatie van dementie en psychiatrische problematiek. De meerderheid van de respondenten gaf aan dat deze doelgroep bijzonder uitdagend is en dat zij net op dit vlak nood hadden aan bijkomende ondersteuning. Verschillende respondenten hadden bovendien verwacht dat het pilootproject hier explicieter op zou inzetten en benoemden het als een onmisbaar onderdeel van een ideaal ondersteuningsaanbod.

- “En je hebt dan mensen met ook een psychiatrisch achtergrond, maar dan ook soms een beetje een dementieel beeld, dan weten we al zeker niet wat we moeten doen.”
- “En dat was juist wat wij nodig hadden, nog meer mensen met ervaring over die gemengde doelgroep. Dus dat was wel waarom wij hebben meegedaan, in de hoop om daar een beetje ondersteuning te krijgen.”

- “Ik denk, ik, zo wat meer expertise rond die dementie. Ik denk dat daar wel, ze hebben heel wat expertise rond het psyche, maar dat die dementie er ook nog bijkomt.”

Een tweede belangrijk aandachtspunt was ondersteuning in crisissituaties. Verschillende respondenten beschreven een gebrek aan beschikbare ondersteuning wanneer bewoners acuut psychisch decompenseren. Sommige respondenten hadden initieel zelfs verwacht dat het pilootproject specifiek op dergelijke situaties gericht zou zijn.

- “We hebben nog een paar keer zo'n crisissituatie gehad en dan wij als woonzorgcentrum weten of kunnen eigenlijk nergens terecht om dan met die acute personen aan de slag te gaan.”
- “Dus voor echt die crisissituaties, hè, van daar iets ook aan te doen, hè.”

Daarnaast haalden veel respondenten de nood aan ondersteuning bij detectie aan. Respondenten erkennen dat detectie een eerste stap vormt om ondersteuning in te schakelen. Zij gaven daarbij aan dat het voor WZC-medewerkers niet evident is om psychische kwetsbaarheid bij bewoners te herkennen. Volgens sommigen zouden WZC een ideaal ondersteuningsaanbod niet alleen inschakelen nadat problemen zijn vastgesteld, maar ook om bij te dragen aan vroegtijdige detectie. Een andere respondent haalt bovendien aan dat de aanwezige zorgverleners in het ideale geval ook zelf moeilijkheden bij WZC-medewerkers zouden detecteren.

- “Ik denk de observaties: “Hoe kan ik zien dat iemand psychische problemen heeft?”, het detecteren, wij doen dat wel al, maar het is niet altijd evident. […] Dus ja, ik denk niet dat alles naar buiten gaat komen, dat denk ik vooral. Ze gaan vooral als er een keer iemand heel kwaad wordt, dat gaan ze komen… Maar de rest, wat eigenlijk soms gevaarlijker nog is...”
- “En ook eventueel in een opnameteam erbij komen. Dat zij kunnen verder al kijken dan wie dat er zit kijkt eigenlijk.”
- “Maar op termijn zou wel, als dat dan een psycholoog is die veel langer verbonden is aan het woonzorgcentrum, zou het natuurlijk wel nog beter zijn als zij ook wat tijd zou hebben om gewoon rond te lopen en zaken vanuit het personeel te detecteren. […] Door bijvoorbeeld gewoon op een briefing aanwezig te zijn of door dingen dat ze hoort of gesprekken gewoon met een medewerker.”

Daarnaast wezen respondenten op een behoefte aan ondersteuning die verder reikt dan bewoners en teams alleen. Verschillende respondenten benoemden expliciet de nood aan ondersteuning van individuele medewerkers en familieleden. Die ondersteuning zou volgens hen kunnen bijdragen aan een betere omgang met complexe situaties en relationele spanningen.

- “…families ook. Soms hebben die ook een keer nood aan een gesprek, maar dan wordt dat ook door ons bepaald, maar als hier iemand zit, kunnen die ook een keer binnen en buiten lopen.”
- “Soms kunnen we met familieleden van een bewoner problemen hebben […] En dan kan een psychologe u daar ook bij helpen van daar inzichten in te geven “Ja, maar dat zal spelen” en dit en dat en zo kunt ge die beter benaderen en dat je daarmee bijvoorbeeld niet constant in de clinch ligt of zo kunnen we die betrekken bij de zorg, bij de bewoner.”
- “Ik denk moest het kunnen gaan naar de werknemers ook. Of ondersteuning van de leidinggevenden in het algemeen zou ook wel een meerwaarde zijn denk ik.”

Verder kwam de wens naar een grotere betrokkenheid van zorgteams meerdere keren terug. Respondenten gaven aan dat zij graag zouden zien dat zorgverleners van het projectteam ook overlegmomenten, briefings of multidisciplinaire besprekingen bijwonen. Een andere respondent stelde voor om na elk bezoek door het projectteam een klein verslag te voorzien, zodat de contactpersoon onmiddellijk naar het zorgteam en de naasten van de bewoner kan terugkoppelen.

- “Ja, en dan ook zo wat multidisciplinair, echt het team, ook op die briefing komen nadat die bewoner besproken is, dat ze dat met het team kunnen bespreken, dat het team ook meer betrokken wordt.”
- “Vooral ondersteuning naar het hoofd toe is al belangrijk, dat zij ook de feedback kan geven van wat dat het personeel er al mee gedaan heeft, wat dat de werkvloer er al, vooral zorgkundigen en verpleegkundigen dan…”

Een ander terugkerend thema had betrekking op de aanwezigheid en continuïteit van de zorgverleners. Sommige respondenten waren voorstander van vaste zorgverleners per WZC, omdat dit volgens hen de communicatie, relatievorming en kennis van de lokale context zou bevorderen. Sommigen gaven bovendien aan dat zij graag langduriger of intensiever gebruik zouden maken van de ondersteuning.

- “Natuurlijk, er is ook een groot verschil in continuïteit. Gaat dat altijd iemand anders zijn? Is daar een vast iemand toegewezen per voorziening? Ik denk dat dat ook wel een verschil maakt.”
- “[…] hoe langer dat ze hier aanwezig is en hoe meer dat ze gekend is of bekend is met onze werking/organisatie, hoe meer dat ze een deel uitmaakt van het team en hoe meer meerwaarde dat je gaat kunnen creëren.”

Daarnaast benadrukten enkele respondenten dat een ideaal ondersteuningsaanbod slechts beperkte administratieve lasten met zich meebrengt. Vooral de aanmeldprocedure ervoeren sommigen als arbeidsintensief. Een respondent uit een niet-deelnemend WZC gaf zelfs aan dat bijkomende administratie een reden zou kunnen zijn om niet deel te nemen.

- “Ook in die aanmeldingen, die zijn echt wel arbeidsintensief.”
- “Ik denk als er administratie gaat bijkomen, dat we nog dingen moeten gaan administreren, allee registreren, dan denk ik dat ze gaan afhaken. […] dat gaan ze er niet willen bijnemen.”

Tot slot formuleerden respondenten verschillende concrete voorstellen om de verdere implementatie van het pilootproject te ondersteunen. Enkele respondenten verwijzen daarbij naar overkoepelende infosessies of een bijkomend overkoepelend aanbod, waarin verschillende deelnemende WZC hun ervaringen en moeilijkheden met elkaar kunnen uitwisselen. Ook verwijzen respondenten naar het belang van het structureel bekendmaken van het ondersteuningsaanbod bij huisartsen. Verder benoemt één respondent de wens om bij opstart samen met zorgverleners uit het projectteam de bewonerslijst te overlopen om meer voeling te krijgen met wie ze wel en niet kunnen aanmelden. Een andere respondent benadrukt het belang om GGZ-zorgverleners en WZC-medewerkers vooraf voldoende te laten kennismaken met elkaars wereld om een succesvolle implementatie te bekomen.

- “Dus dat dat echt een overleg was met de verschillende WZC en dat je daar elkaar in kon ondersteunen van “Hoe doen jullie dat?” en “Misschien is dat bij jullie ook wel van toepassing of kan dat ook wel zo lopen”. Dus dat zou ik dan, als ik een ding mag geven aan het project, dat dat

wel toegevoegd wordt bij ja, dat er meer in de regio overleg is tussen de mensen die het project zelf samen doen eigenlijk."

- "…of dat mensen van het pilootproject wel een mooie, beknoptere informatieflyer ofzo, iets dat wel wat uitnodigt, naar alle huisartsen stuurt. Of dat wij dat kregen en dat wij dat naar alle huisartsen konden sturen, dat die wat meer info hadden daarover, dat die zo wat geprikkeld werden."
- "En misschien zo op voorhand ook al eens overlopen met een lijst van onze bewoners van welke mensen een psychiatrische problematiek hebben en "Schets eens misschien kort die casus", dat zij misschien zouden kunnen zeggen "Ah, maar daar kunnen wij iets mee" of "Vind je zelf dat dat stabiel is?" en als wij dan zeggen "Ja, wij vinden dat stabiel" dan zouden ze zeggen "Ah oké", maar ja zo misschien is dat wel in het beginstukje van het project wel belangrijk."
- "Of dat het, denk ik, misschien qua tijd beter verdeeld wordt, dat ze bijvoorbeeld weten van ik zeg maar die dag werk ik enkel voor… […] Waardoor dat je dan kunt zeggen van dan kom ik ook eens naar het woonzorgcentrum om ook eens mee te zijn."

De resultaten wijzen erop dat het pilootproject al inspeelt op verschillende ondersteuningsnoden binnen WZC, met name op het vlak van toegang tot psychosociale expertise, deskundigheidsbevordering, samenwerking met GGZ-diensten en teamgerichte ondersteuning. Tegelijk formuleerden respondenten diverse verwachtingen en wensen voor verdere optimalisatie. Vooral ondersteuning bij de combinatie van psychiatrische problematiek en dementie, crisissituaties en detectie van psychische kwetsbaarheid werden frequent aangehaald als ontbrekende of onvoldoende uitgewerkte onderdelen. Daarnaast benadrukten respondenten het belang van een grotere betrokkenheid van zorgteams, meer continuïteit en aanwezigheid van zorgverleners, ondersteuning van familieleden en medewerkers, en een werkbare organisatie van het aanbod. Samenvattend wijzen de bevindingen op de nood aan verdere afstemming van het ondersteuningsaanbod op de dagelijkse praktijk en uiteenlopende noden van WZC.

2.3 Opschaling

Hoewel expliciete uitspraken over opschaling eerder beperkt waren, benoemden respondenten verschillende factoren die een bredere uitrol van het pilootproject zouden kunnen ondersteunen. Daarbij maken we een onderscheid tussen directe en indirecte voorwaarden voor opschaling. Directe voorwaarden zijn factoren die volgens respondenten rechtstreeks bepalend zijn voor een bredere implementatie van het project. Indirecte voorwaarden zijn factoren die de opschaling kunnen faciliteren door de bekendheid, toegankelijkheid of implementatie ervan te bevorderen.

2.3.1 Directe voorwaarden voor opschaling van het pilootproject

Wanneer respondenten nadachten over een bredere uitrol van het pilootproject, benadrukten zij in de eerste plaats de nood aan een betere aansluiting bij de realiteit van WZC. Daarbij kwam vooral de combinatie van dementie en psychiatrische problematiek opnieuw naar voren. Verschillende respondenten gaven aan dat een ondersteuningsaanbod voor WZC slechts breed inzetbaar is wanneer het ook ondersteuning biedt bij deze vaak voorkomende en complexe doelgroep. Ook integratie van ondersteuning bij crisissituaties zou het project breder inzetbaar maken.

- “Maar als je dat in een woonzorghuis wilt doen, dan zou ik ook die dementie daarop implementeren, want anders heeft dat heel weinig zin. […] Dus als je dat samen kunt volgen voor een woonzorghuis, dan denk ik dat het echt heel veel meerwaarde kan bieden.”

Daarnaast wees één respondent op het belang van vroegtijdige ondersteuning, nog vóór een opname in het WZC plaatsvindt. Volgens deze respondent zou een betere aansluiting tussen psychosociale ondersteuning in de thuisomgeving en psychosociale ondersteuning in het WZC kunnen bijdragen aan een vlottere overgang en vroegere interventie.

- “En moest je daar dan nog ergens iets van geestelijke gezondheid al ergens kunnen aan koppelen, zou dat misschien al een opname vergemakkelijken, niet volledig makkelijk maken, maar vergemakkelijken.”

Naast inhoudelijke uitbreiding beschouwden respondenten structurele beleidsmatige ondersteuning als een belangrijke randvoorwaarde voor verdere opschaling. Verschillende respondenten benadrukten dat een duurzame uitrol afhankelijk is van voldoende investeringen in zowel de GGZ als de ouderenzorg. Daarbij wezen ze op de spanning tussen de groeiende aandacht voor psychisch welzijn en de bestaande financierings- en personeelsstructuren. Eén respondent benoemde expliciet de nood aan een betere afstemming tussen beide sectoren.

- “Blijf investeren in die mentale welzijn. Dat gaat meer en meer en meer moeten komen, sowieso.”
- “Dus meer flexibiliteit in die personeelsnormen zou kunnen helpen aan de woonzorgcentra om meer aandacht te hebben voor niet alleen dat medisch model, maar ook het psychosociaal welzijn en toch te zoeken naar binnen de enveloppen dat we krijgen, personeel aan te werven dat daar beter in is. […] Maar dan moet dat ook mogelijk zijn, want het zijn aparte sectoren met aparte financiering, aparte normering en dan gaat daar wel wat ook op wetgevend karakter wel wat nodig zijn om dat zo wat mee mogelijk te maken.”

2.3.2 Indirecte voorwaarden voor opschaling van het pilootproject

Naast deze directe voorwaarden benoemden respondenten verschillende elementen die een bredere uitrol van het project zouden kunnen ondersteunen. Een eerste terugkerend thema was het belang van een voorbereidende behoefteanalyse. Een beter inzicht in de aanwezige problematieken en ondersteuningsnoden binnen WZC kan helpen om het aanbod beter af te stemmen en de meerwaarde ervan duidelijker zichtbaar te maken.

- “Ik denk dat we dan een keer moeten kijken van “Welke casussen op dit moment spelen er zich op de verschillende diensten?” om dan eigenlijk nadien te kijken van “Oké, is dat een meerwaarde?”.”

Daarnaast beschouwden respondenten een bredere bekendmaking van het aanbod als een belangrijke voorwaarde voor verdere verspreiding. Ze stelden voor om informatie niet alleen te verspreiden binnen WZC, maar ook naar andere betrokken actoren zoals paramedici, huisartsen en gemeentebesturen.

