

Bijlage 8

Implementatie

1. Inleiding

Onderdeel van de richtlijn Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn (kortweg de richtlijn zorgmijding) is het opleveren van een implementatieplan. In dit implementatieplan worden handvatten gepresenteerd die managers en professionals helpen om deze richtlijn in de dagelijkse praktijk te implementeren. Ook wordt omschreven wat de praktijk verder nog nodig heeft om deze richtlijn goed te implementeren, rekening houdend met huidige belemmeringen.

In dit implementatieplan komen de volgende onderwerpen aan de orde. In paragraaf 2 worden de opzet en resultaten van de proefimplementatie/praktijktest beschreven. In paragraaf 3 komen de onderwerpen aan de orde waarvoor – onder andere naar aanleiding van de praktijktest – veranderingen nodig zijn binnen de huidige praktijk. In paragraaf 4 ten slotte wordt beschreven welke ondersteunende activiteiten de implementatie van de richtlijn zorgmijding binnen de ggz en aanpalende sectoren kunnen bevorderen.

2. Resultaten praktijktest

De richtlijn is, in samenwerking met V&VN, ontwikkeld door de richtlijnwerkgroep ‘Signaleren en omgaan met zorgmijding in de eerste lijn’ en gefinancierd door ZonMw. De richtlijnwerkgroep is methodologisch en organisatorisch ondersteund door een projectteam van het Trimbos-instituut. Naast de richtlijn is ook een handreiking voor wijkverpleegkundigen ontwikkeld.

Een belangrijk onderdeel van de ontwikkeling van een richtlijn is de proefimplementatie of praktijktest. Het doel van de proefimplementatie is inzicht krijgen in onder andere de uitvoerbaarheid, de belemmerende en bevorderende factoren, de haalbaarheid en de randvoorwaarden en implementatiestrategieën voor toepassing in de praktijk.

In de proefimplementatie zijn de kernaanbevelingen uit de richtlijn uitgetest. Het gaat hierbij om de zes stappen in het proces van afweging wanneer handelen gerechtvaardigd is. Hiermee hebben we getoetst hoe de richtlijn en handreiking door de beoogde gebruikers worden ontvangen.

De proefimplementatie bestaat uit:

- ✓ De praktijktest, bestaande uit het uittesten van de zes stappen in het proces van afweging wanneer handelen gerechtvaardigd is. Dit wordt per cliënt bijgehouden in een logboek;
- ✓ Een schriftelijke evaluatie per deelnemende verpleegkundige en verzorgende en casuïstiek-bespreking in het team;
- ✓ Telefonische interviews met enkele (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden.
- ✓ Specifiek voor wijkverpleegkundigen: het testen en evalueren van de Handreiking voor wijkverpleegkundigen

Werving en respons

Om de richtlijn in de praktijk te testen nodigden we (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden uit die werkzaam zijn in de eerste lijn, zoals generieke en specialistische wijkteams, wijkverpleegkundige teams, huisartsenpraktijken (POH). Voor het testen van de Handreiking benaderden we wijkverpleegkundigen.

De oorspronkelijke looptijd van de praktijktest was drie maanden, van 1 september – 1 december 2020. Vanwege de geringe respons werd de looptijd met 1,5 maand verlengd tot 14 februari 2021. In totaal deden tien professionals mee aan de proefimplementatie, werkzaam bij acht verschillende organisaties: 4 wijkverpleegkundigen; 2 verzorgenden individuele gezondheidszorg; 2 POH somatiek en 2 verpleegkundigen. De professionals zijn werkzaam in de volgende settings: 7x thuiszorg/wijkzorg; 2 huisartsenpraktijk en 1 zelfstandig ondernemer. Zij hielden logboeken bij voor in totaal 23 zorg mijdende/missende cliënten en beoordeelden de zes stappen uit de richtlijn op toepasbaarheid²⁵. Drie van de vier deelnemende wijkverpleegkundigen retourneerden een ingevuld evaluatieformulier van de Handreiking.

Evaluatie richtlijn

Bij de proefimplementatie van de richtlijn lag de nadruk op het doorlopen van de zes stappen van afweging wanneer handelen gerechtvaardigd is:

Zes stappen van afweging

1. Onderzoek het signaal: breng de situatie en mogelijke risico's in kaart en probeer het vertrouwen van de cliënt te winnen
2. Bespreek de situatie met de cliënt: leg uit waarom je je zorgen maakt en waarom je het nodig vindt om iets aan de situatie te doen.
3. Leg de situatie voor aan het team, bijvoorbeeld in moreel beraad bijeenkomsten, casuïstiekbesprekingen of intervisie.
4. Bespreek de situatie met naasten en/of omgeving van de cliënt. Hiervoor is toestemming nodig van de cliënt.
5. Analyseer de situatie met de cliënt: leg je zienswijze aan de cliënt uit en geef aan welke acties je nodig vindt. Toets bij de cliënt hoe hij of zij nu tegen de situatie aankijkt.
6. Maak de afweging: gebruik hierbij overwegingen als noodzakelijkheid, doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.

