

Een aanpak op maat

Verbreiding van
perspectieven op goede
zorg voor mensen
met een psychische
en verstandelijke
beperking.



Myrte van Langen, Onderzoeker, Ben Sajet Centrum

Abdullahi El Kartaoui, Co-Onderzoeker & Ervaringsdeskundige, Ben Sajet Centrum

Simme van Hettema, Gedragsdeskundige, Cordaan

Hille Voss, Programmaleider, Ben Sajet Centrum

Samenvatting

Achtergrond

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wonen veel cliënten die functioneren op licht verstandelijk beperkt niveau. Desondanks is er nog weinig kennis over mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) binnen de GGZ. Dit leidt tot verschillende problemen. Behandelingen sluiten bijvoorbeeld niet altijd goed aan op het functioneren van cliënten, maatregelen zijn niet passend of 'probleem'-gedrag wordt verkeerd begrepen. Op verschillende GGZ-locaties van zorgorganisatie Cordaan, zoals woonlocatie de Geuzenhoek, is geconstateerd dat zorgverleners niet altijd goed weten hoe ze moeten aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van de cliënt.

Proeftuin de Geuzenhoek

Om dit te verbeteren, is er op de Geuzenhoek van januari 2023 tot juli 2024 een proeftuinproject uitgevoerd. Tijdens deze proeftuin werkte het team aan:

- 1) een eenduidige werkwijze,
- 2) de hervorming van de methodische cyclus, en
- 3) aan inhoudelijke deskundigheidsbevordering.

Vanuit het Ben Sajat Centrum onderzochten we de veranderingen tijdens de proeftuin. We observeerden verschillende zorgmomenten, overleggen en trainingen. Ook gingen we in gesprek met bewoners, begeleiders en andere betrokkenen om informatie te verzamelen over het verloop en effect van de proeftuin.

Veranderingen en verbeteringen

De proeftuin heeft verschillende veranderingen op de Geuzenhoek teweeg gebracht. Deze veranderingen hebben geleid tot praktische verbeteringen, zoals:

- Meer structuur en duidelijkheid
- Verbeterde methodische cyclus
- Toename van kennis over LVB
- Een bredere kijk op wat 'goede zorg' is zorg is voor cliënten

Tegelijkertijd lijken begeleiders tijdens de proeftuin meer tijdgebrek en morele stress te ervaren. Begeleiders willen de best mogelijke zorg bieden, maar hebben te weinig tijd om al die vormen van 'goede zorg' te kunnen bieden. Begeleiders zijn zich ook meer bewust van de keuzes die zij maken in de zorg die zij wel en niet bieden.

Conclusie

Zo hebben de begeleiders tijdens de proeftuin meer aandacht gekregen voor het bieden van 'holistische' menselijke zorg, zijn ze zich meer gaan richten op gezamenlijkheid en bieden ze meer dag-invulling en structuur aan cliënten. Open communicatie en doelgericht overleggen is belangrijk om als team gezamenlijke keuzes te maken en stappen te blijven zetten in goede zorg voor mensen met een psychische en verstandelijke beperking.

De proeftuin op GGZ-locatie de Geuzenhoek heeft een centrale rol gespeeld in het stimuleren van uitwisseling over visies op de zorg, het vergroten van kennis, en in het implementeren van nieuwe werkwijzen.

Achtergrond

In Nederland maken we onderscheid tussen de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek (geestelijke gezondheidszorg, oftewel GGZ) en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (verstandelijke gehandicapten zorg, oftewel VGZ). Er zijn dus zorglocaties voor mensen met een verstandelijke beperking en zorglocaties voor mensen met psychiatrische problematiek. Ondanks dat we deze zorg vaak scheiden, weten we dat er veel overlap is tussen de doelgroepen. Zo zijn er op GGZ-woonlocaties cliënten woonachtig die functioneren op zwakbegaafd of licht verstandelijk beperkt (LVB) niveau, en andersom wonen in de VGZ cliënten met psychische kwetsbaarheid (Embregts et al., 2023; Neijmeijer et al., 2010; Nieuwenhuis et al., 2017; Stuurman, 2008). Er wordt geschat dat zwakbegaafdheid bij ongeveer 14% van Nederlanders voorkomt en LVB bij ongeveer 2%. Zwakbegaafdheid en licht verstandelijke beperking (LVB) lijken echter vele malen meer voor te komen bij mensen die ook psychiatrische problemen ervaren; er wordt geschat dat zo'n 40-60% van de bewoners van GGZ-locaties in Nederland ook op LVB-niveau functioneert (Nieuwenhuis et al., 2017).

De combinatie van problemen die deze doelgroep ervaart, is complex en maakt het bieden van passende zorg extra moeilijk. Mensen die functioneren op LVB-niveau hebben vaak moeite met cognitieve taken, zoals plannen, overzicht houden en informatie verwerken. Daarnaast hebben ze moeite met adaptief en emotioneel functioneren, waardoor het hen ontbreekt aan de praktische en sociale vaardigheden om mee te komen in de maatschappij. Deze achterstand in de ontwikkeling en het functioneren wordt bij patiënten waarbij psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, vaak niet onderkend (Pogge et al., 2014; Tyer et al., 1999). Ook is er vaak weinig kennis van zwakbegaafdheid en LVB in de GGZ. Dit gebrek aan kennis heeft meerdere gevolgen. Zo sluiten behandelingen niet goed aan op het lagere niveau van functioneren van patiënten, worden patiënten langer opgenomen en worden er meer dwangmaatregelen ingezet (Hurley, 2006; Neijmeijer et al., 2010). Ook is de inschatting dat ervaren problemen en gedrag vaak verkeerd worden geïnterpreteerd, omdat patiënten moeite hebben met het onder woorden brengen en uitleggen van hun ervaringen, gevoelens en emoties.

Proeftuin de Geuzenhoek

In dit rapport beschrijven we de resultaten van proeftuin Geuzenhoek, een project van zorgorganisatie Cordaan, dat we gedurende 18 maanden hebben gevolgd. Voorafgaand aan de proeftuin is geconcludeerd dat zorgverleners op GGZ-locaties van Cordaan handelingsverlegenheid ervaren in het aansluiten bij het ontwikkelingsniveau van cliënten. Er wordt weinig rekening gehouden met het cognitief en emotioneel niveau van functioneren van bewoners. Dit leidt tot overvraging en stress bij cliënten. Deze stress heeft een negatief effect op de psychische gesteldheid en kwaliteit van leven van de cliënt.