- “Kennis sowieso in de omgeving, of kenbaarheid zal ik zeggen. Ja, misschien ook gewoon bij de gemeenten en wat dan ook. Je hebt ook altijd een netwerk waar dat de – allee als dat nu specifiek over woonzorgcentra zijn – waar dat de woon- en zorgcentra's eigenlijk samenkomen, dat zijn eigenlijk plaatsen waar die kennis verspreid kan worden.”

Hoewel suggesties voor een sterkere implementatieondersteuning voornamelijk gericht waren op het optimaliseren van de huidige werking, kunnen zij eveneens beschouwd worden als voorwaarden voor een bredere uitrol van het project. Het kan immers de instapdrempel voor nieuwe WZC verlagen en de implementatie vlotter laten verlopen. Volgens sommigen zou een aanvullend overkoepelend aanbod de nood aan individuele aanmeldingen op termijn zelfs gedeeltelijk kunnen verminderen.

- "Ik denk dat het kan helpen om ook op een ander niveau dan in het rusthuis zelf ook overleg te hebben, ook casusoverleg of… te hebben samen met andere rusthuizen en mensen van de geestelijke gezondheidszorg om ook te leren uit casussen van andere woonzorgcentra en te zien hoe dat de geestelijke gezondheidszorg daar advies in geeft. […] Ik denk dat op langere termijn dan bepaalde aanmeldingen voor rusthuizen niet meer moeten in zo'n project als je op een ander niveau ook nog iets aanbiedt."

Tegelijk wezen respondenten op een inherente uitdaging van opschaling. Psychiatrische problematieken zijn vaak sterk context- en persoonsgebonden, waardoor oplossingen die in één situatie werken niet noodzakelijk overdraagbaar zijn naar andere bewoners of voorzieningen.

- "…maar het moeilijke is elke bewoner is weer heel anders, dus wat er dan bij die bewoner geholpen heeft, we kunnen dat proberen, maar dat helpt soms niet bij de andere bewoner."

2.3.3 Voorwaarden voor bredere implementatie van psychosociale zorg in WZC

De interviews brachten daarnaast verschillende voorwaarden aan het licht voor de bredere implementatie van psychosociale zorg binnen WZC, los van het huidige pilootproject. Het meest dominante thema had betrekking op financiering en capaciteit. De meerderheid van de respondenten benadrukte het belang van voldoende middelen om interne expertise rond psychosociale zorg uit te bouwen. Volgens enkele respondenten dient het beleid daartoe ook de psychiatrische zorgbehoefte te erkennen naast de fysieke zorgbehoefte.

- "Ja, als ge iemand in huis wilt hebben, die dat allemaal mee opvolgt, een psycholoog, ja, dan moeten daar wel middelen zijn."
- "En de norm, de personeelsnorm, is daar niet op aangepast, dat is hoe ik het zie. Als je kwaliteit wilt geven, denk ik dat je toch wel iets meer moet investeren."

Naast financiering formuleren respondenten ook verschillende visies over de organisatie van psychiatrische zorg binnen WZC. Sommige respondenten pleitten voor gespecialiseerde psychogeriatrische afdelingen met specifiek opgeleide medewerkers. Andere respondenten waren eerder voorstander van een geïntegreerde aanpak, waarbij psychosociale zorg een vanzelfsprekend onderdeel vormt van de reguliere zorgverlening en bijgevolg ook een verplicht onderdeel zou uitmaken van het zorgdossier.

- "Ja, dat er echt zo een soort afdeling komt in de WZC waar die mensen echt specifiek een opleiding hebben genoten over die psychiatrische context. Ik denk dat dat echt wel nodig gaat zijn naar de toekomst toe"
- "Ik denk toch wel inzetten ook op die geïntegreerde zorg."
- "In het zorgdossier vind ik ook, moet dat zeker zijn plaats hebben"

Een derde terugkerend thema was het belang van een correcte en volledige informatie-uitwisseling tussen organisaties en diensten. Respondenten gaven aan dat een gebrek aan relevante informatie over psychiatrische voorgeschiedenis, eerdere behandelingen of specifieke kwetsbaarheden de continuïteit en kwaliteit van zorg kan bemoeilijken.

- “[…] dat men vaak toch wel essentiële zaken niet vermeld en dat dat dan pas later tot uiting komt met heel veel problemen en dat resulteert meestal in een heropname en eigenlijk dat het verkeerd loopt, van voordat het al begonnen is.”

Tot slot kwam bij één respondent ook een bredere maatschappelijke dimensie naar voren. Zij wees op de volgens haar vaak negatieve beeldvorming rond WZC en betreurde de sterke focus op controle, fouten en tekortkomingen binnen de zorg. Volgens haar zou meer aandacht voor positieve initiatieven en een meer ondersteunende benadering ruimte kunnen creëren om sterker in te zetten op psychisch welzijn.

- “En dat vind ik jammer. En het wordt te vaak negatief. Zet meer mooie initiatieven in de kijker.”
- “Die focus ligt in de zorg veel te sterk nu op controle, fouten. […] Als jij gefocust bent altijd op je taak en het moet perfect in orde zijn, dan zie je de mens niet meer die daar zit en daar start ook al heel veel.”

Samenvattend wijzen de resultaten erop dat een bredere uitrol van het pilootproject en een duurzame implementatie van psychosociale zorg binnen woonzorgcentra afhankelijk zijn van zowel inhoudelijke, organisatorische als beleidsmatige randvoorwaarden. Respondenten benadrukten het belang van een goede aansluiting bij de complexe realiteit van WZC, evenals de nood aan vroegtijdige en geïntegreerde ondersteuning. Daarnaast werden voldoende financiering, personeelscapaciteit, flexibele beleids- en regelgevende kaders en een betere afstemming tussen de ouderenzorg- en GGZ-sector beschouwd als essentiële voorwaarden voor verdere uitrol. Ook een grotere bekendheid van het aanbod, effectieve kennis- en informatie-uitwisseling en implementatieondersteuning vormden volgens respondenten belangrijke faciliterende factoren. Tegelijk wijzen de bevindingen op de complexiteit van psychosociale ondersteuning binnen WZC, waarbij de context- en persoonsgebonden aard van psychiatrische problematieken maakt dat ondersteuningsnoden sterk variëren en een uniforme aanpak niet steeds volstaat.

Hoofdstuk 6 Discussie

1 'SPOOR' speelt in op een duidelijke en breed gedragen nood

De resultaten van dit onderzoek suggereren dat de implementatie van 'SPOOR' plaatsvond in een context waarin een sterke vraag naar bijkomende psychosociale ondersteuning voor WZC aanwezig was. Zowel de interviews als de online bevraging wijzen op een groeiende groep van bewoners met psychische kwetsbaarheden, terwijl medewerkers zich vaak onvoldoende competent voelen om met deze problematieken om te gaan. Deze bevinding bevestigt eerdere studies die wijzen op een hoge prevalentie van psychiatrische problematiek binnen WZC en op een tekort aan gespecialiseerde expertise binnen de residentiële ouderenzorg (Eggers et al., 2024; Gillis et al., 2025; HGR, 2026). Deze evolutie situeert zich binnen een context van vergrijzing van de bevolking en de hervorming van de Belgische GGZ, die inzet op deïnstitutionalisering en een verschuiving van residentiële naar meer gemeenschapsgerichte zorg (FOD VVVL, n.d.; Statbel, 2025). Hierdoor komen WZC steeds vaker in contact met bewoners met complexe psychiatrische zorgnoden, zonder dat de aanwezige expertise en organisatie van zorg steeds in dezelfde mate zijn mee geëvolueerd (HGR, 2026).

De uitgesproken nood aan ondersteuning lijkt een belangrijke verklaring te vormen voor de positieve houding ten aanzien van het pilootproject. Vrijwel alle respondenten beschouwden de doelstellingen en algemene insteek van 'SPOOR' als waardevol en relevant. Vanuit implementatieperspectief wijst dit op een sterke 'nood aan verandering': een gedeelde perceptie dat de bestaande situatie ontoereikend is en dat verandering noodzakelijk is. Volgens het CFIR vormt deze ervaren nood als een belangrijke facilitator van succesvolle implementatie, aangezien ze de bereidheid vergroot om nieuwe werkwijzen te verkennen en te integreren in de dagelijkse praktijk (Damschroder et al., 2022). De implementatie van 'SPOOR' wordt met andere woorden vergemakkelijkt doordat het project niet moet overtuigen van het bestaan van een probleem, maar een antwoord biedt op een algemeen erkend probleem. Respondenten waardeerden bovendien expliciet de opnamevermijdende doelstelling van het project. Dit suggereert dat 'SPOOR' niet enkel wordt gezien als een bron van bijkomende expertise, maar ook als een alternatief voor residentiële psychiatrische opname, wat aansluit bij bredere ontwikkelingen richting geïntegreerde en gemeenschapsgerichte zorg (FOD VVVL, n.d.). Deze aspecten verklaren mogelijk waarom de algemene doelstellingen van het project zelfs in WZC waar de implementatie moeilijk verliep overwegend positief beoordeeld bleven.

Samengevat wijzen de resultaten erop dat 'SPOOR' inspeelt op een bestaande en breed gedeelde behoefte aan psychosociale ondersteuning binnen WZC. De sterke ervaren nood aan expertise en ondersteuning creëerde een gunstige uitgangspositie voor de implementatie van het project.

2 Fit met implementatiecontext is bepalend voor implementatie

Hoewel respondenten de nood aan ondersteuning duidelijk erkenden, tonen de resultaten aan dat de implementatie van 'SPOOR' niet in alle WZC op dezelfde manier en even vlot verliep. De mate waarin WZC het project konden integreren in de dagelijkse werking bleek sterk afhankelijk van kenmerken van de lokale organisatiecontext. Factoren zoals beschikbare tijd, personeelscapaciteit, teamstabiliteit, steun van leidinggevenden en bestaande overlegstructuren werden herhaaldelijk genoemd als

voorwaarden voor succesvolle implementatie. Tegelijk vormden personeelstekorten, personeelsverloop en een hoge werkdruk belangrijke barrières.

Deze bevinding sluit aan bij implementatiewetenschappelijke inzichten die implementatie beschouwen als een contextafhankelijk proces (Greenhalgh et al., 2004). Volgens het CFIR worden implementatie-uitkomsten niet uitsluitend bepaald door de kwaliteit van een interventie, maar eveneens door kenmerken van de context waarin de interventie wordt geïmplementeerd, weergegeven met termen als 'werkinfrastructuur', 'mogelijkheden' en 'compatibiliteit' binnen de 'interne setting' (Damschroder et al., 2022). De resultaten van dit onderzoek illustreren dit duidelijk: WZC met een stabiele personeelsbezetting, interne expertise rond psychisch welzijn en bestaande overlegstructuren waarin ruimte wordt voorzien voor psychisch welzijn leken beter in staat om het ondersteuningsaanbod te integreren dan voorzieningen waar dergelijke voorwaarden minder aanwezig waren.

Daarnaast wijzen de resultaten op het belang van de inhoudelijke aansluiting tussen het project en de cultuur en visie van de organisatie, in implementatiewetenschappelijke literatuur omschreven als '*culture'* en '*mission alignment*' (Damschroder et al., 2022). Vrijwel alle deelnemende WZC besteedden al aandacht aan psychosociaal welzijn en beschouwden psychosociale zorg al als een essentieel onderdeel van kwaliteitsvolle ouderenzorg. De sterke overeenstemming tussen de doelstellingen van 'SPOOR' en de waarden van de organisaties lijkt te hebben bijgedragen aan de positieve ontvangst van het pilootproject. Deze bevindingen suggereren bovendien dat het implementeren van psychosociale zorg binnen WZC vandaag minder een kwestie is van overtuiging dan van capaciteit om deze doelstelling daadwerkelijk vorm te geven. Het wisselende implementatiesucces lijkt dan ook vooral samen te hangen met een gebrek aan capaciteit, eerder dan met een gebrek aan motivatie en engagement (Weiner et al., 2009.

De bevindingen wijzen er bijgevolg op dat succesvolle implementatie niet alleen afhangt van de inhoud van het ondersteuningsaanbod en de aansluiting daarvan met de bestaande cultuur en visie, maar eveneens van de mate waarin een organisatie beschikt over de nodige structurele voorwaarden om dat aanbod op te nemen. De resultaten ondersteunen daarmee het idee dat implementatie nauw verweven is haar context (Damschroder et al., 2022; Greenhalgh et al., 2004).

3 Samenwerking vormt cruciale werkzame factor van het model

In lijn met de doelstelling van het pilootproject om de intersectorale samenwerking te bevorderen, bleek de samenwerking van centraal belang voor zowel de implementatie als de ervaren meerwaarde ervan. De waardering van de ondersteunende en motiverende aanpak van de projectcoördinator, de meerwaarde van bestaande samenwerkingsrelaties en de nadruk die respondenten leggen op onderlinge afstemming wijzen erop dat het succes van het project niet uitsluitend afhankelijk is van de beschikbaarheid van psychiatrische expertise.

De resultaten suggereren dat de meerwaarde van 'SPOOR' voor een belangrijk deel ligt in het verbinden van actoren uit verschillende sectoren. Het project creëert niet alleen toegang tot gespecialiseerde psychosociale expertise, maar fungeert eveneens als een mechanisme om relaties tussen WZC en GGZ-partners te versterken. De netwerkfunctie werd door verschillende respondenten expliciet benoemd als een meerwaarde van deelname en is in lijn met de partnerschapsliteratuur die partnerschappen niet

enkel ziet als instrumenten voor directe resultaten, maar ook als mechanismen voor het opbouwen van relaties en verbindingen die toekomstige samenwerking kunnen faciliteren (Stibbe & Prescott, 2024). De centrale coördinatie vanuit het pilootproject fungeert immers als een vorm van '*boundary spanning*', waarbij intermediaire actoren verbindingen tot stand brengen tussen verschillende sectoren en zo samenwerking, kennisuitwisseling en toegang tot expertise bevorderen (Williams et al., 2002).

Tegelijk tonen de resultaten aan dat samenwerking niet vanzelfsprekend is. Moeilijkheden in de communicatie, beperkte betrokkenheid van zorgteams en de moeilijke betrokkenheid van huisartsen werden herhaaldelijk genoemd als belemmerende factoren. Daarnaast wezen verschillende respondenten op het belang van wederzijds begrip van elkaars werkcontext, aangezien verschillen in referentiekader aanleiding kunnen geven tot uiteenlopende verwachtingen en interpretaties. Dit sluit aan bij onderzoek dat aantoont dat communicatieproblemen en een gebrek aan inzicht in elkaars professionele context belangrijke barrières vormen voor samenwerking tussen organisaties en disciplines, terwijl frequente interactie kan bijdragen aan wederzijds begrip en betere afstemming van zorg (D'Amour et al., 2005; Hoffer Gittell, 2002).