We vroegen de verpleegkundigen en verzorgenden (hierna: respondenten) in hoeverre ze het (on)eens waren met een aantal stellingen over het stappenplan uit de richtlijn. Tabel 1 laat zien dat vrijwel alle respondenten van mening zijn dat het tot de taak van een verpleegkundige behoort om risicofactoren voor zorgmijding te signaleren en onderzoeken. Veel respondenten zijn van mening dat het stappenplan helder aangeeft welke activiteiten uitgevoerd moeten worden in welke volgorde en dat het stappenplan is gebaseerd op feitelijk juiste kennis. Het stappenplan lijkt redelijk tot goed aan te sluiten op de werkwijze die respondenten gewend zijn. *'Ik vond de stappen heel logisch. Wij werken ook al grotendeels op deze manier dus voor ons was het niet iets heel nieuws. Het is natuurlijk heel goed om het helder te hebben voor jezelf. Dus de stappen, de verschillende onderdelen, bespreken met het team, met naasten. Dat is belangrijk, om op 1 lijn te komen, anders bereik je sowieso niks met de cliënt.'*

Tabel 1. Stellingen over het stappenplan uit de richtlijn (N=10)

²⁵ Begin 2021 startte de tweede, verkorte ronde van de praktijktest. Deze testperiode duurt slechts enkele weken, waardoor het niet mogelijk was om alle praktijkcasussen van begin tot eind te volgen. Daarom konden respondenten ook een of enkele casussen beschrijven die zich recent voordeden. Daarbij vulden de respondenten in retrospectief de logboekjes in.

Stelling	Gemiddelde score*
Het behoort tot de taak van een verpleegkundige om risicofactoren voor zorgmijding te signaleren en onderzoeken.	4,8
Het stappenplan uit de richtlijn geeft helder aan welke activiteiten we in welke volgorde moeten uitvoeren.	4,2
Het stappenplan uit de richtlijn is gebaseerd op feitelijk juiste kennis.	3,9
Het stappenplan uit de richtlijn biedt alle informatie en materialen die nodig zijn om er goed mee te kunnen werken.	3,6
Het stappenplan uit de richtlijn sluit goed aan bij hoe we gewend zijn om te werken.	3,5
Het stappenplan uit de richtlijn is geschikt voor onze cliënten.	3,5
Cliënten werken over het algemeen mee als we het stappenplan toepassen.	3,5
Cliënten zijn over het algemeen tevreden als we het stappenplan toepassen.	3,4
Het stappenplan uit de richtlijn is te ingewikkeld om te kunnen gebruiken.	2,2

*Scores: 1= helemaal oneens; 2= oneens; 3=neutraal; 4= eens; 5= helemaal eens

De respondenten vroegen tijdens de praktijktest om feedback van de cliënt over hun ervaring met de bejegening en ondersteuning. Wat betreft de geschiktheid van het stappenplan voor cliënten, zijn de respondenten gematigd positief. De respondenten zijn neutraal in hun oordeel over de cliënttevredenheid met het toepassen van het stappenplan. Daarbij wordt opgemerkt dat het cliënten niet altijd duidelijk is en/of interesseert via welke methodiek er gewerkt wordt.

We vroegen de respondenten hoe de cliënttevredenheid verder verbeterd kan worden. Het vaakst genoemd werd het opbouwen van een vertrouwensband en het aansluiten bij de mogelijkheden en wensen van de cliënt. Daarbij is het belangrijk om de redenen voor zorg mijden/missen te onderzoeken (wat is het verhaal erachter?) en daar in het proces rekening mee houden. Het is de kunst om een balans te vinden tussen wat wenselijk is ten aanzien van de ondersteuning/ behandeling en de wil van de patiënt. Dit kan bereikt worden door de cliënt te blijven opzoeken/uit te nodigen, aandacht te hebben voor zijn/haar verhaal, niet af te wijzen maar serieus te nemen. Open en eerlijke communicatie is essentieel. Volgens de respondenten draagt dit bij aan de cliënttevredenheid en leidt het er vaak toe dat de cliënt meer zorg accepteert. Geen van de respondenten vond het stappenplan te ingewikkeld om te kunnen gebruiken. Over de richtlijn²⁶ werd door enkele respondenten opgemerkt dat het veel informatie omvat, dat het veel leesmateriaal is. Ook zou het taalgebruik wat eenvoudiger kunnen. *'Ik praat in de praktijk veel in Jip en Janneke taal, misschien ligt het daar ook wel aan. Want ik moet dan een flinke vertaling maken naar de cliënt toe.'*

Evaluatie per stap

We vroegen de respondenten om elk van de zes stappen te beoordelen op de volgende onderdelen:

- ✓ Is deze stap helder?
- ✓ Is deze stap bruikbaar in de praktijk?
- ✓ In hoeverre lukt het om deze stap uit te voeren?
- ✓ In hoeverre speelt de visie van het management een rol bij de uitvoering van deze stap?
- ✓ In hoeverre wordt de uitvoering van deze stap beïnvloed door facilitering in tijd en geld?

²⁶ Om de praktijktest zo goed mogelijk te kunnen uitvoeren, vroegen we de deelnemers om ook de richtlijn zorgvuldig door te nemen.