De proeftuin had daarom als doel de geboden behandeling en begeleiding beter te laten aansluiten op het functioneren van de cliënten met ernstige psychiatrische problemen en een licht verstandelijke beperking. Een uitgebreide beschrijving van de opzet en resultaten van de proeftuin is te vinden in het rapport ([link](#)) dat de projectgroep van Cordaan hierover heeft geschreven. In dit rapport geven we een overzicht van het onderzoek naar de proeftuin en beschrijven we vervolgens een bredere verschuiving van perspectieven die de proeftuin in gang heeft gezet.

Zorglocatie de Geuzenhoek

Bij zorgorganisatie Cordaan wordt zorg geboden aan zowel mensen met psychiatrische problematiek als mensen met een verstandelijke beperking. Zoals ook hierboven beschreven worden deze doelgroepen binnen Cordaan gescheiden, en zijn er woonlocaties gericht op psychiatrische problematiek (Cordaan GGZ-locaties) en woonlocaties gericht op verstandelijke beperking (Cordaan VGZ-locaties). Bij de GGZ-locaties van Cordaan wordt (woon)begeleiding van cliënten

intern gefaciliteerd, maar wordt de psychiatrische zorg uitbesteed aan GGZ FACT-teams. Bij de GGZ-FACT-teams wordt zorg geboden aan cliënten met psychiatrische problematiek, en wordt behandeling gericht op zowel de psychiatrische problematiek even als de algehele gezondheid en het welbevinden van cliënten.

De Geuzenhoek is een GGZ-locatie in Geuzenveld, Amsterdam waar cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) beschermd wonen. Er is 24 uur per dag begeleiding aanwezig en er zijn woningen voor in totaal 48 cliënten. Cliënten ervaren ernstige psychische klachten; veel van hen voldoen aan de criteria voor een classificatie op het schizofrenie-spectrum. Ook is bekend dat 65% van de cliënten functioneert op LVB-niveau. Deze cliënten behoeven extra ondersteuning op cognitief, adaptief en emotioneel gebied.

De Geuzenhoek beschikt over 3 verdiepingen. Alle bewoners hebben een eigen (kleine) kamer, met badkamer en keukenblok. In het gebouw zijn 5 woonkamers verdeeld over de 3 verdiepingen die toegankelijk zijn voor alle bewoners. Ook is er een kleine sportruimte en een activiteitenruimte (genaamd 'de Arena'). Hoewel de bewoners officieel zijn ingedeeld in 5 woongroepen, is er één overkoepelend begeleidingsteam aanwezig. De indeling per woongroep bepaald waar bewoners hun eten en medicatie ophalen, maar heeft verder weinig andere praktische implicaties. Het begeleidingsteam werkt met een bezetting van 4 medewerkers, met een afwisselend dienstrooster. Het team werkt vanuit het team-kantoor op de begaande grond of vanuit de medicatie-ruimtes op de eerste of tweede verdieping.



Methode

Beschrijving Proeftuin

Op de Geuzenhoek is van januari 2023 tot juni 2024 een pilotproject (genaamd Proeftuin Geuzenhoek) uitgevoerd met als doel kennis over en zorg voor bewoners met LVB-problematiek te verbeteren. Voorafgaande aan het project zijn vanuit het projectteam 4 aandachtsgebieden geformuleerd:

- **Communicatie en bejegening:** De communicatie en bejegening moeten zorgvuldig worden afgestemd op het intellectueel, adaptief, sociaal en emotioneel functioneringsniveau van de cliënt. Dit helpt ervoor te zorgen dat de verwachtingen richting de cliënt niet te hoog zijn, de cliënt zich begrepen voelt en de cliënt alles goed begrijpt.
- **Duidelijkheid en voorspelbaarheid:** De zorgverlening moet duidelijk, voorspelbaar en overzichtelijk zijn. Een gestructureerde omgeving, waarin de bewoner weet wat er gaat gebeuren, helpt de bewoner zich veilig en op zijn gemak te voelen.
- **Zorg op maat: ondersteuningsgericht:** De hulpverlening moet zijn afgestemd op de specifieke ondersteuningsbehoeften van de bewoner. De zorg op maat is cruciaal om te voorkomen dat de bewoner overvraagd wordt.
- **Breder kijken:** De psychiatrische kwetsbaarheid is een aspect dat het functioneren beïnvloedt. Het is ook belangrijk om ook aandacht te besteden aan andere factoren, zoals verstandelijke, sociale en emotionele vaardigheden, relaties, structuur en lichamelijke gezondheid.

Om de zorg op de Geuzenhoek op deze aandachtsgebieden te ontwikkelen, zijn drie verschillende projectonderdelen doorgevoerd op de locatie:

1. **Eenduidige werkwijze:** het bevorderen van een zo eenduidig mogelijke werkwijze, zowel met het begeleidingsteam als met (externe) behandelaren. Dit had als doel om een vaste structuur, overzicht en veiligheid te bieden aan de bewoners.
2. **Methodische cyclus:** hervorming van het multidisciplinaire overleg (MDO). De focus van de nieuwe MDO-cyclus is om de bewoner centraal te stellen, alle verschillende aspecten van diens leven te bespreken en de zorg van verschillende betrokken hulpverleners zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.
3. **Inhoudelijke deskundigheidsbevordering:** kennis en deskundigheid van de begeleiding over licht verstandelijke beperking en gerelateerde thema's wordt vergroot. Er is een viertal cursussen aangeboden over LVB, emotionele ontwikkeling, gehechtheid en trauma. Naast het trainingsaanbod is ook een gedragsdeskundige aangesteld op de locatie voor 16 uur per week. De gedragsdeskundige biedt het team aanvullend diagnostisch onderzoek, coaching over hoe aan te sluiten op de bewoner en de gedragsdeskundige werkt mee aan individuele behandeltrajecten.