Deze bevindingen illustreren dat 'SPOOR' niet uitsluitend een zorginterventie is, maar ook een netwerkinterventie die samenwerking tussen sectoren faciliteert. De unieke meerwaarde van het project lijkt dan ook niet alleen te liggen in het aanbieden van expertise, maar eveneens in het creëren van verbinding tussen organisaties die traditioneel relatief gescheiden opereren. Tegelijk tonen de resultaten aan dat deze samenwerking blijvende investeringen vraagt in communicatie, wederzijds begrip en betrokkenheid van alle partners.

4 Van pilootproject naar structureel beleid: Implicaties voor opschaling en verankering

De resultaten wijzen op een positieve waardering van het pilootproject. Tegelijkertijd maken ze duidelijk dat een aantal structurele factoren die de mogelijkheden van het project overstijgen de implementatie bemoeilijken. Respondenten noemden een gebrek aan tijd en personeelscapaciteit, zowel binnen de WZC als binnen het projectteam, herhaaldelijk als belangrijke belemmeringen voor de implementatie.

Hoewel de implementatie van 'SPOOR' voldoende succesvol lijkt om de potentiële meerwaarde van outreachende psychosociale ondersteuning in WZC aan te tonen, roept deze afhankelijkheid van beperkte personeels- en tijdsresources vragen op over de schaalbaarheid van het model. Literatuur over de opschaling van gezondheidsinnovaties wijst er immers op dat uitbreiding van succesvolle pilootprojecten naar een bredere context niet automatisch slaagt en dat voldoende middelen, organisatorische capaciteit en structurele ondersteuning belangrijke randvoorwaarden vormen voor opschaling (Milat et al., 2013; Milat et al., 2015).

De resultaten suggereren daarom dat een projectmatige aanpak slechts gedeeltelijk een antwoord kan bieden op de structurele uitdagingen waarop WZC botsen op het vlak van psychosociale zorg. Om de ervaren meerwaarde ook op langere termijn te behouden, lijkt een verdere verankering van psychiatrische expertise binnen de reguliere werking van de ouderenzorg noodzakelijk. Dit sluit aan bij onderzoek naar de duurzaamheid van gezondheidsinnovaties dat benadrukt dat innovaties pas duurzaam zijn wanneer organisaties ze inbedden in bestaande structuren, werkprocessen en

financieringsmechanismen, zodat zij onderdeel worden van de dagelijkse praktijk (Moore et al., 2017; Scheirer & Dearing, 2011).

Hierbij aansluitend wijzen de resultaten op een mogelijke complementariteit tussen beide deelinterventies. Waar pilootproject 1 voornamelijk inspeelt op casusgebonden ondersteuningsnoden, richt pilootproject 2 zich eerder op het versterken van deskundigheid en reflectie. Hoewel dit onderzoek geen uitspraken toelaat over de effectiviteit van een gecombineerde implementatie, suggereren de bevindingen dat de combinatie van casusgerichte ondersteuning en structurele deskundigheidsbevordering een interessante piste kan vormen voor de verdere ontwikkeling van het model. Een dergelijke combinatie zou immers niet alleen kunnen bijdragen aan de aanpak van concrete casussen, maar mogelijk ook aan een meer duurzame verankering van expertise binnen WZC.

Vanuit beleidsperspectief suggereren de resultaten dat ondersteuning van de psychosociale zorg in WZC niet uitsluitend via tijdelijke projecten kan verlopen. De behoefte aan gespecialiseerde expertise, ondersteuning en samenwerking komt in de bevindingen naar voren als een terugkerende en structurele uitdaging. Vanuit het perspectief van geïntegreerde zorg vraagt dit om een meer duurzame organisatorische en systeemmatige verankering van samenwerking tussen ouderenzorg en de GGZ (Valentijn et al., 2013). Daarbij lijken ook structurele randvoorwaarden zoals financiering, personeelscapaciteit en passende coördinatie- en sturingsmechanismen van belang, aangezien deze als essentiële bouwstenen vormen van een goed functionerend gezondheidssysteem (World Health Organization, 2010).

De bevindingen suggereren dat outreachende psychosociale ondersteuning potentieel heeft binnen WZC, maar dat duurzame verankering meer vraagt dan een tijdelijke projectwerking. Structurele financiering, voldoende capaciteit en blijvende samenwerking tussen sectoren lijken essentieel om de meerwaarde op lange termijn te behouden.

5 Sterktes en beperkingen van het onderzoek

5.1 Sterktes

Dit onderzoek kent verschillende methodologische sterktes. Een eerste sterkte betreft de heterogeniteit van de steekproef. We includeerden zowel openbare, commerciële private als non-profit private WZC, waardoor de bevindingen gebaseerd zijn op ervaringen uit uiteenlopende organisatorische contexten. Dit vergroot de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de bredere woonzorgsector.

Een tweede sterkte is het gebruik van een multi-methode onderzoeksopzet. De combinatie van semigestructureerde interviews met deelnemende WZC en een kwalitatieve online bevraging van niet-deelnemende WZC maakte het mogelijk om zowel ervaringen met de implementatie als perspectieven op niet-deelname te exploreren. Hierdoor konden we de bevindingen vanuit verschillende invalshoeken benaderen.

Daarnaast was de responsgraad binnen de deelnemende WZC hoog. Drie kwart van de WZC die we effectief voor een interview uitnodigden, namen deel aan het onderzoek. Bovendien vond in twee van de vier niet-geïnterviewde WZC op het moment van dataverzameling nog geen effectieve implementatie van het pilootproject plaats, waardoor hun uitsluiting geen gevolg was van een gebrek aan bereidheid

tot deelname. Hierdoor bieden de verzamelde gegevens een omvattend beeld van de ervaringen binnen de WZC waarin de implementatie daadwerkelijk van start was gegaan.

Verder vormt de timing van het onderzoek een belangrijke sterkte. Doordat de dataverzameling plaatsvond tijdens de effectieve implementatie van het pilootproject, konden we ervaringen en percepties bevragen terwijl deze nog actueel waren. Hierdoor beperkten we het risico op recall bias en bieden de resultaten inzicht in implementatieprocessen zoals die zich in real time ontwikkelden.

Tot slot vormt de implementatiewetenschappelijke benadering een belangrijke meerwaarde van dit onderzoek. Door de bevindingen systematisch te interpreteren aan de hand van het CFIR 2.0-kader konden we implementatiebevorderende en implementiebelemmerende factoren niet alleen identificeren, maar ook situeren binnen een breder theoretisch kader. Hierdoor overstijgt het onderzoek een louter beschrijvende evaluatie van het pilootproject en draagt het bij aan een beter begrip van de implementatie van complexe samenwerkingsmodellen binnen de ouderenzorg

5.2 Beperkingen

Naast deze sterktes kent het onderzoek ook enkele beperkingen waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten. Een eerste beperking betreft de beperkte respons van niet-deelnemende WZC. Slechts een klein aantal van deze voorzieningen nam deel aan de online bevraging. Daardoor zijn de bevindingen voornamelijk gebaseerd op WZC die al betrokken waren bij het pilootproject. De factoren die deelname verhinderen of bemoeilijken konden we hierdoor minder uitgebreid in kaart brengen dan de ervaringen van deelnemende WZC.

Ten tweede was het aantal respondenten uit WZC die betrokken waren bij pilootproject 2 beperkt. Hierdoor hebben de resultaten voornamelijk betrekking op ervaringen met pilootproject 1 en moeten conclusies over pilootproject 2 met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De geïdentificeerde implementatiefactoren weerspiegelen immers voornamelijk de implementatiecontext van pilootproject 1, waardoor specifieke ervaringen, uitdagingen en succesfactoren van pilootproject 2 mogelijk onderbelicht zijn gebleven. Deze beperking hangt gedeeltelijk samen met de beperktere uitrol van pilootproject 2 binnen het werkingsgebied van het netwerk.

Een derde beperking is dat we uitsluitend medewerkers van WZC hebben bevraagd. Hoewel deze keuze aansluit bij de doelstellingen van het onderzoek, betekent dit dat perspectieven van andere betrokken actoren, zoals zorgverleners uit het projectteam, huisartsen en beleidsactoren, ontbreken. Nochtans wijzen de resultaten erop dat samenwerking tussen deze actoren een belangrijke rol speelt binnen de implementatie van ‘SPOOR’. Toekomstig onderzoek zou deze perspectieven kunnen integreren om een volledigere beeld te verkrijgen van de onderliggende samenwerkingsprocessen.

Een vierde beperking houdt verband met het tijdstip van de evaluatie. We voerden het onderzoek uit tijdens de looptijd van het pilootproject, waardoor we hoofdzakelijk ervaringen uit een vroege of intermediaire implementatiefase konden bevragen. Hierdoor biedt het onderzoek vooral inzicht in factoren die de initiële implementatie beïnvloeden, maar laat het minder toe om uitspraken te doen over de duurzaamheid en langetermijnverankering van het project. Bovendien bevonden de deelnemende WZC zich op verschillende tijdstippen in het implementatieproces, waardoor de aard en omvang van hun ervaringen met het project varieerden.

6 Aanbevelingen voor praktijk en beleid

6.1 Aanbevelingen voor praktijk

6.1.1 Aanbeveling 1: Verhoog de implementatiefit met de WZC-context

Om de implementatie van 'SPOOR' te versterken, is het belangrijk dat de intensiteit en vormgeving van het project maximaal aansluiten bij de context van het WZC waarin implementatie plaatsvindt (Damschroder et al., 2022; Greenhalgh et al., 2004). Aangezien WZC onderling sterk verschillen in beschikbare expertise, personeelscapaciteit, organisatiestructuur en ondersteuningsnoden, verdient het aanbeveling om vooraf een **grondige behoefte- en contextanalyse** uit te voeren. Op basis hiervan kan worden bepaald op welke manier en met welke intensiteit het project de grootste meerwaarde kan bieden.

Bij deze analyse dient niet alleen aandacht uit te gaan naar de ervaren ondersteuningsnoden, maar ook naar de **mate waarin al psychiatrische expertise aanwezig is** binnen het WZC. De bevindingen van dit onderzoek suggereren namelijk de beschikbare interne expertise zowel het implementatiesucces als de ervaren meerwaarde van het project mee beïnvloeden.

In WZC waar deze expertise beperkt aanwezig is, lijkt **bijkomende implementatieondersteuning** aangewezen. Die ondersteuning kan bestaan uit inhoudelijke opstartgesprekken, tussentijdse opvolgmomenten en uitwisseling tussen verschillende deelnemende WZC. Op die manier ontstaat de mogelijkheid om gemeenschappelijke uitdagingen te bespreken en ervaringen en goede praktijken te delen.

Daarnaast verdient ook de **vereenvoudiging van de aanmeldprocedure** aandacht. Om de implementatiedrempel zo laag mogelijk te houden, bevelen we aan de **administratieve belasting** voor WZC te **beperken**. Bestaande intakeformulieren, observatiefiches en zorgdossiers kunnen daarbij dienen als informatiebronnen. Bovendien kan worden onderzocht in welke mate **mondelinge casusaanmelding** tijdens bestaande overlegmomenten een haalbaar alternatief vormt voor afzonderlijke administratieve procedures. Het is voor organisaties immers doorgaans makkelijker om interventies die compatibel zijn met bestaande werkprocessen te integreren in de dagelijkse praktijk (Damschroder et al., 2022).

6.1.2 Aanbeveling 2: Versterk communicatie en samenwerking

Aangezien samenwerking een belangrijke werkzame factor van het pilootproject blijkt te zijn, verdient verdere investering in communicatie en samenwerking bijzondere aandacht. In de eerste plaats lijkt het aangewezen om te voorzien in **systematische terugkoppeling na elke tussenkomst**. Wanneer onmiddellijke mondelinge feedback niet haalbaar is, kan een korte schriftelijke terugkoppeling ervoor zorgen dat de betrokken medewerkers voldoende zicht behouden op het verloop van het traject en de geformuleerde aanbevelingen. Daarbij is het wenselijk om niet alleen de contactpersoon van het WZC, maar ook de **betrokken zorgteams actief te informeren**. Dit kan onder meer door aan te sluiten bij bestaande briefing- en overlegmomenten.

Daarnaast lijkt het aangewezen om de **huidige communicatiestructuur** verder te **optimaliseren**. Inhoudelijke en praktische kunnen via rechtstreeks contact tussen WZC en de betrokken zorgverleners

van het projectteam verlopen, terwijl organisatorische afstemming via de projectcoördinator kan blijven gebeuren. Een dergelijke werkwijze kan de communicatie vergemakkelijken en de samenwerking tussen beide partijen versterken.

Verder verdient ook de netwerkfunctie van het project verdere aandacht. Het **stimuleren van contacten tussen de WZC- en GGZ-sector** kan bijdragen tot wederzijds begrip van elkaars werkcontext, verwachtingen en mogelijkheden (D'Amour et al., 2005; Hoffer Gittell, 2002). Gezamenlijke vormingsinitiatieven, werkbezoeken, regionale netwerkmomenten of vormen van wisselleren kunnen hier een rol in spelen. Dergelijke initiatieven kunnen de basis leggen voor duurzame samenwerkingsrelaties die verder reiken dan individuele casussen of projectgebonden contacten (Stibbe & Prescott, 2024).

Tot slot lijkt het wenselijk om de **betrokkenheid van huisartsen te versterken**. Gezien hun centrale rol binnen de zorg voor bewoners verdient het aanbeveling om haalbare strategieën te onderzoeken die hun betrokkenheid kunnen vergroten, bijvoorbeeld via de CRA-arts, bestaande overlegstructuren of initiatieven vanuit regionale huisartsenkringen.

6.1.3 Aanbeveling 3: Optimaliseer het ondersteuningsaanbod

Om de meerwaarde van 'SPOOR' verder te versterken, bevelen we aan om het ondersteuningsaanbod beter af te stemmen op de noden van de deelnemende WZC. Een eerste aandachtspunt betreft **ondersteuning bij de detectie van psychische kwetsbaarheid**. Vooral tijdens de opstartfase van het project kan het waardevol zijn om WZC te ondersteunen bij het herkennen van signalen van psychische en psychiatrische problematiek. Dit kan onder meer door deelname aan casusbesprekingen en door vormingsinitiatieven gericht op vroegtijdige detectie.

Daarnaast wijzen de resultaten op een behoefte aan bijkomende **ondersteuning bij de combinatie van psychische kwetsbaarheid en dementie, evenals bij crisissituaties**. Voor de eerste doelgroep kan het projectteam nagaan in welke mate samenwerking met partners uit de dementiezorg het bestaande aanbod kan versterken. Voor crisissituaties lijkt het zinvol om een aanvullend ondersteuningsluik te ontwikkelen dat toelaat om sneller en flexibeler te reageren dan binnen de reguliere procedure mogelijk is.