- ✓ In hoeverre wordt de uitvoering van deze stap bepaald door de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering?

Bruikbaarheid en uitvoerbaarheid in de praktijk

We beschrijven het oordeel van de respondenten over de helderheid, bruikbaarheid in de praktijk en de uitvoerbaarheid. De gemiddelde scores (tabel 2) laten zien dat de respondenten stap 1 t/m 5 in hoge mate als helder beoordelen, stap 6 vindt men iets minder helder. Het meest bruikbaar in de praktijk vindt men stap 1 (onderzoek het signaal), stap 4 (bespreek de situatie met naasten en/of omgeving) heeft de laagste score op bruikbaarheid. Opgemerkt wordt dat het soms niet mogelijk is om de situatie te bespreken omdat naasten en/of mensen uit de omgeving ontbreken/ niet bekend zijn. *'Soms moet je echt wel langer met iemand praten, ook met familie. En als er geen familie is, is het nog lastiger want wat doe je dan.... Als er weinig contacten zijn, dan moet je gaan praten met een casemanager die betrokken is.'* Als het gaat om uitvoerbaarheid, scoort stap 3 (leg de situatie voor aan het team) het hoogst. Het uitvoeren van stap 5 (analyseer de situatie met de cliënt) lukt in de praktijk enigszins.

Tabel 2. Bruikbaar-, en uitvoerbaarheid van de zes stappen

	Gemiddelde score (N=10)*		
	Helder	Bruikbaar	Uitvoerbaar
1. Onderzoek het signaal: breng de situatie en mogelijke risico's in kaart en probeer het vertrouwen van de cliënt te winnen	4,7	4,5	4
2. Bespreek de situatie met de cliënt: leg uit waarom je je zorgen maakt en waarom je het nodig vindt om iets aan de situatie te doen.	4,8	4,3	3,7
3. Leg de situatie voor aan het team, bijvoorbeeld in moreel beraad bijeenkomsten, casuïstiek-besprekingen of intervisie.	4,7	4,4	4,2
4. Bespreek de situatie met naasten en/of omgeving van de cliënt. Hiervoor is toestemming nodig van de cliënt.	4,7	3,8	3,6
5. Analyseer de situatie met de cliënt: leg je zienswijze aan de cliënt uit en geef aan welke acties je nodig vindt. Toets bij de cliënt hoe hij of zij nu tegen de situatie aankijkt.	4,6	4,2	3,4
6. Maak de afweging: gebruik hierbij overwegingen als noodzakelijkheid, doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.	4,2	4	3,9

*Scores: 1= Niet; 2= Nauwelijks; 3=Enigszins; 4=In zekere mate; 5= In hoge mate

Over de uitvoerbaarheid van de stappen wordt door meerdere respondenten opgemerkt dat het altijd afhankelijk is van de cliënt in hoeverre het lukt. *'Omdat het bij de ene cliënt gemakkelijk gaat en bij een andere cliënt niet. Soms zegt een cliënt al snel dat hij/zij geen hulp nodig heeft. Wat doe je dan? Dan vind ik het wel eens lastig, hoe daar dan in verder te gaan.'* Voor het verwezenlijken van stap 2, 4 en 5 is

contact met, en medewerking/ toestemming van de cliënt essentieel. *‘Als er geen contact is met de cliënt, is het niet mogelijk om toestemming te vragen, dan stagneert het proces. We blijven de cliënt benaderen, proberen laagdrempelig contact te zoeken.’*

We informeerden bij respondenten welke aanbevelingen voor casuïstiek-bespreking uit het team naar voren kwamen²⁷. Het wordt als waardevol ervaren om casuïstiek van zorg mijddende/missende cliënten te bespreken, om zo van situaties te leren en ervaringen uit te wisselen. In normale omstandigheden vindt bij enkele teams reeds casuïstiekbepreking plaats maar bestaat dit wens om dit vaker te doen. Volgens respondenten draagt het werken met het stappenplan eraan bij dat er meer op overstijgend niveau wordt gekeken naar de cliënt, *‘oogkleppen worden verwijderd’*. Concrete suggesties die uit de teams naar voren zijn gekomen: iedereen aan het woord laten en zijn/haar kijk op de situatie laten vertellen; ieder heeft een andere blik op een probleem en samen kom je vaak op mooie oplossingen; *‘veilige’* communicatie bevorderen door open en eerlijk te zijn tegen elkaar en open te staan voor elkaars ideeën.

Randvoorwaarden

We beschrijven bij elk van de zes stappen in hoeverre de visie van het management, facilitering in tijd en geld, en de mogelijkheden voor scholing of deskundigheidsbevordering een rol spelen bij de uitvoering. Tabel 3 laat zien dat deze factoren bij de uitvoering van elke stap in enige mate een rol spelen. Er zijn geen opvallende negatieve of positieve uitschieters. Mogelijk speelt hierbij een rol dat de respondenten een eigen takenpakket hebben en de werkzaamheden met een zekere autonomie kunnen uitvoeren. Randvoorwaardelijke zaken lijken daardoor op het eerste gezicht slechts beperkt van invloed op de uitvoering van de stappen. Een respondent merkt hierover op: *‘Het feit dat we die ruimte krijgen kun je ook uitleggen als juist een hoge mate van invloed vanuit het management. Het is maar hoe je het opvat.’* Ook geven respondenten aan dat het afhankelijk is van veel factoren of het lukt om de stappen uit te voeren. *‘Als de cliënt er helemaal geen zin in heeft dan is het een kort gesprek. En dan probeer je er op een ander moment weer op terug te komen. Uiteindelijk kost het allemaal tijd en tijd is geld.’*

Bij stap 3 ligt de gemiddelde score iets hoger. Hieruit valt af te leiden dat als randvoorwaarden als visie, tijd en scholing ontbreken, het lastiger is om deze stap (goed) in te zetten.