Het Onderzoek

Gedurende de loop van de proeftuin is een participatief actieonderzoek uitgevoerd. De onderzoeker verzamelde tijdens de proeftuin informatie en data over de doorgevoerde veranderingen. Ook werd deze informatie tussentijds teruggekoppeld aan de projectgroep en het zorgteam. Het doel was om de veranderingen die teweeg werden gebracht door de proeftuin in kaart te brengen. Voor de start van het onderzoek is bij betrokkenen om toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek. Begeleiders, cliënten, hun wettelijk vertegenwoordigers en andere deelnemers zijn mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek, en hebben vervolgens toestemmingsformulieren ondertekend. Om de ontwikkelingen van de proeftuin te evalueren lagen de zwaartepunten van het onderzoek aan de start en in de afronding van de proeftuin, om zo een vergelijking te kunnen maken tussen de situatie voor en de situatie na de proeftuin. In het onderzoek werd samenwerkt met een co-onderzoeker met LVB vanuit het Ben Sajat centrum. De co-onderzoeker dacht mee met de opzet van het project, nam interviews met bewoners af en keek mee met diverse observaties. Ook droeg de co-onderzoeker bij aan de analyse van de interviews en de interpretatie van de resultaten. Het onderzoek bestond uit de onderstaande onderdelen:

Observaties

De onderzoeker was op verschillende momenten gedurende een lange periode aanwezig op de zorglocatie om te observeren en mee te kijken met een verscheidenheid aan activiteiten en zorgmomenten. Ook deed de onderzoeker mee met het cursusaanbod, om een indruk te krijgen van de thema's die werden besproken en om te observeren hoe het cursusaanbod aansloot op de behoeften van de begeleiding. Een overzicht van de observatiemomenten staat hieronder weergegeven.

Observatiemomenten	Hoe vaak	+/- Uren
Observaties Diensten (Persoonlijk) Begeleiders	7x	28
Observatie MDO's	4x	4
Observaties Activiteit	1x	2
Observaties Cursusaanbod	8x	32
Observaties Teamoverleg	2x	4

Interviews en Focusgroepen

De onderzoeker heeft in verschillende interviews en focusgroepen kennis gemaakt met en informatie opgehaald bij bewoners, begeleiding, de teammanager, de gedragsdeskundige en het externe behandelteam. Deze gesprekken werden gevoerd aan de hand van semigestructureerde interviewformats, waarin vooraf bedachte vragen werden aangevuld met open gesprekken over de veranderingen op de Geuzenhoek. Een overzicht van de interviews en focusgroepen staat hieronder weergegeven.

Format	Hoeveel	Deelnemers
Individuele Interviews Bewoners	15x	15
Interview Manager & Gedragsdeskundige	2x	2
Focusgroep FACT-behandelteam	1x	2
Focusgroep Bewonersraad	1x	3
Focusgroep Begeleiding	3x	12

Dataverwerking en Analyses

Alle verzamelde data werd schriftelijk vastgelegd. De onderzoeker schreef na afloop van de observaties, uitgebreide notities over de geobserveerde situaties en gesprekken. Ook vulde de onderzoeker deze notities aan met persoonlijke reflecties.

Een deel van de afgenomen interviews vond ad hoc plaats en werd daarom na afloop schriftelijk uitgewerkt door de onderzoeker. Het andere deel van de interviews en focusgroepen werd, met toestemming van de deelnemers, opgenomen en getranscribeerd. Analyses en codering van de observaties, interviews en focusgroepen vond plaats in Atlas.ti.

Terugkoppeling Projectteam

Terugkoppeling van de onderzoeker gedurende het project vond op verschillende momenten plaats. De onderzoeker sloot regelmatig aan bij de tweewekelijkse overleggen van de projectgroep. Zo vond uitwisseling plaats over de voortgang en evaluatie van de verschillende projectonderdelen. Ook had de onderzoeker regelmatig contact met de gedragsdeskundige, die tevens een groot deel van de proeftuin coördineerde. Terugkoppeling aan het bredere begeleidingsteam vond plaats in de vorm van een tussenevaluatie en eindevaluatie tijdens team-overleggen halverwege en aan het einde van het project.

Resultaten

Projectonderdelen Proeftuin

Hieronder worden de veranderingen op de locatie gedurende de proeftuin beschreven; wat deze veranderingen hebben opgeleverd en ook waar het team tegenaan liep. Dit verslag is op te vragen via svanhettema@cordaan.nl.

Eenduidige werkwijze

Gedurende het project zijn binnen het team afspraken gemaakt over hoe de zorg op de Geuzenhoek meer gestructureerd en voorspelbaar kan worden gemaakt. Hiervoor zijn veranderingen doorgevoerd. Het team nam whiteboards in gebruik, waarop ze een overzicht bieden van aanwezige begeleiders en activiteiten. Ook heeft het team looplijsten ingevoerd, waarbij aan de hand van de teamagenda, vaste afspraken zijn gemaakt over welke zorg wordt geboden aan welke bewoner op welk moment. Zo spraken begeleiders af niet meer tweemaal daags alle kamers langs te gaan om te inventariseren wat bewoners nodig hebben. In plaats daarvan hebben ze op iedere dag een aantal vaste afspraken met bewoners. Zo structureren ze wekelijks opruim-, schoonmaak, contact of andere begeleidingsmomenten, en worden individuele verschillen in zorgbehoeftes meer meegenomen in de geboden zorg.

Het team zorgde voor meer nabijheid en zichtbaarheid voor bewoners. Begeleiders pogen minder tijd door te brengen op het teamkantoor, een ruimte waar bewoners geen toegang toe hebben. In plaats daarvan rapporteren ze vanuit de gedeelde woonkamers. Of proberen ze de deur van het team kantoor open te houden. Ook organiseerde het team gedurende de proeftuin vaste momenten om gezelligheid en contact te bevorderen. Ze startten met het organiseren van een zogeheten '8-uur-moment' in de avond. Dit is een activiteit, zoals een spelletje, of het gezamenlijk kijken van het nieuws, in combinatie met een drankje en een snack. Waar de opkomst op deze 8-uur momenten in het begin gering was, merkt de begeleiding op dat bewoners positief reageren op deze momenten. Zo vragen bewoners bij de afronding van de proeftuin regelmatig naar de 8-uur momenten, en merkt de begeleiding dat ook bewoners die gezamenlijkheid spannend vinden, vaker aansluiten.