Als een inhoudelijke uitbreiding van het aanbod organisatorisch niet haalbaar blijkt, verdient de **positionering van het project** bijzondere aandacht. In dat geval is het belangrijk om vanaf de start duidelijk te communiceren welke doelgroep het project beoogt, welke ondersteuning WZC kunnen verwachten en welke vragen buiten de opdracht van het project vallen. Een helder positioneringsdocument, aangevuld met concrete casusvoorbeelden, kan hierbij ondersteunend zijn.

Tot slot kan het projectteam bij toekomstige implementaties onderzoeken in welke mate een **gecombineerde inzet van beide deelinterventies** binnen hetzelfde WZC de meerwaarde van het model verder kan versterken.

6.2 Aanbevelingen voor beleid

6.2.1 Aanbeveling 1: Creëer structurele capaciteit voor psychosociale zorg in WZC

Om psychisch welzijn duurzaam te verankeren binnen de ouderenzorg lijkt een **herziening van de huidige personeelsnormen** of een **uitbreiding van de beschikbare financiële middelen** noodzakelijk (HGR, 2026). Daarbij dient niet alleen aandacht uit te gaan naar gespecialiseerde functies, zoals psychologen of psychiatrisch verpleegkundigen, maar ook naar de ondersteuning van bestaande zorgteams in het ontwikkelen van kennis en vaardigheden met betrekking tot psychosociale zorg via vorming en supervisie.

Daarnaast lijkt beleidsmatige **aandacht voor personeelscapaciteit en personeelsstabiliteit binnen WZC** essentieel. Zonder voldoende tijd en personele ruimte dreigt aandacht voor psychisch welzijn ondergeschikt te blijven aan de fysieke zorgnoden van bewoners. Het versterken van deze randvoorwaarden kan bijdragen aan een meer duurzame integratie van psychosociale zorg binnen de dagelijkse werking van WZC.

6.2.2 Aanbeveling 2: Veranker outreachende psychosociale zorg structureel

Niet voor alle WZC is het haalbaar of wenselijk om zelf uitgebreide psychiatrische expertise uit te bouwen. De bevindingen van dit onderzoek suggereren dat **outreachende psychosociale ondersteuning** in dergelijke situaties een belangrijke aanvulling kan vormen op de bestaande zorgverlening. Om de continuïteit en duurzaamheid van dergelijke ondersteuning te garanderen, lijkt **structurele financiering** noodzakelijk (HGR, 2026). Dit kan toelaten om outreachende functies duurzaam te verankeren, de beschikbaarheid van gespecialiseerde zorgverleners te vergroten en langdurige samenwerkingsrelaties tussen WZC en GGZ-partners uit te bouwen.

Een structurele verankering kan bovendien ruimte creëren voor de **verdere ontwikkeling van het aanbod**, onder meer op het vlak van vroegdetectie, ondersteuning bij complexe combinaties van psychische kwetsbaarheid en dementie, en begeleiding in crisissituaties.

6.2.3 Aanbeveling 3: Stimuleer geïntegreerde zorg

De resultaten tonen aan dat kwaliteitsvolle ondersteuning van bewoners met psychische kwetsbaarheden afhankelijk is van een goede samenwerking tussen WZC, GGZ-partners en huisartsen. Vanuit het perspectief van **geïntegreerde zorg** lijkt het daarom aangewezen om niet alleen samenwerking rond individuele bewoners te faciliteren, maar ook in te zetten op duurzame intersectorale netwerkvorming. In lijn met het model van Valentijn et al. (2013) vraagt dit aandacht voor zowel professionele integratie tussen zorgverleners, organisatorische integratie tussen voorzieningen als **systeemintegratie**. Op systeemniveau impliceert dit dat ook beleids- en financieringskaders samenwerking tussen ouderenzorg en de GGZ ondersteunen.

Beleidsmatig kan dit door het ontwikkelen van **structurele samenwerkingskaders**, het **ondersteunen van initiatieven binnen regionale zorgnetwerken** en het voorzien van **organisatorische en financiële stimulansen** die samenwerking tussen sectoren bevorderen. Daarnaast lijkt het wenselijk om de **beleids- en financieringskaders** van de ouderenzorg en de GGZ **beter op elkaar af te stemmen**, zodat samenwerking niet uitsluitend afhankelijk blijft van lokale engagementen of tijdelijke projectmiddelen. Een dergelijke aanpak kan bijdragen aan meer continuïteit van zorg, een betere afstemming tussen

betrokken actoren en de ontwikkeling van gezamenlijke capaciteit voor actie, waardoor expertise zich duurzaam over sectorgrenzen heen kan verankeren (Emerson et al., 2012).

7 Conclusie

Dit onderzoek had als doel inzicht te verwerven in de factoren die de implementatie van het pilootproject 'SPOOR' beïnvloeden, de ervaringen van betrokken actoren met het implementatieproces en de samenwerking, en de mogelijkheden voor verdere optimalisatie en opschaling. De bevindingen tonen aan dat het project inspeelt op een duidelijke en breed gedragen behoefte aan bijkomende psychosociale ondersteuning binnen WZC. Deelnemende WZC waarderen vooral de toegankelijkheid van gespecialiseerde expertise, de ondersteuning bij complexe psychiatrische problematiek en de mogelijkheden tot samenwerking met GGZ-partners.

Tegelijk maken de resultaten duidelijk dat succesvolle implementatie niet uitsluitend afhankelijk is van de kwaliteit of relevantie van het ondersteuningsaanbod. Factoren zoals personeelscapaciteit, beschikbare tijd, steun van leidinggevenden, interne expertise en bestaande overlegstructuren blijken in belangrijke mate te bepalen of en hoe WZC het project kunnen integreren in hun dagelijkse werking. De bevindingen bevestigen daarmee het belang van contextuele fit voor de implementatie van complexe zorginnovaties.

Daarnaast suggereren de resultaten dat de meerwaarde van 'SPOOR' niet alleen ligt in de toegang tot psychiatrische expertise binnen WZC, maar ook in de manier waarop het project samenwerking tussen ouderenzorg en de GGZ faciliteert. Vanuit dat perspectief fungeert het project niet enkel een als zorginterventie, maar ook een als netwerkinterventie die kennisuitwisseling, afstemming en samenwerking tussen verschillende actoren ondersteunt.

Hoewel de resultaten het potentieel van outreachende psychosociale ondersteuning binnen WZC illustreren, maken zij ook duidelijk dat duurzame impact meer vraagt dan een tijdelijke projectwerking. Om de ervaren meerwaarde op grotere schaal en op langere termijn te behouden lijken voldoende capaciteit, duurzame financiering, structurele verankering en blijvende samenwerking tussen ouderenzorg en de GGZ noodzakelijke voorwaarden.

Samengevat toont dit onderzoek aan dat outreachende psychosociale ondersteuning een waardevolle bijdrage kan leveren aan de omgang met complexe psychiatrische problematiek binnen WZC. De grootste uitdaging lijkt daarbij niet zozeer te liggen in het ontwikkelen van een geschikt ondersteuningsmodel, maar in het creëren van de organisatorische en systemische voorwaarden die nodig zijn om deze ondersteuning duurzaam te implementeren. De implementatie van outreachende psychosociale ondersteuning in WZC blijkt daarmee niet alleen een klinische of organisatorische uitdaging, maar ook een vraagstuk van intersectorale samenwerking en structurele verankering.

Hoofdstuk 7 Referentielijst

Adriaenssens, J., Farfan-Portet, M.-I., Benahmed, N., Kohn, L., Dubois, C., Devriese, S., Eyssen, M., & Ricour, C. (2018). *Hoe de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verbeteren?* (KCE Report 301As). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_301A_Organisatie_mentale_gezondheidszorg_ouderen_synthese.pdf

Armonea. (n.d.-a). *De Stichel.* https://armonea.be/huizen/de-stichel/

Armonea. (n.d.-b). *Quietas*. https://armonea.be/huizen/quietas/

Armonea. (n.d.-c). *Spanjeberg.* https://armonea.be/huizen/spanjeberg/

Bartels, S. J., Moak, G. S., & Dums, A. R. (2002). Models of mental health services in nursing homes: A review of the literature. *Psychiatric Services*, *53*(11), 1390–1396. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.11.1390

Calabria, V., & Cullen, L. T. (2024). Deinstitutionalisation and the move to community care: Comparing the changing dimensions of mental healthcare after 1922 in the Republic of Ireland and England. *History of Psychiatry, 35*(2), 141–157. https://doi.org/10.1177/0957154X241231057

Centra Geestelijke Gezondheidszorg. (n.d.). *Ondersteuning van zorgverleners binnen de WZC door medewerkers ouderenteam CGG: Projectvoorstel door CGG Passant, VBO & Ahasverus* [PowerPoint slides].

CFIR Leadership Team. (2025, November). *CFIR construct coding guidelines*. CFIR Guide. https://cfirguide.org/

Cha, E., Lee, S., Lee, J., & Lee, I. (2020). Health personnel's knowledge, attitudes, and self-efficacy related to providing palliative care in persons with chronic diseases. *Korean journal of Hospice and Palliative Care*, *23*(4), 198–211. https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.4.198

Microsoft. (2025). *Microsoft Copilot* [Large language model]. https://copilot.microsoft.com

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, *19*(S1), 116–131. https://doi.org/10.1080/13561820500082529

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(1), Article 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, *17*(1), Article 75. https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0

Departement Zorg. (n.d.). *Centra voor geestelijke gezondheidszorg.* *https://www.departementzorg.be/nl/centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg*

Depla, M. F. I. A., de Graaf, R., & Heeren, T. J. (2006). The relationship between characteristics of supported housing and the quality of life of older adults with severe mental illness. *Aging & Mental Health*, *10*(6), 592–598. https://doi.org/10.1080/13607860600641135

Desmedt, M., Ulenaers, D., Grosemans, J., Hellings, J., & Bergs, J. (2021). Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, *33*(1), Artikel mzaa170. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa170

Dotzorg. (n.d.). https://dotzorg.be/nl

Eggers, E., Van Loon, V., Dejonghe, Y., Trybou, J., Decancq, K., & Declerq, A. (2024). *Onderzoek naar de personele inzet in woonzorgcentra, aangepast aan de veranderende zorg- en ondersteuningsnoden van de bewoners* (Rapport nr. 85). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin.

Europese Unie. (2026, April). *Verordeningen: Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming).* Publicatieblad van de Europese Unie. L119 1-88. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (n.d.). *Zorgactiviteit in psychiatrische instellingen in 2023.* https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-11/zorgactiviteit_binnen_psychiatrische_instellingen_2023.pdf

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2010, April). *Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken.* *https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid/2010_04_26_guide_-_vlaanderenwallonie.pdf*

Fischer, C. E., Cohen, C., Stephens, A., Ross, S., Hoch, J. S., Cooper, J. P., Golea, G., & Wasylenki, D. (2011). Determining the impact of establishing a psychogeriatric outreach team network in long-term care. *Psychiatric Services*, *62*(3), 299–302. https://doi.org/10.1176/ps.62.3.pss6203_0299

Floren, L. C., Donesky, D., Whitaker, E., Irby, D. M., ten Cate, O., & O'Brien, B. C. (2018). Are we on the same page? Shared mental models to support clinical teamwork among health professions learners: A scoping review. *Academic Medecine*, *93*(3), 498–509. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002019

Fuchs, K., Vögeli, S., Schori, D., & Händler-Schuster, D. (2022). Nurses' experiences of an outreach interprofessional mental health service for nursing homes: A qualitative descriptive study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *29*(5), 755–765. https://doi.org/10.1111/jpm.12847

Gemeente Zemst. (n.d.). *Woonzorgcentrum Releghem.* https://www.zemst.be/woonzorgcentrum-releghem

Gillès de Pélichy, E., Ebbing, K., Matos Queiros , A., Hanon, C., von Gunten, A., Sellah, Z., & Verloo, H. (2018). Demographics, clinical characteristics, and therapeutic approaches among older adults referred to mobile psychiatric crisis intervention teams: A retrospective study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, *8*(3), 402–413. https://doi.org/10.1159/000493525

Gillis, K., Van Herbruggen, H., De Witte, M., Baeck, L., Van Bogaert, M.E.B., Lahaye, H., & van Diermen, L. (2025). Prevalence of psychiatric vulnerability and neurocognitive disorders in nursing homes: Impact on care levels. *European Geriatric Medicine, 16*(3), 771-780. https://doi.org/10.1007/s41999-025-01179-y

Graham, N. D., Graham, I. D., Vanderspank-Wright, B., Nadalin-Penno, L., Fergusson, D. A., & Squires, J. E. (2025). Planning for implementation success: insights from conducting an implementation needs assessment. *JBI Evidence Implementation. 23*(1), 90-102. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000458

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, *82*(4), 581–629. https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

Hartley, S. (2021). Using team formulation in mental health practice. *Mental Health Practice*, *24*(2), 34–41. https://doi.org/10.7748/mhp.2021.e1516

Heilig Hart Woon- en zorgcentrum vzw. (n.d.). https://www.hhg.be/

Hoffer Gittell, J. (2002). Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*, *48*(11), 1408–1426. https://doi.org/10.1287/mnsc.48.11.1408.268

Hoge Gezondheidsraad. (2026, April). Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr. 9861: Het psychosociaal welzijn van ouderen in woonzorgcentra. https://www.hgr-css.be/file/download/153cf123-6102-4d5b-bedd-f40131663252/5fhhxjkSbTxsOZMzwULAgdjUelY45puUQ8yyzFB3xs3d.pdf

Koekkoek, B., van Baarsen, C., & Steenbeek, M. (2016). Multidisciplinary, nurse-led psychiatric consultation in nursing homes: A pilot study in clinical practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, *52*(3), 217–223. https://doi.org/10.1111/ppc.12120

Korian. (n.d.). *Woonzorgcentrum De Maretak*. https://www.korian.be/woonzorgcentra/de-maretak/woonzorgcentrum-de-maretak/

Kotynia-English, R., McGowan, H., & Almeida, O. P. (2005). A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: impact on health outcomes. *International Psychogeriatrics*, *17*(3), 475–485. https://doi.org/10.1017/S1041610205001572

KU Leuven. (2026, Juni). *Reglementen : Onderzoek.* *https://admin.kuleuven.be/reglementen/onderzoek#autotoc-item-autotoc-3*

LimeSurvey GmbH. (n.d.). *LimeSurvey: An open source survey tool* [Computer software]. http://www.limesurvey.org

Macaden, L., Muirhead, K., MacArthur, J., & Blair, S. (2025). Dementia education and training for in-patient health care support workers in acute care contexts: A mixed-methods pilot evaluation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *22*(6), Article 860. https://doi.org/10.3390/ijerph22060860

MacCourt, P., Wilson, K., & Tourigny-Rivard, M.-F. (2011). *Guidelines for comprehensive mental health services for older adults in Canada.* Mental Health Commission of Canada. https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/08/Senior_Care_Guideline_2018_eng.pdf

Onafhankelijke Ziekenfondsen. (2025, Juli). *Het gebruik van psychofarmaca in de woonzorgcentra.* https://www.mloz.be/nl/documentatie/het-gebruik-van-psychofarmaca-de-woonzorgcentra#:~:text=Wat%20is%20het%20werkelijke%20gebruik%20van%20psychofarmaca%20in,en%202024%2C%20brengt%20uiteenlopende%20praktijken%20aan%20het%20licht.