Tabel 3. Randvoorwaarden bij de uitvoering van de stappen

	Gemiddelde score (N=10)*		
	Visie management	Tijd en geld	Scholing
1. Onderzoek het signaal: breng de situatie en mogelijke risico's in kaart en probeer het vertrouwen van de cliënt te winnen	3,2	3,6	3,7
2. Bespreek de situatie met de cliënt: leg uit waarom je je zorgen maakt en waarom je het nodig vindt om iets aan de situatie te doen.	3,1	3,3	3,5

²⁷ Ten tijde van de proefimplementatie waren de maatregelen van kracht rondom de Covid-19 pandemie. Als gevolg daarvan vond bij meerdere organisaties geen casuïstiekoverleg plaats.

3. Leg de situatie voor aan het team, bijvoorbeeld in moreel beraad bijeenkomsten, casuïstiekbesprekingen of intervisie.	3,8	3,7	3,8
4. Bespreek de situatie met naasten en/of omgeving van de cliënt. Hiervoor is toestemming nodig van de cliënt.	3,1	3,4	3,4
5. Analyseer de situatie met de cliënt: leg je zienswijze aan de cliënt uit en geef aan welke acties je nodig vindt. Toets bij de cliënt hoe hij of zij nu tegen de situatie aankijkt.	3,4	3,3	3,8
6. Maak de afweging: gebruik hierbij overwegingen als noodzakelijkheid, doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.	3,2	3,4	4

*Scores: 1= Niet; 2= Nauwelijks; 3=Enigszins; 4=In zekere mate; 5= In hoge mate

In de schriftelijke evaluaties en telefonische interviews vroegen we welke randvoorwaarden nodig zijn om het stappenplan goed te kunnen toepassen. We beschrijven de belangrijkste bevindingen.

Voldoende tijd

Meerdere respondenten geven aan dat het hebben van voldoende tijd een belangrijke factor is bij het kunnen uitvoeren van de stappen uit de richtlijn. Het proces van contact leggen, de cliënt leren kennen en vertrouwen opbouwen kost veel tijd. Ook het betrekken van naasten of de omgeving van een cliënt vraagt tijd. Binnen de bestaande caseload is die (extra) tijd vaak niet beschikbaar. Binnen de teams is het daarom vaak een kwestie van onderling afstemmen en zoeken naar mogelijkheden om toch tijd te maken voor de cliënt. *'De gedachte van onze organisatie is dat het loont om een goed gesprek te voeren, dat misschien wel een halfuur duurt. Wat je erin steekt, krijg je ook weer terug. Anders ben je misschien die tijd op een later moment kwijt aan het contact proberen te leggen met de cliënt. Zij zien de noodzaak van de tijdsinvestering.'*

Scholing en deskundigheidsbevordering

Respondenten merken op dat scholing/deskundigheidsbevordering helpend is in het uitvoeren van de werkzaamheden. Bijvoorbeeld bij het je kunnen verplaatsen in de cliënt. *'Het is belangrijk dat je samen met de cliënt op een lijn komt. Als ik met moeilijke woorden ga praten, dan begrijpen ze me niet en denken ze een volgende keer: ja doe. Ik heb ook scholing gehad over laaggeletterdheid. Ook cultuurverschillen zijn enorm belangrijk.'* Het is volgens de respondenten wenselijk om in de richtlijn als aanbeveling op te nemen dat (enige) kennis noodzakelijk is rondom cultuurverschillen, laaggeletterdheid, verstandelijke beperkingen en/of lage sociaaleconomische status. Het kan de aansluiting bij cliënten vergemakkelijken en/of helpend zijn om signalen eerder te herkennen. *'Moeite hebben met lezen, dat heb ik nog nooit iemand horen zeggen. Maar er zijn wel aanwijzingen die erop kunnen duiden. Bijvoorbeeld dat een zoon het etiket van de medicatie heeft voorgelezen. Zulke kleine aanwijzingen moet je leren horen.'*

Overig

Naast deze randvoorwaarden werd nog het volgende genoemd:

- Het opheffen van de schotten die bestaan in de zorg en tussen verschillende financieringsstelsels.
- Duidelijke communicatie binnen het team en duidelijkheid over de afspraken en benaderingswijze van de cliënt.
- Een vaste begeleider die ook contactpersoon is voor naasten/ continuïteit in zorgverleners om vertrouwen te kunnen opbouwen.
- De vrijheid om creativiteit/onorthodoxe benaderingswijzen in te mogen zetten.
- Kennisoverdracht in het netwerk van de cliënt, zodat het systeem ook wordt meegenomen in eventuele psycho-educatie.