Over het algemeen worden de bovenstaande aanpassingen positief ontvangen door het team. Desalniettemin worden tijdens de focusgroepen ook twijfels geuit over de praktische uitvoerbaarheid van sommige onderdelen. Zo is het gebruik van de looplijsten, waarbij vaste begeleidingsafspraken worden gemaakt met bewoners, nog lastig omdat niet alle bewoners meegenomen zijn in de planning. Begeleiders merken op dat de hygiëne van sommige kamers daardoor achteruit gaat. Ook merken de begeleiders op dat het bieden van nabijheid, zichtbaarheid en het inplannen van gezamenlijke momenten veel van hen vraagt. Zoals de onderstaande begeleider benoemd zijn er momenten dat dit niet haalbaar is door tijdsdruk, onderbezetting, incidenten of stress.

"Oh, er zijn ook zeker momenten dat ik zeg, ik ga naar kantoor hoor. Want je bent wel heel veel, je bent hier wel. Je staat hier wel constant aan. (...) Ik vind dit geestelijk heel zwaar werk, want je bent wel continu in contact, continu sociaal aan het doen. Je moet continu aanstaan." – Begeleider Geuzenhoek

Methodische cyclus

Voor de start van de proeftuin had het multidisciplinair overleg (MDO) een vaste structuur. Het overleg werd bijgewoond door twee vaste begeleiders, samen met de behandelend psychiater of andere leden van het behandelteam. De MDO's duurden 15 tot 20 minuten, en werden voornamelijk gebruikt om continuering of aanpassingen in medicatie te bespreken. Tijdens de proeftuin is een nieuwe MDO-cyclus ingericht. De focus van deze nieuwe cyclus lag op het bij elkaar brengen

van alle betrokkenen: de bewoner, hulpverleners en naasten die daaromheen staan. Tijdens het MDO staan wensen en behoeftes van de bewoner en afstemming met en tussen de verschillende hulpverleners centraal. Het doel is om gezamenlijk het afgelopen jaar te evalueren en doelen op te stellen voor het aankomende jaar. De bewoner wordt gestimuleerd aanwezig te zijn, voor zover haalbaar. De persoonlijk begeleider bereidt het MDO samen met de bewoner voor en zit deze ook voor. Via een vaste structuur worden acht onderwerpen besproken: wonen, zelfzorg, woningonderhoud, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, dag-invulling, sociaal netwerk en doelen. Onderwerpen die voor de bewoner het belangrijkste zijn, in veel gevallen de woonsituatie en dag-invulling, krijgen aandacht tijdens dit overleg. Een begeleider vertelt hieronder over een positieve ervaring tijdens een MDO, waar de desbetreffende bewoner actief bij betrokken was:

“Mevrouw heeft het wel een keer benoemd. Dat ze dat heel prettig vond, dat ze erbij mocht zitten. En dat ze ook een keer haar verhaal kon doen. Mevrouw heeft drie kwartier gezeten. Nou, ik denk dat nog nooit iemand van mevrouw ... drie kwartier ergens heeft laten zitten. (...) En ze heeft gewoon drie kwartier gezeten. En ik heb ook echt met dat papiertje echt naast haar gezeten om het een beetje zo in jip en janneke taal voor haar uit te leggen. Wat geweldig. Vond ik zo leuk. En zij vond het, ze heeft het niet gezegd, maar ze vond het echt leuk. Maar ze vond het wel geweldig. Ze bleef er zitten. En ze stelde haar vragen. En daarom denk je allemaal, oké, diegene is geïnteresseerd.” – Begeleider Geuzenhoek

De nieuwe MDO-structuur wordt unaniem positief geëvalueerd binnen het team. Gedurende de eindgesprekken blijkt dat begeleiders zich de situatie voor de huidige MDO-structuur nog nauwelijks kunnen herinneren. In het terugblikken op de situatie voor de proeftuin, uiten ze zelfs enige gene voor de manier waarop er toen vorm werd gegeven aan de MDO's. Ze benoemen dat de gesprekken toen vooral werden gevoerd over de cliënt, in plaats van met de cliënt:

“Wat erg. Stel je voor dat dat je broer, zus of je kind is. En je hoort van, oh ze komen één keer in het jaar, vijftien minuten samen om het over mijn, weet ik veel wat, iemand, persoon te hebben. Dat is echt heel gênant. Dus dat ja, dat is echt heel goed. En dat is leuk, de cliënten zitten erbij” – Begeleiders Geuzenhoek

Inhoudelijke Deskundigheidsbevordering

Om de deskundigheid over LVB te bevorderen is een viertal trainingen aangeboden. Deze trainingen waren verplicht en zijn door het grootste deel van team bijgewoond. De trainingen werden door de projectgroep ontwikkeld en waren dus tevens een pilot binnen zorgorganisatie Cordaan. Tijdens de proeftuin werd de inhoud en vorm van de trainingen geëvalueerd. Ook het begeleidingsteam vulde evaluaties in over de trainingen. Deze reflecties werden meegenomen in de opzet van de daaropvolgende training.

De trainingen werden wisselend ontvangen door de begeleiding, mede doordat de trainingen door verschillende trainers werden gegeven en dus een verschillende insteek hadden. Sommige begeleiders vonden de cursussen te veel herhaling, terwijl anderen juist benoemen veel te hebben geleerd tijdens de cursussen. Uit alle evaluaties blijkt dat de connectie met de praktijk voorop moet staan in de cursussen. De geleerde theorie moet voor begeleiders gelijk worden gekoppeld aan praktijkvoorbeelden, waar ze de volgende dag mee aan de slag kunnen. Ook aandacht voor de complexiteit van de doelgroep is van belang. Alleen informatie gericht op LVB bleek niet goed aan te sluiten op de dagelijkse praktijk van de begeleiders. In hun werk lopen de impact en gevolgen van psychische kwetsbaarheid en het ontwikkelingsniveau van bewoners constant door elkaar.