Milat, A. J., King, L., Bauman, A. E., & Redman, S. (2013). The concept of scalability: Increasing the scale and potential adoption of health promotion interventions into policy and practice. *Health Promotion International*, *28*(3), 285–298. https://doi.org/10.1093/heapro/dar097

Milat, A. J., Bauman, A., & Redman, S. (2015). Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science*, *10*(1), Article 113. https://doi.org/10.1186/s13012-015-0301-6

Moore, J. E., Mascarenhas, A., Bain, J., & Straus, S. E. (2017). Developing a comprehensive definition of sustainability. *Implementation Science*, *12*(1), Article 110. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0637-1

OPcura. (n.d.). *Afdelingen woonzorgcentrum*. https://opcura.be/zorgaanbod/woonzorgcentrum/afdelingen-woonzorgcentrum

Open AI. (2023). *Whisper* [Computer software]. https://github.com/openai/whisper

Orelia. (n.d.). *Orelia Dilhome woonzorgcentrum in Dilbeek.* https://orelia.be/woonzorgcentrum-dilbeek

Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius. (n.d.). *Ouderenzorg (Averroës).* https://alexiusgrimbergen.be/NL/zorgaanbod/ouderenzorg_averroes/index.asp

Puyt, R. W., Lie, F. B., & Wilderom, C. P. M. (2023). The origins of SWOT analysis. *Long Range Planning*, *56*(3), Article 102304. https://doi.org/10.1016/j.lrp.2023.102304

Radford, A., Kim, J. W., Xu, T., Brockman, G., McLeavey, C., & Sutskever, I. (2022). Robust speech recognition via large-scale weak supervision. *arXiv*. https://doi.org/10.48550/arXiv.2212.04356

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. (n.d.). *Eerstelijns psychologische zorg verlenen via netwerken voor geestelijke gezondheid.* https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/klinisch-psychologen/eerstelijns-psychologische-zorg-verlenen-via-netwerken-voor-geestelijke-gezondheid

Royal College of Psychiatrists & British geriatrics Society. (2018). *Depression among older people living in care homes.* https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2018-09-19/Depression%20among%20older%20people%20living%20in%20care%20homes%20report%202018_0.pdf

SaVHA?!. (n.d.-a). *Artikel 107.* https://www.savha.be/het-netwerk-107

SaVHA?!. (n.d.-b). *MCT Pharos.* https://www.savha.be/mct-pharos

SaVHA?!. (n.d.-c). *Missie en visie*. https://www.savha.be/missie-en-visie

SaVHA?!. (n.d.-d). *Overlegstructuur.* https://www.savha.be/overlegstructuur

SaVHA?!. (n.d.-e). *Pilootproject intersectorale samenwerking GGZ-netwerk SaVHA?!: Ouderenzorg in woonzorgcentra.* https://www.savha.be/ouderen-in-wzc

SaVHA?!. (n.d.-f). *Pilootproject 'Ouderen in een WZC' – deel 1* [Unpublished manuscript].

SaVHA?!. (n.d.-g). *Sppit.* https://www.savha.be/sppit-doelgroepen

SaVHA?!. (n.d.-h). *Sppit: Regionale subteams.* https://www.savha.be/sppit-regionale-werking

SaVHA?!. (n.d.-i). *Voorstelling: Pilootproject intersectorale samenwerking GGZ-Netwerk SaVHA?!. Aanbod voor ouderen met een psychische/psychiatrische kwetsbaarheid wonende in WZC (binnen de SaVHA-regio)* [PowerPoint slides].

SaVHA?!. (n.d.-j). *Werkingsgebied.* https://www.savha.be/werkingsgebied

Scheirer, M. A., & Dearing, J. W. (2011). An agenda for research on the sustainability of public health programs. *American Journal of Public Health (1971)*, *101*(11), 2059–2067. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300193

Sint-Genesius-Rode. (n.d.). *Woonzorgcentrum De Groene Linde*. https://www.sint-genesius-rode.be/nl/dienst/2698/woonzorgcentrum-de-groene-linde

Sint-Maria Halle. (n.d.). *Psychogeriatrie.* https://www.sintmaria.be/nl/departement/psychogeriatrie

Statbel. (11 juni 2025). *Structuur van de bevolking.* https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking

Stibbe, D. & Prescott, D. (2024). *The SDG partnership guidebook: A practical guide to building high-impact multi-stakeholder partnerships for Sustainable Development Goals.* The Partnering Initiative & UNDESA.

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, *13*(1), e010. https://doi.org/10.5334/ijic.886

Van Citters, A. D., & Bartels, S. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatric Services*, *55*(11), 1237–1249. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.11.1237

Vulpia. (n.d.). *Maria Assumpta.* https://vulpia.be/residenties/maria-assumpta-dilbeek-woonzorgcentrum

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, *4*(1), Article 67. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-67

World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4b7c7f8-9084-4d76-b512-fa5a7597ec06/content

Williams, P. (2002). The competent boundary dpanner. *Public Administration*, *80*(1), 103–124. https://doi.org/10.1111/1467-9299.00296

Woonzorg Emmaüs. (n.d.). *Woonzorghuis Ambroos – Woonzorgcentrum.* https://www.woonzorgemmaus.be/woonzorghuizen/woonzorghuis-ambroos/hulp-nodig/permanent-wonen/woonzorgcentrum

Zorgnet-Icuro. (2026). *Verborgen kwetsbaarheid, gedeelde verantwoordelijkheid. Korte termijn beleidsaanbevelingen voor een verdere integratie van geestelijke gezondheidszorg en woonzorg*. https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/publication/2026-06/Beleidsaanbevelingen%20ggz%20en%20woonzorg.pdf

Zorg-saam Zusters Kindsheid Jesu. (n.d.). *WZC Sint-Rafaël.* https://zorg-saam.be/sint-rafael/

Hoofdstuk 8 Bijlagen

Bijlage 1: Uitnodigingsmails

Deelnemende WZC

Evaluatie pilootproject Ouderen in WZC – Uitnodiging interview

Beste…,

Ik ben An Heyens, wetenschappelijk medewerker bij **LUCAS KU Leuven**. In het kader van een project van de Koning Boudewijnstichting onderzoek ik momenteel de **implementatie van het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra'** binnen het GGZ-netwerk SaVHA?!. Het doel van het onderzoek is om op basis van percepties en ervaringen uit de praktijk **gerichte aanbevelingen te formuleren voor verdere bijsturing van het pilootproject en eventuele bredere uitrol**. De perspectieven van woonzorgcentra zijn hierbij van essentieel belang.

Aangezien uw woonzorgcentrum betrokken is bij de implementatie van het pilootproject, nodig ik u (of een medewerker van uw organisatie) graag uit voor een **interview**, waarin onder meer wordt ingegaan op:

- Ervaren noden en verwachtingen
- Redenen om deel te nemen aan het pilootproject
- Ervaringen met de implementatie van het pilootproject
- Samenwerking en afstemming met betrokken partners
- Ervaren impact van het pilootproject
- Randvoorwaarden, aandachtspunten en belemmeringen
- Suggesties voor verdere ontwikkeling en implementatie

Het interview vindt bij voorkeur online plaats (via MS Teams) en duurt ongeveer 60 minuten. Deelname is volledig vrijwillig. De verzamelde informatie wordt vertrouwelijk en geanonimiseerd verwerkt en uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

Uw deelname kan een waardevolle bijdrage leveren aan het verder versterken van de geestelijke gezondheidszorg voor bewoners en de ondersteuning van medewerkers binnen woonzorgcentra.

Indien u bereid bent om deel te nemen of bijkomende informatie wenst, mag u mij steeds contacteren.

Alvast hartelijk dank voor uw betrokkenheid en overweging.

Met vriendelijke groeten,

Niet-deelnemende WZC

Onderzoek naar psychiatrische ondersteuning in WZC – Uitnodiging bevraging

Beste…,

Ik ben An Heyens, wetenschappelijk medewerker bij LUCAS KU Leuven.

In het kader van een project van de Koning Boudewijnstichting onderzoek ik de **noden en verwachtingen met betrekking tot en de haalbaarheid van psychiatrische ondersteuning in woonzorgcentra**, in aansluiting bij het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra' van het GGZ-netwerk SaVHA?!. Het doel van het onderzoek is om op basis van percepties en ervaringen uit de praktijk **gerichte aanbevelingen rond intersectorale samenwerking te formuleren voor praktijk en beleid**.

Voor dit onderzoek is het perspectief van woonzorgcentra die (nog) niet deelnemen aan het pilootproject minstens even waardevol. Graag nodig ik u (of een medewerker van uw organisatie) daarom uit om een **korte online bevraging** in te vullen. Volgende aspecten komen daarin aan bod:

- Perceptie van het pilootproject
- Haalbaarheid, drempels en randvoorwaarden
- Een bredere toekomstvisie op psychiatrische ondersteuning in woonzorgcentra

Deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig en impliceert op geen enkele manier een engagement om later aan het pilootproject deel te nemen. Alle informatie wordt vertrouwelijk en geanonimiseerd verwerkt en uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

Uw inzichten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een realistisch en goed afgestemd psychiatrisch ondersteuningsaanbod voor woonzorgcentra.

Indien u bereid bent om deel te nemen, kan u de bevraging hier invullen: https://survey.kuleuven.cloud/235689?lang=nl

Alvast hartelijk dank voor uw tijd en overweging.

Met vriendelijke groeten,

Bijlage 2: Informatiebrief

INFORMATIEBRIEF

Titel van het onderzoek:

Evaluatie Pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra' binnen GGZ-netwerk SaVHA?!

Naam en contactgegevens promotor en onderzoeker(s):

Onderzoeker: An Heyens – an.heyens@kuleuven.be - +32 16 37 98 83

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq – anja.declercq@kuleuven.be - +32 16 32 00 28

LUCAS – Centrum voor zorgonderzoek en consultancy | Minderbroederstraat 8 | 3000 Leuven

OMSCHRIJVING VAN HET ONDERZOEK

De afgelopen jaren is het **aandeel ouderen in Vlaamse woonzorgcentra (WZC) met psychische klachten, psychiatrische diagnoses en/of complexe gedragsproblemen sterk toegenomen**. Deze evolutie hangt samen met zowel demografische vergrijzing als hervormingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, waarbij sterk wordt ingezet op deïnstitutionalisering en zorgverlening in de leefomgeving. Hierdoor komen steeds meer ouderen met ernstige psychiatrische kwetsbaarheden terecht in WZC, die historisch vooral gericht zijn op somatische en dementiezorg en minder uitgerust zijn voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Onderzoek toont aan dat **bijna de helft van de bewoners in Vlaamse WZC minstens één psychiatrische of neurocognitieve stoornis heeft**, vaak in combinatie met multimorbiditeit.

Intersectorale samenwerking tussen WZC en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg wordt zowel in de literatuur als in het Vlaams beleid naar voren geschoven als een belangrijke hefboom om deze uitdagingen aan te pakken.

In dit kader startte in 2025 binnen GGZ-netwerk SaVHA?! het **pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra'**. Het project beoogt de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen in WZC te verhogen, met bijzondere aandacht voor ernstige psychiatrische kwetsbaarheid, suïcidaliteit en complexe gedragsproblemen. Via casusgerichte ondersteuning (deel 1) en structurele deskundigheidsbevordering (deel 2) richt het project zich op een betere afstemming tussen woonzorgcentra en GGZ-partners. De implementatie verloopt echter moeizamer dan verwacht en geplande uitbreidingen blijven voorlopig uit.

Aan de hand van **semigestructureerde interviews en een korte online bevraging** wordt de huidige implementatie van het pilootproject geëvalueerd en wordt nagegaan hoe een effectieve implementatiestrategie kan worden vormgegeven. Het onderzoek beoogt inzicht te verwerven in contextuele, organisatorische en interprofessionele factoren die het welslagen van intersectorale samenwerking beïnvloeden.

Het directe doel van het huidige onderzoeksproject is het verwerven van inzicht in de factoren die de implementatie van het pilootproject beïnvloeden. Daarbij wordt nagegaan welke contextuele, organisatorische en interprofessionele factoren de implementatie

bevorderen of belemmeren, en hoe betrokken actoren de doelstellingen, werking en meerwaarde van het project ervaren. Dit maakt het mogelijk om de implementatie systematisch te beschrijven en de onderliggende mechanismen expliciet te maken.

De finale doelstellingen situeren zich op twee niveaus:

- Op praktijkniveau beoogt het onderzoek te leiden tot onderbouwde aanbevelingen voor de verdere optimalisatie en verduurzaming van het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra'. Deze aanbevelingen ondersteunen het aanpakken van concrete knelpunten en het versterken van de afstemming tussen woonzorgcentra en geestelijke gezondheidszorg, in functie van de noden van kwetsbare ouderen.
- Op breder toepassingsniveau beoogt het onderzoek bij te dragen aan de ontwikkeling van praktijkgerichte kennis over intersectorale samenwerking tussen woonzorgcentra en geestelijke gezondheidszorg binnen de Vlaamse context. Door inzicht te bieden in implementatie-uitdagingen en randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking, kan het onderzoek richting geven aan gelijkaardige initiatieven binnen andere GGZ-netwerken, zorgorganisaties en beleidsmatige trajecten rond geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg voor ouderen.

Volgende onderzoeksvragen zullen doorheen het onderzoek beantwoord worden:

1. **Welke factoren beïnvloeden de implementatie van pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra' in WZC?**
    - Welke noden en verwachtingen ervaren WZC met betrekking tot het pilootproject?
    - Welke interne factoren beïnvloeden de implementatie?
    - Welke externe factoren beïnvloeden de implementatie?
    - Hoe ervaren betrokken actoren de samenwerking tussen WZC en externe zorgpartners tijdens de implementatie?
    - Welke factoren beïnvloeden de betrokkenheid van huisartsen binnen het casusgerichte luik van het pilootproject?
2. **Welke elementen zijn volgens betrokken actoren essentieel voor een effectieve vormgeving en implementatie van het pilootproject?**
    - Hoe zou het pilootproject er idealiter moeten uitzien volgens betrokken actoren?
    - Hoe kan het pilootproject breder geïmplementeerd worden binnen andere netwerken?