Knelpunten in de praktijk

We vroegen respondenten welke knelpunten ze hebben ervaren bij de uitvoering van het stappenplan. Zoals eerder opgemerkt, is het uitvoeren van de stappen afhankelijk van de medewerking/toestemming van de cliënt. Het stappenplan voorziet niet in een oplossing voor de situatie waarin een cliënt niet reageert en/of geen medewerking verleent. Een vergelijkbaar knelpunt wordt ervaren in situaties waarin het niet lukt om familie en/of naasten te betrekken. *‘Het signaal wordt nog wel eens afgegeven door familie omdat ze zich zorgen maken. Maar als de hulp er dan is, horen we niets meer. Dan sta je er nog alleen voor.’* Bij het betrekken van de omgeving van de cliënt, worden soms belemmeringen ervaren in de samenwerking met andere partijen: *‘Bijvoorbeeld dat de huishoudelijke hulp alleen is gericht op het uitvoeren van de schoonmaak van het huishouden en geen antwoorden kan geven op vragen over de cliënt zelf.’*

Meerdere respondenten geven aan dat er bij stap 6 veel samen komt. De overwegingen (noodzakelijkheid, doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit) bieden houvast maar leiden niet altijd tot een eensluidend oordeel of handelen gerechtvaardigd is. *‘En als je dan bij stap 6 bent aangekomen, dan is het soms nog zoeken naar hoe je het op de beste manier kunt afronden? En kun je wel tot afronding komen als niet alle voorgaande stappen genomen zijn of als er nog zaken onduidelijk zijn. Wat is dan je conclusie, waar ga je dan mee aan de slag? Ik weet niet of daar wel een goed antwoord op is.’*

Enkele respondenten geven aan dat het stappenplan de suggestie wekt dat er een vaste, chronologische volgorde aangehouden moet worden. *‘Het lijkt alsof stap 6 de laatste stap is, waarmee het proces afgerond moet worden, terwijl het misschien nog zoeken is, bijvoorbeeld als nog niet alle andere stappen zijn verlopen zoals beschreven.’* In de praktijk is het soms noodzakelijk een stap ‘terug’ te doen of een stap opnieuw uit te voeren. *‘Ja, want soms ben je ook gewoon weer terug bij af: soms heb je contact met een client en dat kan ook zomaar weer worden afgebroken.’*

Volgens de respondenten worden bij de overwegingen in stap 6 elementen genoemd die bij de andere stappen ook relevant zijn. Dit zorgt voor onduidelijkheid. *‘Bij stap 1 heb ik natuurlijk ook al nagedacht over noodzakelijkheid. Anders zou ik stap 2 t/m 5 ook niet doen, als die noodzakelijkheid er bij stap 1 niet is.’* Ook wordt opgemerkt dat na stap 6 een evaluatiemoment gemist wordt: de stap waarmee beschreven wordt hoe verder te gaan na de afweging.

In algemene termen ervaren respondenten het als lastig om de ‘juiste’ afweging te maken, het kantelpunt te vinden voor daadwerkelijk ingrijpen. *‘Wat moet je bijvoorbeeld doen als een cliënt zichzelf verwaarloost maar wel volledig wilsbekwaam lijkt te zijn? Wat is dan de grens? Heel lastig.’*

Evaluatie Handreiking

Drie wijkverpleegkundigen hebben de Handreiking beoordeeld op bruikbaarheid, volledigheid en uitvoerbaarheid. We geven een korte impressie van hun bevindingen. Door het geringe aantal deelnemers zijn deze bevindingen niet generaliseerbaar.

Inhoud handreiking

Men vindt de inhoud helder beschreven. Respondenten vinden het een duidelijke, puntsgewijze beschrijving van wat binnen de competenties valt van de wijkverpleegkundige. Het geeft weer hoe de verhoudingen in de praktijk ingericht kunnen worden en hoe je met elkaar zorgt voor continuïteit voor de client en zijn zorgproces. Het geeft handvatten in welke instanties betrokken kunnen worden. De stappen worden duidelijk uitgelegd. Samen met de checklist is de handreiking voldoende om goed te kunnen begrijpen en te kunnen opvolgen. Een respondent merkt op dat de hoeveelheid tekst groot is.

Volledigheid

Volgens de drie respondenten is de handreiking compleet. Een respondent merkt op dat er weinig aandacht is voor mantelzorgers of vrijwilligers, terwijl zij soms (zeer) intensief betrokken zijn. Mogelijk zou dit nog kunnen worden toegevoegd bij het onderwerp samenwerking en rolverdeling.