“Daar vond ik het heel sterk dat ze heel goed die koppeling maakten naar praktijk de hele tijd. Bij alle andere

trainingen had ik zo van... Ja maar oké, maar hoe moet ik er dan mee omgaan? Of dat stukje met trauma. Oké, maar hoe herken ik dan trauma? Ik snap niet, ik weet wel wat trauma is. Maar hoe herken ik dat dan? Oké, maar hoe moet ik er dan mee omgaan? En dat miste ik continu.” – Begeleider Geuzenhoek

Naast het trainingsaanbod is ook een gedragsdeskundige aangesteld op de locatie voor 16 uur per week. De gedragsdeskundige bood het team gedurende de proeftuin aanvullend diagnostisch onderzoek, coachte het team over hoe aan te sluiten op de bewoner en gaf individuele behandeling. Ook de aanwezigheid van de gedragsdeskundige werd positief beoordeeld door het team. Begeleiders vonden het fijn dat er een gedragsdeskundige was om mee te sparren als ze tegen problemen aanlopen met een bewoner. Ook heeft de gedragsdeskundige een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de zorg- en behandeltrajecten van een aantal individuele cliënten.

Wel blijkt uit de eindgesprekken dat de zichtbaarheid van de gedragsdeskundige beter kan. Zo weten niet alle begeleiders precies wat de gedragsdeskundige doet en met wat voor soort vragen ze terecht kunnen bij de gedragsdeskundige. Ook wensen begeleiders meer sturing, leiding en beleid op hoe ze bewoners moeten begeleiden. De gedragsdeskundige zou hierin nog een grotere rol kunnen vervullen.

“Nou, nadelen, dat lijkt me niet.. Ja, ik weet niet precies waar. Ik zou het wel leuk vinden om misschien nog iets beter te weten waar hij [gedragsdeskundige] nou allemaal mee bezig is. Want ik weet dat hij allemaal projectjes doet met mensen. Maar ik hou het soms even niet meer bij. Maar misschien is ook wel prima zo. Hij doet een soort behandeltechniek, een soort van een beetje onofficieel behandelingen bij cliënten, in samenwerking dan met de PB-er.” – Begeleider Geuzenhoek

Perspectief-verschuiving: Wat is goede zorg?

Naast de directe positieve veranderingen door de proeftuin, heeft het ook een bredere vraag aangekaart in het begeleidingsteam. De thema's die worden aangesneden tijdens de observaties en in gesprekken gaan allemaal over: wat is goede zorg voor deze complexe doelgroep die op de Geuzenhoek woont? En daaropvolgend: hoe geven we die goede zorg vorm?

Door de projectonderdelen uit de proeftuin is het team blootgesteld aan meerdere verschillende perspectieven op het geven van goede zorg. De eerder geboden zorg was, vanuit een psychiatrische visie, voornamelijk gericht op de somatische en psychiatrische gesteldheid en fysieke behoeften van de bewoner. Aan de hand van de proeftuin zijn ook andere soorten 'goede zorg' meer in het middelpunt komen te staan. De aandacht voor deze verschillende vormen van goede zorg, lijken te leiden tot een verschuiving in perspectieven van de begeleiders.

Hieronder bespreken we de drie meest opvallende perspectief-veranderingen. Belangrijk om hierbij te benoemen is dat we niet stellen dat één soort zorg de 'beste' of 'juiste' zorg is. We laten slechts zien hoe de visies op zorg van de begeleiders lijken te veranderen en hoe het bewustzijn over de keuzes die hierin worden gemaakt een duidelijkere plek krijgen.

Fysieke zorg naar menselijke zorg

Bij de start van de proeftuin is het team vooral gericht op het bieden van 'fysieke' verzorging van de bewoner. Werktaken werden vooral vormgegeven aan de hand van de loopronde door het gebouw, waarbij bij alle deuren werd aangeklopt. Tijdens deze rondes was zorg voornamelijk gericht op het schoonmaken van de kamers, het verschonen van het bed en het ophalen van vuile was. Andere vaste contactmomenten vonden plaats tijdens het uitdelen van medicatie en het uitserveren van het avondeten.

Tijdens de proeftuin verandert het team geleidelijk de geboden zorg. Hoewel de "fysieke aspecten" van de zorg nog steeds

belangrijk worden geacht, ontstaat er ook ruimte voor andere perspectieven op zorg. Door het in gebruik nemen van de looplijsten, waarin vaste begeleidingsafspraken zijn opgenomen, ervaren begeleiders meer tijd voor de bewoners. Ze benoemen het belang van diepere, gezelligere en uitgebreidere contactmomenten. Thema's als gezelligheid, huiselijkheid en individuele ontwikkeling worden meer centraal gezet. Deze verandering merkt ook een medewerker van het externe behandelteam (FACT-team) op die regelmatig op de Geuzenhoek komt:

"Dus alles was ad hoc vroeger. En nu is dus eigenlijk alles dus wel met beleid. En dat vind ik wel heel goed. En er zijn dus ook het, hoe noem je dat, het woonbegeleiderschap, het individueel begeleiderschap, is volgens mij veel groter geworden. Ja. Nou, dat was er vroeger ook wel hoor, maar dat ging dan meer over kleren kopen. En nu gaat het meer over ontwikkeling of cursussen of werk." Medewerker FACT-team

Begeleiders merken op dat het contact met de bewoners positiever, en daardoor ook productiever, is geworden. Door de zorg meer in te richten op gezelligheid en het opbouwen van een band, lukt het ook om individuele begeleidingsdoelen op een andere manier te benaderen:

"Toen we de hele tijd langs elke kamer gingen met 'hi, heb je iets nodig'? Kom, we gaan even je kamer opruimen, had je heel veel negatief contact met cliënten. Want het was eigenlijk alleen maar, 'je badkamer is vies, je kleding moet opgevouwen worden, je moet nu uit bed komen, want ik moet je bed verschonen'. Het was heel erg dat. En nu kom ik daar binnen en kan ik gewoon lekker met ze ontbijten, en na het ontbijt zeg ik he.. zullen we je gewoon even klaarmaken voor de dag." – Begeleider Geuzenhoek

Het team richt zich gedurende de proeftuin steeds meer op het bieden van nabijheid. Tijdens de eindgesprekken wordt benoemd dat het team vaker op de afdeling aanwezig probeert te zijn. Aan de start van de proeftuin trok het team zich vaak terug op het teamkantoor zodra ze klaar waren met hun zorgtaken. Het teamkantoor was dan afgesloten van de bewoners door een gesloten deur. Tijdens de proeftuin richt het team zich meer tot de bewoners. De deur van het teamkantoor staat vaker open, zodat bewoners zicht hebben op de aanwezige begeleiders. Ook proberen begeleiders meer tijd door te brengen in de gezamenlijke ruimte door daar bijvoorbeeld te rapporteren of andere computertaken uit te voeren. Deze verandering wordt beschreven door een begeleider die opmerkt dat ze bewuster omgaat met hoe ze de deur van het teamkantoor opent, en zich meer openstelt naar bewoners die met een vraag op de deur kloppen:

"Er wordt zo vaak aangeklopt op die deur. Dus ik deed, op een gegeven moment deed ik die deur gewoon maar zo [op een kiertje] open. Omdat ik dan zoiets had van nee, we zitten gewoon in een bespreking. Ja. Klaar op de deur staat gewoon niet storen. (...) Nu doe ik de deur helemaal open" – Begeleider Geuzenhoek

Individueel naar gezamenlijk

Tijdens de proeftuin is de begeleiding zich naast verandering in de individuele benadering van bewoners zich ook meer gaan richten op gezamenlijkheid op de locatie. Zo komen gedurende de eindgesprekken meerdere verschillende manieren naar voren waarop het team bewoners samen probeert te brengen. Bijvoorbeeld door gezamenlijke ontbijt- en avond-eet momenten. Ook noemen begeleiders meermaals de 8-uur momenten waar ze mee zijn gestart. Tijdens deze momenten organiseren ze in de gezamenlijke woonkamer's avonds een activiteit om bewoners te stimuleren samen te komen. Deze veranderingen geven weer hoe de begeleiding meer aandacht heeft voor het samenbrengen van bewoners en het toewerken naar gezamenlijkheid.

"Ja, het echt een moment is. Ja, even kletsen ook. Je hoeft er niet bij te zitten. Want er zijn natuurlijk mensen die het

helemaal niet fijn vinden om in de groep te zitten. Nee, en sommigen hebben er wel van, hebben geen zin in om te kletsen. Maar die zitten erbij en luisteren.” – Begeleider Geuzenhoek

Begeleiders merken dat deze momenten al snel routine worden op de locatie en dat ook steeds meer bewoners deze gezellige momenten opmerken en aansluiten. Ook stimuleren deze momenten de bewoners om ook zonder begeleiding samen te komen, om bijvoorbeeld het nieuws te kijken of een spelletje te spelen.

“Deze fysieke nabijheid bevordert ook de onderlinge communicatie tussen cliënten. Wanneer de begeleiding initiatief neemt om een spelletje te spelen met meerdere cliënten, wordt dit later herhaald door cliënten zelf, zonder dat de begeleiding erbij is” – Begeleider Geuzenhoek

Volledige vrijheid naar vaste structuur

Bij de start van de proeftuin wordt dag-invulling vrijwel volledig overgelaten aan de bewoners. Contactmomenten bestaan uit de loopronde langs de kamers en de vier vaste medicatie-momenten op de dag. Tijdens de proeftuin worden op de Geuzenhoek ook veranderingen doorgevoerd in het aanbod van activiteiten. Zo wordt de aanwezigheid van participatiecoaches uitgebreid en krijgt ‘Team Herstel’ (een team binnen Cordaan dat vanuit de herstel-beweging initiatieven opzet op GGZ-locaties) een grotere rol. Het interne activiteitenprogramma is hierdoor ontzettend uitgebreid en bewoners worden meer gestimuleerd om uit hun kamer te komen en mee te doen.

Door deze verandering is er ook vanuit het team meer aandacht voor het belang van het bieden van dag-invulling en dag-structuur. De hierboven genoemde vaste ontbijt-, diner- en 8 uur-momenten zijn hier goede voorbeelden van. De aandacht in deze momenten is niet gericht op het bieden van ‘zorg’, maar op het creëren van een gezonde, gezellige en gezamenlijke routine.

“Ja, en ik denk wel dat, ik weet niet, maar bijvoorbeeld als ik naar mezelf kijk. Ik probeer in ieder geval in de ochtend ook met een groep mensen te gaan ontbijten. Om erbij te zijn. En ik probeer ook altijd het avondeten erbij te zijn. Maar ook dat zijn op twee groepen. Dus dat gaat niet altijd.” – Begeleider Geuzenhoek

Aan het begin van de proeftuin noemt de betrokken gedragsdeskundige dat de begeleiding soms werkt vanuit een ‘right to rot’-perspectief. Vanuit dit perspectief is het aan bewoners zelf om te bepalen hoe ze hun dagelijkse leven invullen. De visie is dat bewoners de vrijheid hebben om te kiezen om de hele dag op hun kamer of in bed door te brengen, zonder sociaal contact of andere invulling van de tijd. Tijdens de proeftuin lijkt het perspectief van het team ook hierin te veranderen. Ze zien dat bewoners misschien niet de bewuste keuze maken om hun bed te blijven liggen, maar niet in staat zijn om zelfstandig hun dag in te vullen. Er wordt dus meer begeleiding en ondersteuning geboden aan bewoners in deze invulling.

Tijdgebrek

Ondanks de veranderingen in perspectieven door de proeftuin, zijn er ook factoren die het team beperken in hun mogelijkheid veranderingen op de locatie door te voeren. Zo wordt het ervaren gebrek aan tijd keer op keer benoemd als belangrijkste belemmering in het bieden van goede zorg. Een begeleider legt uit waarom het soms niet lukt om “goede zorg” te bieden:

“Om op de vraag terug te komen van vind je dat we goede zorg leveren: ik vind eigenlijk van niet. En dat komt inderdaad niet dat ik denk dat ik en mijn collega’s het niet kunnen, in de zin van dat er geen kennis is, of geen.. Maar ik denk gewoon puur omdat je gewoon met te weinig mensen staat. En dan inderdaad ook met z’n vieren, dan ben je toch nog wel de hele tijd gehaast en op een gegeven moment ben je ook gewoon moe. En dan lukt het ook niet meer.” – Begeleider Geuzenhoek