Verloop Interview

Directies van woonzorgcentra die aan het pilootproject deelnemen of deelgenomen hebben worden uitgenodigd voor een interview. Daarin wordt onder meer ingegaan op:

- Ervaren noden en verwachtingen
- Redenen om deel te nemen aan het pilootproject
- Ervaringen met de implementatie van het pilootproject
- Samenwerking en afstemming met betrokken partners
- Ervaren impact van het pilootproject
- Randvoorwaarden, aandachtspunten en belemmeringen
- Suggesties voor verdere ontwikkeling en implementatie

Deze interviews worden audio-opgenomen en vervolgens getranscribeerd en thematische geanalyseerd. De participanten zullen bij de start van het interview mondeling geïnformeerd worden, waarna ze de geïnformeerde toestemming via e-mail toegestuurd krijgen en ondertekend terugbezorgen voorafgaand aan het interview. Er wordt gestreefd naar het interviewen van minstens één medewerker (directielid en/of contactpersoon) per deelnemend woonzorgcentrum.

Verloop Bevraging

Directies van woonzorgcentra die niet deelnemen aan het pilootproject worden uitgenodigd om korte online bevraging in te vullen. Volgende aspecten komen daarin aan bod:

- Perceptie van het pilootproject
- Redenen om niet deel te nemen aan het pilootproject
- Haalbaarheid, drempels en randvoorwaarden
- Een bredere toekomstvisie op psychiatrische ondersteuning in woonzorgcentra

De geïnformeerde toestemming wordt aan het begin van de bevraging opgenomen. Aan het einde van de bevraging is er de mogelijkheid voor respondenten om hun interesse in een verdiepend interview kenbaar te maken. Er wordt gestreefd naar een zo hoog mogelijke responsgraad van niet-deelnemende woonzorgcentra op de online bevraging.

Op basis van de resultaten van de interviews en de bevraging worden aanbevelingen voor praktijk en beleid geformuleerd. De bevindingen worden gebundeld in een schriftelijk rapport.

INFORMATIE OVER DE VERWERKING VAN UW PERSOONSGEGEVENS

In het kader van uw deelname aan dit onderzoek zullen persoonsgegevens over u verzameld en verwerkt worden. Deze verwerking zal gebeuren in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG / GDPR). De volgende categorieën van persoonsgegevens zullen verwerkt worden tijdens dit onderzoek:

- Naam
- E-mailadres
- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding en training
- Organisatie
- Functie
- Audio-opname

Gebruik van uw persoonsgegevens

Enkel persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de doeleinden van dit onderzoek zullen verzameld en verwerkt worden. Uw gegevens zullen in het kader van dit onderzoek gepseudonimiseerd worden. Dit wil zeggen dat gegevens die u kunnen identificeren zoals uw naam worden losgekoppeld van de andere onderzoeksdata en vervangen worden door een unieke, willekeurige code. Op deze manier is het niet langer onmiddellijk zichtbaar welke gegevens van welke specifieke persoon afkomstig zijn. Enkel de onderzoeker kan via de unieke code de gegevens terug linken aan een specifieke persoon. Dit zal echter enkel in uitzonderlijke gevallen gebeuren, bijvoorbeeld indien u beroep doet op uw recht op

inzage of rectificatie van uw gegevens. Ook in de wetenschappelijke output van dit onderzoek, zoals publicaties, zal u niet geïdentificeerd worden.

Als rechtsgrond voor de verwerking van uw gegevens wordt het algemeen belang aangewend. Dit betekent dat het onderzoek zal leiden tot een vermeerdering van kennis en inzicht die de maatschappij (direct of indirect) ten goede komt. Stopzetting van deelname aan de studie houdt in dat de eerder verzamelde gegevens nog verder rechtsgeldig kunnen worden betrokken in de studie en niet moeten worden verwijderd door KU Leuven.

Uw gegevens zullen door de onderzoekers gedurende 10 jaar na afloop van het onderzoek bewaard worden op een beveiligde opslaglocatie van KU Leuven.

Hergebruik van uw gegevens

Het is mogelijk dat uw gepseudonimiseerde gegevens worden hergebruikt in het kader van onderwijs en academische lezingen.

Uw rechten

U hebt het steeds recht om meer informatie te vragen over het gebruik van uw gegevens. Daarnaast kan u beroep doen op het recht van inzage en het recht op verbetering (rectificatie) van uw gegevens voor zover deze rechten de doeleinden van het onderzoek niet onmogelijk maken of ernstig belemmeren.

Indien u op één van deze rechten beroep wil doen, kan u contact opnemen met de onderzoekers aan de hand van de contactgegevens bovenaan deze brief.

Contactgegevens

KU Leuven fungeert als verwerkingsverantwoordelijke in het kader van dit onderzoek. Meer specifiek zullen enkel de onderzoekers An Heyens en Anja Declercq toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Ingeval van specifieke vragen over dit onderzoek, inclusief de verwerking van uw persoonsgegevens, kan u met hen contact opnemen.

Voor verdere vragen en bedenkingen over de verwerking van uw persoonsgegevens kan u contact opnemen met de functionaris voor gegevensbescherming voor wetenschappelijk onderzoek van KU Leuven (dpo@kuleuven.be). Gelieve hierbij te verduidelijken om welk onderzoek het gaat door vermelding van de titel en de namen van de onderzoekers.

Indien u, na contact te hebben opgenomen met de functionaris voor gegevensbescherming, een klacht zou willen indienen over hoe uw informatie wordt behandeld, kan u terecht bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit (www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Bijlage 3: Herinneringsmail Deelname Bevraging

Beste

Graag breng ik onderstaande bevraging rond psychiatrische ondersteuning in WZC nog even opnieuw onder uw aandacht. Inbreng vanuit WZC die (nog) niet deelnemen aan het pilootproject is cruciaal om wenselijke en haalbare aanbevelingen te formuleren voor praktijk en beleid.

Indien u (of een medewerker van uw organisatie) nog niet de kans had om deel te nemen, nodig ik u graag uit om dit alsnog te doen via deze link: https://survey.kuleuven.cloud/235689?lang=nl

Alvast hartelijk dank voor uw tijd en waardevolle bijdrage.

Met vriendelijke groeten,

Bijlage 4: Topiclijsten

Topiclijst voor directieleden van deelnemende WZC

Dit interview kadert binnen de evaluatie van het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra', waarbij uw woonzorgcentra betrokken is/was. Het doel van dit onderzoek is om beter te begrijpen welke factoren een rol spelen bij deelname aan en implementatie van het pilootproject in de praktijk. Uit tussentijdse evaluaties blijkt dat de implementatie in verschillende woonzorgcentra op verschillende manieren is verlopen en soms als uitdagend werd ervaren. Via dit interview willen we inzicht krijgen in de contextuele, organisatorische en interprofessionele factoren die hierop van invloed zijn. De ervaring en perspectieven van uw woonzorgcentrum zijn daarbij essentieel. De bevindingen uit dit onderzoek kunnen bijdragen aan een gerichtere bijsturing van het pilootproject en aan de ontwikkeling van praktijkgerichte kennis over intersectorale samenwerking tussen woonzorgcentra en partners uit de geestelijke gezondheidszorg.

geïnformeerde toestemming aanhalen

Introductie

- Wat is uw functie binnen het WZC?
- Sinds wanneer zijn jullie betrokken bij het pilootproject?
- Hoe werd binnen jullie organisatie gezocht naar een geschikte contactpersoon?
- Nemen jullie nog steeds deel? Zijn jullie van plan te blijven deelnemen? Waarom wel? Waarom niet?

Situering WZC en ervaren noden

- Welke uitdagingen ervaren jullie op vlak van psychisch welzijn van bewoners?
    - Zijn jullie bij de aanmelding van nieuwe bewoners op de hoogte van eventuele psychische kwetsbaarheid?
    - Hoe wordt met deze uitdagingen omgegaan?
    - Hoe zou je de cultuur binnen het WZC omschrijven in het omgaan met psychisch welzijn en externe ondersteuning?
- In welke mate voelt het team zich voldoende ondersteund bij…
    - …psychische kwetsbaarheid?
    - …gedragsproblemen?
- Waar hebben jullie als WZC vooral nood aan?
    - Individuele begeleiding van bewoners?
    - Casusbesprekingen/expertise?
    - Vorming/opleiding?
    - Andere?

Kennismaking met pilootproject

- Hoe hebben jullie voor het eerst kennisgemaakt met het pilootproject?
    - In welke mate was het duidelijk wat het aanbod concreet zou inhouden?
    - In welke mate en op welke manier leek dit project vernieuwend?

- Wat was jullie oorspronkelijke verwachting van het project?
    - Sloten deze verwachtingen aan bij de realiteit? Op welke manier wel, op welke manier niet?
    - Wat voor tijdsinvestering dachten jullie hier zelf voor in te moeten zetten? Kwam dat overeen met de realiteit?
- Wat sprak jullie aan en wat riep vragen of twijfels op?
- Wat maakt dat jullie zijn ingegaan op het aanbod?
    - Zou de verplichting om een interne psycholoog/referentiepersoon mentaal welzijn/… aan te werven een rol gespeeld hebben in jullie beslissing?
    - Zou een financiële bijdrage een rol gespeeld hebben in jullie beslissing?

Ervaring met implementatie

- Hoe is het project concreet gestart binnen jullie WZC?
- Wat vroeg de opstart organisatorisch van het WZC?
    - Welke randvoorwaarden moesten aanwezig zijn?
    - Wat maakte dat jullie hieraan tegemoet konden komen?
- Waar liep de organisatie als geheel tegenaan?

Samenwerking en afstemming

- Hoe ervaart u de structuur van het GGZ-netwerk waarbinnen dit project is ingebed?
    - Wat helpt of belemmert binnen die netwerkstructuur een vlotte samenwerking?
- Hoe verliep de samenwerking met externe partners tot nu toe?
    - Samenwerking met contactpersoon vs. samenwerking met team
    - Samenwerking met CRA-arts en huisartsen (enkel voor deel 1)
    - Wat maakte dat de samenwerking goed/minder goed liep?
- Hoe duidelijk waren de rollen en verantwoordelijkheden vanuit organisatiestandpunt?
    - Wat hielp hierbij? / Wat had hierbij kunnen helpen?
- Waar ontstonden volgens u spanningen of onduidelijkheden?
    - Hoe ontstonden deze spanningen?
    - Hoe werd ermee omgegaan?

Ervaren impact

- Wat merkt u dat het project teweegbrengt?
    - Bij het zorgteam?
    - In hoe men naar bewoners kijkt?
    - In hoe men met gedrag of psychisch lijden omgaat?
    - In het welzijn van bewoners?
- Zijn er zaken die blijvend veranderd zijn/zouden kunnen veranderen?
    - Wat maakt deze veranderingen er gekomen zijn? / Wat maakt dat deze veranderingen er niet komen?

Randvoorwaarden en belemmeringen

- Wat maakt deelname aan dit soort projecten moeilijk of net gemakkelijk binnen WZC?
    - Tijd?
    - Personeelsbezetting?
    - Interne organisatie?
    - Steun van directie?
    - Beleid? Regelgevende kaders?
    - Andere?
- Wat is voor u de meerwaarde van het project?
- Waar ligt volgens u de grens tussen een ondersteunend aanbod en een bijkomende belasting voor de organisatie?
- Hoe ervaart u de verhouding tussen de inspanningen die u moet leveren en de opbrengst van het project?

Toekomstvisie: ideaal en haalbaar

- Hoe zou een ideaal ondersteuningsbeleid rond psychisch welzijn voor WZC eruitzien?
- Welke aspecten van het project moeten behouden worden?
    - Wat maakt dat u deze als helpend ervaart?
- Welke aspecten zouden anders of eenvoudiger moeten?
    - Wat maakt dat u deze als lastig ervaart?
- Wat zou helpen om dit project duurzamer te maken?
    - Welke kennis of houding uit het project blijft behouden ook zonder externe ondersteuning?
    - Wat dreigt opnieuw verloren te gaan wanneer het project stopt?
    - Wat is nodig om de veranderingen echt te verankeren?
- Wat zou helpen om dit project breder te implementeren?
- Welke boodschap zou u aan beleidsmakers of projectverantwoordelijken willen meegeven?

Topiclijst voor contactpersonen van deelnemende WZC

Dit interview kadert binnen de evaluatie van het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra', waarbij uw woonzorgcentra betrokken is/was. Het doel van dit onderzoek is om beter te begrijpen welke factoren een rol spelen bij deelname aan en implementatie van het pilootproject in de praktijk. Uit tussentijdse evaluaties blijkt dat de implementatie in verschillende woonzorgcentra op verschillende manieren is verlopen en soms als uitdagend werd ervaren. Via dit interview willen we inzicht krijgen in de contextuele, organisatorische en interprofessionele factoren die hierop van invloed zijn. De ervaring en perspectieven van uw woonzorgcentra zijn daarbij essentieel. De bevindingen uit dit onderzoek kunnen bijdragen aan een gerichtere bijsturing van het pilootproject en aan de ontwikkeling van praktijkgerichte kennis over intersectorale samenwerking tussen woonzorgcentra en partners uit de geestelijke gezondheidszorg.

geïnformeerde toestemming aanhalen

Introductie

- Wat is jouw functie binnen het WZC?
- Sinds wanneer zijn jullie betrokken bij het pilootproject?
- Hoe omschrijf je jouw rol als contactpersoon?
- Nemen jullie nog steeds deel? Zijn jullie van plan te blijven deelnemen? Waarom wel? Waarom niet?

Situering WZC en ervaren noden

- Welke uitdagingen ervaren jullie op vlak van psychisch welzijn van bewoners?
    - Zijn jullie bij de aanmelding van nieuwe bewoners op de hoogte van eventuele psychische kwetsbaarheid?
    - Hoe wordt met deze uitdagingen omgegaan?
    - Hoe zou je de cultuur binnen het WZC omschrijven in het omgaan met psychisch welzijn en externe ondersteuning?
- In welke mate voelt het team zich voldoende ondersteund bij…
    - …psychische kwetsbaarheid?
    - …gedragsproblemen?
- Waar hebben jullie als WZC vooral nood aan?
    - Individuele begeleiding van bewoners?
    - Casusbesprekingen/expertise?
    - Vorming/opleiding?
    - Andere?

Kennismaking met pilootproject

- Hoe hebben jullie voor het eerste kennisgemaakt met het pilootproject?
    - In welke mate was het duidelijk wat het aanbod concreet zou inhouden?
    - In welke mate en op welke manier leek dit project vernieuwend?
- Wat was jullie oorspronkelijke verwachting van het project?
    - In welke mate sloten deze verwachtingen aan bij de realiteit? Op welke manier wel, op welke manier niet?