Bruikbaarheid in de praktijk

De handreiking lijkt volgens de respondenten zeker bruikbaar in de praktijk, hoewel het misschien enige oefening vraagt. De handreiking geeft aan wie verantwoordelijk is en wie het zorgproces stuurt, dat wordt als nuttig ervaren. *'Het heeft me ook wakker geschud, dat ik vaker op die manier moet werken. Nu loop ik soms achter de feiten aan, omdat de stappen (wie heeft de regie en/of bevoegdheid en wat is de rolverdeling) niet goed zijn doorlopen en daardoor pas te laat wordt gesignaleerd dat het niet goed gaat met de cliënt.'* Volgens respondenten wordt goed beschreven hoe er samengewerkt moet worden en hoe de client de beste zorg kan krijgen/houden. De checklist helpt bij snel en efficiënt werken.

Geschikte vorm voor de praktijk

Respondenten vinden de handreiking zeer geschikt voor gebruik in de praktijk. Men vindt de stappen goed te begrijpen. De checklist wordt goed gewaardeerd, als een waardevolle aanvulling. Opgemerkt wordt dat het in de praktijk prettig werken is met de checklist als leidraad. *'Ik ben erg blij dat er zo'n handreiking beschikbaar is, waar ik op terug kan vallen.'*

Conclusies

Het doel van de proefimplementatie was om inzicht krijgen in onder andere de uitvoerbaarheid, de belemmerende en bevorderende factoren, de haalbaarheid en de randvoorwaarden voor toepassing in de praktijk. Omdat de praktijktest is uitgevoerd door een bescheiden aantal deelnemers, is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten.

Uitvoerbaarheid

De bevindingen uit de praktijktest wijzen erop dat de kernaanbevelingen uit de richtlijn bruikbaar en toepasbaar zijn. Het stappenplan is helder, lijkt goed aan te sluiten op de praktijk, en biedt houvast en structuur.

Knelpunten bij uitvoering van het stappenplan en oplossingsrichtingen.

De richtlijn bevat veel informatie, het is veel leesmateriaal. Het taalgebruik kan wat eenvoudiger.

Oplossing: Tekst redigeren, nalopen op taalgebruik. Een kort en bondig product, visueel aantrekkelijk, eenvoudig raadpleegbaar, in handzaam formaat. Hiervoor hebben we samenvattingskaarten voor professionals en cliënten ontwikkeld.

Het stappenplan voorziet niet in een oplossing voor de situatie waarin een cliënt niet reageert en/of geen medewerking verleent. Een vergelijkbaar knelpunt wordt ervaren in situaties waarin het niet lukt om familie en/of naasten te betrekken.

Oplossing: Nagaan of cliënt wel zorg accepteert van een andere collega.

Veel contact met naasten/mantelzorgers en steeds blijven overleggen met elkaar. Overleg met het professionele netwerk en nauwe samenwerking.

Het ontbreekt vaak aan tijd die nodig is voor het kunnen uitvoeren van de stappen uit de richtlijn.

Oplossing: Het faciliteren van voldoende tijd om zorg mijddende/missende mensen te benaderen, ondersteunen en begeleiden.

In de praktijk verloopt het werken met zorg mijddende/missende mensen niet lineair, maar vaak via een grillig patroon. Soms onderbroken door periodes waarin er geen contact is met de cliënt of zijn/haar omgeving.

Oplossing: In de richtlijn nadrukkelijker vermelden dat de uitvoering van de stappen in het stappenplan in de praktijk niet altijd in deze volgorde zal verlopen. Soms moeten stappen terug worden gezet of opnieuw worden uitgevoerd. Belangrijker dan het volgen van de stappen is het aanpassen aan de cliënt en zijn/haar wensen, denken en doen.

Wat te doen als je vastloopt bij uitvoering van een van de stappen uit het stappenplan.

Oplossingen: Ondersteuning vanuit de organisatie: op wie kun je terugvallen als het vastloopt. Bij wie ligt eindverantwoordelijkheid, dit onderwerp nadrukkelijker vermelden in de richtlijn. Binnen het team duidelijk communiceren over wie wat doet. Verder intervisie, om te bespreken hoe andere verzorgenden /(wijk)verpleegkundigen hiermee om gaan. Wat te doen als je ergens tegenaan loopt waardoor het proces stagneert.

Het werken met mensen die zorg mijden/missen vraagt om maatwerk. Respondenten geven aan dat ze vaak inventief en creatief moeten zijn in het benaderen van een zorg mijddende/missende persoon. Regelmatig moeten ze improviseren om het doel (contact leggen en behouden) - soms via een omweg - te bereiken. Dat doen de professionals deels op intuïtie: er gebeuren vaak dingen die niet gepland zijn. Hoewel de alledaagse praktijk moeilijk te vangen is in een richtlijn, biedt het werken met het stappenplan wel structuur en houvast. Ook heeft het meerwaarde voor verslaglegging in het cliëntdossier en de casuïstiekbespreking en draagt het bij aan het methodisch werken.

De eerste indrukken van de bruikbaarheid, volledigheid en uitvoerbaarheid van de Handreiking zijn positief. Vervolgonderzoek is nodig om hier beter zicht op te krijgen.

3. Veranderingen

Onderwerpen waarop naar aanleiding van de praktijktest veranderingen nodig lijken te zijn binnen de huidige praktijk, zijn in te delen in twee categorieën: 1. randvoorwaarden en organisatie en 2. opleidingen en scholing. Deze veranderingen zijn niet van de ene op de andere dag te realiseren, zij kunnen eerder worden beschouwd als een 'stip aan de horizon'.