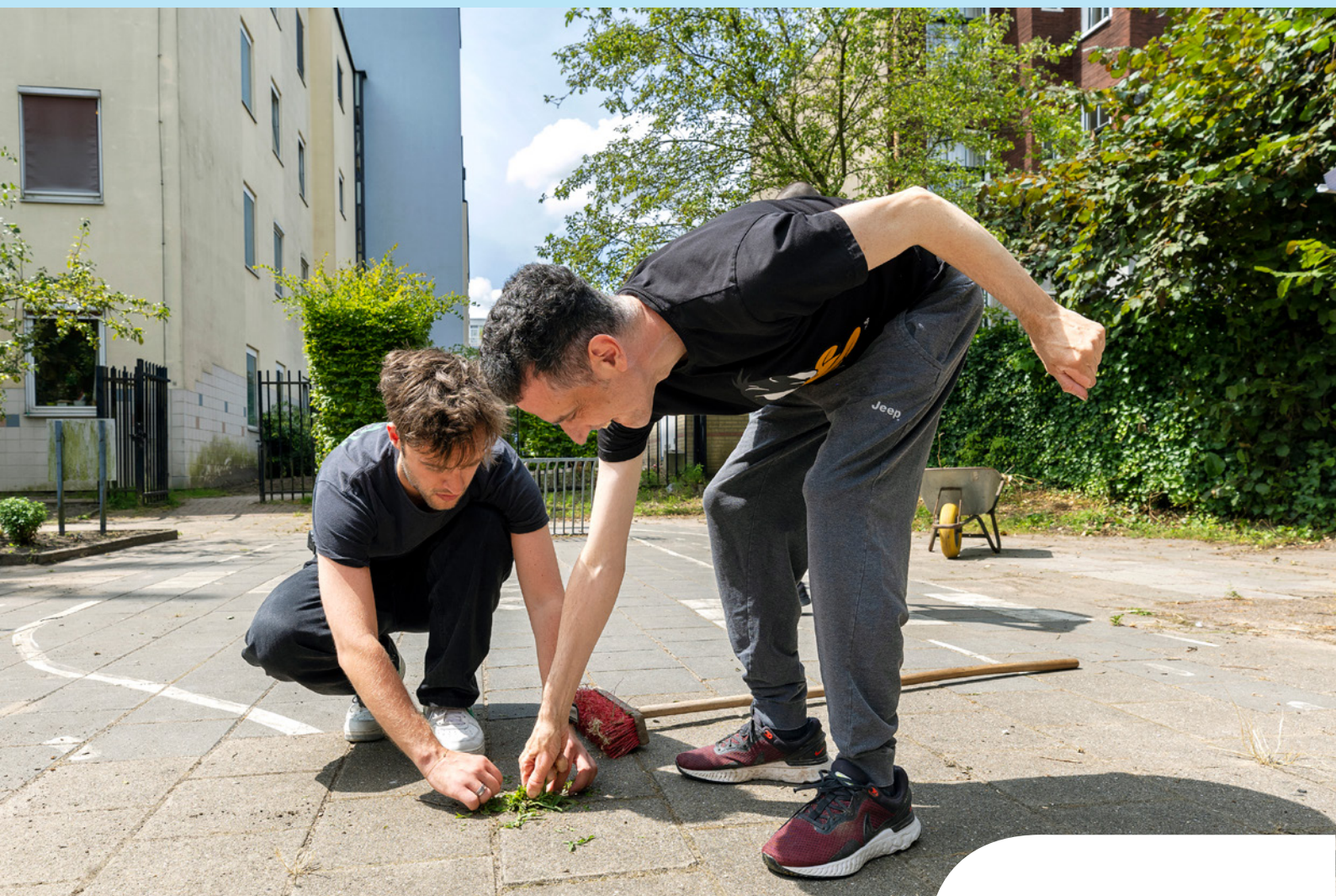
Het team benoemt tijdens de observaties en in de eindgesprekken keer op keer de onderbezetting van het team en het tijdgebrek dat zij hierdoor ervaren. Dit thema komt terug in alle observaties en eindgesprekken. Bovendien lijkt dit thema aan het einde van de proeftuin een nog prominentere rol te spelen voor het team. Dit ondanks het feit dat de bezetting tijdens de proeftuin is uitgebreid van 3 naar 4 vaste begeleiders. Door dit gebrek aan tijd, blijft het een uitdaging om de gewenste zorg te bieden

“We kunnen nu prima de brandjes plussen, er gaat niet echt iets mis. Maar je kan niet echt plannen en in de toekomst dingen opbouwen.” – Begeleider Geuzenhoek

De begeleiders zijn tijdens de proeftuin aan de slag gegaan met hoe ze de zorg kunnen verbeteren, en mede daardoor zijn er meer opties voor goede zorg naar de voorgrond gekomen. Ze moeten dus vaker keuzes maken in welke zorg ze wel en welke zorg ze niet kunnen bieden. Er ontstaat bijvoorbeeld tijdens de eindgesprekken een discussie over deze spanning. Een deel van de begeleiding benoemt het belang van het waarborgen van de hygiëne op de kamers van de bewoners, terwijl een ander deel van de begeleiding juist wil inzetten op de individuele contactmomenten waarin ruimte is om een band op te bouwen met bewoners en er gezamenlijk aan doelen kan worden gewerkt.

Het lijkt bij de begeleiders alsof het tijdgebrek gedurende de proeftuin sterker wordt gevoeld. Dit kan komen door de nieuwe perspectieven die de proeftuin heeft aangesneden. Hierdoor worden gemaakte keuzes in de geboden zorg steeds duidelijker en worden begeleiders meer geconfronteerd met welke zorg ze kunnen bieden, maar vooral ook aan welke zorg ze niet toekomen.

“En omdat ik merk van nu dat we iets beter bemand staan, merk ik ook van, oh we hebben wel eens tien kleine stapjes, er zijn wel verbeteringen gekomen zoals die looplijsten. En het is wat schoner, meer vaste schoonmaakmomenten, dingen. Maar het soort van dan daarop doorpakken dat je denkt, oeh, ik heb nu zo iets. Ik denk, oh. Oh, we zouden echt nog veel meer kunnen doen. Maar dan moet er wel ook weer een extra stap komen vanuit soort



Luister [hier](#) de
podcastaflevering
over het actieonderzoek
in de GGZ: Proeftuin de
Geuzenhoek!