    - Wat voor tijdsinvestering dachten jullie hier zelf voor in te moeten zetten? Kwam dat overeen met de realiteit?
- Wat sprak jullie aan en wat riep vragen of twijfels op?
- Wat maakt dat jullie zijn ingegaan op het aanbod?

Ervaring met implementatie

- Hoe is het project concreet gestart binnen jullie WZC?
- Wat vroeg het praktisch van jou als contactpersoon?
    - Wat maakte dat je hieraan kon tegemoetkomen?
- Wat liep vlot bij de opstart?
    - Wat maakte dat dit bij jullie vlot liep?
- Wat was moeilijk of belastend?
    - Wat maakt dat jullie dit als moeilijk of belastend ervaarden?

Samenwerking en afstemming

- Hoe ervaar je de structuur van het GGZ-netwerk waarbinnen dit project is ingebed?
    - Wat helpt of belemmert binnen die netwerkstructuur een vlotte samenwerking?
- Hoe heb je de samenwerking met externe partners tot nu toe ervaren?
    - Samenwerking met contactpersoon vs. samenwerking met team
    - Samenwerking met CRA-arts en huisartsen (enkel voor deel 1)
    - Wat maakte dat de samenwerking goed/minder goed liep?
- Voelde je je voldoende ondersteund in je rol?
    - Wat heb je als helpend ervaren? / Wat had ervoor kunnen zorgen dat je je meer ondersteund voelde?
- Voelde het team zich voldoende ondersteund?
    - Wat hebben ze als helpend ervaren? / Wat had ervoor kunnen zorgen dat ze zich meer ondersteund voelde?
- Was het voor jou duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk was en bij wie je terecht kon?
    - Wat hielp hierbij? / Wat had hierbij kunnen helpen?
- Waren er spanningen?
    - Hoe ontstonden deze spanningen?
    - Hoe werd ermee omgegaan?

Ervaren impact

- Wat merk je dat het project teweegbrengt?
    - Bij het zorgteam?
    - In hoe men naar bewoners kijkt?
    - In hoe men met gedrag of psychisch lijden omgaat?
    - In het welzijn van bewoners?
- Zijn er zaken die blijvend veranderd zijn/zouden kunnen veranderen?
    - Wat maakt deze veranderingen er gekomen zijn? / Wat maakt dat deze veranderingen er niet komen?

Randvoorwaarden en belemmeringen

- Wat maakt deelname aan dit soort projecten moeilijk of net gemakkelijk binnen WZC?
    - Tijd?
    - Personeelsbezetting?
    - Interne organisatie?
    - Steun van directie?
    - Beleid? Regelgevende kaders?
    - Andere?
- Waar is voor jou de meerwaarde van het project?
- Waar ligt voor jullie de grens tussen ondersteund worden en extra belasting?
- Hoe ervaar je de verhouding tussen de inspanningen die jullie moeten leveren en de opbrengst van het project?

Toekomstvisie: ideaal en haalbaar

- Hoe zou een ideaal ondersteuningsbeleid rond psychisch welzijn voor WZC eruitzien?
- Welke aspecten van het project moeten behouden worden?
    - Wat maakt dat je deze als helpend ervaart?
- Welke aspecten zouden anders of eenvoudiger moeten?
    - Wat maakt dat je deze als lastig ervaart?
- Wat zou helpen om dit project duurzamer te maken?
    - Welke kennis of houding uit het project blijft behouden ook zonder externe ondersteuning?
    - Wat dreigt opnieuw verloren te gaan wanneer het project stopt?
    - Wat is nodig om de veranderingen echt te verankeren?
- Wat zou helpen om dit project breder te implementeren?
- Welke boodschap zou je aan beleidsmakers of projectverantwoordelijken willen meegeven?

Topiclijst voor geïnteresseerde WZC (vanuit bevraging)

Introductie

- U bent… binnen WZC… en … van opleiding, klopt dat?
- U was voor de bevraging ~~al/~~niet op de hoogte van het pilootproject, klopt dat?

Situering WZC en ervaren noden

- Tegen welke uitdagingen lopen jullie aan op vlak van psychisch welzijn van bewoners?
- In welke mate voelt het team zich voldoende ondersteund bij…
    - …psychische kwetsbaarheid?
    - …gedragsproblemen?
- Waar hebben jullie als WZC vooral nood aan?
    - Individuele begeleiding van bewoners?
    - Casusbesprekingen/expertise?
    - Vorming/opleiding?
    - Andere?

Kennismaking met pilootproject

- Kon u zich op basis van de beschrijving in de bevraging een beeld vormen van het aanbod van het pilootproject?
- Uw eerste indruk van het pilootproject was…?
- Wat sprak u aan en wat riep vragen of twijfels op?
- Zou u overwogen hebben om deel te nemen?
    - Zou u eerder intekenen op deel 1 of deel 2 van het pilootproject?
    - Zou de verplichting om een interne psycholoog/referentiepersoon mentaal welzijn/… aan te werven een rol spelen in die beslissing?
    - Zou een financiële bijdrage een rol spelen in die beslissing?

Inschatting van implementatie

- Zou u zelf de rol van contactpersoon opnemen? Waarom wel/niet?
    - Wat zou dit praktisch van u vragen?
- Wat zouden aandachtpunten zijn bij de opstart?
- Wat zou de implementatie organisatorisch vragen van het WZC?
    - Lijkt dit haalbaar?

Samenwerking en afstemming

- Hoe staat u tegenover de samenwerking met externe partners?
    - Wat zou nodig zijn opdat de samenwerking goed zou verlopen?
    - Wat zouden aandachtspunten zijn? (duidelijke rollen, eventuele spanningen)

Verwachte impact

- Wat denkt u dat het project teweeg zou kunnen brengen?
    - Bij het zorgteam?
    - In hoe men naar bewoners kijkt?
    - In hoe men met gedrag of psychisch lijden omgaat?

    - In het welzijn van bewoners?
- Wat zou maken dat deze veranderingen er wel of niet zouden komen?

Randvoorwaarden en belemmeringen

- Wat maakt deelname aan dit soort projecten moeilijk binnen WZC?
    - Tijd?
    - Personeelsbezetting?
    - Interne organisatie?
    - Steun van directie?
    - Beleid?
    - Andere?

Toekomstvisie: ideaal en haalbaar

- Hoe zou een ideaal ondersteuningsbeleid rond psychisch welzijn voor WZC eruitzien?
- Welke aspecten van het project moeten behouden worden?
- Welke aspecten zouden anders of eenvoudiger moeten?
- Wat zou helpen om dit project…
    - …duurzamer te maken?
    - …breder te implementeren?
- Welke boodschap zou u aan beleidsmakers of projectverantwoordelijken willen meegeven?

Bijlage 5: Formulier voor Geïnformeerde Toestemming voor Interviews

Geïnformeerde toestemming

Titel van het onderzoek:

Evaluatie Pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra' binnen GGZ-netwerk SaVHA?!

Naam en contactgegevens promotor en onderzoeker(s):

Onderzoeker: An Heyens – an.heyens@kuleuven.be - +32 16 37 98 83

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq – anja.declercq@kuleuven.be - +32 16 32 00 28

LUCAS – Centrum voor zorgonderzoek en consultancy|Minderbroederstraat 8|3000 Leuven

Doel en methodologie van het onderzoek:

LUCAS KU Leuven onderzoekt via semigestructureerde interviews en een korte online bevraging de **implementatie van het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra' binnen het GGZ-netwerk SaVHA?!**.

Het directe doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van factoren die de implementatie van het pilootproject beïnvloeden. Daarbij wordt specifiek gekeken naar:

- de ervaringen van woonzorgcentra met de uitvoering van het pilootproject;
- drempels en ondersteunende factoren die een rol spelen bij de implementatie;
- de samenwerking tussen woonzorgcentra en partners uit de geestelijke gezondheidszorg;
- noden en verwachtingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling van het project.

De resultaten van het onderzoek hebben als doel bij te dragen aan de verdere ontwikkeling en optimalisatie van het pilootproject.

De finale doelstellingen situeren zich op meerdere niveaus:

- Op het niveau van woonzorgcentra beoogt het onderzoek bij te dragen aan een betere ondersteuning in het omgaan met bewoners met psychische kwetsbaarheden en complexe gedragsproblemen.
- Op het niveau van samenwerking beoogt het onderzoek de afstemming tussen woonzorgcentra en geestelijke gezondheidszorg te versterken.
- Op kennisniveau beoogt het onderzoek bij te dragen aan de ontwikkeling van praktijkgerichte kennis over intersectorale samenwerking, met het oog op toepassing in andere zorgcontexten en netwerken.

- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
- Ik weet dat ik zal deelnemen aan een interview.
- Ik weet dat er geen risico's of ongemakken kunnen verbonden zijn aan mijn deelname.
- Ikzelf of anderen kunnen baat bij dit onderzoek hebben op volgende wijze:
  Inzicht in de factoren die de intersectorale samenwerking tussen woonzorgcentra en partners uit de geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden.

- Mijn deelname levert een bijdrage aan het wetenschappelijk onderzoek. Ik weet ik geen verdere beloning of compensatie voor mijn deelname zal ontvangen.

- Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.
- Ik weet dat er in dit onderzoek audio-opnames van mij gemaakt worden.

- Mijn persoonsgegevens zullen verwerkt worden in lijn met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG/GDPR). Hierbij worden alleen de gegevens verwerkt die strikt noodzakelijk voor het behalen van de onderzoeksdoelstellingen. Doorheen het onderzoek zullen mijn gegevens steeds vertrouwelijk behandeld worden. De onderzoekers nemen maatregelen om mijn privacy te beschermen. Zo zullen mijn persoonsgegevens gepseudonimiseerd worden, wat betekent dat mijn gegevens niet meer aan mij gekoppeld kunnen worden zonder gebruik van aanvullende informatie die alleen toegankelijk is voor de onderzoekers. Ik begrijp dat mijn gepseudonimiseerde gegevens kunnen hergebruikt worden voor ander wetenschappelijk onderzoek en mogelijk ook in het kader van onderwijs en academische lezingen. Meer informatie over de verwerking van mijn persoonsgegevens kan teruggevonden worden in de bijgevoegde informatiebrief.

- Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek. De onderzoeker mag mij hiervoor contacteren op het volgende e-mailadres:

  _____

- Voor verdere vragen over het onderzoek weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:
  Onderzoeker: An Heyens – an.heyens@kuleuven.be - +32 16 37 98 83
  Promotor: Prof. dr. Anja Declercq – anja.declercq@kuleuven.be - +32 16 32 00 28

☐ **Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.**



Datum:

Naam en handtekening deelnemer

Naam en handtekening onderzoeker

An Heyens

Bijlage 6: Inhoud Online Bevraging

Deze bevraging kadert binnen de evaluatie van het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra', dat momenteel loopt binnen GGZ-netwerk SaVHA?!. Het doel van dit onderzoek is om beter te begrijpen welke factoren een rol spelen bij al dan niet deelnemen aan het pilootproject.

Ook de perspectieven van woonzorgcentra die ervoor hebben gekozen om niet deel te nemen aan het pilootproject zijn daarbij van groot belang. Uw inzichten kunnen helpen om drempels, randvoorwaarden en overwegingen beter in kaart te brengen.

De bevindingen uit dit onderzoek kunnen bijdragen aan een gerichtere bijsturing van het pilootproject en aan de ontwikkeling van praktijkgerichte kennis over intersectorale samenwerking tussen woonzorgcentra en partners uit de geestelijke gezondheidszorg.

Bedankt voor uw betrokkenheid en bereidheid om deel te nemen aan deze bevraging.

geïnformeerde toestemming

1. Visie op pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentrum'

Het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentrum' werd opgericht binnen GGZ-netwerk SaVHA?! om de intersectorale samenwerking te versterken. De overkoepelende doelstelling van het pilootproject is het **verhogen van de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen in woonzorgcentra**, met specifieke aandacht voor ouderen met een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid, suïcidaliteit en/of complexe gedragsproblemen.
Het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra' bestaat uit twee componenten.
De eerste component betreft casusgerichte ondersteuning in samenwerking met zorgpartners.
De tweede component betreft structurele ondersteuning en deskundigheidsbevordering via het CGG.

Voor een uitgebreidere toelichting zie *link naar pdf*

1.1. Wat was uw eerste indruk van het pilootproject?
   - Erg negatief
   - Eerder negatief
   - Neutraal
   - Eerder positief
   - Erg positief

   Vul hier uw opmerkingen in:

1.2. Wat sprak u aan in het pilootproject?

1.3. Wat riep vragen of twijfels op?

2. Keuze om niet deel te nemen

2.1. Is deelname aan het pilootproject binnen jullie organisatie ooit besproken of overwogen?
- Ja
- Nee

2.2. Wie was betrokken bij de keuze tot deelname?

2.3. Wat verwachtten jullie dat het pilootproject voor jullie als WZC zou kunnen betekenen?

2.4. Wat verwachtten jullie dat het jullie als WZC zou kosten om deel te nemen?

2.5. Wat maakt dat jullie ervoor hebben gekozen om niet deel te nemen aan het pilootproject?

2.6. Was dat een bewuste keuze of eerder een kwestie van timing/haalbaarheid/...?

3. Toekomstvisie

3.1. Hoe zou een ideaal ondersteuningsaanbod rond psychisch welzijn voor WZC er volgens u uitzien?

3.2. Welke aspecten van het project moeten behouden worden?

3.3. Welke aspecten van het project zouden anders of eenvoudiger moeten?

3.4. Welke boodschap zou u aan projectverantwoordelijken of beleidsmakers willen meegeven?

4. Sociodemografische gegevens

1.1. Wat is uw geslacht?
- Man
- Vrouw
- Zeg ik liever niet

1.2. Wat is uw leeftijd?
- 18-30 jaar
- 31-40 jaar
- 41-50 jaar
- 51-65 jaar

1.3. Binnen welk WZC bent u werkzaam? (niet verplicht)

1.4. Wat is uw functie binnen het WZC?

1.5. Welke opleiding en/of training heeft u gevolgd?

5. Contactgegevens

5.1. Als u bereid bent om deel te nemen aan een interview ter verdieping van uw antwoorden, mag u een e-mail sturen naar an.heyens@kuleuven.be of mag u hier uw e-mailadres achterlaten:

5.2. Als u graag op de hoogte wordt gehouden van de resultaten van dit onderzoek, mag u een e-mail sturen naar an.heyens@kuleuven.be of mag u hier uw e-mailadres achterlaten:

Bedankt voor uw deelname!