Randvoorwaarden en organisatie

- ✓ Managers kunnen in regelgeving en beleid faciliteren dat verpleegkundigen en verzorgenden voldoende tijd beschikbaar hebben voor het geven van hulp aan deze doelgroep. Belangrijk is dat zij dit herhaaldelijk communiceren, zodat verpleegkundigen en verzorgenden hiervan op de hoogte zijn.
- ✓ Managers dienen cliëntbesprekingen op teamniveau te organiseren om gezamenlijk te kunnen vaststellen dat het om zorgmijding gaat. Dit kan dan teambreed (en dus niet individueel gedragen) aan de organisatie en financier gecommuniceerd worden.
- ✓ Managers en professionals dienen zich op casusniveau sterk te maken voor zorgmijders (en de zorg die zij nodig hebben) naar gemeente en zorgverzekeraars.
- ✓ Professionals dienen zoveel mogelijk samen te werken met andere zorgpartijen. Hierbij dient de focus gericht te zijn op aanvullen door andere zorg in plaats van verwijzen en afsluiten. Binnen een samenwerkingsoverleg of multidisciplinair overleg (MDO) kunnen professionals van verschillende zorgpartijen op casusniveau afspraken maken over de rolverdeling, het mandaat, de regie, de overdracht en doorverwijzing, monitoring en nazorg, en de informatie-uitwisseling. De verantwoordelijkheid van een casus blijft bij het multidisciplinaire team (MDT) (zie ook *Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn. Handreiking voor wijkverpleegkundigen*).
- ✓ Managers dienen de randvoorwaarden te scheppen zodat de verpleegkundigen en verzorgenden actief kunnen zijn in de wijk en daarmee meer zichtbaar zijn voor de zorgvrager. Dit geldt vooral voor preventieve activiteiten, zoals het opzetten van acties op wijkniveau, het deelnemen aan buurtnetwerken en het in contact treden met en structurele ondersteuning bieden aan mensen die zorg mijden of missen.
- ✓ Professionals kunnen zorgen voor een goede afstemming tussen huisarts, POH en wijkverpleegkundige, bijvoorbeeld binnen een multidisciplinair overleg (MDO).

Opleidingen en scholing

- ✓ Zorg voor een trainingsaanbod om verpleegkundigen bij te scholen in relevante Kennis en competenties. Zo is bijvoorbeeld kennis noodzakelijk over cultuurverschillen, laaggeletterdheid, verstandelijke beperkingen en/of lage sociaaleconomische status. Relevante competenties staan beschreven in: *Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn. Handreiking voor wijkverpleegkundigen*.
- ✓ Leer signaleren van een licht verstandelijke beperking (LVB), niet-aangeboren hersenletsel (NAH), dementie, psychische en/of verslavingsproblemen herkennen en leer hoe je hier goed mee om kunt gaan. De training [Mental Health First Aid](#) (MHFA) is geschikt voor het herkennen van en omgaan met psychische en verslavingsproblemen. De [Handreiking \(vroeg\)signalering van een licht verstandelijke beperking \(LVB\) en zwakbegaafdheid](#) van het landelijk kenniscentrum LVB leert signalen van LVB te herkennen. Adviezen voor het herkennen van en omgaan met dementie zijn te vinden op de website [Zorg voor Beter](#).

4. Ondersteunende activiteiten

In deze paragraaf komt aan de orde welke ondersteunende activiteiten nodig zijn om de implementatie van de richtlijn zorgmijding binnen de ggz en aanpalende sectoren te realiseren. Hierbij gaat het om activiteiten op het terrein van financiering, voorlichting en scholing, en onderwijs en onderzoek die het signaleren en ondersteunen bij zorgmijding in de eerste lijn kunnen ondersteunen.

Financiering

Activiteiten die in de richtlijn benoemd worden om zorg mijden/missen beter te kunnen signaleren en mensen beter te ondersteunen, bevinden zich op het raakvlak van zorg en sociaal domein. Dat is een van de redenen waarom de financiering van deze activiteiten vaak problematisch is. Goede afspraken over de financiering en het opheffen van de schotten zijn belangrijke voorwaarden om deze richtlijn breed te kunnen implementeren, zo blijkt uit de praktijktest. De huidige context van wet- en regelgeving vormt dan ook het kader voor de implementatie. Om meer helderheid over de context te kunnen bieden, moet voor alle betrokken partijen duidelijk zijn welke zorg onder welk domein valt, waar eventuele effecten en verbeteracties liggen en welke financier welk deel voor zijn rekening neemt (Zvw, JW, WMO, Justitie).

Door een Maatschappelijke Businesscase of Budget Impact Analyse (BIA) uit te voeren, kan hier meer duidelijkheid over worden gegeven. Een BIA brengt de verwachte verandering in (totale) uitgaven in kaart als gevolg van implementatie van nieuwe zorg (interventie, proces). Een BIA richt zich op de vraag of de implementatie 'daadwerkelijk financierbaar' is. Een maatschappelijke Business Case (mBC) is een gestructureerde kosten-baten afweging van een nieuwe organisatie(vorm) of nieuw project. In een mBC komen het economische én het maatschappelijke nut samen. Hierbij worden de kosten afgezet tegen de te verwachten maatschappelijke baten.