Discussie

van organisatie met gewoon extra mensen. Iets ruimer.” – Begeleider Geuzenhoek

De proeftuin op GGZ-locatie de Geuzenhoek heeft een centrale rol gespeeld het stimuleren van uitwisseling over visies op de zorg, in het verschaffen van kennis, en in het implementeren van nieuwe werkwijzen. Ondanks de positieve veranderingen door de proeftuin, lijken de nieuwe werkwijzen in combinatie met het ervaren tijdsgebrek op de Geuzenhoek ook tot spanningen te leiden.

Hoewel we het concept ‘morele stress’ niet direct hebben onderzocht in dit project, is het aannemelijk dat de morele stress van het begeleidingsteam op de Geuzenhoek is toegenomen. Morele stress wordt veelal beschreven in de zorg als de stress die zorgmedewerkers ervaren als hun morele gevoelens over goede zorg in conflict komen te staan met de institutionele of organisatorische haalbaarheid daarvan (Denier, 2024; Hamel, 2020; Kherbache et al., 2022a; Lützn et al., 2010; Ohnishi et al., 2019). Dit komt precies overeen met de spanningen die ook worden ervaren op de Geuzenhoek. Begeleiders willen de best mogelijke zorg bieden, maar hebben te weinig tijd om al die vormen van ‘goede zorg’ te kunnen bieden.

Uit wetenschappelijke literatuur weten we dat morele stress twee kanten heeft. Enerzijds betekent het ervaren van morele stress dat zorgmedewerkers een visie hebben op de zorg die zij bieden. Morele stress leidt dus vaak tot actie en verandering. Tegelijkertijd weten we ook dat als morele stress in te hoge mate voorkomt, het een tegenovergesteld effect kan hebben. Zorgmedewerkers gooien de handdoek in de ring, omdat ze de hoop verliezen goede zorg te kunnen bieden (Lützn et al., 2010; Ohnishi et al., 2019). Uit de literatuur blijkt ook dat er geen simpele oplossing is voor morele stress, maar dat openheid over de spanning die wordt ervaren, open dialoog binnen het zorgteam en aandacht voor deze morele dilemma’s helpt (Denier, 2024; Kherbache et al., 2022b).

Conclusie

De proeftuin heeft verschillende veranderingen op de Geuzenhoek teweeg gebracht. Deze veranderingen hebben geleid tot praktische verbeteringen in de kennis van begeleiders over LVB en in de werkwijze op de locatie. Bovenal hebben de veranderingen geleid tot een perspectief-verbreding van begeleiders in hoe zij goede zorg kunnen bieden. Zo hebben de begeleiders tijdens de proeftuin meer aandacht gekregen voor het bieden van ‘holistische’ menselijke zorg, zijn ze zich meer gaan richten op gezamenlijkheid en bieden ze meer dag-invulling en structuur aan cliënten. Tegelijkertijd wordt tijdens proeftuin, mede door deze perspectief-verbreding, tijdgebrek sterker gevoeld. Begeleiders zijn zich meer bewust van de keuzes die zij maken in de geboden zorg. Mede daardoor hebben ze ook meer zicht op de zorg, begeleiding en ondersteuning waar zij niet aan toe komen. open communicatie en doelgericht overleggen is belangrijk om als team gezamenlijke keuzes te maken en stappen te blijven zetten in goede zorg voor mensen met een psychische en verstandelijke beperking.

“Op de dagen dat ik de energie heb, dan heb ik het harstikke naar mijn zin, en zeker nu met die nieuwe looplijst inderdaad ik voel me veel vrijer, ik denk ook van, ik klop gewoon daar even aan, of ik doe dit, ik doe effe dat. ... dus ik denk wel echt dat er echt groei in zit, en dat iedereen echt met de zorgplannen heel erg aan de slag is gegaan, en, iedereen doet wel zijn best. Maar inderdaad, allemaal met de koppen een kant op kijken dat is er nog niet. Maar dat is natuurlijk ook een proces.” – Begeleider Geuzenhoek

Referenties

- Denier, Y. (2024). Druk op de ketel van de zorg: Ethisch overleg als antwoord op morele stress. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. <https://doi.org/10.47671/TVG.80.24.005>
- Embregts, P., Didden, R., & Moonen, X. (2023). Kenmerken en ondersteuningsbehoeften van mensen met een licht of ernstig verstandelijke beperking en ernstig probleemgedrag en psychische problematiek.
- Hamel, M. (2020). Morele stress in tijden van corona. *Nursing*, 26(6), 32-35. <https://doi.org/10.1007/s41193-020-0089-x>
- Hurley, A. D. (2006). Mood disorders in intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 465-469. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238471.84206.0a>
- Kherbache, A., Mertens, E., & Denier, Y. (2022a). Moral distress in medicine: An ethical analysis. *Journal of Health Psychology*, 27(8), 1971-1990. <https://doi.org/10.1177/13591053211014586>
- Kherbache, A., Mertens, E., & Denier, Y. (2022b). Moral distress in medicine: An ethical analysis. *Journal of Health Psychology*, 27(8), 1971-1990. <https://doi.org/10.1177/13591053211014586>
- Lützn, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213-224. <https://doi.org/10.1177/0969733009351951>
- Neijmeijer, L., Moerdijk, L., Veneberg, G., & Muusse, C. (2010). Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Trimbos Instituut.
- Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures. *PLOS ONE*, 12(2), e0168847. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168847>
- Ohnishi, K., Kitaoka, K., Nakahara, J., Välimäki, M., Kontio, R., & Anttila, M. (2019). Impact of moral sensitivity on moral distress among psychiatric nurses. *Nursing Ethics*, 26(5), 1473-1483. <https://doi.org/10.1177/0969733017751264>
- Pogge, D. L., Stokes, J., Buccolo, M. L., Pappalardo, S., & Harvey, P. D. (2014). Discovery of previously undetected intellectual disability by psychological assessment: A study of consecutively referred child and adolescent psychiatric inpatients. *Research in Developmental Disabilities*, 35(7), 1705-1710. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.012>
- Stuurman, S. (2008). Intelligentieonderzoek bij patiënten van Assertive Community Treatment (ACT)-teams. Bavo Europort.
- Tyer, P., Hassiotis, A., Ukoumunne, O., Piachaud, J., & Harvey, K. (1999). Intensive case management for psychotic patients with borderline intelligence. *The Lancet*, 354(9183), 999-1000. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)02080-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)02080-2)