Ze levert een waardevolle bijdrage aan het verder versterken van de geestelijke gezondheidszorg voor bewoners en de ondersteuning van medewerkers binnen woonzorgcentra.

Bijlage 7: Formulier voor Geïnformeerde Toestemming Bevraging

Geïnformeerde toestemming

Titel van het onderzoek:

Evaluatie Pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra' binnen GGZ-netwerk SaVHA?!

Naam en contactgegevens promotor en onderzoeker(s):

Onderzoeker: An Heyens – an.heyens@kuleuven.be - +32 16 37 98 83

Promotor: Prof. dr. Anja Declercq – anja.declercq@kuleuven.be - +32 16 32 00 28

LUCAS – Centrum voor zorgonderzoek en consultancy|Minderbroederstraat 8|3000 Leuven

Doel en methodologie van het onderzoek:

LUCAS KU Leuven onderzoekt via semigestructureerde interviews en een korte online bevraging de **implementatie van het pilootproject 'Ouderen in woonzorgcentra' binnen het GGZ-netwerk SaVHA?!**.

Het directe doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van factoren die de implementatie van het pilootproject beïnvloeden. Daarbij wordt specifiek gekeken naar:

- de ervaringen van woonzorgcentra met de uitvoering van het pilootproject;
- drempels en ondersteunende factoren die een rol spelen bij de implementatie;
- de samenwerking tussen woonzorgcentra en partners uit de geestelijke gezondheidszorg;
- noden en verwachtingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling van het project.

De resultaten van het onderzoek hebben als doel bij te dragen aan de verdere ontwikkeling en optimalisatie van het pilootproject.

De finale doelstellingen situeren zich op meerdere niveaus:

- Op het niveau van woonzorgcentra beoogt het onderzoek bij te dragen aan een betere ondersteuning in het omgaan met bewoners met psychische kwetsbaarheden en complexe gedragsproblemen.
- Op het niveau van samenwerking beoogt het onderzoek de afstemming tussen woonzorgcentra en geestelijke gezondheidszorg te versterken.
- Op kennisniveau beoogt het onderzoek bij te dragen aan de ontwikkeling van praktijkgerichte kennis over intersectorale samenwerking, met het oog op toepassing in andere zorgcontexten en netwerken.

- Ik begrijp wat van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
- Ik weet dat ik zal deelnemen aan een korte online bevraging.
- Ik weet dat er geen risico's of ongemakken kunnen verbonden zijn aan mijn deelname.
- Ikzelf of anderen kunnen baat bij dit onderzoek hebben op volgende wijze:
  Inzicht in de factoren die de intersectorale samenwerking tussen woonzorgcentra en partners uit de geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden.

- Mijn deelname levert een bijdrage aan het wetenschappelijk onderzoek. Ik weet ik geen verdere beloning of compensatie voor mijn deelname zal ontvangen.

- Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

- Mijn persoonsgegevens zullen verwerkt worden in lijn met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG/GDPR). Hierbij worden alleen de gegevens verwerkt die strikt noodzakelijk voor het behalen van de onderzoeksdoelstellingen. Doorheen het onderzoek zullen mijn gegevens steeds vertrouwelijk behandeld worden. De onderzoekers nemen maatregelen om mijn privacy te beschermen. Zo zullen mijn persoonsgegevens gepseudonimiseerd worden, wat betekent dat mijn gegevens niet meer aan mij gekoppeld kunnen worden zonder gebruik van aanvullende informatie die alleen toegankelijk is voor de onderzoekers. Ik begrijp dat mijn gepseudonimiseerde gegevens kunnen hergebruikt worden voor ander wetenschappelijk onderzoek en mogelijk ook in het kader van onderwijs en academische lezingen. Meer informatie over de verwerking van mijn persoonsgegevens kan teruggevonden worden in de bijgevoegde informatiebrief.

- Ik wil graag op de hoogte gehouden worden van de resultaten van dit onderzoek. De onderzoeker mag mij hiervoor contacteren op het volgende e-mailadres:

  _____

- Voor verdere vragen over het onderzoek weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:
  Onderzoeker: An Heyens – an.heyens@kuleuven.be - +32 16 37 98 83
  Promotor: Prof. dr. Anja Declercq – anja.declercq@kuleuven.be - +32 16 32 00 28

☐ Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en heb antwoord gekregen op al mijn vragen betreffende deze studie. Ik stem toe om deel te nemen.

Bijlage 8: Codeboom

Code	# Gegevens-bronnen	# Frag-menten
Bedreiging	**12**	**141**
Individuals	12	56
Capability	7	15
Al voldoende interne expertise	1	4
Gebrek aan interne expertise ter ondersteuning van implementatie	5	10
Taalbarrière bij personeel	1	1
Motivation	5	12
Beperkte openheid	1	1
Beperkte steun vanuit directie	3	4
Gebrek aan affiniteit met (psychiatrische zorg)	2	7
Need	5	7
Meer ondersteuning nodig	3	4
Niet voortdurend ondersteuning nodig	3	3
Onrealistische verwachtingen	2	3
Opportunity	8	19
Beperkte tijd	8	19
Inner setting	11	61
Available Resources	4	5
Beperkte middelen	4	5
Culture	6	21
Botsing met bestaande zorgcultuur	6	21
Structural Characteristics	10	35
Beperkte personeelsbezetting	8	19
Moeilijkheden in organisatie binnen team	3	4
Veranderingen in personeelsbezetting	4	12

Outer setting	6	24
Critical incidents	1	7
Onverwachte, hinderende omstandigheden	1	7
Local attitudes	5	14
Gebrek aan aandacht voor mentaal welzijn bij ouderen	2	3
Weerstand voor het psychologische bij bewoners	4	11
Partnerships and connections	2	5
Geen huisarts	1	4
Moeilijk om huisarts te betrekken	1	1
Policies and laws	2	3
Impact van beleidsveranderingen	1	1
Belemmerende regelgeving	1	2
Betrokkenheid artsen	**12**	**53**
Aandacht voor mentaal welzijn	4	5
Belang van betrokkenheid	5	11
Beperkte betrokkenheid	8	17
Beperkte beschikbaarheid	3	5
Gebrek aan aandacht voor mentaal welzijn	5	8
Gebrek aan kennis over mentaal welzijn	3	3
Terughoudendheid bij psychiatrische problematiek	1	1
Communicatie naar huisartsen	6	7
CRA	9	13
Gewenste vormgeving	**12**	**145**
In lijn met pilootproject	5	20
Inzetten op zorgnetwerken	2	2
Samenwerkingsovereenkomst - Liaison	5	18
Inhoud van het ondersteuningsaanbod	11	58
Meer opvolging	1	1
Niet te hard focussen op diagnoses	1	2

Ondersteuning bewoners en medewerkers	2	2
Ook ondersteuning bij detectie	2	3
Ook ondersteuning bij acute situaties	3	7
Ook ondersteuning bij dementie	4	5
Ook ondersteuning voor medewerkers en leidinggevenden	1	2
Opleiding	6	11
Praktisch, aansluitend bij de werkvloer	5	11
Team mee betrekken	4	12
Zelf noden detecteren bij medewerkers	1	2
Naast pilootproject (breder)	10	32
Integratie in huidige zorg	4	6
Interne expertise	8	26
Organisatie van ondersteuningsaanbod	9	35
Administratie beperken	3	3
Duidelijk kader van in het begin	2	2
Enkel met referentiepersonen	1	1
Flexibel casusgericht aanbod	1	1
Gestructureerder aanbod	5	13
Implementatie beter ondersteunen	4	9
Langdurig aanbod	1	2
Terugkoppeling per bezoek i.p.v. eindverslag	2	3
Vaste zorgverleners per WZC	1	1
Kans	**12**	**381**
Individuals	12	99
Capability	10	25
Interne expertise ter ondersteuning van implementatie	10	25
Motivation	12	54
Engagement	6	13
Interesse in psychiatrie	2	2

Ondersteunende directie	8	27
Openheid om te leren bij aanwezig personeel	6	12
Need	6	11
Nood aan ondersteuning	6	11
Opportunity	6	9
Beschikbare tijd	2	2
Flexibiliteit	1	2
Passende rol	4	5
Inner setting	12	243
Compatibility	8	24
Culture	11	37
Openheid voor innovatie	11	29
Proactieve houding	4	8
Mission alignment	10	69
Belang van psychisch welzijn	8	25
Initiatieven gericht op psychisch welzijn	10	44
Structural characteristics	1	1
Stabiel team	1	1
Tension for change	12	112
Ervaren moeilijkheden m.b.t. psychiatrische problematieken	9	29
Gebrek aan expertise en kennis m.b.t. GGZ	12	49
Toename psychiatrische kwetsbaarheid bij bewoners	11	34
Innovation	7	27
Relative advantage	7	27
Perceptie van meerwaarde	7	27
Outer setting	6	12
Partnerships and connections	5	10
Al bestaande banden	5	10
Policies and laws	2	2

Aansluiting bij beleid	2	2
Noden	**12**	**178**
Capaciteit en middelen	9	23
Expertise en ondersteuning	12	104
Algemene psychiatrische expertise	10	25
Individuele ondersteuning personeel	2	5
Medicamenteuze ondersteuning	2	2
Ondersteuning bij detectie	7	17
Ondersteuning bij dementie en psychiatrische problematiek	7	13
Ondersteuning in acute situaties	5	13
Ondersteuning van naasten	3	4
Opleiding	7	25
Interne organisatie	5	12
Afzonderlijke psychogeriatrische afdeling binnen WZC	2	6
Eenvoudig zorgdossier met inbegrip van mentaal welzijn	2	3
Gedeelde teamaanpak	1	3
Samenwerking en communicatie met externe diensten	7	18
Betere afstemming	2	2
Degelijke informatieoverdracht	5	10
Overzicht van bestaande GGZ-diensten	2	6
Visie en cultuur m.b.t. zorg voor ouderen met psychiatrische kwetsbaarheid	8	21
Erkenning psychische zorgbehoefte	4	7
Positieve benadering van de zorg	2	5
Sensibiliseren van medewerkers	6	9
Opschaling (strategieën)	**8**	**33**
Directe voorwaarden voor opschaling	5	13
Beleidsmatige ondersteuning	4	7
Inhoudelijke verbreding	2	6
Indirecte voorwaarden voor opschaling	6	20

Behoefteanalyse	1	3
Beperkingen voor opschaling	1	2
Bredere bekendmaking	1	4
Implementatie ondersteunen	4	11
Samenwerking	**10**	**166**
Projectcoördinator	7	43
Beschikbaarheid	5	5
Communicatie	7	20
Ondersteuning	7	11
Relatie	4	7
Projectteam	9	115
Beschikbaarheid	6	12
Communicatie	7	38
Ondersteuning	8	30
Relatie	7	28
Twee verschillende werelden	1	7
Rolverdeling	7	8
Sterkte	**12**	**185**
Implementation process	9	50
Adapting	5	6
Engaging	6	12
Planning	9	32
Afstemming bij opstart	7	13
Duidelijke afspraken	8	19
Innovation	11	23
Innovation design	11	23
Goede aspecten	7	13
Goede balans inspanning-opbrengst	4	6
Goede insteek	2	4

Innovation outcomes	8	80
Innovation effectiveness	8	56
Casusgerichte ondersteuning	4	9
Hulp bij doorverwijzing	2	2
Meerwaarde	3	6
Opbouw van kennis en expertise	5	16
Samenwerkingsbanden	3	13
Teamgerichte ondersteuning	3	10
Positieve impact op bewoners	3	6
Positieve verandering in welzijn	3	6
Positieve impact op medewerkers	7	18
Gevoel van ondersteuning	5	9
Positieve verandering in houding t.a.v. bewoners met psychiatrische kwetsbaarheid	1	2
Verhoogd bewustzijn	4	7
Samenwerking en communicatie	8	32
Aangename samenwerking	8	25
Bereikbaarheid projectteam	4	7
Verwachtingen	**12**	**71**
Effecten	6	11
Houding vooraf	11	16
Ondersteuningsaanbod	9	27
Samenwerking en communicatie	5	6
Tijdsinvestering	4	6
Twijfels of bezorgdheden	3	5
Zwakte	**10**	**113**
Implementation process	7	26
Adapting	3	4
Engaging	3	9
Beperkte motivering van team	2	4

Ontmoedigende oproep	1	5
Planning	5	13
Gebrek aan ondersteuning	1	4
Onduidelijkheden m.b.t. aanmeldingen	5	9
Innovation design	6	33
Beperkte informatieverzameling	2	6
Exclusie van acute crisissituaties	2	3
Exclusie van dementie	3	5
Grote tijdsinvestering	4	7
Moeilijkheden verbonden aan rol als externe zorgverlener	2	2
Niet praktisch	2	2
Wachttijd	2	8
Innovation outcomes	7	33
Beperkte impact op medewerkers	7	18
Beperkte ondersteuning	7	18
Innovation effectiveness	3	15
Beperkte meerwaarde	2	13
Beperkte samenwerkingsbanden	2	2
Moeilijkheden in samenwerking en communicatie	4	21
Beperkte terugkoppeling	2	9
Beperkte beschikbaarheid projectteam	3	8
Communicatiemoeilijkheden	1	4

Bijlage 9: CFIR 2.0-domeinen en subdomeinen (CFIR Leadership Team, 2025)

CFIR 2.0					
Innovatie	**Externe setting**	**Interne setting**	**Individuen**	**Implementatie-proces**	**Uitkomsten**
Bron	Externe gebeurtenissen	Fysieke infrastructuur	Noden	Teamvorming	Aanvaardbaarheid
Onderbouwing	Lokale attitudes	Informatietechnologische infrastructuur	Kennis en vaardigheden	Behoefteanalyse	Waarschijnlijk van implementatie
Meerwaarde	Lokale omstandigheden	Werkinfrastructuur	Mogelijkheden	Contextanalyse	Duurzaamheid
Aanpasbaarheid	Partners en connecties	Relationele connecties	Motivatie	Afstemmen en plannen	Mate van aanvaarding
Proefbaarheid	Regelgeving en wetgeving	Interne communicatie		Strategieën afstemmen	Mate van implementatie
Complexiteit	Financiering	Cultuur		Deelname aanmoedigen	Mate van duurzame verankering
Ontwerp	Sociale druk	Nood aan verandering		Geleidelijk implementeren	Effectiviteit
Kostprijs	Druk vanuit de markt	Compatibiliteit		Reflecteren en evalueren	Impact op beslissingsnemers
	Druk vanuit prestatiemeting	Relatieve prioriteit		Aanpassen	Impact op uitvoerders
		Beloningssystemen			Impact op ontvangers
		Aansluiting bij missie			
		Beschikbare middelen			
		Toegang tot kennis en informatie m.b.t. de interventie			