Voorlichting en scholing

Gezien de breedte van het onderwerp zorgmijding is het verstandig om in te zetten op activiteiten rond voorlichting en scholing van de inhoud van de richtlijn. We denken hierbij vooral aan regionale voorlichtingsbijeenkomsten voor verpleegkundigen en verzorgenden en andere beroepsgroepen (sociaal werkers, huisartsen e.d.) over samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn. Hierbij kan ook gebruik worden gemaakt van de publicatie *Samenwerking rond zorgmijding in de eerste lijn. Handreiking voor wijkverpleegkundigen*, die in het kader van dit project ontwikkeld is.

Ook zijn er tal van publicaties en websites die behulpzaam kunnen zijn bij het verspreiden van informatie en de communicatie naar zorgverleners om hun kennis en vaardigheden te vergroten. Hieronder volgt een korte opsomming van de belangrijkste handreikingen, factsheets en websites.

- Aicom (2017). Meer kennis over zorgmijders. Hoe krijg je meer zicht en grip op deze groep? Bilthoven: AICOM.
- Bransen E, J Pols, B Althoff (2015). Waar bemoei ik me mee? Handreiking voor begeleiders van mensen met een lichte verstandelijke beperking die alcohol of drugs gebruiken. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bruin S de, L Lemmens, M Lette, Y Buist, A Stoop, C Baan (2016). Factsheet Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften? Bilthoven: RIVM.
- Frederiks, B., Dörenberg, V. (2015). Bemoeizorg in de zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking. Een handreiking voor begeleiders die dagelijks zorg en ondersteuning bieden aan cliënten. Amsterdam: VUmc.
- GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland, KNMG (2015). Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg.
- Lohuis, G., R. Schilperoort, G. Schout (2008). Van bemoei- naar groeizorg. Methodieken voor de OGGZ. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen.
- Pharos (2018). Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Factsheet november 2018.

- Pro Persona (2016). [Folder Multicomponentbehandeling zorgmijder](#).
- Roeg, D., van de Lindt, S., Lohuis, G., van Doorn, L. (2015). Bemoeizorg van A tot Z: Assertieve en outreachende zorg. SWP.
- Tielens, J., Vester, M. (2010). Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Voor iedereen die werkt met mensen met een chronische psychiatrische stoornis. Uitgeverij De Tijdstroom.
- Wind, A., te Velde, B., (2019). Kwetsbare ouderen thuis handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk.
https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019_2.pdf
- <http://kennisbundel.vilans.nl/verward-in-de-wijk-zorgmijding.html>

Verder zijn er verschillende trainingen en cursussen ontwikkeld om de kennis en vaardigheden van patiënten, ervaringsdeskundigen en zorgverleners te vergroten. Hieronder volgt een opsomming van websites met informatie over deze cursussen en trainingen.

- De Stichting Kwaliteitsregister Jeugd verzorgt een cursus Zicht en grip op zorgmijding [Opleidingen Archief - SKJ \(skjeugd.nl\)](#)
- RINO-groep organiseert onder andere een cursus Outreachende aanpak achter de voordeur <https://www.rinogroep.nl/opleiding>
- De V&VN Academie verzorgt trainingen op het terrein van motiverende gespreksvoering [Academie: Kennis en vaardigheden voor de beste patiëntenzorg | V&VN \(venvn.nl\)](#)
- Het NCMW organiseert bij- en nascholing Maatschappelijk Werk onder andere over outreachend werken [NCMW - Trainingen](#)
- Stichting Pharos biedt trainingen beter te communiceren met laagopgeleiden, migranten en vluchtelingen [Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen - Pharos](#)
- De GGZ Ecademy biedt o.a. cursussen op het terrein van dwang en drang, onbegrepen gedrag, gegevensuitwisseling bemoeizorg en motiverende gespreksvoering [Leerproducten – productcatalogus voor ggz instellingen | GGZ Ecademy](#).

Onderwijs en onderzoek

Onderwijs: Relevante competenties voor verpleegkundigen en verzorgenden bij het signaleren en omgaan met zorgmijding dienen onderdeel te worden van bestaande mbo- en hbo-opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Ook is het van belang dat na- en bijscholingscursussen op dit terrein worden aangeboden, zodat ook inmiddels werkzame verpleegkundigen en verzorgenden zich op dit vlak kunnen bijscholen.

Voor het mbo-onderwijs heeft Vilans de kennisbundel [Zorgmijding, vervuiling, hoarding en angst](#) ontwikkeld. Deze kennisbundel kan verder worden uitgewerkt en geïmplementeerd worden in reguliere onderwijsprogramma's.

Onderzoek: Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die een antwoord kunnen geven op de uitgangsvragen. Hieruit is duidelijk geworden dat op het terrein van zorgmijding in de eerste lijn nog veel lacunes in de beschikbare kennis bestaan. Vervolgonderzoek is wenselijk om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op de vragen uit de praktijk. In bijlage 9 komen de onderwerpen voor verder onderzoek aan de orde.